Wissenschaft und Forschung

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2023

SONDERAUSGABE

Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2023

SONDERAUSGABE

Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie

Impressum

Report Psychotherapie 2023
Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie

1. Auflage Mai 2023 / Stand: 15. März 2023

Herausgeber:
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 030 235009-0
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel

Vereinsregister: VR 25849 B
Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID: DE252547846

Autoren:
Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Dipl.-Psych.
Liza Hübner, B. Sc.
Dr. Enno Maaß, Dipl.-Psych.

Gestaltung:
Jacqueline Lee, M. A.

Druck:
primeline print berlin GmbH
Marienburger Str. 16
10405 Berlin

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Nomen in diesem Report das generische Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in dieser Publikation verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Vorwort

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie Anfang 2020 haben wir alle uns unendlich oft über das Corona-Virus, die Gefahren und die Vorsichtsmaßnahmen informiert, darüber gesprochen oder nachgedacht. Es gab Phasen der Erleichterung bei nachlassenden Infektionszahlen, die von der nächsten Welle wieder abgelöst wurden. Die Erschöpfung und der Wunsch, das Corona-Thema hinter uns zu lassen, wuchs. Immer neue Virusvarianten erschwerten die Bewältigung der Pandemie und erforderten erneute Schutzmaßnahmen. Die Gesellschaft war und ist weiterhin herausgefordert, mit den verschiedenen Sichtweisen von Befürwortern und Gegnern dieser Maßnahmen umzugehen. Es kam zu zunehmender Radikalisierung von Protesten, das Klima wurde rauer. Mittlerweile befinden wir uns nach drei Pandemiejahren in einer Endemie, und die Erkenntnisse zu den gesellschaftlichen und individuellen Folgen des Geschehens nehmen zu. Unserem Wunsch nach Versachlichung der Debatten entsprang ursprünglich auch die Idee zu dieser Sonderausgabe des DPtV-Reports Psychotherapie zum Thema der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung. Die weitreichenden negativen Auswirkungen der Pandemie auf das psychische Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der Menschen sind im Verlauf immer deutlicher geworden. Dies stellt eine intensive Herausforderung für die Gesundheitsversorgung und speziell auch für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland dar.

Wir haben viele wissenschaftliche Ergebnisse aus uns wesentlich erscheinenden Studien zusammengetragen, die bis zum Redaktionsschluss im März 2023 vorlagen. Sicher gibt es weitere Daten, die wir hier nicht erfasst haben, die Zahl der Veröffentlichungen ist kaum überschaubar und ständig erscheinen neue. Auch kann natürlich keine abschließende Betrachtung und Schlussfolgerung angestellt werden. Beleuchtet werden sollen die Auswirkungen des Pandemiegeschehens auf die psychische Gesundheit von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und die psychischen Folgen einer COVID-19-Erkrankung. Die besondere Situation von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen soll dabei Berücksichtigung finden.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Bundesvorsitzender der DPtV

Inhaltsverzeichnis

1. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung ... 10
1.1 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Krankheitslast bei Erwachsenen ... 11
1.1.1 Psychische Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie ... 11
1.1.2 Psychische Belastung durch die COVID-19-Pandemie ... 16
1.1.3 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz ... 25
1.1.4 Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen während der COVID-19-Pandemie ... 28
1.2 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen ... 29
1.2.1 Psychische Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie ... 29
1.2.2 Psychische Belastung durch die COVID-19-Pandemie ... 34
1.2.3 Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie ... 41
1.3 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Suizidraten ... 42
1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf psychisch vorerkrankte Menschen ... 44
1.5 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf häusliche und andere Gewalt ... 45
1.6 Suchtmittelkonsum während der COVID-19-Pandemie ... 47

2. Psychische Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung ... 50
2.1 Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf die psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung ... 50
2.2 Long COVID/Post-COVID ... 55
2.2.1 Long COVID/Post-COVID bei Erwachsenen ... 56
2.2.2 Long COVID/Post-COVID bei Kindern und Jugendlichen ... 64
2.3 Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf psychisch vorerkrankte Menschen ... 68

3. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen ... 72
3.1 Ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der COVID-19-Pandemie ... 72
3.2 Stationäre Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der COVID-19-Pandemie ... 81

Abbildungsverzeichnis ... 87
Tabellenverzeichnis ... 89
Literaturverzeichnis ... 90
Anhang A: Einteilung des Schweregrades der COVID-19-Erkrankung ... 108

Abkürzungsverzeichnis

AAP	American Academy of Pediatrics
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BELLA Studie	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CES-DC	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CFS	Chronisches Fatigue-Syndrom
COH-FIT	Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times
CoKiBa	Corona-Virus Antikörper bei Kindern in Bayern
COPSY Studie	Corona und Psyche Studie
COSMO	COVID-19 Snapshot Monitoring
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DALYs	Disability-Adjusted Life Years
DGS	Global Drug Survey
DFS-K	Dark Future Scale for Children
DIW Berlin	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DPtV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GBD	Global Burden of Disease
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Gö-BSI	Göttinger Belastungs- und Symptominventar
HBSC-SCL	HBSC Symptom Checklist
HRQoL	Health-Related Quality of Life/Gesundheitsbezogene Lebensqualität
HSA	Hochschulambulanz
ICD	International Classification of Diseases

IASC	Inter-Agency Standing Committee
IFT	Institut für Therapieforschung
IRR	Incidence Rate Ratio
KBV	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KJP	Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NAKO	Gesundheitsstudie, ehemals Nationale Kohorte
ME	Myalgische Enzephalomyelitis
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
MTA	Medizinisch-technische Assistenten
OPK	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
OR	Odds Ratio
PCS	Post-COVID-Syndrom
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PEPP-System	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PHQ-2	Patient Health Questionnaire
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Disorders (Fragebogen)
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SGB-V	Sozialgesetzbuch V
SMD	Standardisierte Mittelwertdifferenz
SOEP-CoV	Sozioökonomische Faktoren und Folgen der Verbreitung des Coronavirus in Deutschland
STDS	State and Trait Depression Scale
TK	Techniker Krankenkasse
Vj	Versichertenjahre
VOICE Studie	Online Survey zu Belastungen und psychischen Ressourcen des medizinischen Personals während der COVID-19-Pandemie
WHO	World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
^{18}F-FDG	18F-Fluordesoxyglucose

1. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung

Die COVID-19-Pandemie hat erhebliche Veränderungen mit sich gebracht, auch für die psychische Gesundheit der Menschen. Weltweit haben Menschen unter den Pandemiebedingungen gelebt und waren mit Verunsicherungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und der Gesundheit ihrer Angehörigen und Freunde konfrontiert. Die zeitweilig durchgeführten Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, die ökonomischen Veränderungen und Belastungen und die gerade bei kranken und älteren Menschen phasenweise intensive Isolation stellen prinzipiell Risikoaspekte für die psychische Gesundheit dar. In der deutschen Bevölkerung haben sich im Verlauf der Pandemie Ängste und Sorgen bezüglich der Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung und bezüglich der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und psychosozialen Auswirkungen verbreitet. Neben den Effekten des gesamten Pandemiegeschehens finden sich auch zahlreiche Befunde zu den psychischen Auswirkungen einer selbst erlittenen COVID-19-Erkrankung (s. Kap. 2).

Wirklich aussagekräftig sind nur bevölkerungsrepräsentative Studien

Weltweit werden zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit Studien durchgeführt. Diese befassen sich meist mit den generellen psychischen Auswirkungen der Pandemie und den pandemisch bedingten belastenden Veränderungen (z. B. Quarantänemaßnahmen, Einfluss eines Lockdowns auf die Lebensqualität, Ängste, Existenzsorgen etc.). Einzelne Artikel sind noch nicht abschließend wissenschaftlich begutachtet, sondern nur auf Preprint-Servern einsehbar, um die Ergebnisse im wissenschaftlichen Bereich zugänglich zu machen. Entsprechend sind manche der vorliegenden Daten als vorläufig zu bewerten.

Die vorliegenden Studien zum Themenbereich dieses Reports weisen sehr unterschiedliche methodische Qualität auf. Insbesondere sind kurzfristige Online-Befragungen von selbst-selektierenden Stichproben[1], die nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind, kritisch zu sehen. Daten aus solchen Umfragen unterliegen einem hohen Risiko für Verzerrungen. Die Befunde solcher Umfragen werden oft breit publiziert und zeigen für die erste Pandemiewelle eine deutliche Zunahme psychischer Symptome und Störungen (Deutscher Bundestag, 2021a). Wir konzentrieren uns im Folgenden auf möglichst hochwertige Studien.

Von besonderer Bedeutung sind Längsschnittstudien

Die Pandemie-Situation befindet sich in ständiger Entwicklung und Veränderung. Mittlerweile finden sich immer mehr Studien auch zu den langfristigen Folgen der SARS-CoV-2-Infektion[2]. Allerdings können die tatsächlichen Langzeitfolgen erst nach und nach sichtbar und entsprechend wissenschaftlich erfasst werden. Derzeit liegen auch schon Ergebnisse einiger Längsschnittuntersuchungen vor, in denen die psychische Gesundheit bei ein und derselben Stichprobe zu verschiedenen Zeitpunkten betrachtet wird.

Zum Redaktionsschluss dieses Reports wird von deutschen Experten erstmals von einem Übergang der Pandemie in eine Endemie gesprochen. Generell scheint die Studienlage schon jetzt Hinweise dazu zu liefern, dass nach SARS-CoV-2-Infektionen häufiger psychische Erkrankungen auftreten.

Der unterschiedliche Verlauf der COVID-19-Pandemie in verschiedenen Ländern ist bei der Interpretation von Ergebnissen immer zu beachten

Betrachtet man internationale Forschungsergebnisse, ist außerdem zu berücksichtigen, dass die Pandemie in den verschiedenen Ländern unterschiedlich verlief und verläuft (zeitversetzte Erkrankungswellen, unterschiedliche Schutzmaßnahmen, unterschiedliche Todesrate etc.). Daher werden in den folgenden Kapiteln Ergebnisse aus Deutschland und internationale Ergebnisse getrennt voneinander dargestellt. Der Redaktionsschluss für die Aufnahme von Studienergebnissen liegt im März 2023. Bei Vorhandensein von Meta-Analysen oder umfassenden Reviews werden deren Ergebnisse anstelle der einzelner Studien dargestellt.

[1] Hierbei handelt es sich um sog. „Convenience-Samples", d. h. um Teilnehmer, die spontan interessiert sind und sich an der Befragung beteiligen. Oft werden solche Stichproben über Social Media bzw. das Internet rekrutiert.

[2] Im vorliegenden Report werden die Begriffe SARS-CoV-2-Infektion und COVID-19-Erkrankung unterschieden.

Weiterhin ist zu beachten, dass die veröffentlichten Ergebnisse zwar zeitliche Verläufe der jeweils untersuchten Aspekte (z. B. psychische Beeinträchtigungen) während verschiedener Pandemiephasen darstellen können, aber nicht zwingend kausale Zusammenhänge im Sinne von Auslösern psychischer Probleme nachweisen. Ebenfalls ist die Unterscheidung zwischen den Effekten einzelner Maßnahmen des Infektionsschutzes und den Effekten der gesundheitlichen Bedrohungslage an sich (z. B. Entwicklung der Fallzahlen, Todesfälle, Belastung auf Intensivstationen) auf die psychische Gesundheit extrem schwierig und methodisch aufwändig. Einzelne Studien, die versuchen, speziell Folgen der Schutzmaßnahmen zu fokussieren, werden unter 1.1.2 dargestellt.

Eine Unterscheidung von Auswirkungen der Pandemiesituation insgesamt und der Maßnahmen zum Infektionsschutz ist schwierig

Spätestens seit 2022 sind zu den Sorgen und Belastungen durch die COVID-19-Pandemie weitere schwerwiegende, weltweite Krisen aufgetreten. Der Krieg in der Ukraine hat in vielen Bevölkerungsteilen ebenfalls zu vielfältigen Verunsicherungen geführt. Nach vielen Friedensjahren in Europa findet nun wieder ein Krieg auf europäischem Boden statt. Im Verlaufe des Jahres 2022 haben zudem stark steigende Preise für Energie und Lebensmittel zu weiteren anhaltenden Belastungen der Menschen geführt. Auch die Klimakrise bzw. die zunehmenden Klimaveränderungen sind ein weltweites Problem, das zunehmend mehr Beachtung findet und ebenfalls Belastungen auslösen kann. Besonders junge Menschen weisen in Bezug auf den Klimawandel hohe Stresswerte auf, wie die aktuelle Studie „What worries the World" des Marktforschungsinstituts Ipsos zeigt (Ipsos, 2022). All dies kann sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Die bisher veröffentlichten Studien zur psychischen Gesundheit in der Bevölkerung weisen mehrheitlich frühere Erhebungszeiträume auf, so dass ein Vergleich mit den Daten aus den Pandemiejahren möglich ist und entsprechend interpretiert werden kann.

Studiendaten, insbesondere aus dem Jahr 2022, müssen auch vor dem Hintergrund anderer belastender Ereignisse neben den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie interpretiert werden

Insofern ist es wichtig, in den aktuellen Studien unterschiedliche Belastungsereignisse und deren Auswirkungen möglichst getrennt zu untersuchen. In der neuesten Erhebung der Cosmo-Studie (Universität Erfurt, 2022) wird die empfundene Stressbelastung der Bevölkerung erstmals getrennt für die COVID-19-Pandemie und den Ukraine-Krieg untersucht. Es zeigt sich, dass stress-assoziierte Gedanken gleichermaßen aufgrund beider Anlässe angegeben werden, wobei der ukraine-spezifische Stress mit einem Mittelwert von 2,8 leicht über dem erhobenen corona-spezifischen Stress (Mittelwert 2,7) liegt.

Im vorliegenden Report Psychotherapie wird anhand der verfügbaren Forschungsliteratur dargestellt, welche Auswirkungen die COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung hat (Kap. 1), welche potentiellen Folgen eine COVID-19-Erkrankung auf die Psyche der Betroffenen hat und vice versa (Kap. 2). In Kap. 3 wird untersucht, ob und wie sich Folgen der COVID-19-Pandemie in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland niederschlagen. Außerdem werden die Ergebnisse, soweit möglich, getrennt für Erwachsene, Kinder und Jugendliche dargestellt.

1.1 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Krankheitslast bei Erwachsenen

Die seelische Belastung der Menschen in einer bedrohlichen Pandemie ist unumstritten hoch. Ängste bezüglich einer eigenen Erkrankung oder einer Erkrankung nahestehender Personen sind ebenso allgegenwärtig wie Auswirkungen von Schutzmaßnahmen (z. B. „Lockdown") auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung. Meist lässt sich nicht klären, worauf erhöhte psychische Belastungen in dieser Gesamtsituation genau zurückzuführen sind. Auch die Dauer der Pandemie hat vermutlich Einfluss auf den Verlauf der psychischen Belastungen. Dies soll, soweit möglich, ebenfalls betrachtet werden.

1.1.1 Psychische Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie

Angesichts der Erfahrungen in früheren Epidemien und Pandemien ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie ein deutlich erhöhtes Niveau an Stress erlebt. Infolgedessen wird es in Expertenkreisen auch für wahrscheinlich gehalten, dass bei vielen Menschen eine psychische Belastung auftritt, die vor dem Hintergrund realer Geschehnisse erstmal als nicht-pathologische Reaktion aufzufassen ist (Petzold et al., 2020). Studien zu solchen psychischen Belastungen werden im Folgenden dargestellt.

Es wird in der verfügbaren Fachliteratur vielfach angenommen, dass es in der anhaltenden Ausnahmesituation einer Pandemie mittel- bis langfristig auch zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen und Angststörungen kommt (Pan American Health Organization, 2006; Shultz et al., 2016; Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020; Riedel-Heller & Richter, 2021). Insbesondere Anpassungsstörungen, höhere Suizidraten, Angst-, traumabezogene und affektive Erkrankungen werden hier diskutiert (z. B. Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020).

In Fachkreisen wurde schon frühzeitig eine langfristige Zunahme psychischer Störungen durch die Pandemie vermutet

Bislang gibt es keinen Nachweis durch epidemiologische Studien für eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie

Internationale Studien haben eine Zunahme von Depressionen und Angststörungen seit Beginn der COVID-19-Pandemie gezeigt. Für Deutschland liegen solche klaren Ergebnisse bislang nicht vor. Es ergeben sich aus ersten Studien bisher unterschiedliche Hinweise. Zwar finden sich viele Belege für eine Zunahme an Belastungen und an einzelnen Symptomen psychischer Störungen, allerdings ergibt sich kein eindeutiger Nachweis einer Zunahme psychischer Erkrankungen (nach ICD-11 oder DSM-V) aus epidemiologischen Studien. Indirekt kann man jedoch aus Krankenkassendaten auf eine Intensivierung psychischer Erkrankungen in Deutschland in Bezug auf Behandlungsbedürftigkeit und Krankschreibungen schließen.

Krankenkassendaten zeigten eine Zunahme von psychischen Diagnosen im deutschen Gesundheitsversorgungssystem und von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen während der Pandemie

Die zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Analysen von Krankenkassendaten zeigen seit Beginn der Pandemie in Deutschland größtenteils eine überdurchschnittliche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten (Fehltagen) aufgrund psychischer Erkrankungen und häufiger diagnostizierten psychischen Erkrankungen im Vergleich zu früheren Jahren.

2021 erreichte der Arbeitsausfall wegen psychischer Erkrankungen einen neuen Höchststand. Die höchste Dauer dieser Krankschreibungen lag 2021 bei 39 Tagen und sank dann wieder

Die Daten des DAK-Psychoreports 2023 zeigen (bis auf 2018) jährliche Steigerungen bei den Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen (DAK, 2022a). Die Zahl der Fehltage aufgrund von Muskel-Skelett- und von psychischen Erkrankungen ist im 3. Quartal 2022 um 33 % gestiegen (DAK, 2023b). Getrennt nach psychischen Erkrankungen liegen Daten bis einschließlich 2022 vor. Je 100 Versicherte sind aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2022 bei der DAK 301 Fehltage zu verzeichnen, allein Depressionen verursachten davon 118 Tage. Die 301 Fehltage stellen einen neuen Höchststand dar. Von 2016 bis 2022 sind die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen um 22,4 % gestiegen. Von 2016 bis 2019 lag die Steigerung bei 5,7 %, von 2019 bis 2022 bei 15,7 % (s. Pfeile in Abb. 1). Zu Beginn und während der Pandemie ist die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen also deutlich stärker gestiegen als im Vergleichszeitraum vor der Pandemie. Beschäftigte im Gesundheitswesen hatten mit 434 Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen einen besonders hohen Ausfall aufgrund psychischer Diagnosen.

Während der Pandemie (von Ende 2019 bis 2022) lag die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate von Fehltagen wegen psychischer Erkrankungen 2,5-fach so hoch wie im 3-Jahreszeitraum davor

Die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate[3] der Fehltage durch psychische Erkrankungen fiel während der Pandemie höher aus als frühere Raten. Von 2016 bis 2019 lag die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen bei 2 %; für den Zeitraum 2019 bis 2022 (also über die Pandemie hinweg) bei 5 % (DAK, 2022a).

Im Jahr 2021 dauerten Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen länger als je zuvor

Im Jahr 2022 dauerte eine Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung 36,6 Tage; für das Jahr 2021 war die Dauer zuvor auf 39,2 Tage angestiegen und hatte damit ihren Höchstpunkt erreicht. Der Anstieg gegenüber der Zeit vor der Pandemie beträgt aktuell nur noch 1,2 Tage (2019: 35,4 Tage).

Kurze und mittellange Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen sind im Verlauf der Pandemie im Vergleich zu 2019 bis 2021 deutlich seltener geworden, aber dann 2022 wieder angestiegen. Laut der DAK (2023b) ist dieser aktuelle Anstieg vermutlich auf die Einführung der elektronischen Krankschreibung zurückzuführen, durch die mehr kurze Krankschreibungen übermittelt wurden. Lange Krankschreibungen ab einer Dauer von 29 Tagen sind seit Beginn der Pandemie kontinuierlich angestiegen (DAK, 2022a).

Psychische Erkrankungen: Anstieg der Fehltage

Prozentualer Anstieg der Fehltage

In den 3 Jahren vor der Pandemie (2016 bis 2019)
In den 3 Jahren während der Pandemie (2019 bis 2022)

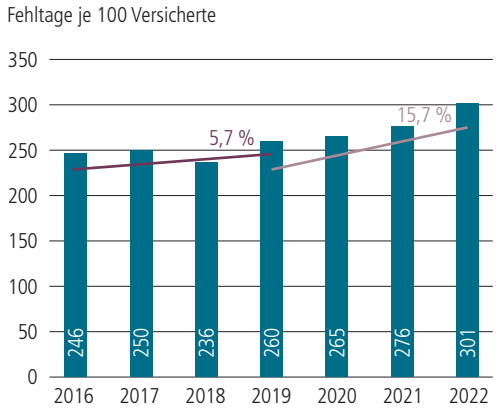


Abbildung 1: Anzahl der Fehltage je 100 Versicherte vor und nach der COVID-19-Pandemie. Quelle: DAK (2022a).

[3] Um einen Vergleich zwischen der Pandemiezeit und der Vorpandemiezeit zu ermöglichen, wurden für die jeweiligen Jahre aus den Steigerungsraten für bestimmte Zeiträume die Mittelwerte gebildet.

Im Jahr 2021 machten Fehltage aufgrund von einer Diagnose aus dem ICD-Bereich F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) 51,4 % aller Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen aus. Die zweitwichtigste Diagnosegruppe waren F30-F39 (Affektive Störungen; DAK, 2022a).

Die DAK Baden-Württemberg (mit Daten von mehr als 250.000 Erwerbstätigen) gibt für das dritte Quartal 2022 einen Anstieg der Ausfalltage wegen psychischer Erkrankungen um 48 % im Vergleich zum Vorquartal an. Dabei findet sich ein gleichzeitiges Sinken der SARS-CoV-2-Infektionszahlen über die Sommermonate (DAK Baden-Württemberg, 2022).

Die höchste Steigerungsrate bei Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich 2021 bei Frauen

Auch bei den Versicherten der Techniker Krankenkasse haben sich die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen („Psychische und Verhaltensstörungen") von 2020 auf 2021 deutlich verlängert, v. a. bei Frauen. Sie verlängerten sich im Durchschnitt um 18,7 Tage (12,1 Tage bei Männern, 25,3 Tage bei Frauen; TK, 2022b). Depressive Episoden belegen Rang 2 der Tabelle aller Einzeldiagnosen, die die meisten Fehltage verursachten (76,8 AU-Tage je 100 Versichertenjahre). Dieser zunehmende Trend besteht bereits seit 2006 (mit kurzer Unterbrechung in 2013 und 2016). Es wird im Gesundheitsreport der TK klargestellt, dass sich diese Entwicklung nicht auf steigende Arbeitslosenzahlen oder steigende Fehlzeiten bei Arbeitslosen zurückführen lässt.

Bei den Auswertungen der DAK (2022a) zeigt sich ein besonders hoher Anstieg an Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen für Frauen zwischen 55 und 59 Jahren. Die Zahl ihrer Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen lag mit 511 Tagen pro 100 Versicherte im Jahr 2021 um 14 % höher als vor Corona.

Fehlzeiten wegen Anpassungsstörungen und Angststörungen wiesen während der Pandemie die höchsten Steigerungen auf

Am häufigsten wurden Frauen wie Männer wegen einer Depression (F32+F33) krankgeschrieben (2021: 108 Fehltage je 100 Versicherte). Gegenüber 2019 liegt der Anstieg der Fehltage hier jedoch nur bei 2,7 %. Den stärksten Zuwachs an Krankschreibungen gab es während der Pandemie bei Anpassungs- und Angststörungen: Die Anzahl der Fehltage aufgrund von Anpassungsstörungen (F43; 69 Fehltage je 100 Versicherte) ist seit 2019 um knapp 16 % gestiegen; bei Angststörungen (F41; 21 Fehltage je 100 Versicherte) lag der Anstieg der Fehltage bei knapp 15 % im Vergleich zu 2019 vor der Pandemie (TK, 2022b). Gerade die Steigerung der Anpassungsstörungen könnte auf den direkten Einfluss veränderter Lebensumstände in der Pandemie hinweisen (DAK, 2022a).

Anpassungsstörungen nach ICD-11 (6B43)

Anpassungsstörungen sind definiert als maladaptive Reaktionen auf einen identifizierbaren psychosozialen Stressor oder mehrere Stressoren (z. B. Scheidung, Krankheit, Behinderung, sozio-ökonomische Probleme, Konflikte zu Hause oder bei der Arbeit), die normalerweise innerhalb eines Monats nach dem Stressor auftreten.

Die Störung ist charakterisiert durch eine ausgeprägte Beschäftigung mit dem Stressor und seinen Konsequenzen, mit exzessiven Sorgen, wiederholten und belastenden Gedanken an den Stressor, oder konstantes Gedankenkreisen über die Konsequenzen, und durch ein Scheitern beim Anpassen an den Stressor.

Die Symptome sind nicht ausreichend spezifisch oder schwerwiegend für die Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung und verschwinden typischerweise innerhalb von 6 Monaten, außer der Stressor dauert länger an.

Wiederkehrende Depressionen nahmen im Lauf der Pandemie zu

Auch die Kaufmännische Krankenkasse berichtet eine leichte Zunahme von Depressionen bei ihren Versicherten im Verlauf der Pandemie. Von 2019 bis 2021 nahm die Zahl rezidivierender bzw. wiederkehrender depressiver Episoden um 6 % zu; bei Männern lag der Anstieg mit 9 % doppelt so hoch wie bei Frauen. Bei erstmalig aufgetretenen Depressionen zeigen sich hier allerdings keine Steigerungen. Dies wird so interpretiert, dass sich die Pandemie besonders negativ auf Menschen auswirkt, die bereits vor der Pandemie an depressiven Episoden litten (KKH, 2022a).

Beschäftigte im Gesundheitswesen fallen wegen psychischer Erkrankungen besonders häufig aus

Die meisten Ausfälle durch psychische Erkrankungen gibt es im Branchenvergleich im Gesundheitswesen (397 Fehltage je 100 Versicherte). Die Zahl der Fehltage lag hier um 44 % höher als im Durchschnitt aller untersuchten Branchen. Analysiert wurden dafür vom IGES-Institut die Daten von 2,4 Mio. DAK-versicherten Erwerbstätigen[4] (DAK, 2022a).

Mehr Fehltage wegen psychischer Erkrankungen in allen bisherigen Pandemiejahren

Auch für 2020 berichteten bereits verschiedene Krankenkassen eine stärkere Zunahme von Krankmeldungen wegen psychischer Erkrankungen als in den Vorjahren. So dokumentierte die DAK bereits für 2020 die o. g. überdurchschnittlichen Steigerungen von Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen (DAK, 2023). Die Kaufmännische Krankenkasse KKH verzeichnete für das erste Halbjahr 2020 eine Zunahme von Krankmeldungen wegen psychischer Erkrankungen um 80 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (von 14.600 auf 26.700; KKH, 2020). Bei der AOK hingegen war für Januar bis August 2020 ein Rückgang der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (von 12 auf 11,1 AU-Fälle je 100 AOK-Mitglieder), gleichzeitig stieg aber die durchschnittliche Dauer der psychisch bedingten Fehlzeiten von 25,9 auf 29,3 Tage deutlich an (Badura et al., 2021). Gerade in 2020 waren allerdings auch viele Betriebe und Einrichtungen geschlossen oder reduziert tätig, was sich ebenfalls auswirken könnte und die z. T. unterschiedlichen Ergebnisse mit erklären könnte.

[4] In die Analyse gingen sämtliche Krankschreibungen aller DAK-versicherten Arbeitnehmer bis Juli 2021 ein.

Höhere individuelle Resilienz geht mit geringeren Angstgefühlen einher

Nicht alle Datenauswertungen der Krankenkassen zeigen das gleiche Bild. Laut des Fehlzeitenreports 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) waren Beschäftigte zwischen März 2020 und Juli 2021 insgesamt sogar seltener krank als im entsprechenden Zeitraum der Vorjahre. Während der COVID-19-Pandemie ist aber gleichzeitig der Anteil der Erwerbstätigen gestiegen, die über psychosomatische Beschwerden klagen oder sich psychisch beeinträchtigt fühlen. Die psychischen Beschwerden der über 2.500 zwischen 20- und 65-Jährigen im Frühjahr 2021 vom WIdO befragten Beschäftigten sind während der Pandemie gestiegen, auch wenn dies nicht in entsprechenden Krankschreibungen mündete. Neben den psychischen Belastungen zeigte eine Mehrheit der Befragten aber auch psychische Widerstandsfähigkeiten, was im WIdO-Report als individuelle Resilienz beschrieben wird (definiert als optimistisch und voller Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten). Dabei zeigten sich große Unterschiede im Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung je nach individueller Resilienz der Beschäftigten. Diejenigen mit niedriger individueller Resilienz berichteten mehr als viermal so häufig Angstgefühle wie Beschäftigte mit besonders hoher individueller Resilienz (52 % vs. 11 %) und mehr als doppelt so häufig über Zweifel an den eigenen Fähigkeiten (69 % vs. 27 %). Ähnliche Unterschiede traten auch bei körperlichen Beschwerden auf (Badura et al., 2021).

Jede vierte Frau und jeder siebte Mann war während der Pandemie von Schlafstörungen betroffen

Nach Angaben der Kaufmännischen Krankenkasse KKH waren im Jahr 2021 ca. 1,2 Mio. Deutsche von ärztlich diagnostizierten, nicht organisch bedingten Schlafstörungen betroffen, dazu gehörten Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Albträume und Angsttraumstörungen, wie sie gerade unter hoher psychischer Belastung entstehen können. Die eigentliche Zahl der Betroffenen wird noch höher eingeschätzt, da nicht alle Menschen mit Schlafstörungen in ärztlicher Versorgung sind. Seit der Zeit vor der COVID-19-Pandemie 2019 bis zum zweiten Coronajahr 2021 ist die Zahl der Diagnosen unter den KKH-Versicherten um 8 % gestiegen (KKH, 2022b).

Internationale Studienergebnisse

Im Kontext der COVID-19-Pandemie wurde im September 2021 die Paneuropäische Koalition für Mentale Gesundheit ins Leben gerufen. Dieses Netzwerk besteht aus Vertretern aus den 53 Mitgliedsstaaten der WHO-Region, internationalen Nichtregierungsorganisationen sowie Experten und Menschen, die von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind. Ziel ist die Schaffung von Initiativen auf allen Ebenen, um vernachlässigten mentalen Gesundheitsbedürfnissen, die zudem häufig durch die COVID-19-Pandemie verschärft wurden, in der Region Europa zu begegnen.

Weltweit sind die Fälle von Depressionen und Angststörungen im ersten Pandemiejahr um mehr als je 25 % gestiegen

DALYs: Disability-Adjusted-Life-Years. Das Konzept der DALYs beschreibt die Krankheitslast durch eine Erkrankung oder Gruppe von Erkrankungen. Auf diese Weise soll ein Verlust an Gesundheit für die Betroffenen quantifiziert werden, d. h. es wird eine Maßzahl berechnet, die erfasst, wie stark das normale, beschwerdefreie Leben durch eine Krankheit beeinträchtigt wird. Ein DALY steht somit für ein Jahr „verlorener" Gesundheit.

Der aktuelle Bericht der WHO zur Mentalen Gesundheit berichtet einen starken Anstieg von Depressionen und Angststörungen während der COVID-19-Pandemie. Demnach lag der Anstieg von 2019 auf 2021 bei Depressionen bei 28 % und bei Angststörungen bei 26 % (WHO, 2022b; s. Tab. 1). Diese Zahlen entstammen der Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study (COVID-19 Mental Disorders Collaborators et al., 2021) und wurden von einer nachfolgenden WHO-Studie bestätigt (WHO, 2022b). Die genannte Global Burden-Studie ist ein systematisches Review zu internationalen Studien, die zwischen 1. Januar 2020 und 29. Januar 2021 veröffentlicht wurden. Über sämtliche Daten hinweg wurde eine „pre-pandemic"-Prävalenz (vor der Pandemie) und eine „mid-pandemic"-Prävalenz (während der Pandemie) für depressive Störungen und Angststörungen gebildet. Insgesamt waren 2021 zum mid-pandemic-Zeitpunkt weltweit 53 Mio. Menschen mehr von Depressionen betroffen als noch 2019. Im Jahr 2020 verursachten Depressionen fast 50 Mio. DALYs und Angststörungen 44,5 Mio. DALYs (COVID-19 Mental Disorders Collaborators et al., 2021).

Tabelle 1: Anstieg von Depressionen und Angststörungen weltweit

	2019 (pre-pandemic)	2021 (mid-pandemic)
Depressionen		
Betroffene weltweit	193 Mio.	246 Mio.
Prävalenz	2.471 Fälle/100.000	3.153 Fälle/100.000
Angststörungen		
Betroffene weltweit	298 Mio.	374 Mio.
Prävalenz	3.825 Fälle/100.000	4.802 Fälle/100.000

Anmerkungen: Anstieg während der COVID-19-Pandemie. Quelle: COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021).

Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen: Erste Hinweise für die Zunahme psychischer Erkrankungen (v. a. PTBS, Angststörungen, Depressionen und Anpassungsstörungen) während der Pandemie

Ein frühes Review zu psychischen Folgen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie in 12 stark von der Pandemie betroffenen Ländern zeigt, dass die Studienpopulationen im Durchschnitt leicht erhöhte[5] Werte für Depression und Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen (Plomecka et al., 2020).

Eine italienische Online-Befragung an 18.147 Personen nach 3-4 Wochen Lockdown im April 2020 erbringt über die gesamte Stichprobe Hinweise auf vermehrte Symptome von PTBS (37 %), Stresserleben (22 %), Angststörungen (21 %), Depressionen (17 %) und Schlafstörungen[6] (7 %). Frauen und jüngere Menschen waren hier besonders betroffen. Menschen unter direkten Quarantänebedingungen wiesen ein höheres Risiko für Anpassungsstörungen (Odds Ratio OR: 2,28), PTBS (OR: 1,74), Angststörungen (OR: 1,52) und Depressionen (OR: 1,49) auf. Etwa gleichwertige Risikofaktoren zu den Quarantänebedingungen waren auch der vorangegangene Tod einer geliebten Person aufgrund von COVID-19, eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit durch den Lockdown und andere stark belastende, pandemiebedingte Probleme (z. B. Beziehungsprobleme oder finanzielle Sorgen; Rossi et al., 2020).

Während der Pandemie wurden verhaltensbasierte Süchte beobachtet

Von Alimoradi et al. (2022) wurde die Veränderung von verhaltensbasierten Süchten während der COVID-19-Pandemie in einer Meta-Analyse mit 93 Studien aus 40 Ländern untersucht.[7] Die Teilnehmer waren zwischen 5 und 82 Jahre alt. Die Gesamtprävalenz aller Verhaltenssüchte lag in 2021 bei 11,1 %. Für die einzelnen Süchte ergaben sich folgende (über die Studien gepoolte und um einen Publication Bias korrigierte) Prävalenzen: 30,7 % für Smartphone-Sucht, 21 % für suchtartiges Essverhalten, 15,1 % für Social-Media-Sucht, 10,6 % für Internetsucht, 9,4 % für Sexsucht, 7,2 % für Spielsucht, 7,2 % für Kaufsucht und 7 % für Sportsucht. Während des Lockdowns war die Prävalenz von suchtartigem Essverhalten, Spiel- und Social-Media-Sucht höher als zu den Zeiten ohne Lockdown. Als mögliche Erklärung führen die Autoren an, dass die Internetnutzung mit Social Media und Spielen als Coping bei pandemiebedingter psychischer Belastung angesehen werden könne.

In Kanada entwickelten etwa 12 % der älteren Erwachsenen ohne psychische Vorerkrankung während der COVID-19-Pandemie erstmals eine Depression

Aus einer kanadischen Längsschnittstudie[8] ergeben sich Hinweise darauf, dass die Pandemie gerade die psychische Gesundheit älterer Menschen beeinträchtigt hat (MacNeil et al., 2022). Untersucht wurden hier 45- bis 85-Jährige. Jeder achte ältere Erwachsene ohne psychische Vorerkrankung entwickelte während der COVID-19-Pandemie erstmals eine Depression. Ältere Menschen, die bereits vor der Pandemie irgendwann eine depressive Erkrankung gehabt hatten, entwickelten sogar mit einer Wahrscheinlichkeit von 45 % während der Pandemie erneut eine Depression. Sie hatten damit ein 5,6-fach erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, im Vergleich zu Personen ohne Depression in der Vorgeschichte. Bei Kontrolle von soziodemographischen und weiteren gesundheitlichen Einflussfaktoren war das Erkrankungsrisiko immer noch um Faktor 3,8 erhöht. Besonders häufig traten während der Pandemie Depressionen bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Einsamkeit, chronischen Schmerzen, schlechtem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und mit Problemen in der Kindheit bzw. mit Familienkonflikten auf. Ältere Frauen erwiesen sich hier als besonders vulnerabel, eine Depression zu entwickeln. Das Risiko von Frauen ohne Depression in der Vorgeschichte, während der Pandemie an einer Depression zu erkranken, war 1,54-fach so hoch wie bei Männern ohne Depression in der Vorgeschichte.

In Großbritannien sind bei Menschen über 50 Jahren häufiger Depressionen während der Pandemie aufgetreten als bei Jüngeren

In einer englischen Längsschnittstudie[9] zeigt sich im Verlauf der ersten und zweiten COVID-19-Welle bei 5.146 Menschen über 50 Jahren (mittleres Alter: 68 Jahre), die in ihrem eigenen Zuhause wohnten, eine Zunahme psychischer Erkrankungen. Die Prävalenz depressiver Erkrankungen[10] stieg von 13 % (vor der Pandemie) auf 23 % (erste Pandemiewelle) und weiter auf 29 % (zweite Pandemiewelle). Mit der Zunahme an depressiven Störungen ging ein Anstieg der Einsamkeit und ein Verlust an Lebensqualität einher. Frauen, Alleinlebende und finanziell schlechter gestellte ältere Menschen waren davon besonders betroffen (Zaninotto, 2021).

---

[5] In der Studie wird von über das milde (niedrige) Risiko hinausgehenden Werten für PTBS und Depression berichtet.

[6] Gemessen wurden hier über den Insomnia Severity Index Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Früherwachen, Zufriedenheit mit dem eigenen Schlafverhalten, Besorgnis durch Schlafprobleme und Beeinträchtigung im Alltag durch die Schlafprobleme.

[7] Insgesamt wurden 237.657 Personen in die Analysen eingeschlossen.

[8] Für die Studie wurden Daten von 22.622 Erwachsenen aus der Canadian Longitudinal Study on Aging ausgewertet. Die Daten waren in drei Wellen erhoben worden: 2011-2014, 2015-2018 und September bis Dezember 2020. Depression wurde hier über die CES-D-10-Skala (Center for Epidemiological Studies – Depression) gemessen.

[9] Im Rahmen der englischen Längsschnittstudie ELSA werden seit 2002 Menschen über 50 Jahren alle 2 Jahre zu ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zu Lebensqualität, Finanzen und ihrer Einstellung zum Alter befragt.

[10] 4 oder mehr Symptome in der CESD-8-Skala (Centre for Epidemiological Studies Depression)

1.1.2 Psychische Belastung durch die COVID-19-Pandemie

Neben den Auswertungen von Krankenkassendaten liegt für Deutschland eine erhebliche Zahl von Studien zur psychischen Belastung und zu anderen Beeinträchtigungen während der ersten Coronawellen vor. Im Sinne der Übersichtlichkeit werden im Folgenden die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien jeweils zu speziellen Themen zusammen vorgestellt. Eine umfassende Einordnung der unterschiedlichen Befunde benötigt prinzipiell längere Beobachtungszeiträume, worauf auch die Autoren der GEDA-Studien hinweisen (Mauz et al., 2022).

Die COVID-19-Pandemie hat in der deutschen Bevölkerung zu einem starken Anstieg der psychischen Belastung geführt

Mehrere bundesweite, repräsentative Befragungen in Deutschland belegen ein hohes Maß an Sorgen und psychosozialer Belastung in der deutschen Bevölkerung aufgrund der COVID-19-Pandemie (z. B. die GEDA-Studie). Im Zeitverlauf zeigt sich, dass Befragte in späteren Wellen deutlich höhere Belastungen aufwiesen als in der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 (Czaplicki et al., 2022). Für die Studienergebnisse macht es einen großen Unterschied, zu welchem Zeitpunkt im Pandemieverlauf Personen befragt wurden, im ersten Lockdown im Frühjahr 2020, später im Mai/Juni 2020, im lockdownfreien Sommer, während des zweiten Lockdown Anfang 2021 oder erst im weiteren Verlauf im zweiten oder gar dritten Pandemiejahr.

Auch im Deutschland-Barometer Depression zeigt sich eine noch höhere psychische Belastung der Deutschen im 2. Lockdown im Vergleich zum 1. Lockdown (s. Abb. 2).

Psychische Belastungen der Deutschen

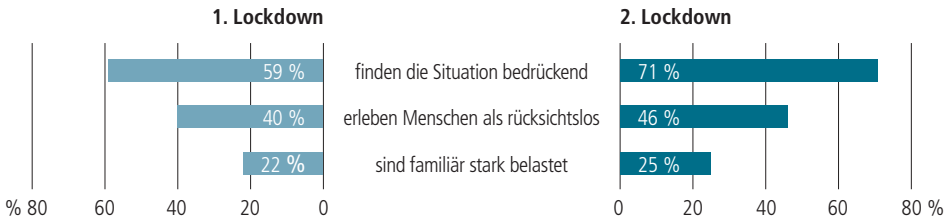


Abbildung 2: Psychische Belastungen während der beiden Lockdowns. Eigene Darstellung. Quelle: Deutsche Depressionshilfe (2021a).

Auch das Robert Koch-Institut (RKI) beurteilt die bisherigen Ergebnisse als heterogen. In vielen Studien wurde zunächst die frühe Pandemiezeit untersucht. Ziel der RKI-Studien ist es, die Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen deutschen Bevölkerung über den gesamten Pandemiezeitraum abzubilden.

Im Verlauf der Pandemie von 2020 bis 2022 zeigte sich eine Verdopplung des Anteils an Menschen mit ausgeprägter depressiver Symptomatik sowie eine Zunahme von Angstsymptomen in Deutschland

Die deutsche GEDA-Studie[11] des Robert Koch-Instituts vergleicht an einer Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung mehrere Indikatoren psychischer Gesundheit in 2 Zeiträumen: Von April 2019 bis Januar 2022 die mögliche depressive Symptomatik und von März 2021 bis Juni 2022 vorliegende Angstsymptome und subjektive psychische Gesundheit allgemein. Erhoben wurden die Daten in Telefoninterviews[12] mit monatlich ca. 1.000 Erwachsenen im ersten Zeitraum und aktuell mit monatlich ca. 3.000 Erwachsenen. Insgesamt zeigt sich nach anfänglicher Stagnation bei einigen Indikatoren psychischer Gesundheit eine Verschlechterung des Zustands der erwachsenen Bevölkerung im Zeitverlauf (Mauz et al., 2022).

Es zeigt sich im Detail, dass depressive Symptome (hier: Interessenverlust und Niedergeschlagenheit) nach einem Rückgang in der ersten COVID-19-Welle bis zum Sommer 2020 wieder deutlich anstiegen bis zum Frühjahr 2021. Ein weiterer Anstieg trat von Ende 2021 bis zum Frühjahr 2022 auf. Der Anteil von Menschen, die aufgrund ihrer Symptome als auffällig belastet galten, lag bis Sommer 2020 bei ca. 9 %, stieg im Jahr 2021 auf 13 % und erreichte im Frühjahr 2022 sogar 17 %. Betroffen waren alle soziodemographischen Gruppen, jedoch in besonderem Maße Frauen, jüngere Erwachsene und ältere Menschen über 65 Jahren.

Angstsymptome (hier: Ängstlichkeit und unkontrollierbare Sorgen) stiegen im Verlauf der Pandemie von 7 % im Jahr 2021 auf 11 % im Frühjahr 2022.

[11] Die GEDA-Studie („Gesundheit in Deutschland aktuell") ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Für die Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit wurde eine Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren mit einem standardisierten telefonischen Interview befragt.

[12] Die Telefoninterviews wurden im Rahmen der GEDA-Studie und der COVIMO-Studie durchgeführt. In der COVIMO-Studie wird die Bevölkerung Deutschlands regelmäßig zu Themen rund um die COVID-19-Impfung befragt, u. a. zu Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz.

2021 schätzten 44 % der Interviewten ihre psychische Gesundheit als „ausgezeichnet" oder „sehr gut" ein, im Frühjahr 2022 war dieser Anteil auf 40 Prozent gesunken.

Im ersten Pandemiejahr gab es zunächst einen Rückgang stressassoziierter Einzelsymptome

Nach einer Analyse von Einzelsymptomen kommen die Autoren der GEDA-Studie zu dem Schluss, dass es sich bei der vorübergehenden Verringerung von depressiven Symptomen von 2020 auf 2021 nicht um einen Rückgang von depressiven Erkrankungen handelt, sondern v. a. um einen Rückgang stressassoziierter Einzelsymptome (Hapke et al., 2022). Sie interpretieren diesen Rückgang dahingehend, dass Veränderungen im ersten Pandemiejahr in Alltag und Arbeitswelt (Betriebsstättenschließungen, Teilzeit, Homeoffice etc.) sich in bestimmten Gruppen positiv auf einzelne Bereiche psychischer Gesundheit ausgewirkt haben könnten (z. B. Rückgang der Gefühle von Müdigkeit und Energielosigkeit sowie von Konzentrationsschwierigkeiten). Entgegen häufig geäußerter Befürchtungen hatten Menschen mit geringerer Bildung in Deutschland im ersten Pandemiejahr offenbar kein zusätzlich erhöhtes Risiko, in der Pandemie eine depressive Symptomatik zu entwickeln. Es zeigte sich eine Stabilität des sozialepidemiologischen Musters der höheren Prävalenz depressiver Symptome in unteren Bildungsgruppen vor und während der Pandemie, d. h. Menschen mit niedrigem Bildungsstand waren auch während der Pandemie wie schon zuvor häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Menschen aus höheren Bildungsgruppen. Auch Frauen waren weiterhin stärker betroffen als Männer.

Auch wenn bislang eher Aussagen über die Entwicklung psychischer Symptome und nicht vollumfänglicher psychischer Erkrankungen getroffen werden können, können diese Symptome gerade über längere Zeit einen Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellen

Ein Rapid Review aus 2021 fasst 68 Publikationen aus der Zeit vom Pandemiebeginn bis Ende Juli 2021 zusammen (Mauz et al., 2021). Etwa 2/3 dieser Studien befassten sich mit der ersten Infektionswelle und dem Sommerplateau und zwar in Bezug auf die Veränderungen der psychischen Gesundheit der erwachsenen deutschen Bevölkerung. Es finden sich unterschiedliche Ergebnisse, die einerseits auf eine überwiegend diesbezüglich widerstandsfähige Bevölkerung (stabile Lebenszufriedenheit trotz zunehmender Belastung) hinweisen. Andererseits zeigt sich dennoch ein Anteil vulnerabler Gruppen (weniger Lebenszufriedenheit bei Frauen, bei Personen mit hohem Einkommen und hoher Bildung und bei Selbständigen), was die Notwendigkeit einer sozial differenzierten Betrachtungsweise verdeutlicht. Weiterhin wurden aus Routinedaten deutliche Versorgungsdefizite in Bezug auf psychische Erkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung aufgezeigt (s. Kap. 3).

Die Autoren berichten außerdem, dass die Studienergebnisse vom Studiendesign abhängig waren. In keiner der 68 untersuchten Studien wurden standardisierte diagnostische Verfahren zur Ermittlung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen gemäß ICD-11 oder DSM V (etablierte Klassifikationssysteme) eingesetzt, so dass weiterhin nur Aussagen über Symptomentwicklungen, aber nicht über die Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen getroffen werden können (Mauz et al., 2021). Grundsätzlich implizieren erhöhte Werte psychischer Belastung noch keinen klinischen Behandlungsbedarf, jedoch weisen Mauz et al. darauf hin, dass sich behandlungsbedürftige psychische Störungen oft nach längeren Phasen chronischen Stresses mit einer Inkubationszeit entwickeln können. Es werden daher dringend Maßnahmen zur Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit während und nach einer globalen Krise wie der aktuellen COVID-19-Pandemie empfohlen.

Im zweiten Coronajahr fühlten sich über 40 % der deutschen Bevölkerung durch die Pandemie stark oder sehr stark belastet

In einer Studie der TK wurden 1.000 repräsentativ ausgewählten Erwachsenen in Deutschland im März 2021 Fragen nach der Betroffenheit und Belastung durch die aktuelle Pandemiesituation sowie nach Konflikten und Verhaltensänderungen im Kontext der COVID-19-Pandemie gestellt. Zu diesem Zeitpunkt hatten etwa zwei Drittel der Deutschen bereits mindestens einen Coronafall im persönlichen Umfeld erlebt. Die Autoren schließen daraus, dass sich das SARS-CoV-2 für die meisten Deutschen innerhalb eines Jahres von einer abstrakten Bedrohung zu einer konkreten persönlichen Erfahrung entwickelt hat. Mehr als 40 % der Befragten berichteten zu diesem Zeitpunkt von starker bis sehr starker psychischer Belastung durch die Pandemie. Signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene allgemeine Belastung hatten dabei folgende Faktoren: coronabedingte Stresszunahme im Arbeitsalltag, Angst vor einem wirtschaftlichen Zusammenbruch in Deutschland, Spannungen in der Familie, das Vermissen von Treffen mit Freunden und Familie und die Belastungen durch Kita- und Schulschließungen. Zudem war die Hälfte der Befragten schon einmal im privaten Umfeld wegen unterschiedlicher Ansichten zur COVID-19-Pandemie in Konflikt geraten. Über 60 % der Befragten hielten während des zweiten Pandemiejahres häufiger über Videotelefonie Kontakt mit Freunden und Verwandten. Die Hälfte der Befragten ging häufiger spazieren, genauso viele schauten häufiger Serien und Dokumentationen an (TK, 2022c).

Die psychische Belastung fiel in der zweiten Coronawelle 2021 höher aus als in der ersten Welle 2020

Als Besonderheit der speziellen Beeinträchtigungen durch die COVID-19 Pandemie wird die enge Verzahnung von arbeitsbezogenen und privaten Herausforderungen gesehen, die sich z. B. während des Lockdowns für Beschäftigte im Homeoffice mit gleichzeitiger Kinderbetreuung ausdrückte. Hierzu passt ein weiteres Ergebnis der TK (2022c) zum Zusammenhang der emotionalen Erschöpfung mit dem Pandemiegeschehen. V. a. Frauen waren emotional stärker erschöpft, wenn diese die Pandemie als besonders stark belastend wahrnahmen und wenn ihre zeitliche Ressourcen stark eingeschränkt waren. Die Autoren der Studie gehen davon aus, dass die erste Coronawelle die psychischen Ressourcen der Menschen so stark vermindert hat, dass weniger psychische Ressourcen zum Umgang mit den Belastungen der zweiten

Welle zur Verfügung standen. Hierzu wurden 2020 und 2021 mehrere Befragungen durchgeführt, die zeigen, dass die emotionale Erschöpfung der deutschen Erwachsenen in der zweiten Coronawelle im Vergleich zur ersten deutlich zugenommen hat. Zum Beispiel lag bei Frauen im Januar 2021 die emotionale Erschöpfung auf einer Skala von 1-5 im Mittel bei 3 und damit höher als in der ersten Coronawelle. Bei Männern lag die emotionale Erschöpfung im Mittel geringfügig niedriger bei 2,7.

Untersuchungen im Rahmen der SOEP-CoV-Studie auf Basis der Langzeitbefragung Sozio-oekonomisches Panel Anfang 2021 bestätigen den Befund, dass die psychische Belastung im zweiten Lockdown höher war als im Lockdown während der ersten Coronawelle. Die berichtete Einsamkeit der befragten Personen blieb zu beiden Zeitpunkten auf unverändert hohem Niveau und deutlich höher als in den Jahren vor der Pandemie. Die allgemeine Lebenszufriedenheit verringerte sich zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown weiter, ebenso das emotionale Wohlbefinden (Entringer & Kröger, 2021).

In der AOK-Familienstudie[13] ergibt sich für 2022 eine Zunahme der psychischen Belastungen von Familien gegenüber 2018 um 7 Prozentpunkte auf 34 %. Auch die Gesundheit der Kinder ist im Pandemiezeitraum beeinträchtigt (s. Kap. 1.2.2; AOK, 2022).

Insbesondere Einsamkeit schien während der Pandemie zu emotionaler Erschöpfung beizutragen

Für die emotionale Erschöpfung während der Coronapandemie wurden in der TK-Studie signifikante Einflussfaktoren identifiziert: Einsamkeit hing am stärksten mit emotionaler Erschöpfung zusammen, gefolgt vom Konflikt zwischen Arbeit und Familie. Soziale Unterstützung durch einen Partner konnte die emotionale Erschöpfung nur geringfügig abschwächen (TK, 2022c). Nach den Ergebnissen der COSMO-Studie hat die empfundene soziale Unterstützung als wichtige Ressource zur Bewältigung von gesundheitsschädlichem Stress zu Beginn der Pandemie zunächst abgenommen, im weiteren Verlauf des Jahres 2020 dann wieder zugenommen. Im Mai 2020 gaben 37 % der Befragten eine geringe soziale Unterstützung an, im Herbst 2020 waren es dagegen noch 30 % (Universität Erfurt, 2022).

Auch das deutsche Depressionsbarometer kommt zu dem Ergebnis, dass bei den erwachsenen Deutschen die psychischen Belastungen im Verlauf der Pandemie angestiegen sind. Die Belastungswerte in der Allgemeinbevölkerung fielen im zweiten Lockdown erheblich höher aus als im ersten. 71 % der Bundesbürger empfanden die Situation im 2. Lockdown bedrückend (59 % im ersten Lockdown, im darauffolgenden Sommer 2020 nur 36 %). 46 % der Befragten hatten den Eindruck, dass die Rücksichtlosigkeit im zweiten Lockdown insgesamt gestiegen ist. Im ersten Lockdown erlebten 40 % ihre Mitmenschen als rücksichtsloser. Jeder Dritte hatte Sorgen um seine berufliche Zukunft. Familiär stark belastet fühlten sich im Februar 2021 25 % der Befragten, im Sommer 2020 waren es nur 16 % (Czaplicki et al., 2022).

Einsamkeit steht in Zusammenhang mit schlechterer psychischer Gesundheit

Auch in der NAKO-COVID-Studie zeigte sich während der ersten Pandemiephase eine Zunahme von Einsamkeit. Personen, die sich einsam fühlten, wiesen mehr Depressions- und Angstsymptome auf als diejenigen, die keine Einsamkeit empfanden. Bereits in der vorherigen NAKO-Untersuchung zeigten sich bei höherem Einsamkeitseindruck deutlich höhere Depressions- und Angstwerte. Diese Werte standen in positivem Zusammenhang mit dem Ausmaß der empfundenen Einsamkeit. Diese Befunde stehen nach Berger et al. (2021) im Einklang mit früheren Studien zum Zusammenhang zwischen Einsamkeit und negativer psychischer Gesundheit. Gerade zwischen Depression und Einsamkeit bestehen wechselseitige Zusammenhänge.

Etwa 1/3 aller Deutschen fühlte sich im Sommer 2021 in der Lebensfreude beeinträchtigt

Die Lebenszufriedenheit der deutschen Bevölkerung wurde durch die COVID-19-Pandemie deutlich eingeschränkt. Verschiedene Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich dabei stark. Am zufriedensten äußerten sich im Vergleich Menschen, die in stabilen Beziehungen lebten, die eigene Kinder hatten und die der Krise auch positive Seiten abgewinnen konnten (Bujard et al., 2021).

In einer repräsentativen Online-Befragung des WIdO[14] im Sommer 2021 (nach 17 Monaten Pandemiegeschehen) gaben 31 % aller Befragten im Sommer 2021 an, dass ihre Lebensfreude durch die Pandemie stark oder sehr stark beeinträchtigt war. Bei jüngeren Menschen unter 30 Jahren wurde diese Beeinträchtigung noch stärker erlebt (39,7 %; Zok, 2021). In der COSMO-Studie ergab sich von Februar 2020 bis Oktober 2021 ein relativ konstanter Wert zwischen 4,5 und 4,8 auf einer Skala von 1 bis 7 für die allgemeine Lebenszufriedenheit (1: ganz und gar unzufrieden, 7: ganz und gar zufrieden; Universität Erfurt, 2022).

Bereits im ersten Pandemiejahr wurden umfangreiche Belastungen und Schwierigkeiten bei Erwachsenen in Deutschland festgestellt

Eine weitere bundesweit-repräsentative Untersuchung (Corona-BUND Studie), durchgeführt im Jahr 2020 vom einem Forschungskonsortium im Auftrag des BMG, beinhaltet ebenfalls Ergebnisse zur psychischen Gesundheit der Menschen während der COVID-19-Pandemie. Diese bezieht sich jedoch nur auf das erste Pandemiejahr 2020. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist immer der Kontext der jeweiligen Untersuchungszeitpunkte der Studie zu berücksichtigen (1. Befragung im Juni 2020 nach Lockerung der Frühjahrs-Einschränkungen, 2. Befragung im Oktober 2020 bei stark steigenden Infektionsraten, 3. Befragung

[13] Befragt wurden 8.500 Mütter und Väter.

[14] Für den WIdO-Monitor wurden von Ende Juli bis Anfang August 2021 5.000 Personen ab 18 Jahren befragt. Es handelt sich um eine bevölkerungsrepräsentative Online-Befragung. Der WIdO-Monitor ist eine regelmäßige Versichertenbefragung der AOK.

im November nach Inkrafttreten erneuter Einschränkungen). Im Juni 2020 äußerten 57 % der Befragten Belastung durch den Verlust sozialer Kontakte (57 %). 79 % der Bürger in Deutschland sorgten sich, dass sich Angehörige oder Freunde infizieren könnten. 66 % hatten Sorgen, sich selbst zu infizieren. Bei 14 % hatte sich die Qualität der Beziehungen zu Familienangehörigen durch die Pandemie verschlechtert, bei 32 % die Qualität der Beziehungen zu Freunden. 10 % sorgten sich wegen finanzieller Schwierigkeiten. Die ab November 2020 erneut geltenden Einschränkungen wurden zu diesem Zeitpunkt von 39 % der Befragten als weniger belastend empfunden als die Einschränkungen im Frühjahr. 17 % empfanden sie als stärker belastend und 44 % als genauso belastend wie im Frühjahr (ifo Institut & forsa, 2020).

Einer weiteren forsa-Umfrage im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums und des Forschungsinstituts ITA zufolge, deren Ergebnisse exklusiv nur der Welt am Sonntag vorlagen, fühlten sich im November 2020 während des zweiten Lockdowns knapp 70 % der Befragten emotional belastet. 15 % der Befragten litten unter finanziellen Schwierigkeiten. 10 % fühlten sich durch die fehlende Trennung von Arbeit und Privatleben im Homeoffice belastet (Haas & Kunz, 2020).

Unterschiede in der Belastung zwischen den Geschlechtern

Berufstätige Frauen und Frauen mit Kindern im noch nicht schulpflichtigen Alter waren während der Pandemie besonders emotional erschöpft

Die Übernahme von Betreuungsverantwortung für Kinder stellte während der Lockdowns in Deutschland bei geschlossenen Kindergärten und Schulen eine besondere Belastung für Eltern dar. Weiterhin waren dabei Frauen stärkeren Mehrfachbelastungen ausgesetzt als Männer. Es zeigte sich, dass berufstätige Frauen im Homeoffice stärkere Belastungen als Männer und Frauen erlebten, die nicht im Homeoffice arbeiten mussten. Befragte, die im Homeoffice arbeiten mussten, berichteten in beiden Wellen einen signifikant stärkeren Konflikt zwischen Arbeits- und Privatleben als diejenigen, die trotz Corona nicht oder nur teilweise im Homeoffice arbeiten mussten (TK, 2022c).

Frauen in Haushalten mit nicht schulpflichtigen Kindern waren während der Pandemie (hier Daten bis Januar 2021) deutlich stärker emotional erschöpft als Frauen ohne Kinder im Haushalt und als Männer allgemein. Am höchsten war die emotionale Erschöpfung bei Frauen in Haushalten mit mindestens einem Kind im noch nicht schulpflichtigen Alter. Während der zweiten Welle lagen die Höchstwerte noch über denen aus der ersten Welle. Während der ersten Welle im Frühjahr 2020 führte soziale Unterstützung durch Kollegen bei Frauen noch zu geringerer emotionaler Erschöpfung. Während der zweiten Welle zeigte sich dieser Effekt nicht mehr. Die erlebte soziale Unterstützung durch Kollegen hatte keinen Einfluss mehr auf die emotionale Erschöpfung der Frauen. Jedoch fiel die emotionale Erschöpfung bei Frauen niedriger aus, wenn sie ein hohes Maß an sozialer Unterstützung durch ihren Partner wahrnahmen (TK, 2022c). Insgesamt deuten die Autoren ihre Ergebnisse als Anzeichen dafür, dass die Belastungen durch die COVID-19-Pandemie traditionelle Familienrollen eher wieder bestärken.

Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes im Verlauf der Pandemie (TK, 2022c).

Aus dem WIdO-Monitor (Zok, 2021) ergibt sich, dass sich Frauen im Sommer 2021 mit 30 % häufiger stark oder sehr stark gesundheitlich belastet fühlen als Männer mit 22,5 %.

Insgesamt fühlten Frauen sich belasteter als Männer und hatten stärkere Angst, selbst zu erkranken. Mütter fühlten sich stärker belastet als Väter. Bei Männern war die Sorge um die wirtschaftliche Situation stärker als bei Frauen. Beide Geschlechter empfanden die Kontaktbeschränkungen als die größte Belastung. Eltern aus Haushalten mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen waren insgesamt weniger zufrieden. Die Lebenszufriedenheit war bei vielen Eltern während der COVID-19-Pandemie gesunken, zum Ende des Beobachtungszeitraums (April 2021) lag sie jedoch wieder auf dem höchsten Niveau seit Ausbruch der Pandemie. Es konnte außerdem ein direkter Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung und der Lebenszufriedenheit festgestellt werden. Zuletzt äußerten Eltern auch wieder vermehrt Sorgen um Klima und Umwelt (Bujard et al., 2021).

Familien mit jüngeren Kindern erlebten während der Pandemie die höchste Belastung

Die Ergebnisse der COSMO-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring, Universität Erfurt, 2022) zeigen ebenfalls, dass Familien mit jungen Kindern durch die Pandemie besonders belastet waren. Insgesamt empfanden 54 % aller Familien mit Kindern im Dezember 2021 ihre Situation als belastend. Das Belastungserleben lag zwischen Februar 2020 und Dezember 2022 bei Familien mit Kindern unter 14 Jahren zu fast allen Erhebungszeitpunkten signifikant höher als in Familien mit Kindern über 14 Jahren. Im Dezember 2022 empfanden Familien mit jüngeren Kindern zu 59 % ihre Situation als belastend, Familien ohne Kinder unter 14 Jahren zu 49 % (Universität Erfurt, 2022). Auch kam es in den Familien mit jüngeren Kindern häufiger zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Partnern. Zum Erhebungszeitpunkt März 2020 erreichte das Belastungserleben von Familien mit Kindern unter 14 Jahren einen noch recht hohen Wert von 5,5 auf einer Skala von 1-7. Alleinerziehende unterschieden sich dabei nicht signifikant von in Partnerschaft erziehenden Familien, auch gab es keine Unterschiede zwischen Familien mit unterschiedlichen Bildungshintergründen. Familien, in denen Zuhause nicht Deutsch gesprochen wird, machten knapp 30 % der Stichprobe aus; diesen gelang es weniger gut, während der Pandemie ein positives Klima in

der Familie aufrecht zu erhalten. Als Faktoren für ein besseres Gelingen des Familienlebens während der Pandemie werden eine bessere aktuelle psychische Lage und eine höhere psychische Widerstandsfähigkeit der befragten Eltern festgestellt. Frühere psychische Erkrankungen spielen keine Rolle.

Unterschiede in der Belastung bei verschiedenen Altersgruppen

Jüngere Erwachsene empfanden in den ersten Corona-Wellen mehr Einsamkeit als Ältere

Bei allen befragten Erwachsenen in der TK-Studie fiel die empfundene Einsamkeit in der zweiten Welle stärker aus als während der ersten Welle. Im Verlauf der zweiten Welle im Januar 2021 nahm die gefühlte Einsamkeit analog zum Pandemiegeschehen zu. Als überraschend werten die Autoren ihren Befund, dass jüngere Menschen in dieser Erwachsenenstichprobe sogar insgesamt mehr Einsamkeit empfanden als die älteren Befragten (TK, 2022c).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit fiel bei älteren Menschen höher aus

In der COSMO-Studie werden verschiedene Parameter regelmäßig erhoben. Die Lebenszufriedenheit der Befragten lag zwischen Februar 2020 und Dezember 2021 mit leichten Schwankungen immer zwischen 4 und 5 (bewertet auf einer Skala von 1 – ganz und gar unzufrieden bis 7 – ganz und gar zufrieden). Menschen zwischen 65 und 74 Jahren erwiesen sich zu fast allen Befragungszeitpunkten als zufriedener als die anderen Altersgruppen.

Die Hälfte aller Befragten empfand im Dezember 2021 ihre persönliche Situation als belastend. Nach einem Höchststand des Belastungsempfindens im Frühjahr 2021 und einem Rückgang im Sommer war mit Beginn der vierten Welle im Oktober 2021 ein erneuter Anstieg zu verzeichnen. Am wenigsten belastet zeigten sich im Dezember 2021 die Ältesten (39 % der 65- bis 74-Jährigen), am meisten belastet die Jüngsten (60 % der 18- bis 29-Jährigen).

Menschen, die die Schutzmaßnahmen grundsätzlich ablehnen bzw. übertrieben finden, empfanden insgesamt zu allen Untersuchungszeitpunkten bis November 2022 eine höhere Belastung als Menschen, die den Maßnahmen indifferent gegenüberstehen. Bei Letzteren zeigte sich aber seit Beginn der vierten Welle im Oktober 2021 ein besonders starker Anstieg der Belastung. Menschen, die die Maßnahmen nicht übertrieben finden, hatten zumeist niedrigere Belastungswerte (Universität Erfurt, 2022).

Jüngere Menschen scheinen in Deutschland während der frühen Pandemiephase die stärkste psychische Belastung empfunden zu haben

Weitere Studien aus frühen Pandemiephasen finden ebenfalls eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit in der deutschen Bevölkerung im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie. Hier zeigt sich erneut ein Alterseffekt in Form von besonders hoher Belastung bei jüngeren Erwachsenen. So wurde z. B. in einer Sonderbefragung zu COVID-19 im Rahmen der NAKO-Gesundheitsstudie mit über 113.000 Teilnehmern im Frühjahr 2020 herausgefunden, dass insgesamt die Anzahl der Teilnehmer mit depressiven Symptomen und mit Angstsymptomen im Vergleich zur NAKO-Basisuntersuchung (2014-2019) gestiegen ist. In der Studie wird auch gefühlte starke Einsamkeit als ein Symptom einer schlechten psychischen Gesundheit definiert. Etwa ein Drittel der während des ersten Lockdowns Befragten litt unter Einsamkeit. Angstsymptome nahmen besonders stark in den Regionen Deutschlands zu, in denen besonders viele SARS-CoV-2-Infektionen auftraten. Der Anteil der Teilnehmer mit moderat bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomen stieg von 6,4 % (Basisuntersuchung) auf 8,8 % (Frühjahr 2020) an. Besonders stark war die psychische Belastung bei Menschen zwischen 20 und 49 Jahren und die Zunahme depressiver Symptome bei Frauen bis zum Alter von 39 Jahren. Bei Teilnehmern über 60 Jahren wurde keine Zunahme von depressiven oder angstbezogenen Symptomen festgestellt (Peters, 2020). Eine zweite bundesweite Befragung zur COVID-19-Pandemie im Rahmen der NAKO-Gesundheitsstudie ist im Oktober 2022 gestartet. Die NAKO-Ergebnisse weichen von denen der bereits beschriebenen Studien aus Kanada und Großbritannien ab, in denen sich gerade die ältere (und nicht die jüngere) Bevölkerung als psychisch besonders belastet erwies. Dies spricht erneut dafür, dass die Pandemiefolgen offenbar in unterschiedlichen Ländern sehr verschieden ausfallen können.

Eine Querschnittsuntersuchung an über 15.000 erwachsenen Deutschen kommt zu ähnlichen altersbezogenen Ergebnissen: Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2020 litt eine deutliche Mehrheit der Befragten unter klinisch relevantem seelischem Stress (65 %) und COVID-19-bezogener Furcht (59 %), 45 % zeigten auch klinisch relevante allgemeine Angstsymptome. Dabei berichteten Frauen und junge Menschen über einen insgesamt höheren psychischen Druck. Als besonders gefährdet erwiesen sich Menschen mit psychischen Vorerkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Das Vertrauen in die Maßnahmen der Regierung korrelierte negativ mit der psychischen Belastung. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die erkrankungsbezogene Angst zunahm, je besser sich Personen über COVID-19 informiert fühlten (Bäuerle et al., 2020).

Auch die COSMO-Studie liefert noch weitere Ergebnisse zur psychischen Verfassung der Befragten in der COVID-19-Pandemie. Diese bestätigen, dass jüngere Menschen durch die COVID-19-Pandemie besonders psychisch belastet sind. Während des Erhebungsverlaufs von März 2020 bis September 2021 zeigten sich nur geringe Schwankungen in den untersuchten psychischen Belastungssymptomen. Deutlich wurden jedoch Altersunterschiede in den berichteten Gefühlen: Jüngere Befragte empfanden häufiger Einsamkeit, Nervosität, Ängstlichkeit, Angespanntheit und Niedergeschlagenheit sowie häufiger körperliche Reaktio-

nen wie Schwitzen und Atemnot als ältere Befragte. Allerdings dachten während der Pandemie ältere Befragte weniger häufig hoffnungsvoll an die Zukunft als jüngere. Einsamkeitsempfindungen sind vom Frühjahr bis zum Herbst 2020 in allen Altersgruppen zurückgegangen, während Niedergeschlagenheit zugenommen hat. Im Herbst 2020 fühlten sich 19,5 % der 18- bis 29-Jährigen einsam, während es bei den 65- bis 74-Jährigen nur 12 % waren. Im März 2021 empfanden sich 18,2 % der Befragten als sehr hilflos. Hilflosigkeit war hier definiert als das Gefühl, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen. Zu allen Erhebungszeitpunkten lag die empfundene Hilflosigkeit insgesamt unterhalb des mittleren Skalenwertes – die Aussage, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen, wurde in allen Befragungen eher als unzutreffend bewertet. Wer die politischen Maßnahmen übertrieben fand, äußerte eher Hilflosigkeit. In dieser Studie wurden nicht alle Maße zu allen Messzeitpunkten erhoben (Universität Erfurt, 2022).

Auch im WIdO-Monitor (Zok, 2021) zeigen sich Altersunterschiede. So fühlten sich jüngere Menschen unter 30 Jahren während der COVID-19-Pandemie mit 34,7 % deutlich häufiger stark oder sehr stark gesundheitlich belastet als Ältere über 70 Jahren mit 16 %.

Verbitterungsreaktionen traten anders als psychische Belastungen eher selten auf

Verbitterungsreaktionen werden als Reaktionen auf Erlebnisse von Herabwürdigung, Vertrauensbruch oder Ungerechtigkeit erklärt. Zur Erhebung von Verbitterung wurde in der COSMO-Studie eine speziell angepasste Skala verwendet: „Die Corona-Pandemie ist für mich ein Lebensereignis, das mich äußerst gekränkt oder verbittert hat". Es zeigt sich zwischen Juli 2020 und Oktober 2021 insgesamt ein niedriges Niveau an Verbitterungsreaktionen, jedoch ein Anstieg seit Sommer 2020. Jüngere Menschen zeigten sich insgesamt etwas verbitterter als ältere Menschen. Befragungsteilnehmende mit höheren Werten auf der Verbitterungsskala gaben auch mehr Sorgen, eine geringere Lebenszufriedenheit und geringere psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) an und zeigten weniger Zustimmung zu den politischen Maßnahmen (Universität Erfurt, 2022).

Internationale Studienergebnisse

Auch internationale Studien aus der frühen Pandemiezeit zeigen eine Zunahme von depressiven Gefühlen und Ängsten während der Pandemie

In verschiedenen internationalen Studien werden vorrangig und übereinstimmend durch die Pandemie und den Lockdown ausgelöste depressive Gefühle und Ängste in der Allgemeinbevölkerung beschrieben (z. B. Internationales COVID MINDS Netzwerk; Klein, 2020). Diese Symptome verringerten sich auch nach möglichen Lockerungen der Beschränkungen nur sehr langsam. Besonders betroffen waren international jüngere Menschen zwischen 18 und 29 Jahren, Menschen mit einem unterdurchschnittlichen Haushaltseinkommen sowie Menschen mit selbst berichteter Diagnose einer psychischen Erkrankung. In der Übersichtsarbeit von Vindegaard et al. (2021) werden als begünstigende Faktoren für die nachgewiesene Zunahme von depressiven Gefühlen und Ängsten ein besonders niedriger oder besonders hoher Bildungsstatus, weibliches Geschlecht, das Alleinleben sowie eine bereits bestehende psychische oder körperliche Erkrankung beschrieben.

Meta-Analysen aus der ersten Pandemiezeit belegen einen Anstieg von klinisch relevanten Angst- und Depressionssymptomen

Für den Beginn der Pandemie zeigt eine internationale Meta-Analyse von Cénat et al. (2022) mit 64 Studien einen deutlichen Anstieg von klinisch signifikanten Angst- und Depressionssymptomen sowie von empfundener Einsamkeit. Für Nordamerika wurde im Vergleich zu Europa, Asien und Lateinamerika eine höhere Prävalenz für Symptome von Angst, Depression und PTBS beobachtet.

Auch die Meta-Analyse von Robinson et al. (2021) zeigt einen allgemeinen Anstieg von psychischer Belastungssymptomatik im Frühjahr 2020 im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie, die allerdings anschließend bis zum Sommer 2020 wieder abnahm. Besonders groß war der Anstieg von Symptomen affektiver Störungen. Die Anzahl erfasster Symptome, v. a. depressiver Symptome, blieb auch bis zum Sommer 2020 signifikant erhöht. Auch Kunzler et al. (2021) fanden in ihrer internationalen Meta-Analyse den frühen Anstieg von Angst- und Depressionssymptomen. Eine ausführliche Analyse der Prävalenz psychischer Symptome im ersten Halbjahr 2020 wird in dem Review und der Meta-Analyse von Dragioti et al. (2022) vorgenommen. Hier findet sich ebenfalls ein im Vergleich zur Vorpandemiezeit erhöhtes Niveau an psychischen Krankheitssymptomen. Für spezifische Personengruppen ist die Prävalenz von depressiven Symptomen sehr hoch, z. B. 37 % bei Personen mit früheren körperlichen Erkrankungen. Frauen und Personen mit und nach einer SARS-CoV-2-Infektion wiesen höhere Raten in fast allen Symptombereichen auf. Angstzustände, depressive und posttraumatische Symptome traten häufiger in Ländern mit niedrigem/mittlerem durchschnittlichen Einkommen auf.

In einer kanadischen Längsschnittstudie mit 28.559 Personen mittleren und höheren Alters (45 bis 85 Jahre) erhöhte sich der Anteil von Menschen mit depressiven Symptomen von 16,4 % vor der COVID-19-Pandemie auf 22 % zum Zeitpunkt des ersten Lockdowns und blieb auch nach dem Wegfall der pandemiebedingten Einschränkungen so bestehen. Während der ersten Pandemiewelle bestand verglichen mit der Zeit vor der Pandemie ein zweifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome. Das Risiko war besonders hoch für Menschen mit geringem Einkommen und für Menschen mit vorbestehenden chronischen Erkrankungen (Raina et al., 2021).

Weltweit ist das Gefühl der Einsamkeit während der Pandemie moderat angestiegen

Eine Meta-Analyse mit 34 Studien aus 4 Kontinenten zeigt eine durchschnittliche Zunahme der empfundenen Einsamkeit um 5 Prozentpunkte zwischen der Vorpandemiezeit und dem ersten Pandemiejahr (alle analysierten Studien stammten aus dem Jahr 2020). Risikofaktoren für besonders stark empfundene Einsamkeit waren sehr junges und sehr hohes Alter, eine individuell schlechtere Lebenssituation, Beziehungsstatus als Single, weibliches Geschlecht und geringere psychische Gesundheit. Frauen waren stärker betroffen als Männer (Ernst et al., 2022). Da Einsamkeit, wenn sie anhaltend und chronisch empfunden wird, auch als Risikofaktor für die psychische und körperliche Gesundheit gilt, sollte der als moderat einzustufende o. g. Anstieg Beachtung finden.

Höheres Alter, finanzielle Sicherheit und höhere Bildung erwiesen sich als Schutzfaktoren für die Entwicklung psychischer Belastungen während der Anfangszeit der Pandemie

Grundsätzlich kann die Identifikation von Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Symptome und von protektiven Faktoren für die Auswahl geeigneter therapeutischer Interventionen nützlich sein. Eine internationale Meta-Analyse zu diesem Thema ergab als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Belastung bis Mai 2020 weibliches Geschlecht, vorbestehende psychische Erkrankungen und eigene Erkrankungsängste. Auf der anderen Seite erwiesen sich über alle untersuchten Studien hinweg höheres Alter, eine gute finanzielle Situation und höhere Bildung als schützende Faktoren. Auf Grundlage dieser Kenntnis könnten effektivere Präventionsmaßnahmen und Interventionen entwickelt werden, die auf die Bedürfnisse der spezifischen Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind (Kunzler et al., 2021).

Eine weitere internationale, federführend von der Charité Berlin geleitete Studie ist die „Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT)". Hierbei handelt es sich um eine große, internationale Umfrage mit über 100.000 Teilnehmern aus fast 150 Ländern. Ein wichtiger Bereich ist hier die Erfassung von akuten und längerfristigen psychischen Folgen und Erkrankungen in Zeiten von Corona. Bislang liegen noch keine übergreifenden Ergebnisse vor. Zu erwartende kommende Publikationen werden voraussichtlich längerfristige psychische Folgen in den Ländern sichtbar machen.

Die bisher veröffentlichten internationalen Meta-Analysen zu psychischen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie erfassen v. a. Studien aus den ersten beiden Jahren der COVID-19-Pandemie. Im März 2023 erschien eine weitere Meta-Analyse (ebenfalls über Studien bis zum Jahr 2021), die für die Allgemeinbevölkerung insgesamt nur geringe psychische Beeinträchtigungen darlegt.

Eine jüngere Meta-Analyse ermittelt keine statistisch signifikante Verschlechterung der psychischen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung aus Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen

Sun et al. (2023) analysierten 134 internationale Kohortenstudien im Hinblick auf eine mögliche Zunahme von Symptomen psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Berücksichtigt wurden solche Studien, die während der Pandemie (ab Januar 2020) und in einem 2-jährigen früheren Vergleichszeitraum (1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019) mindestens zu 90 % dieselben Personen auf ihre psychische Gesundheit hin untersucht hatten. Die von Sun et al. ermittelte standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) zeigt mit einem „minimalen" Effekt[15] von 0,11 eine Verschlechterung der allgemeinen psychischen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung an. Allerdings ist dieser Wert nicht statistisch signifikant und kann höchstens eine Tendenz anzeigen. Auch eine Zunahme von Angstsymptomen während der Pandemie lässt sich hier statistisch nicht bestätigen, depressive Symptome sind jedoch signifikant angestiegen. Die Autoren interpretieren ihre Befunde dahingehend, dass sich die Bevölkerung insgesamt als resilient gegenüber den Belastungen durch die COVID-19-Pandemie erwiesen hat, v. a. im Zeitverlauf über die Pandemie.

Jedoch zeigt sich eine signifikante Zunahme von depressiven Symptomen und Angstsymptomen bei bestimmten Personengruppen

In der vorliegenden Meta-Analyse ist auch für die meisten Untergruppen (Männer, junge Erwachsene, Kinder und Jugendliche) keine signifikante Zunahme psychischer Probleme erkennbar geworden. Hingegen habe es einen leichten Anstieg depressiver Symptome bei älteren Menschen (SMD 0,22), Studenten (SMD 0,14) und Frauen (SMD 0,22) während der COVID-19-Pandemie gegeben. Frauen haben zudem einen Anstieg von Angstsymptomen (SMD 0,2) und eine Verschlechterung der allgemeinen psychischen Gesundheit (SMD 0,2) aufgewiesen. Bei Eltern haben Angstsymptome (SMD 0,25) am deutlichsten zugenommen und sich die allgemeine psychische Gesundheit (SMD 0,39) am intensivsten verschlechtert (Sun et al., 2023). Die Ergebnisse der Meta-Analyse sollen fortlaufend aktualisiert und weiter veröffentlicht werden.

Die Beurteilung der Gesamtbevölkerung kann deutliche Beeinträchtigungen bei spezifischen Personengruppen übersehen

Diese aktuelle Studie von Sun et al. hat großes Medieninteresse erregt, da viele Experten in den letzten Jahren vor einer erheblichen Welle an psychischen Problemen aufgrund der COVID-19-Pandemie gewarnt haben. Die eher weniger besorgniserregenden Ergebnisse von Sun et al. (2023) stehen jedoch einer Reihe anderslautender Erkenntnisse aus den o. g. Meta-Analysen, anderen Studien und Analysen von Krankenkassendaten gegenüber. Es ist angesichts der Vielzahl an Befunden zu erhöhten psychischen Beeinträchtigungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie sie in vielen der oben beschriebenen Studien und auch in der Studie von Sun et al. zu finden sind, eine differenziertere Auseinandersetzung mit den psychischen Veränderungen verschiedener Subgruppen notwendig, um die von stärkeren Beeinträchtigungen betroffenen Menschen adäquat unterstützen zu können. Des Weiteren ist es auch möglich, dass sich positive und negative Effekte der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung in der „Gesamtzahlenschau" gegenseitig aufheben. So haben sich z. B. (wie unter 1.1.2 beschrieben) nach einigen Studienergebnissen

[15] SMD-Werte kleiner als 0,2 zeigen einen minimalen Effekt an, Werte zwischen 0,2 und 0,5 einen geringen Effekt, bei 0,5-0,8 zeigt sich eine deutliche Wirkung und bei mehr als 0,8 eine sehr große Wirkung.

bei älteren Menschen in Europa depressive Symptome verringert, aber bei jüngeren verstärkt. Aus einer Mittelwertbildung ergibt sich hier dann insgesamt keine sichtbare Veränderung. Auch lässt sich aus dieser Meta-Analyse kein Verlauf über die verschiedenen Phasen der Pandemie ermitteln, und von den 134 inkludierten Studien lieferte nur eine Ergebnisse aus 2021. Alle anderen Daten stammen aus dem ersten Pandemiejahr 2020. Damit lässt sich weiterhin noch keine Aussage zur längerfristigen Entwicklung der psychischen Symptome im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie treffen. Zu beachten ist zudem auch die Selektivität der untersuchten Stichproben, die nur aus Ländern mit hohem oder mittlerem Einkommen stammen.

Für eine zukünftige Prävention schwerer psychischer Folgen von Krisen sind auch Ergebnisse zu leichteren Beeinträchtigungen relevant

Grundsätzlich sollten auch psychische Beeinträchtigungen, die noch kein klinisch signifikantes Ausmaß zeigen, in der Fachwelt große Beachtung finden, da die betroffenen Menschen zum Einen dennoch unter hohem Leidensdruck stehen können und sich zum Anderen weitere Folgeprobleme entwickeln können. Für zukünftige Krisen oder Pandemien sollten daher auch Erkenntnisse über vorübergehend auftretende psychische Belastungen relevant sein, um zukünftig besser Vorsorge gerade für vulnerable Personengruppen leisten zu können. Langfristig sollte auch die psychische Gesundheit von Menschen aus einkommensschwächeren Ländern stärker untersucht werden.

Mögliche Auswirkungen der Schutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit

Die subjektive Belastung scheint nicht von der Dauer von Kontaktbeschränkungen abzuhängen

In der Allgemeinbevölkerung haben die Kontaktbeschränkungen zu subjektiver Belastung geführt. Allerdings scheint das Maß der Belastung nicht von der Dauer der Kontaktbeschränkung abzuhängen.

In einer Befragung der Universität Mainz konnte gezeigt werden, dass die Dauer der Kontaktbeschränkungsmaßnahmen kaum Einfluss auf die wahrgenommene Belastung hatte. Dies wurde als möglicher Hinweis darauf gedeutet, dass nicht die getroffenen Schutzmaßnahmen die hohe psychische Belastung der Teilnehmer hervorrufen, sondern die gesundheitliche Bedrohung durch die Pandemie. Erneut erwiesen sich psychisch vorerkrankte Personen als besonders betroffen von Symptomen der Angst und Depressivität und von körperlichen Beschwerden (Universität Mainz, 2021).

Im Rahmen des vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden bekanntermaßen eine Reihe von Schutzmaßnahmen beschlossen. Darunter fielen auch Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen im öffentlichen und privaten Raum, die Beschränkung von Freizeit-, Kultur- und Sportveranstaltungen, die Untersagung oder Beschränkung von Sportausübung, von touristischen Reisen und Übernachtungsangeboten, von politischen und religiösen Veranstaltungen, die Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung, Abstandsgebote im öffentlichen Raum, die Schließung oder Beschränkung von Betrieben, Gewerben, Einzel- und Großhandel, die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen und von Hochschulen u v. m.

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland war von Anfang an ein wichtiges Thema in der medialen Berichterstattung. Die WHO warnte frühzeitig vor potentiellen negativen Auswirkungen von Quarantänemaßnahmen auf die psychische Gesundheit (2020). Von Fachleuten wurden viele Präventionsempfehlungen und Handlungsnotwendigkeiten für die Zeit des Lockdowns und für Quarantänezeiten angeführt. Häufig wurde in der Berichterstattung vor einer deutlichen Zunahme psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen von Erwachsenen und Kindern v. a. aufgrund der sozialen Insolation und der damit verbundenen Einschränkung von Mobilität, sozialen Interaktionen und täglichen Aktivitäten gewarnt. Einige Studien fokussieren sich auf die Untersuchung psychischer Folgen der Schutzmaßnahmen. Wie bereits in Kap. 1 dargestellt, ist es nur sehr begrenzt möglich, psychische Auswirkungen konkret auf Infektionsschutzmaßnahmen zurückzuführen. Grundsätzlich stehen die Folgen der Schutzmaßnahmen (Isolation, Wegfallen von Treffen und Routinen etc.) zusammen mit den direkten Krankheitsängsten und -folgen der sich ausbreitenden COVID-19-Erkrankungen sowie der anderweitig auftretenden belastenden Lebensereignissen nebeneinander. Einiges kann man unter Umständen durch entsprechende Vorher-Nachher-Betrachtungen kontrollieren, anderes wird sich nur schwerlich getrennt interpretieren lassen. Im Rahmen der Gesamtauswirkungen der Pandemie und den dadurch entstandenen und entstehenden psychischen Beeinträchtigungen sollte dies beachtet werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse einiger Studien vorgestellt, die gezielt versuchen, Folgen der Schutzmaßnahmen zu ermitteln.

Für Quarantänemaßnahmen in anderen Zusammenhängen und in früheren Coronavirus-Ausbrüchen liegen klare wissenschaftliche Nachweise negativer Auswirkungen auf die psychische Gesundheit vor

Grundsätzlich gibt es wissenschaftliche Evidenz dafür, dass Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen im Rahmen von Infektionsprävention negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben.

In einem Rapid Review von Röhr et al. (2020) wurden 13 internationale Studien zu Quarantänemaßnahmen bei früheren Coronavirus-Ausbrüchen analysiert. Es finden sich konsistente Ergebnisse zu deutlichen psychischen Beeinträchtigungen unter den Betroffenen. Während der Quarantäne kam es demnach v. a. zu Ängstlichkeit, Einsamkeit, Schlaflosigkeit, Sorgen um die Gesundheit, Wut und zu erhöhtem Stress. Psychosoziale Folgen nach Quarantänebedingungen waren v. a. Symptome einer posttraumatischen Be-

lastungsstörung und depressive Symptome, die noch 3 Jahre nach dem Ende der Quarantänemaßnahmen bestehen können. Nachgewiesen wurden auch Stigmatisierungserfahrungen. Als negativ verstärkende Einflussfaktoren wurden die Dauer der Quarantäne und Einkommensverluste ermittelt. Im Gesundheitswesen tätige Menschen stellten eine besonders vulnerable Gruppe dar. Sie erlebten größere Stigmatisierung und wiesen häufiger posttraumatische Belastungssymptome auf.

Diese Ergebnisse finden Bestätigung in anderen Studien. So ergibt z. B. ein weiteres Review zu den Folgen von Isolation in unterschiedlichen Kontexten (z. B. wegen MRSA[16]) ein hohes Maß an psychischen Problemen in der betroffenen Population, v. a. Symptome von Depressionen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Außerdem traten Insomnie, geringe Selbstwerteinschätzungen, Stigmatisierung, fehlende Selbstkontrolle, Stimmungsschwankungen, Ärger und Einsamkeitsgefühle auf. Die in den einbezogenen Studien am häufigsten berichtete psychische Folge von Isolationsmaßnahmen waren Angststörungen (Hossain et al., 2020). Brooks et al. (2020) analysierten ebenfalls für ein Rapid Review 24 Studien aus 10 Ländern zu Quarantänemaßnahmen in früheren Pandemien und stellten sehr ähnliche psychische Folgen fest. Als Stressoren während der Quarantäne erwiesen sich lange Quarantänedauer, Infektionsängste, Frustration, Langeweile, unzureichende Hilfeleistungen und mangelnde Information. Nach der Quarantänezeit stellten langfristig finanzielle Verluste und Stigmatisierung Risikofaktoren für starke psychische Beeinträchtigungen dar (Brooks et al., 2020).

In der ersten Pandemiephase erwiesen sich alte Menschen als psychisch widerstandsfähig

Alte Menschen stellen eine durch das SARS-CoV-2-Virus besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe dar, da sie gerade in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie ein auffällig hohes Risiko für schwere Verläufe aufwiesen. Es wurde daher zu besonderer Vorsicht im Hinblick auf Ansteckungsgefahren geraten. Zu den empfohlenen Maßnahmen des „social distancing" gehörten z. B. der Verzicht auf direkten Kontakt zu Kindern und Enkelkindern und auf das Verlassen der Wohnung. Die soziale Isolation war vermutlich bei den älteren Menschen besonders groß, was wiederum im Allgemeinen mit negativen Gesundheitsfolgen und höherer Mortalität assoziiert ist (Holt-Lunstad et al., 2015). Während des ersten Lockdowns im April 2020 untersuchten Röhr et al. (2021) eine für die ältere Bevölkerung Deutschlands (ab 65 Jahre) repräsentative Stichprobe im Hinblick auf ihre psychische Beeinträchtigung durch die Isolationsmaßnahmen. Es fanden sich zwar leicht erhöhte Werte im Stresserleben, aber insgesamt eine starke psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und keine schwerwiegenden psychischen Folgen. Die Akzeptanz der Schutzmaßnahmen war bei diesen älteren Menschen hoch. Wie sich dieses Erleben und die psychische Gesundheit jedoch über den mehrjährigen Verlauf der COVID-19-Pandemie entwickelte, muss noch durch weitere (Längsschnitt-) Studien gezeigt werden.

Besonders gravierende Folgen hatten die Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

In Alten- und Pflegeheimen galten während der COVID-19-Pandemie zeitweilig besonders strenge Schutzmaßnahmen zum Schutz der vulnerablen Bewohner. Nach einer deutschlandweiten Befragung von Heimleitungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen im Projekt COVID-Heim bestanden häufig verschiedene Schutzmaßnahmen, darunter Besuchsverbote und -einschränkungen für Angehörige und Reduzierung des Körperkontakts in der Pflege. An COVID-19 erkrankte Bewohner wurden isoliert. Begegnungsräume wie Cafeterien wurden überwiegend geschlossen, zumeist auch Speisesäle und Bibliotheken. In fast allen Heimen entfielen auch soziale Angebote wie gemeinsame Veranstaltungen (z. B. Lesen, Spielen, Singen). 90 % der Pflegeheime versuchten, so gut wie möglich trotzdem soziales Leben zu ermöglichen. Es wurden zur Kommunikation mit Angehörigen digitale Möglichkeiten geschaffen, Besuche von Angehörigen vor den Fenstern organisiert oder kulturelle Veranstaltungen angeboten, für die Bewohner ihre Zimmer nicht verlassen mussten. Dennoch berichteten über 91 % der befragten Heimleitungen, dass die Schutzmaßnahmen erhebliche negative Folgen für die Bewohner hatten. 82 % gaben ein hohes Maß an Einsamkeit als gravierendste Folge an. Zudem schätzten 38 % der Befragten, dass Bewohner ihre eigenen Angehörigen nach dem Besuchsverbot nicht mehr erkannt hätten. 7 % der Heimleitungen berichteten von starker Trauer und Depressionen bei den Bewohnern (Hering et al., 2021).

Politisch durchgesetzte strengere Maßnahmen gingen international mit einer schlechteren psychischen Gesundheit der Bevölkerung einher

Eine internationale Längsschnittstudie mit Daten aus 15 Ländern untersuchte zwischen April 2020 und Juni 2021 den Zusammenhang von Schutzmaßnahmen und psychischer Gesundheit während der COVID-19-Pandemie (Aknin et al., 2022). Bei Kontrolle individueller und kontextueller Variablen ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Restriktivität der Schutzmaßnahmen und der psychischen Beeinträchtigung der Einwohner. Bei diesen Variablen handelte es sich um: Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Anzahl der Personen im Haushalt, Kinder im Haushalt und selbst angegebene chronische Krankheiten oder psychische Erkrankungen sowie um die Intensität der Pandemie, Impfquoten, individuelle Querschnittskontrollen und linearer Zeittrend. Einflussfaktoren auf diesen Zusammenhang waren auch die Wahrnehmungen der Menschen bezüglich der sozialen Distanzierung und des Umgangs der Regierung mit der Pandemiesituation. Der negative Zusammenhang zwischen der Stringenz der Maßnahmen und

[16] MRSA bedeutet Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Es handelt sich um Bakterien, die gegen die meisten Antibiotika resistent sein können und v. a. als Krankenhauskeime bekannt sind.

der psychischen Gesundheit war bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Darüber hinaus ließ sich ein negativer altersabhängiger Zusammenhang zwischen der Stringenz der Schutzmaßnahmen und der Lebensbewertung bei Frauen beobachten, bei Männern jedoch nicht. Dieser Zusammenhang war bei Frauen ab 30 Jahren am stärksten. Der negative Zusammenhang zwischen strikter Politik und psychischer Gesundheit könnte zum Teil auf zwei potenzielle Moderatoren zurückzuführen sein: die von den Befragten selbst angegebene physische Distanzierung und die Einschätzung, wie gut die Regierung die Pandemie bewältigt. Insbesondere war eine höhere Stringenz der Politik mit einer größeren physischen Distanz und einer schlechteren Bewertung der Regierung verbunden. Höhere Strenge war indirekt mit höheren Werten für psychische Belastung und geringerer Lebensbewertung durch körperliche Distanzierung und durch Bewertungen der Regierung verbunden. Der Zusammenhang zwischen der Stringenz der Schutzmaßnahmen und der Lebensbewertung sowie der psychischen Gesundheit nahm mit der Zeit ab, da durch eine strengere Umsetzung der Schutzmaßnahmen die Todeszahlen reduziert wurden.

1.1.3 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Während der Pandemie sind in der Arbeitswelt vielfältige Veränderungen aufgetreten. Ziel vieler Maßnahmen war eine größtmögliche Reduktion der Ansteckungsgefahr durch SARS-CoV-2. Zu diesen Maßnahmen gehörten z. B. ein deutlicher Ausbau des Arbeitens im Homeoffice, zeitweise Betriebsschließungen oder umfassende Hygiene- und Abstandsmaßnahmen. Wie sich dies auf das Wohlergehen der Betroffenen auswirkte, wurde in mehreren Studien untersucht.

Studienergebnisse aus Deutschland

Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführte repräsentative Querschnittsbefragung zeigt, dass 2021 in Deutschland der Anteil an im Homeoffice tätigen abhängig Beschäftigten deutlich höher lag als vor der COVID-19-Pandemie. Im Frühjahr 2021 lag der Anteil der mindestens stundenweise im Homeoffice Tätigen bei 50 %. Nach leichtem Rückgang über die Sommermonate lag auch im September 2021 die Quote der im Homeoffice Beschäftigten immer noch doppelt so hoch wie vor der Pandemie (Bonin et al., 2021). Vor dem Auslaufen der Homeoffice-Pflicht im März 2022 war noch fast jeder vierte Beschäftigte (23 %) ausschließlich im Homeoffice oder mobil tätig (TÜV Verband, 2022).

Im Spätsommer 2021 lag die Quote der im Homeoffice Beschäftigten doppelt so hoch wie vor der Pandemie

Die Ausweitung der Möglichkeiten, während der COVID-19-Pandemie aus dem Homeoffice zu arbeiten, betraf weitestgehend Beschäftigungsverhältnisse mit oberen Einkommensmöglichkeiten. In diesen Beschäftigungsverhältnissen konnten 2021 56 % im Homeoffice arbeiten, während nur 15 % der Beschäftigten in der unteren Einkommensschicht diese Möglichkeit hatten. Auch der Beschäftigungsumfang machte einen Unterschied. Vollzeitbeschäftigte arbeiteten deutlich häufiger von zu Hause als Teilzeitbeschäftigte, Männer konnten unabhängig von ihrem Einkommen häufiger im Homeoffice arbeiten als Frauen, was die Studienautoren über die höhere Teilzeitquote und den hohen Frauenanteil im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen erklären (Braband et al., 2022).

Beschäftigte mit mittleren oder hohen Haushaltseinkommen und hohem Bildungsniveau arbeiteten häufiger im Homeoffice als jene mit niedrigen Einkommen

Gelegentliches Arbeiten von Zuhause aus steigerte die Zufriedenheit der Beschäftigten deutlich, v. a. bei Eltern mit Kindern unter 16 Jahren (Bujard et al., 2021).

Grundsätzlich scheint das Homeoffice die Arbeitszufriedenheit gesteigert und Stress verringert zu haben

In der Sonderbefragung[17] der DAK zu Gesundheitsaspekten und Work-Life-Balance vor und während der COVID-19-Pandemie gaben 2/3 derjenigen, die erst seit der Pandemie regelmäßig im Homeoffice arbeiteten, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie an. Fast der gleiche Anteil war ebenfalls zufrieden über den Zeitgewinn durch das Wegfallen des Arbeitswegs. Von den Befragten, die erst seit der Pandemie regelmäßig im Homeoffice arbeiteten, möchten 77 % diese Arbeitsform gerne beibehalten. Als positiv wurde auch von Vielen empfunden, dass sich die Arbeit besser über den Tag verteilen lasse (65 %) und angenehmer verlaufe als im Betrieb (54 %; DAK, 2020a).

Von April bis September 2021 hat sich der Anteil derjenigen, die ständig oder häufig „alles sehr anstrengend" fanden, von der Hälfte der Beschäftigten auf ein Viertel reduziert. Wie bei den Ergebnissen zur emotionalen Erschöpfung während der COVID-19-Pandemie zeigte sich auch hier, dass Frauen signifikant häufiger Anstrengung im Beschäftigungsverhältnis äußerten als Männer. Auch Beschäftigte mit Kindern unter 14 Jahren wiesen in dieser Erhebung deutlich höhere Belastungswerte auf (Bonin et al., 2021). Die SOEP-CoV-Studie zeigt hierzu korrespondierende Ergebnisse (vgl. Entringer & Kröger, 2021). Während des gesamten Jahres 2021 äußerten sich Homeoffice-Beschäftigte weniger belastet als nicht im Homeoffice tätige Beschäftigte.

Im Jahresverlauf 2021 hat sich das allgemeine Belastungserleben der angestellt Tätigen in Deutschland reduziert

[17] Für die DAK Studie befragten die Forschungsinstitute IGES und Forsa vor (Dezember 2019) und während (April 2020) der frühen Pandemiezeit eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von ca. 7.000 Beschäftigten, davon 5.845 zu beiden Zeitpunkten.

Die zunehmende digitale Kommunikation und Digitalisierung in der Arbeitswelt wurde zu Beginn der Pandemie als Entlastung empfunden. Langfristig gibt es auch erste Hinweise für negative Effekte

Die Digitalisierung in der Arbeitswelt mit Laptop, Smartphone und der Austausch in Videokonferenzen wurde zu Beginn der Pandemie als entlastend empfunden. Während vor der Pandemie nur jeder dritte befragte Arbeitnehmer die zunehmende Digitalisierung als Entlastung wahrgenommen hatte, war es während der Pandemie jeder Zweite. Das tägliche Stresserleben verringerte sich um 29 Prozent im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie (DAK, 2020a). Gleichzeitig wurden auch negative Aspekte des häufigen Arbeitens im Homeoffice wahrgenommen. 46 % der Befragten vermissten eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit/Privatleben. Drei Viertel der Befragten vermissten den direkten Kontakt zu Kollegen (DAK, 2020a). In einer Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes 2022 fühlten sich 40 % der Beschäftigten in Deutschland durch die Digitalisierung in der Arbeitswelt zunehmend belastet. 46 % gaben an, dass die Anforderungen im Arbeitsalltag durch Multitasking aufgrund der Digitalisierung gewachsen seien. Nur noch 23 % gaben vorwiegend positive Aspekte der zunehmenden Digitalisierung an (Institut DGB, 2022).

Zu häufiges und langes Arbeiten im Homeoffice kann zu psychischen Belastungen führen

In den Analysen des Familienpanels pairfam wurde eine COVID-19-Zusatzstudie durchgeführt, für die Befragte zwischen 24 und 48 Jahren zwischen Mai und Juli 2020 mit denselben Fragen wie vor der COVID-19-Pandemie befragt wurden (Bujard et al., 2021). Hier zeigten Personen, die täglich im Homeoffice arbeiteten, sogar geringere Zufriedenheitswerte an.

Auch in einer Studie des TÜV-Verbands[18] zeigt sich, dass lange Phasen des Homeoffice bei vielen Beschäftigten zu psychischen Belastungen führen können. Jeder Achte empfand im Januar 2022 den Ergebnissen zufolge die Arbeit im Homeoffice als psychisch belastend (12 %). Fast jeder Dritte fühlte sich oft allein und isoliert (30 %). Mangelnde Bewegung und nur bei jedem Zweiten ergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze führten auch zu körperlichen Belastungen (TÜV-Verband, 2022).

Bei jedem Dritten hat sich die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz im Laufe der Pandemie verschlechtert

Das psychische Wohlbefinden in der Arbeitswelt hat sich während der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Nach Ergebnissen des BKK-Gesundheitsreports äußerte jeder dritte Befragte in der Beschäftigtenbefragung der BKK im Juni 2021, dass die eigene psychische Gesundheit in der Arbeitswelt unter der Pandemie gelitten hat; bezüglich der körperlichen Gesundheit jeder Vierte. Ebenfalls äußerten 25 % der Befragten, dass sich ihre Arbeitsmotivation und der Zusammenhalt in der Belegschaft verschlechtert habe (Knieps & Pfaff, 2021).

Jeder Zehnte gab an, unter den Homeofficebedingungen der Pandemie psychisch sehr zu leiden

Im Deutschland-Barometer Depression 2021 gibt ebenfalls jeder dritte Beschäftigte an, im letzten halben Jahr unter dem Arbeiten im Homeoffice gelitten zu haben. 10 % der Befragten äußerten sogar, „sehr" gelitten zu haben (Czaplicki et al., 2022; Deutsche Depressionshilfe, 2021b).

Uneinheitliche Ergebnisse zu Auswirkungen des Homeoffice auf die Produktivität

Einige Umfragen zeigen eine deutliche Zunahme der Produktivität durch verstärktes Arbeiten im Homeoffice. In der DAK-Befragung berichteten Angestellte zu 59 %, dass sie im Homeoffice produktiver oder eher produktiver arbeiten als am normalen Arbeitsplatz (DAK, 2020a). Es gibt jedoch auch gegenteilige Ergebnisse. In einer Studie der Stiftung Familienunternehmen vom Oktober 2021 verzeichneten 27 % der befragten Unternehmer eine geringere Arbeitnehmerproduktivität durch den Einsatz von Homeoffice. 30 % hatten keine Veränderung wahrgenommen, 6 % berichten eine gesteigerte Produktivität (Stiftung Familienunternehmern, 2020).

Selbständige und Beschäftigte mit niedrigem Einkommen hatten die größten wirtschaftlichen Sorgen

Wirtschaftliche Sorgen von Erwerbstätigen nahmen während der COVID-19-Pandemie deutlich zu. In allen Einkommensgruppen schätzten Beschäftigte die allgemeine wirtschaftliche Situation während der Pandemie negativer ein als die eigene individuelle wirtschaftliche Situation. 38 % machten sich 2021 große Sorgen um die allgemeine wirtschaftliche Lage (2019: 12 %). Jedoch blieb der Anteil der Befragten, die große Sorgen bezüglich ihrer eigenen wirtschaftlichen Lage äußerten, fast stabil (2021: 10 %, 2019: 11 %). Dieser Anteil veränderte sich über das Jahr 2021 hinweg nicht mehr und war bei beiden Geschlechtern etwa gleich verteilt. Einkommensschwächere Beschäftigte machten sich besonders große Sorgen um ihre finanzielle Situation. Bei ihnen äußerten 25 % große Sorgen - deutlich mehr als Beschäftigte der Mittelschicht (7 %) oder der oberen Einkommensschicht (3 %). Jüngere Beschäftigte machten sich mehr Sorgen als Ältere (Braband et al., 2022).

Besondere Belastung von medizinischem Personal

Gesundheitsfachkräfte wiesen während der Pandemie ein erhöhtes Risiko für klinisch relevante Depressions- und Angstsymptome sowie für PTBS auf

Gesundheitsfachkräfte aller Berufsgruppen sind während der Pandemie besonders stark gefordert (Pfefferbaum et al., 2020). Auf sie wirken auch spezifische, zusätzliche Stressfaktoren ein, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen können. Im Gesundheitsbereich bestehen besondere Risiken, sich oder Andere zu infizieren, sehr schweren COVID-19-Verläufen zu begegnen oder auf Intensivstationen den ständigen Kampf um das Überleben der Vielzahl COVID-19-Patienten mitzuerleben. Ebenso können z. B. die besondere Hilflosigkeit, wenn doch viele der Patienten versterben, die damit verbundene ständige Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, die drohende Notwendigkeit einer Triage, das Tragen von Schutzkleidung bei Beschäftigten der COVID-Stationen oder die übermäßige Arbeitsbelastung aufgrund von zunehmenden Ausfällen in der Kollegenschaft intensiv auf die Beschäftigten einwirken.

[18] Im Auftrag des TÜV-Verbands wurde eine Forsa-Umfrage unter 1.507 Erwerbstätigen durchgeführt.

Im Kontext der COVID-19-Pandemie zeigen sich in mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen stark erhöhte psychische Beeinträchtigungen bei Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind, darunter auch sehr hohe Trauma-Scores. Zu beachten ist, dass die meisten bisher vorliegenden Studien sich auch hier mit der ersten Corona-Welle befassen. Zum weiteren Verlauf liegen noch keine verlässlichen Daten vor. Kramer et al. (2021) gehen davon aus, dass die psychische Belastung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen mit der Dauer der Pandemie und mit der Zahl an COVID-19-Patienten auf den Krankenhausstationen weiter angestiegen sein wird. Angesichts der besonderen Belastung dieser Berufsgruppe ist die Bereitstellung zielgerichteter präventiver und therapeutischer Hilfsangebote zur Reduktion ihrer psychischen Belastungen von großer Bedeutung.

Deutsche und internationale Studienergebnisse liefern zum Thema der psychischen Beeinträchtigung des medizinischen Personals während der Pandemie sehr ähnliche Daten.

MTAs wiesen eine höhere psychische Belastung auf als Pflegekräfte – Pflegekräfte wiederum höhere Belastungen als Ärzte

Die hohe psychische Belastung des medizinischen Personals schon während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie im Frühjahr und Sommer 2020 findet sich in entsprechenden Studienergebnissen zu dieser Zeitspanne wieder. Ein Online-Survey (VOICE-Studie[19]) von in Krankenhäusern/Universitätskliniken tätigen Gesundheitsfachkräften in Deutschland ermittelte bei Pflegekräften während dieser Pandemiezeit einen erhöhten Anteil an Personen mit klinisch relevanten Depressions- oder Angstsymptomen. Ähnliches fand sich in geringerer Ausprägung auch bei Ärzten. Noch häufiger als Ärzte und Pflegekräfte waren MTAs (Medizinisch-technische Assistenten[20]) betroffen (s. Abb. 3; Morawa et al., 2021; Jerg-Bretzke et al., 2021). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung während der Pandemie waren die Belastungen durch psychische Probleme bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens damit zwar geringer, jedoch fielen sie signifikant höher aus als bei der Allgemeinbevölkerung vor der Pandemie. Seit Mai 2021 läuft bereits die dritte Erhebungswelle der VOICE-Studie.

Angst und Depression bei Gesundheitsfachkräften

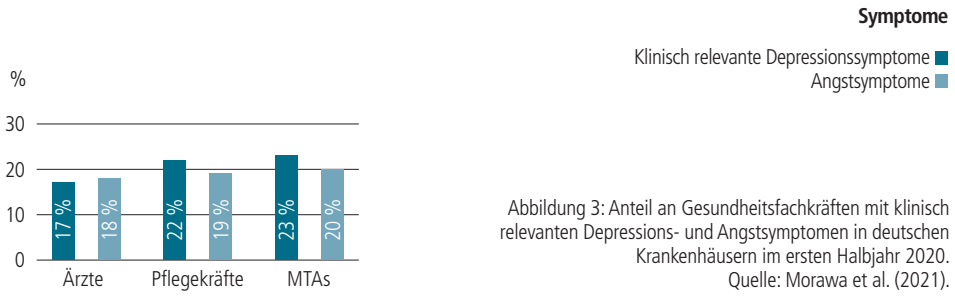


Abbildung 3: Anteil an Gesundheitsfachkräften mit klinisch relevanten Depressions- und Angstsymptomen in deutschen Krankenhäusern im ersten Halbjahr 2020. Quelle: Morawa et al. (2021).

Als Risikofaktoren für psychische Symptome beim medizinischen Personal wurden folgende Faktoren identifiziert (Morawa et al., 2021):

- Unzureichende Erholung in der Freizeit
- Vermehrter Alkoholkonsum
- Unzureichender Verlass auf Kollegen bei der Arbeit
- Angst, sich zu infizieren
- Schutzmaßnahmen der Klinik
- Geringe soziale Unterstützung
- Beruf der/des MTA
- Geringes Kohärenzgefühl
- Traumatisierende Kindheitserlebnisse

Als signifikante Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastungen im Gesundheitswesen wurden weibliches Geschlecht, Krankenpflegeberuf (im Vergleich zu Ärzten), direkter Kontakt mit infizierten Patienten und die Sorge, sich oder andere anzustecken, identifiziert. Fast 40 % der Befragten konnten sich in ihrer Freizeit nicht ausreichend erholen, und ein Viertel gab an, mehr als vor der Pandemie zu arbeiten.

[19] In der VOICE-Studie wurde eine prospektive, repräsentative und webbasierte Befragung durchgeführt, um die relevanten beruflichen und psychosozialen Belastungen sowie protektiven Resilienzfaktoren über die Zeit in Abhängigkeit der regionalen Versorgungsraten und des Infektionsgeschehens bezüglich COVID-19 bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen zu erfassen. Es gab drei Erhebungswellen über die Jahre 2020 und 2021. Die Daten wurden quer- und längsschnittlich analysiert. In der erstens Erhebungswelle wurden Teilnehmer aus Universitätsklinika, Krankenhäusern der Maximalversorgung, Medizinischen Versorgungszentren, Arztpraxen und sozialpädiatrischen Einrichtungen befragt.

[20] Einbezogen wurden verschiedene in den Krankenhäusern tätige Berufsgruppen: MTAs in verschiedenen Arbeitsbereichen, darunter auch Laborassistenten sowie MTA in der Radiologie und Pharmazeutisch-technische Assistenten.

In einer kleineren Studie mit 300 Beschäftigten aus der Alten- und Krankenpflege ergeben sich noch höhere Werte psychischer Belastung bei den Pflegekräften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. 35 % der Beschäftigten gaben mittlere bis schwere Depressionssymptome an. Auch wiesen 16,7 % der Gesundheitsfachkräfte mittlere bis schwere Angstsymptome auf. Es zeigte sich ebenfalls eine ausgeprägte Sorge vor der Ansteckung von Familienmitgliedern (PFH, 2020).

Internationale Studienergebnisse bestätigen starke psychische Beeinträchtigungen bei Gesundheitsfachkräften während der COVID-19-Pandemie

Internationale Studienergebnisse

Wie schon in früheren Pandemien, z. B. der SARS-Pandemie 2022, treten bei Gesundheitsfachkräften, die COVID-19-Patienten direkt betreuen, deutlich gehäuft Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. Ein systematisches Review zu internationalen Studien[21] über psychische Krankheitssymptome bei insgesamt 13.999 Gesundheitsfachkräften während der COVID-19-Pandemie zeigt ein hohes Maß an psychischer Beeinträchtigung: 45 % der Beschäftigten wiesen Symptome einer PTBS auf (zum Vergleich: 1 % Punktprävalenz für PTBS in der europäischen Allgemeinbevölkerung; Darves-Bornoz et al., 2008), 27 % Depressionssymptome, 28 % Angstsymptome und 37 % zeigten Symptome von Schlaflosigkeit. Die diagnostischen Kriterien der jeweiligen Erkrankungen waren erfüllt. Die Gesundheitsfachkräfte waren signifikant stärker beeinträchtigt als verschiedene Vergleichsgruppen (Studenten, Allgemeinbevölkerung, andere Klinikmitarbeiter ohne Patientenkontakt; Killikelly et al, 2021). Auch in der Meta-Analyse von Dragioti et al. (2022) finden sich hohe psychische Belastungen bei Gesundheitsfachkräften während der Pandemie. Die Prävalenz von Angstsymptomen bei diesen Mitarbeitern lag über alle Studien hinweg durchschnittlich bei 71 %.

Ebenfalls deutliche Ergebnisse finden sich für englische Gesundheitsfachkräfte, die in Krankenhäusern direkt mit COVID-19-Patienten arbeiten. 34 % erfüllten die diagnostischen Kriterien für mindestens eine Angststörung, 31 % für Depression und 25 % für PTBS (Wanigasooriya et al., 2021[22]). Eine adäquate persönliche Schutzausrüstung, Zugang zu psychosozialer Unterstützung und wenig Berührung mit moralischen Dilemmata korrelierte negativ mit den psychischen Krankheitssymptomen. Diese Faktoren können also als Schutzfaktoren angesehen werden.

1.1.4 Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen während der COVID-19-Pandemie

Es finden sich derzeit wenig Informationen zu möglichen Primär- und Sekundärpräventionsinterventionen zu den Belastungen während der COVID-19-Pandemie. Es liegen hierzu allerdings internationale Empfehlungen vor, die Gesundheitsfachkräfte in ihrer alltäglichen Kommunikation unterstützen sollen, z. B. von der WHO (2020), dem Inter-Agency-Standing Committee der UN und vom Internationalen Roten Kreuz. Darin sind Empfehlungen zu Informationen für die Allgemeinbevölkerung sowie für Menschen in Isolation enthalten. Auch zum Umgang mit Kindern und mit älteren Menschen zur Reduktion psychischer Belastungen in Krisenzeiten werden Empfehlungen unterbreitet (s. zur Übersicht Petzold et al., 2020).

Quarantänemaßnahmen sollten durch Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit begleitet werden

Angesichts der Kenntnisse über die negativen Auswirkungen von Quarantänemaßnahmen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass im Rahmen von Krisenmanagement in Pandemiesituationen Prävention und Interventionen zur Reduktion der psychischen Auswirkungen stattfinden sollten (Röhr et al., 2020). Eine Quarantänepflicht sollte den o. g. Ergebnissen zufolge nur so lange wie unbedingt notwendig aufrechterhalten werden, und alle Maßnahmen sollten der Bevölkerung umfassend erläutert werden (Brooks et al., 2020).

Eine Meta-Analyse belegt die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen während der COVID-19-Pandemie. Die Analyse von Bonardi (2022) schließt 9 randomisierte kontrollierte Interventionsstudien zu Menschen ein, die explizit nicht an COVID-19 erkrankt waren.[23] Als wirksam zur Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen erwiesen sich selbstgesteuerte, internetbasierte kognitive Verhaltensinterventionen, die auf dysfunktionale COVID-19-Sorgen abzielten. Auch von Laien bzw. von Gleichaltrigen durchgeführte Aufklärungs- und Unterstützungsinterventionen verbesserten Angst und depressive Symptomatik signifikant.

[21] Von 3.408 Studien erfüllten nur 10 die Einschlusskriterien für das Review. Diese stammten aus China, Indien und Singapur. Einschränkend muss angemerkt werden, dass für die Diagnose einer PTBS die Symptome mindestens einen Monat andauern müssen, es handelte sich hier jedoch um Querschnittsuntersuchungen.

[22] Es wurden 2.638 Gesundheitsfachkräfte in englischen Krankenhäusern befragt.

[23] Aufgrund der Heterogenität der Populationen und Interventionen und der Bedenken hinsichtlich des Bias-Risikos wurden die einbezogenen Studien deskriptiv analysiert und zusammengefasst.

1.2 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche gelten als von der COVID-19-Pandemie besonders betroffene Bevölkerungsgruppe. Zwar zeigte sich während der Pandemie, dass SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen meist keine schweren Verläufe aufwiesen. Jedoch stellen pandemiebegleitende Maßnahmen, Belastungen in den Familien und pandemiebezogene Sorgen eine große Herausforderung für ein gesundes Aufwachsen dar. Während der in Deutschland zeitweisen Kita- und Schulschließungen wurden die jungen Menschen in ihrer Bildungs- und sozioemotionalen Entwicklung beeinflusst. Übliche Routinen fielen weg, soziale Kontakte im gewohnten Maß fehlten, Sport und Freizeitmöglichkeiten wurden stark eingeschränkt. Während der Lockdowns durfte die Wohnung nur noch aus triftigen Gründen verlassen werden. Es war kaum noch möglich, Gleichaltrige und Familienmitglieder außerhalb des eigenen Haushalts zu treffen. Es ist davon auszugehen, dass die während der COVID-19-Pandemie generell entstehenden Ängste bezüglich der eigenen Gesundheit und der von Familienangehörigen auch bei Kindern und Jugendlichen verbreitet sind bzw. waren. Viele Berufstätige waren während der Pandemiezeit weitestgehend im Homeoffice tätig. Kinder wurden im Homeschooling mit Distanz- und Wechselunterricht weiter beschult. Bei vielen Kindern und Jugendlichen in Deutschland führte dies zu geringeren Lernzeiten und zu Lernrückständen (Bujard et al, 2021). Als Risikogruppe gelten hierbei v. a. sozial benachteiligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund, die weniger Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Kinder hatten. Es besteht die Gefahr, dass bereits vorher bestehende Ungleichheiten und Entwicklungsrisiken durch die Pandemie verschärft wurden. Auch Familien mit Kindern mit Beeinträchtigungen und Behinderungen begegneten intensiven Herausforderungen.

Auf dieser Grundlage hat die Leopoldina im Sommer 2021 eine Reihe von Empfehlungen veröffentlicht (Leopoldina, 2021). Auch der deutsche Ethikrat forderte in seiner Ad-hoc-Empfehlung vom 28.11.2022 ein gemeinschaftliches Eintreten für die Schäden, die bei Kindern und Jugendlichen aufgrund politisch entschiedener Pandemie-Maßnahmen aufgetreten sind (Deutscher Ethikrat, 2022). Die Belange und psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie haben nach Einschätzung des Ethikrates bisher nicht ausreichend Beachtung erfahren. Auch das Deutsche Kinderhilfswerk kritisiert im Kinderreport 2022, dass Deutschland seiner Verpflichtung, das Kindeswohl zu berücksichtigen, während der Pandemie nicht ausreichend nachgekommen sei.

Für die Rolle der Schulen in der COVID-19-Pandemie soll eine bundesweite Studie aufgelegt werden. Für den Kita-Bereich liegt bereits eine abgeschlossene Studie des Deutschen Jugendinstituts (in Kooperation mit dem RKI) vor (s. Kap. 1.2.2). Weitere Krisen wie der aktuelle Krieg in der Ukraine und der fortschreitende Klimawandel können ebenfalls große emotionale Herausforderungen und Belastungen für Kinder und Jugendliche darstellen. Auch wenn sich die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit erst im Verlauf herausstellen werden, liegen doch erste Daten vor, die auf eine überdurchschnittliche Zunahme psychischer Erkrankungen und Belastungen bei Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie hinweisen.

Das RKI verfolgt den Forschungsstand zu den Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit fortlaufend und führt selbst in Kooperation mit anderen Forschungsinstituten Studien hierzu durch. U. a. ist das RKI beteiligt an der COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren während der COVID-19-Pandemie (s. Kap. 1.2.2).

1.2.1 Psychische Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie

Es gibt Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie

Bereits 2020 schätzten Experten eine Zunahme der Inzidenz-und Prävalenzraten psychischer Erkrankungen während der Pandemie als wahrscheinlich ein (Brakemeier et al., 2020), da eine so lang andauernde Krise für jüngere Menschen besonders belastend sei. Es liegen für Kinder und Jugendliche noch keine aktuellen epidemiologischen, bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen vor. Es ist daher noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen, dass infolge der Pandemie ein Anstieg psychischer Erkrankungen in Deutschland zu verzeichnen ist. Allerdings mehren sich die Hinweise auf eine pandemiebedingte Zunahme psychischer Erkrankungen, u. a. in Auswertungen von Krankenkassendaten, weiteren Diagnosedaten und in Befragungsergebnissen. Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen dem Einfluss der COVID-19-Pandemie und der Entstehung dieser psychischen Erkrankungen ist anhand der vorliegenden Daten allerdings bisher nicht ersichtlich. Weitere Forschung zu den psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie auf Basis der Diagnosen und repräsentativen Daten ist dringend erforderlich.

Studienergebnisse aus Deutschland

Bei der Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unterscheidet das Robert Koch-Institut vier Lebensphasen: Kleinkinder (1 bis 4 Jahre), Grundschulkinder (5 bis 9 Jahre), Schulkinder (10 bis 14 Jahre) und Jugendliche (15 bis 17 Jahre).

Während des ersten Lockdowns waren im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie mehr als doppelt so viele Jugendliche (16-19 Jahre) von klinisch relevanten Depressionssymptomen betroffen

Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam und der dazugehörigen COVID-19-Zusatzstudie zeigen, dass bei Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren im ersten Lockdown klinisch relevante depressive Symptome[24] sich mehr als verdoppelt haben (von 10,2 % vor der Pandemie auf 25,2 % während des ersten Lockdowns). Mädchen waren dabei deutlich stärker betroffen als Jungen (von 15 % auf 35 % während des Lockdowns). Eine auf dem Anteil der Altersgruppe an der deutschen Bevölkerung basierende Hochrechnung ergibt eine Zunahme von 477.000 Jugendlichen mit klinisch relevanten Depressionssymptomen infolge der COVID-19-Pandemie. Davon waren 137.000 Jungen und 340.000 Mädchen (Bujard et al., 2021). Diese Daten basieren insgesamt auf Selbsteinschätzungen, nicht auf klinischen Diagnosen. Dennoch wird ersichtlich, in welcher Dimension Jugendliche von psychischen Problemen in der Pandemie vermehrt betroffen waren.

Im medizinischen System vergebene Diagnosen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2 und 17 Jahren wurden von Weber et al. (2022) für die Jahre 2020 und 2021 untersucht. Anhand von Diagnosedaten aus 154 deutschen pädiatrischen Praxen zeigte sich, dass 2020 und 2021 im Vergleich zu den beiden Vorjahren signifikant mehr psychische Störungen diagnostiziert wurden. Dieser Anstieg wurde besonders bei affektiven Störungen deutlich. Die absolute Zahl von sieben Patienten pro einzelner Praxis als durchschnittliche Zunahme erscheint gering, erreicht aber statistische Bedeutsamkeit. Es wird jedoch keine Aussage darüber getroffen, ob die Zunahme während dieser beiden Jahre überproportional war. Bereits seit Jahren wächst die Zahl der vergebenen Diagnosen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, was ein Hinweis auf die Zunahme dieser Erkrankungen sein kann, aber zunächst nur eine vermehrte Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung widerspiegelt (Steffen et al., 2019).

Die Diagnoseraten von erstmalig aufgetretenen Essstörungen, Depressionen, Angststörungen und Adipositas haben 2021 bei bestimmten Altersgruppen und geschlechtsspezifisch stärker zugenommen als im Vorpandemiezeitraum

Arztbesuche wegen psychischer Erkrankungen sind insgesamt zwischen 2019 und 2021 um 5 % zurückgegangen, was nicht unbedingt auf eine verringerte Krankheitslast zurückzuführen sein muss, sondern auf eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems während der COVID-19-Pandemie (s. Kap. 3). Die Daten der DAK-Gesundheit sind als repräsentativ für alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen anzusehen, wie ausführliche Analysen im DAK-Report zeigen (Witte et al., 2022a). Daher wird hier die Entwicklung bei ausgewählten psychischen Erkrankungen ausführlich beschrieben.

Bei einigen psychischen Erkrankungen zeigen sich geringere Diagnoseraten, bei anderen deutlich höhere. Ein Rückgang erstmals diagnostizierter somatoformer Störungen zwischen 2019 und 2021 zeigt sich bei Schulkindern (-5 %) und bei Jugendlichen (-21 %). Gleichzeitig sind erhebliche geschlechtsspezifische Zuwächse an einigen neu diagnostizierten psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen zu verzeichnen (s. Tab. 2). Herausstechend sind dabei z. B. bei weiblichen Jugendlichen die Zunahme von Essstörungen und Angststörungen. Knapp 10 von 1.000 dieser weiblichen Jugendlichen bekamen 2021 erstmalig die Diagnose einer Essstörung. 2019 betrug dieser Anteil noch etwa 6 von 1.000. Bei Hochrechnung auf alle gesetzlich versicherten jugendlichen Mädchen entspricht das einem Plus von über 4.000 neuerkrankten Mädchen gegenüber 2019 in Deutschland. Bei Jungen wurde hingegen häufiger Adipositas diagnostiziert.

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Adipositas

Neudiagnose	Geschlecht	Alter	2019	2020	2021	+/-2019-2021
Depressionen	Mädchen	10-14 Jahre	9,7	10,2	11,9	+23 %
		15-17 Jahre	33,9	39,0	40,0	+18 %
Angststörungen	Mädchen	10-14 Jahre	15,2	15,4	16,3	+7 %
		15-17 Jahre	28,6	34,4	35,4	+24 %
Essstörungen	Mädchen	10-14 Jahre	3,1	3,5	4,2	+33 %
		15-17 Jahre	6,3	8,1	9,8	+54 %
Adipositas	Jungen	5-9 Jahre	15,9	18,2	18,2	+15 %
		10-14 Jahre	27,8	28,7	28,0	+1 %
		15-17 Jahre	18,3	18,8	21,1	+15 %

Anmerkungen: Entnommen aus: Witte et al. (2022a). Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q[25] einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr.

[24] Für die Ermittlung des klinisch relevanten Wertes wurde auf Basis früherer Studien ein Grenzwert für die Skala STDS (State and Trait Depression Scale) festgelegt.

[25] M1Q steht für: mindestens in einem Quartal des Jahres erhaltene Diagnose.

Bei Essstörungen, Depressionen, Angststörungen und Adipositas sind die 2021 aufgetretenen Zunahmen der Neuerkrankungsraten höher als im Vorpandemiezeitraum. Die diagnosespezifischen Neuerkrankungsraten werden in Tab. 3 bis 6 dargestellt.

Tabelle 3: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Essstörungen

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/-2019-2021
10-14 Jahre	Jungen	1,9	1,8	1,9	-2 %
	Mädchen	3,1	3,5	4,2	+33 %
	Gesamt	2,5	2,6	3,0	+20 %
15-17 Jahre	Jungen	1,7	1,7	1,6	-4 %
	Mädchen	6,3	8,1	9,8	+54 %
	Gesamt	3,9	4,8	5,6	+41 %

Anmerkungen: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Essstörungen bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Entnommen aus: Witte et al. (2022a). Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F50 und diagnosefreies Vorjahr.

Tabelle 4: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Depressionen

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/-2019-2021
10-14 Jahre	Jungen	5,5	4,6	4,6	-17 %
	Mädchen	9,7	10,2	11,9	+23 %
	Gesamt	7,5	7,3	8,1	+8 %
15-17 Jahre	Jungen	14,3	13,3	12,1	-15 %
	Mädchen	33,9	39,0	40,0	+18 %
	Gesamt	23,8	25,8	25,7	+8 %

Anmerkungen: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Depression. Entnommen aus: Witte et al. (2022a). Daten DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F32/F33 und diagnosefreies Vorjahr.

Tabelle 5: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Angststörungen

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/-2019-2021
10-14 Jahre	Jungen	10,2	10,2	9,0	-12 %
	Mädchen	15,2	15,4	16,3	+7 %
	Gesamt	12,6	12,7	12,5	-1 %
15-17 Jahre	Jungen	12,5	12,7	11,3	-9 %
	Mädchen	28,6	34,4	35,4	+24 %
	Gesamt	20,3	23,2	23,0	+13 %

Anmerkungen: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Angststörung. Entnommen aus: Witte et al. (2022a). Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F40/F41 und diagnosefreies Vorjahr.

Tabelle 6: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Adipositas

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/-2019-2021
5-9 Jahre	Jungen	15,9	18,2	18,2	+15 %
	Mädchen	17,0	19,5	19,0	+12 %
	Gesamt	16,4	18,8	18,6	+14 %
10-14 Jahre	Jungen	27,8	28,7	28,0	+1 %
	Mädchen	21,1	20,9	21,0	0 %
	Gesamt	24,5	24,9	24,6	0 %
15-17 Jahre	Jungen	18,3	18,8	21,1	+15 %
	Mädchen	19,1	19,3	20,2	+6 %
	Gesamt	18,7	19,0	20,7	+11 %

Anmerkungen: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Adipositas-Fälle. Entnommen aus: Witte et al. (2022a). Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 E66 und diagnosefreies Vorjahr.

Entsprechend der Zunahme an psychischen Diagnosen gab es auch Zuwächse bei stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer Erkrankungen

Eine weitere Analyse der DAK (Witte et al., 2022b) zeigt, dass 2021 im Vergleich zum Vorjahr 36 % mehr Kinder zwischen 5 und 9 Jahren aufgrund von Störungen sozialer Funktionen in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden. Bei Entwicklungsstörungen lag der Anstieg stationär behandelter Kinder bei 11 %. Jungen wurden im Jahr 2021 fast doppelt so häufig wie Mädchen wegen der Störung sozialer Funktionen und fast dreimal so häufig wegen Entwicklungsstörungen stationär behandelt.

Für Schulkinder zwischen 10 und 14 Jahren nahm die Zahl stationärer Behandlungen wegen Depressionen von 2020 auf 2021 um 27 % zu, wegen Angststörungen um 25 % und wegen Essstörungen um 21 %.

Es kamen 2021 28 % mehr Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren mit Depressionen und 17 % mehr Jugendliche mit Essstörungen als 2020 in stationäre Behandlung. Im Vergleich zu 2019 lag die Zunahme der Krankenhausaufenthalte bei Essstörungen im Jahr 2021 sogar bei 40 %. Es wurden 42 % mehr Jugendliche wegen emotionaler Störungen stationär versorgt. Zu diesen emotionalen Störungen werden von der DAK v. a. Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit und phobische Störungen gezählt.

Jugendliche Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren wurden 2021 zu 25 % häufiger wegen Essstörungen stationär behandelt als im Vorjahr, fünfmal häufiger wegen Depressionen, dreimal häufiger wegen Angststörungen und 2,5-mal häufiger wegen emotionaler Störungen (Witte et al., 2022b).

Schon 2020 haben vergebene Diagnosen von Angststörungen und Essstörungen bei Jugendlichen in Deutschland überdurchschnittlich zugenommen

Unterstützt werden die Befunde der DAK von Ergebnissen einer Analyse von Versichertendaten der Krankenkasse KKH[26] ohne Anspruch auf Repräsentativität. Diese Ergebnisse zeigen eine Zunahme der im medizinischen Versorgungssystem vergebenen Diagnosen von Angststörungen bei 13- bis 18-Jährigen von 2019 bis 2020 um ca. 9 %. Essstörungen haben in dieser Altersgruppe um ca. 7 % zugenommen, während der übliche Zuwachs bei Essstörungen in den Vorjahren nur bei max. 3-4 % gelegen hat (KKH, 2022). Die Belastung während der Pandemie durch die Bedrohung der eigenen Gesundheit, durch die Schutzmaßnahmen und das Fehlen der stützenden Faktoren wie soziale Kontakte und Hobbies kann die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen deutlich belasten. 2020 wurde insgesamt bei 13 % der 6 bis 18 Jahre alten Versicherten eine psychische Erkrankung diagnostiziert, v. a. Angststörungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen, depressive Reaktionen auf schwere Belastungen, Depressionen und Schlafstörungen. Jedoch zeigt sich in den Daten der KKH seit mehreren Jahren eine Zunahme psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen, z. B. bei Depressionen von 2010 bis 2020 um fast das Doppelte.

Im stationären Bereich haben Diagnosen zu Essstörungen und Depressionen während der COVID-19-Pandemie ebenfalls deutlich zugenommen

Anhand einer Analyse von Krankenhausbehandlungsdaten lässt sich ein deutlicher Anstieg einzelner psychischer Diagnosen während der Pandemie im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie nachweisen. Verglichen wurde die prozentuale Veränderung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Pädiatrie im stationären Bereich anhand der absoluten Fallzahlen (s. Tab. 7). In der Pädiatrie lag das Vorkommen von stationär behandelter Anorexia nervosa während der Pandemie um über 70 % höher als vorher. Depressive Störungen traten in in beiden Fachbereichen zu etwa 20 % häufiger auf als vor der Pandemie. Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen traten demgegenüber in den Kliniken deutlich seltener auf als vor der Pandemie, ebenso Alkoholintoxikationen (Kölch et al., 2023).

Tabelle 7: Vorkommen stationär behandelter psychischer Erkrankungen und Alkoholintoxikationen

	Kinder- und Jugendpsychiatrie			Pädiatrie		
	N (2019)	N (2021)	% Veränderung	N (2019)	N (2021)	% Veränderung
Alkoholintoxikation	90	82	-8,9 %	4.862	2.440	-49,8 %
(atyp.) Anorexia nevosa	800	962	+20,3 %	611	1.057	+73 %
Depressive Störungen	7.451	9.010	+20,9 %	325	396	+21,8 %
Reaktion auf schwere Belastungen	1.115	1.183	+6,1 %	380	303	-20,3 %
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1.267	810	-36,1 %	34	19	-44,1 %

Anmerkungen: Prozentuale Veränderungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie. Eigene Berechnungen. Quelle: Kölch et al. (2023).

[26] Es wurden die Daten von bundesweit ca. 200.000 Versicherten im Alter von 6 bis 18 Jahren ausgewertet.

Es zeigen sich in der Auswertung der DAK statistisch signifikante erhöhte Risiken für im Gesundheitssystem diagnostizierte psychische Erkrankungen für Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status[27]. Für 15- bis 17-jährige Mädchen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status zeigte sich das Risiko, im Jahr 2021 an einer neudiagnostizierten Depression zu erkranken, um 19 % höher als bei Mädchen aus Familien mit hohem Status. Bei Jungen zwischen 10 und 17 Jahren mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status fiel das Risiko für neu diagnostizierte Adipositas um 62 % höher aus als bei Jungen aus Familien mit hohem Status. Selbst bei Kindern und Jugendlichen mit mittlerem sozioökonomischem Status lag das Risiko noch um 8 % höher als bei Gleichaltrigen mit höherem Status (Witte et al., 2022).

Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status wiesen signifikant mehr diagnostizierte psychische Erkrankungen auf

Die Entwicklung der Verschreibung von Medikamenten zur Behandlung psychischer Erkrankungen lässt sich über die Berichte der großen Krankenkassen verfolgen. Generell zeigt sich in den letzten Jahren ein Anstieg der Verordnungen von Psychopharmaka.

Verordnungen von Psychopharmaka sind 2020 zu Beginn der Pandemie nicht stärker als sonst gestiegen. 2021 stieg allerdings die Verordnung von Antidepressiva bei Jugendlichen mit neu diagnostizierten Depressionen um 65 % überproportional an

Auswertungen der Techniker Krankenkasse zeigen entsprechend für 2020 eine Zunahme der Verordnungen von Psychopharmaka, die aber nicht stärker ausfiel als die Zunahme in den Vorjahren. Am häufigsten wurden Kindern unter 12 Jahren Medikamente zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) verschrieben. Jungen haben diese Medikamente dabei dreimal so häufig verordnet bekommen wie Mädchen. Bei Jugendlichen steigt jährlich vor allem die Verordnung von Antidepressiva. Im Jahr 2020 wurde 1.070 pro 100.000 versicherten Jugendlichen mindestens ein Antidepressivum verschrieben (zum Vergleich: 2017 waren es 811). Mädchen wurden Antidepressiva häufiger verordnet als Jungen (TK, 2022a).

Analysen[28] der DAK Gesundheit für die Jahre 2018 bis 2021 zeigen zwar insgesamt einen Rückgang von Arzneimittelverschreibungen, jedoch eine verstärkte medikamentöse Behandlung weiblicher Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen. Die Verordnung von Antidepressiva bei Neuerkrankungen stieg um 65 %. Bei den weiblichen Jugendlichen nahmen die Verordnungen von Antidepressiva insgesamt stärker zu. 14,4 % der 15- bis 17-jährigen Mädchen, die 2021 neu an Depressionen erkrankten, bekamen Antidepressiva verschrieben. Die medikamentöse Behandlung von neu diagnostizierten Essstörungen nahm um 75 % zu, die von neu diagnostizierten Angststörungen um 19 % (Witte et al., 2022).

Der Langzeiteinfluss der COVID-19-Pandemie auf die Verordnungsraten von Psychopharmaka insgesamt ist derzeit noch unklar und muss weiter untersucht werden.

Internationale Studien

In einer internationalen Meta-Analyse von Racine et al. (2021) über 29 Studien zum Thema psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren wird für Depressionen eine gepoolte Prävalenz von 20,5 % und für Depressionen von 25,2 % ermittelt. Die selbsteingeschätzten Werte der jeweiligen Symptome lagen über den klinischen Cutoff-Werten für moderate oder schwere Depression und für Angsterkrankungen. Es wird festgestellt, dass sich die Prävalenz von Depressions- und Angstsymptomen während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu den Schätzungen vor der Pandemie verdoppelt hat. Bei älteren Jugendlichen und bei Mädchen waren die Prävalenzraten höher als bei jüngeren Jugendlichen und bei Jungen.

2020 litt nach Selbsteinschätzungen weltweit jedes vierte Kind unter klinisch relevanten Depressionssymptomen, jedes fünfte unter Angstsymptomen

Es liegen bereits einige internationale Studien zum Thema vor. In Kanada und Australien wurde ein deutlicher Anstieg der jungen Patienten mit Essstörungen im Gesundheitssystem festgestellt. In Kanada wurden in den ersten Monaten der Pandemie 60-160 % mehr Kinder mit Essstörungen in Pädiatrische Krankenhäuser aufgenommen (Agostino et al., 2021). In Australien stieg die Anzahl der Fälle im Jahr 2020 um 63 % (Springall et al., 2021).

International wurde eine Zunahme von Essstörungen und depressiven Symptomen während der Pandemie festgestellt

Eine weitere Studie[29] zeigt für 2020 eine stärkere Zunahme von depressiven Symptomen und ein verschlechtertes seelisches Befinden bei 13- bis 18-jährigen isländischen Jugendlichen als in den Vorjahren vor Pandemiebeginn. Am stärksten war diese Zunahme bei Mädchen und bei den älteren Jugendlichen zwischen 16 und 18 Jahren. Hingegen ging der Anteil von 15- bis 19-jährigen Jugendlichen, die rauchen oder E-Zigaretten konsumieren, im Vergleich zu den Vorjahren zurück. Ebenso gingen Alkoholintoxikationen zurück (Thorisdottir et al., 2021).

[27] Der sozioökonomische Hintergrund wurde anhand des German Index of Socioeconomic Depreviation bestimmt.

[28] Es handelt sich um eine Analyse ambulanter und stationärer Behandlungsdaten von 782.000 Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahren.

[29] Es handelt sich um Selbsteinschätzungsdaten, die 2016, 2018 und 2020 in einer regelmäßigen Befragung einer landesweiten Stichprobe erhoben wurden.

In Österreich zeigten 3- bis 12-jährige Kinder im Januar 2021 deutlich mehr Trauma- und Angstsymptome sowie Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen als im März 2020. Diese Traumasymptome sind nach Selbstauskunft um 60 % gestiegen. 15 % der Kinder zeigten klinisch relevante Symptome einer Traumafolgestörung (2020: 3 %). Angstsymptome wurden 2021 von 45 % mehr Kindern angegeben. Mädchen waren stärker von Trauma- und Angstsymptomen betroffen als Jungen (Sevecke et al., 2021).

In einer Längsschnittstudie aus Großbritannien zeigt sich ebenfalls eine Zunahme von psychischer Belastung und depressiven Symptomen bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren während der COVID-19-Pandemie (Bignardi et al., 2020). Ursächlich dafür werden die Lockdownmaßnahmen gesehen. Aufgrund dieser Evidenz wird von den Studienautoren eine Berücksichtigung der psychischen Folgen bei der Festlegung künftiger Schutzmaßnahmen gefordert. Auch Zahlen des staatlichen britischen Gesundheitssystems zeigen die Zunahme psychischer Probleme bei Kindern während der Pandemie. Im zweiten Quartal 2021 waren in Großbritannien doppelt so viele Kinder und Jugendliche in psychologischer Behandlung wie im gleichen Zeitraum 2019. Auch hier werden Essstörungen, Depressionen und Angststörungen als vorherrschend aufgeführt (Hicking, 2021).

1.2.2 Psychische Belastung durch die COVID-19-Pandemie

Ebenso wie bei den Studien zu psychischen Belastungen bei Erwachsenen während der COVID-19-Pandemie liegen auch für Kinder und Jugendliche verschiedene Studien mit unterschiedlichem methodischem Vorgehen und unterschiedlichen Datengrundlagen und Messzeitpunkten vor. Nicht-repräsentative Studien führen hier zu unterschiedlichen Ergebnissen. Aus repräsentativen Studien bildet sich aber die einheitliche Erkenntnis heraus, dass Kinder und Jugendliche während der Pandemie eine starke psychische Belastung aufwiesen, z. T. auch längerfristig. Das Wegbrechen von Kontakten und haltgebenden Strukturen hat bei vielen jungen Menschen zu Vereinsamung, Isolation, Angst, psychischen Auffälligkeiten und verringerter Lebensqualität beigetragen. Auch aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass Aktivitäten, Sport, soziale Kontakte und Unterstützung wichtige Ressourcen in der Vorbeugung einiger psychischer Erkrankungen sind (z. B. Rebar et al., 2015). Andauernde Belastungs- und Überforderungssituationen können auch das Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung erhöhen. Maßnahmen zur Prävention psychischer Belastungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit sind daher von großer Bedeutung.

Studienergebnisse aus Deutschland

Aus den nachfolgend beschriebenen Studien geht klar hervor, dass sich während der COVID-19-Pandemie das psychische Befinden und die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verschlechtert haben. Gleichzeitig ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten in diesem Zeitraum gestiegen. Häufig werden in Studien Selbsteinschätzungen von Jugendlichen oder Eltern erfragt. Diese können keine diagnoserelevanten Informationen liefern, weisen aber das Ausmaß der Belastungen auf.

Studien aus der frühen Pandemiephase zeigen einen Anstieg von psychischer Belastung und von Symptomen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Ein aktuelles Rapid Review des Robert Koch-Instituts (Schlack et al., 2023) über 39 Publikationen zu Veränderungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie analysierte Studien, die sich zumeist auf die frühe Pandemiezeit bis zum Sommer 2020 beziehen. Es handelt sich um ein breites Spektrum an Studien mit Primärdaten, Auswertungen von Routinedaten, Quer- oder Längsschnittdesigns und andere Studientypen. Insgesamt ergibt sich daraus für die Anfangsphase der Pandemie ein erheblicher Anstieg des Anteils an Kindern und Jugendlichen mit hohem psychischen Belastungserleben sowie mit gesunkener Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Es wird vermutet, dass Kinder und Jugendliche sich als besonders vulnerabel gegenüber den Folgen einiger Schutzmaßnahmen und der Lockdowns zeigen. Deutlich gemacht wurde auch eine Zunahme von Symptomen spezifischer psychischer Störungen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie. Risiken für häusliche Gewalt zeigten sich erhöht (s. Kap. 1.5). In das Rapid Review des RKI wurden Studien bis November 2021 einbezogen.

Die für unsere Fragestellung relevanten Ergebnisse einiger der im Review enthaltenen großen Studien und zusätzliche Ergebnisse anderer Studien aus späteren Erhebungszeiträumen werden im Folgenden einzeln dargestellt. Aufgrund der Vielzahl vorliegender Studien werden primär solche mit bundesweiter Datengrundlage berücksichtigt. Auf die Darstellung regionaler Analysen wird verzichtet.

Sehr aussagekräftig sind die Ergebnisse der COPSY-Studie[30] (Längsschnittstudie Corona und Psyche mit fortlaufenden Erhebungswellen) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Danach ist die subjektive Belastung durch die Corona-Krise im Pandemieverlauf insgesamt angestiegen. Nach einem starken Anstieg im ersten Jahr der Pandemie ging der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich subjektiv belastet fühlten („at least somewhat stressful"), langsam wieder zurück (s. Abb. 4). Zum Jahresende 2020 fühlten sich knapp 83 % aller befragten Kinder und Jugendlichen durch die Pandemie belastet (Ravens-Sieberer et al., 2022b).

Die bislang wichtigste deutsche COVID-19-Pandemie Studie zeigt: 4 von 5 Kindern fühlten sich im Februar 2022 durch die Pandemie belastet, im Herbst 2022 immer noch 73 %

Subjektive Belastung

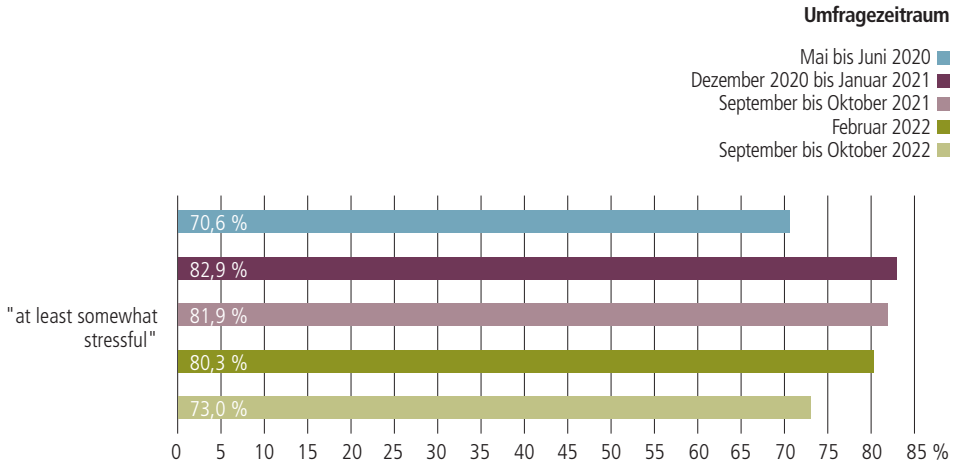


Abbildung 4: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich in den 5 Erhebungswellen durch die COVID-19-Pandemie subjektiv belastet fühlten. Entnommen aus: Ravens-Sieberer et al. (2022b).

Bislang liegt mit der COPSY-Studie nur eine einzige große Studie mit Fokus auf der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor, in der wiederholt bundesweit repräsentative Primärdaten mit einer breiten Auswahl an standardisierten und validierten Indikatoren durchgeführt wurden[31] (Schlack et al., 2023).

Es liegen für Kinder und Jugendliche Studienergebnisse vor, die eine deutliche Zunahme von psychischer Belastung, Angst und depressiven Symptomen zeigen. In der COPSY-Studie wurde gezeigt, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen von 7 bis 17 Jahren mit psychischen Auffälligkeiten insgesamt (Symptome von Angst, Depression oder psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen) in der Pandemie bis Ende 2021 auf 31 % (vor der Pandemie 18 %) angestiegen ist. Im Herbst 2022 lag der Anteil betroffener Kinder und Jugendlicher wieder niedriger bei 23 %, aber dennoch um 5 Prozentpunkte erhöht gegenüber der Vorpandemiezeit (s. Abb. 5; Ravens-Sieberer et al., 2022b). Im Einzelnen haben sich im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie bis in den zweiten Lockdown hinein das Vorliegen von Angstsymptomen verdoppelt und der Anteil an Personen mit niedriger Lebensqualität verdreifacht (Ravens-Sieberer, 2021; s. Abb. 5).

Vor der Pandemie wies knapp jedes fünfte Kind psychische Auffälligkeiten auf. 2021 war es fast jedes dritte Kind und im Herbst 2022 fast jedes vierte Kind

Für alle untersuchten Symptomkomplexe zeigt sich ein ähnlicher Verlauf: Die Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland nahmen vom ersten bis zum zweiten Pandemiejahr stark zu und sanken dann über den weiteren Verlauf ab Ende 2021 bis zum Herbst 2022 wieder etwas ab, blieben jedoch außer bei depressiven Symptomen auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie bestehen. Es bleibt abzuwarten, ob man von einem vorsichtigen, langsamen Erholungsprozess sprechen kann (Ravens-Sieberer, 2022b).

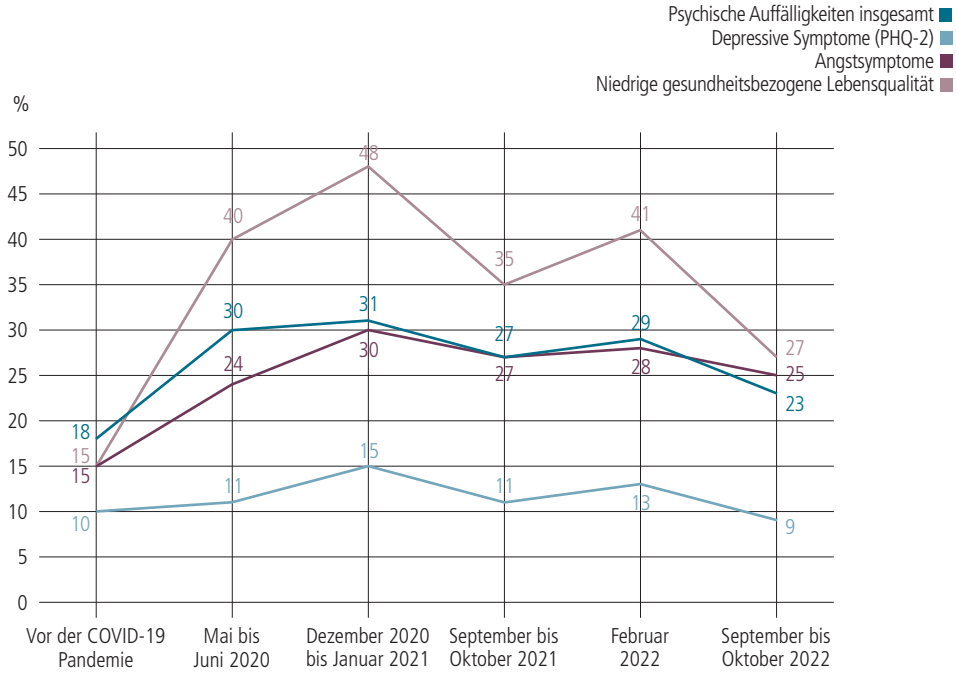
Im Verlauf der COVID-19-Pandemie hat sich die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland verschlechtert. Im dritten Pandemiejahr 2022 zeigt sich eine leichte Erholung, aber es bleiben deutliche Beeinträchtigungen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie bestehen

[30] In der COPSY-Längsschnittstudie werden die Folgen der COVID-19-Pandemie auf die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Die erste Erhebungswelle hat im Juni 2020 stattgefunden, die zweite im Dezember 2020 und Januar 2021. Eine dritte Erhebungswelle lief im September 2021, die vierte Welle von Mai bis Juli 2022. Eine fünfte Befragungswelle wurde im September und Oktober 2022 durchgeführt. Die insgesamt 2.471 Familien repräsentieren die Bevölkerungsstruktur von Familien mit Kindern zwischen 7 und 17 Jahren. Die Studie wird von der Forschungsabteilung Child Public Health am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Z. T. werden Ergebnisse der COPSY-Befragungen mit Daten aus der repräsentativen BELLA-Studie (Zusatzmodul der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - KIGGS - des RKI) aus der Zeit vor der Pandemie verglichen. Parallel zur bundesweiten Befragung wurde eine COPSY Hamburg-Studie durchgeführt, deren regionale Ergebnisse hier nicht dargestellt werden.

[31] Verwendet wurden für depressive Symptome die Fragebögen CES-DC (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) und PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), für Angstsymptome SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders), für psychosomatische Beschwerden die HBSC-SCL (HBSC Symptom Checklist), für Zukunftsangst die DFS-K (Dark Future Scale for Children), für gesundheitsbezogene Lebensqualität HRQoL (KIDSCREEN-19) und für psychische Beschwerden insgesamt der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

Entwicklung der psychischen Gesundheit

Symptome



Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Symptomen stieg während des ersten Pandemiejahres um 5 Prozentpunkte auf 15 % an; danach ging die Symptomatik zurück

Abbildung 5: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Symptomen psychischer Auffälligkeiten vor und während der COVID-19-Pandemie in Deutschland, in Prozent. Die Zeiträume entsprechen den Erhebungswellen 1-5 der Studie. Quelle: Ravens-Sieberer et al. (2022b).

Depressive Symptome traten vor der Pandemie bei einem Zehntel der befragten Kinder und Jugendlichen auf, nahmen im Verlauf des ersten Pandemiejahres um 5 Prozentpunkte zu und sanken dann wieder. Bei der letzten Erhebung im Herbst 2022 lag der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit depressiven Symptomen dann knapp unter dem Ausgangsniveau vor der Pandemie (Ravens-Sieberer, 2022a, 2022b).

Während des ersten Pandemiejahres 2020 verdoppelte sich der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Angstsymptomen

Angstsymptome traten insgesamt noch häufiger auf. Während vor der Pandemie fast jedes/jeder der untersuchten Kinder und Jugendlichen von Angst betroffen war, verdoppelte sich der Anteil während des ersten Pandemiejahres von 15 % auf 30 %. Knapp zwei Pandemiejahre danach hatte der Anteil an Betroffenen mit Angstsymptomen nur wenig abgenommen und blieb weiterhin auf erhöhtem Niveau bestehen. Im Vergleich zur vorpandemischen Zeit liegen die Werte weiterhin um 10 Prozentpunkte höher (25 % vs. 15 % vor der Pandemie). Vor der Pandemie waren Mädchen stärker von Angstsymptomen betroffen als Jungen; während der Pandemie waren beide Geschlechter etwa gleichermaßen betroffen (Ravens-Sieberer et al., 2022a, 2022b). Mädchen hatten jedoch im Vergleich zu den Jungen ein um mindestens 40 % erhöhtes Risiko für das gleichzeitige Auftreten von Angst- und Depressionssymptomen.

Ende 2022 gab etwa jedes zweite Kind psychosomatische Beschwerden an

Psychosomatische Beschwerden sind bei Kindern und Jugendlichen im Pandemieverlauf bis Februar 2022 von jedem Erhebungszeitpunkt zum nächsten stark angestiegen (s. Abb. 6). Im Herbst 2022 sanken die Nervosität, die Schlafstörungen und die Niedergeschlagenheit wieder etwas. Alle Symptome lagen jedoch weiterhin über dem vorpandemischen Niveau. Zum aktuellsten Erhebungszeitpunkt im Herbst 2022 gab immer noch etwa jedes zweite Kind mindestens einmal pro Woche psychosomatische Beschwerden an. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen erreichten im Herbst 2022 einen Höhepunkt (Ravens-Sieberer et al., 2022b).

Psychosomatische Beschwerden

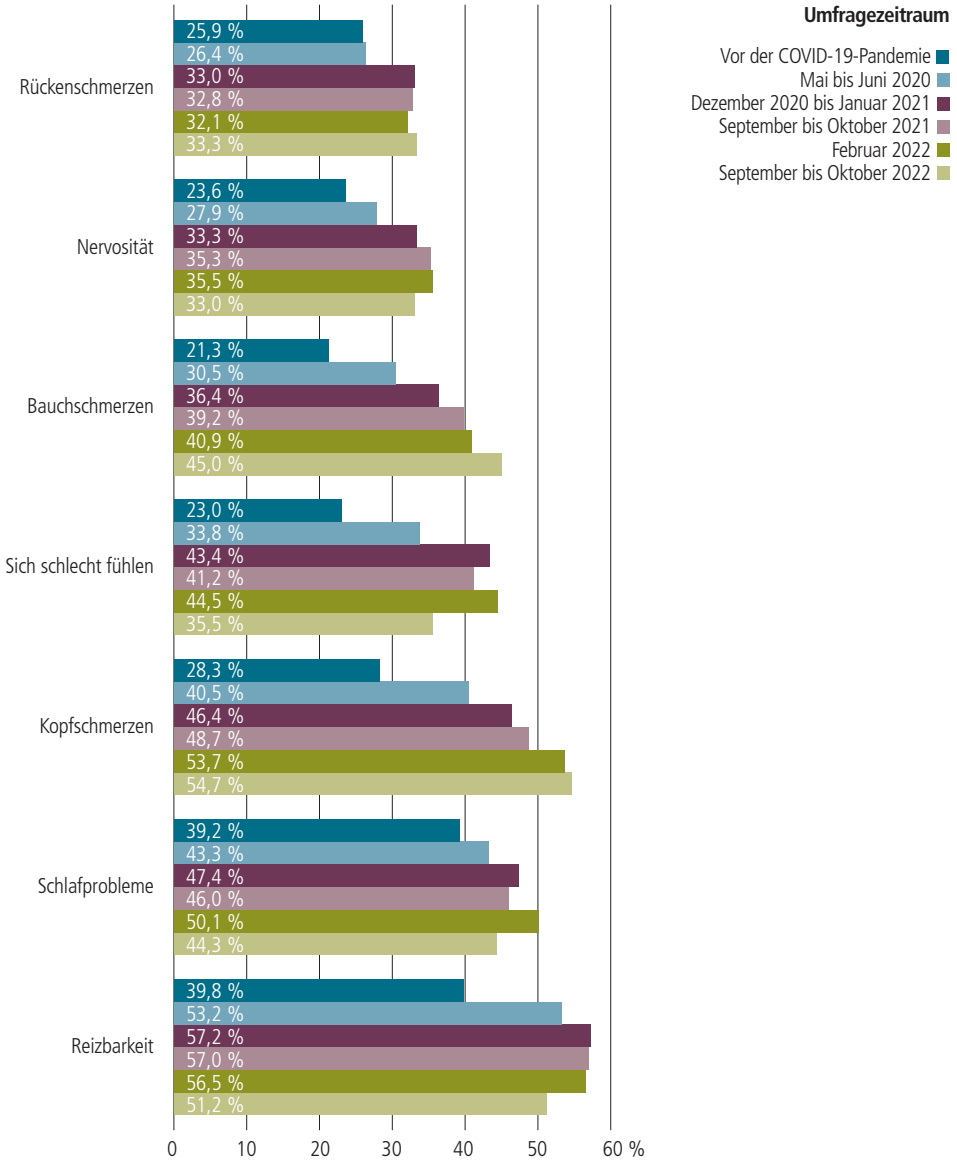


Abbildung 6: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychosomatischen Beschwerden vor und während der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Quelle: Ravens-Sieberer et al. (2022b).

In der COPSY-Studie wird außerdem nachgewiesen, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie verschlechtert hat. Die Prävalenz niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität lag vor der Pandemie bei 15 % und hat sich im Pandemieverlauf etwa verdreifacht (40,2 % im ersten Lockdown, 47,7 % im zweiten Lockdown). In den beiden darauffolgenden Jahren 2021 und 2022 sank der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität wieder ab, blieb aber im Herbst 2022 auf einem im Vergleich zur vorpandemischen Zeit immer noch doppelt so hohen Niveau stehen (Ravens-Sieberer et al., 2022a, 2022b; s. Abb. 5). Auf die junge Bevölkerung hochgerechnet ergibt sich eine Zunahme von Betroffenen mit verschlechterter Lebensqualität von 1,7 Mio. der 11- bis 17-Jährigen (Bujard et al., 2021).

Am Ende des ersten Pandemiejahres wies fast jedes zweite Kind/jeder zweite Jugendliche eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität auf

Auch eine Befragung der AOK (2022) zeigt, dass ein Drittel der Kinder in der COVID-19-Pandemie in ihrem seelischen Wohlbefinden beeinträchtigt waren und länger anhaltende psychosomatische Beschwerden sowie eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen.

In der COVID-19-Pandemie waren in der COPSY-Studie über alle Befragungswellen hinweg bei allen untersuchten Symptomen und Beschwerden vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen, mit geringerem Bildungsgrad der Eltern, mit beengtem Wohnraum, mit Migrationshintergrund oder mit Eltern, die selbst psychische Beeinträchtigungen aufwiesen, betroffen. Diese Kinder und Jugendlichen hatten ein bis zu 5-fach höheres Risiko, psychische Beschwerden zu entwickeln. Familien, die

Niedriger Bildungsgrad und schlechte finanzielle Situation der Eltern sowie Migrationshintergrund stellen Risikofaktoren für psychische Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen dar

über einen guten Zusammenhalt und viel gemeinsame Zeit mit den Kindern berichteten, konnten offenbar besser mit den Belastungen der Pandemie zurechtkommen (Ravens-Sieberer et al., 2021; 2022a; 2022b). Risikofaktoren, die bereits vor der COVID-19-Pandemie bekannt waren (z. B. sozioökonomischer Status), zeigen hier erneut einen Einfluss.

Ende 2022 machten sich Kinder und Jugendliche mehr Sorgen wegen anderer Krisen (Ukraine-Krieg, Inflation und Klimakrise) als wegen COVID-19

Im Jahr 2022 kamen zu den pandemiebedingten Sorgen neue Belastungen hinzu. Fast die Hälfte aller befragten 11- bis 17-Jährigen machten sich ziemliche oder große Sorgen wegen der finanziellen und der Energie-Krise im Winter. Ebenso viele sorgten sich wegen des Ukraine-Kriegs. Ein Drittel der Befragten äußerte Sorgen wegen der Klimakrise. Nur 10 % der Befragten sorgte sich noch wegen der COVID-19-Pandemie (s. Abb. 7; Ravens-Sieberer et al., 2022b).

Krisenbedingte Sorgen

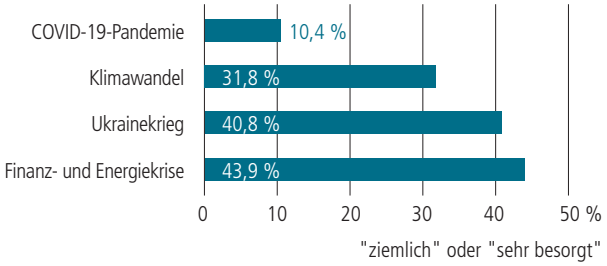


Abbildung 7: Anteil der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland im Herbst 2022 mit Sorgen bezogen auf aktuelle Krisen, in Prozent. Quelle: Ravens-Sieberer et al. (2022b).

Die Kinder und Jugendlichen sorgten sich auch über den weiteren Verlauf der derzeitigen Krisen. Wenn man alle Krisen zusammengefasst betrachtet, hatten 83 % der Befragten Angst davor, dass die aktuellen Krisen für lange Zeit anhalten werden. 79 % befürchteten, dass sich das eigene Leben aufgrund dieser Krisen verschlechtern werde, und 75 % sorgten sich darum, dass ihre Familie sich in Zukunft weniger leisten werden könne. 51 % äußerten sich sehr besorgt über die mit den Krisen verbundene Unsicherheit für ihr eigenes Leben und über ihr Fortkommen (Ravens-Sieberer et al., 2022b).

Auch Verhaltensauffälligkeiten haben im Verlauf der COVID-19-Pandemie zugenommen

Über die Pandemiezeit bis in den zweiten Lockdown hinein stieg bei Kindern und Jugendlichen das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten von 13 % auf 19 %. Erfragte Selbsteinschätzungen zeigen außerdem eine Zunahme von Problemen im sozialen Umgang mit Freunden von 11 % auf 27 %. Zugenommen haben im ersten wie im zweiten Lockdown auch übermäßiger Medienkonsum, ungesunde Ernährung und mangelnde körperliche Bewegung (Ravens-Sieberer et al., 2021).

Die Ergebnisse der COPSY-Studie werden durch andere Untersuchungen mit Befragungen und Elterneinschätzungen unterstützt

Ergebnisse des Panels pairfam (plus COVID-19-Zusatzstudie) weisen ebenfalls auf eine psychische Belastung junger Menschen während der Kontaktbeschränkungen hin. 16- bis 19-Jährige fühlten sich während der Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen öfter einsam als zuvor. Sie gaben außerdem an, während des ersten Lockdowns häufiger negative Gefühle wie Verzweiflung oder Schwermut und seltener positive Gefühle wie Glück und Gelassenheit empfunden zu haben als vor der Pandemie. Besonders auffällig war eine Verschlechterung der klinisch relevanten depressiven Symptomatik[32] (Bujard et al., 2021; s. Kap. 1.2.1).

Nach 2 Jahren Pandemie hatten nach Elterneinschätzung 10 % der 7- bis 15-Jährigen eine verschlechterte psychische Gesundheit

In der 2022 gestarteten, vom BMG geförderten KIDA-Studie (Kindergesundheit in Deutschland aktuell) des Robert Koch-Instituts wird die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) während und nach der COVID-19-Pandemie untersucht. Für Kinder von 3 bis 15 Jahren werden die Eltern befragt, 16- und 17-Jährige werden direkt befragt. Im Erhebungszeitraum Februar bis September 2022, in dem es kaum noch Beschränkungen im öffentlichen Leben gab, wurde die psychische Gesundheit von 93 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 15 Jahren durch ihre Eltern als „ausgezeichnet", „sehr gut" oder „gut" eingeschätzt, bei 7 % als „weniger gut" bzw. „schlecht". Bei Kindern im Vorschulalter wurde die psychische Gesundheit insgesamt besser beurteilt als bei den höheren Altersgruppen (RKI, 2023, 2022d; s. Tab. 8).

„Wie würden Sie die psychische Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?"

Tabelle 8: Psychische Gesundheit nach Elterneinschätzung

Altersgruppe	ausgezeichnet/sehr gut	gut	weniger gut/schlecht
3-6 Jahre	79,2 %	19,1 %	1,7 %
7-10 Jahre	57,8 %	32,0 %	10,2 %
11-15 Jahre	54,7 %	35,2 %	10,1 %

Anmerkungen: Einschätzung der psychischen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen durch ihre Eltern, nach Altersgruppe. Quelle: RKI (2023b, 2022d).

[32] Depressivität wurde über die Kurzskala STDS gemessen (s. Fußnote 24).

Bei 21 % der 3- bis 15-jährigen Kinder hat sich nach Elternangaben während der Pandemie die psychische Gesundheit verschlechtert. Bei 72 % wurde die psychische Gesundheit als unverändert, bei 7 % als verbessert eingeschätzt. Als Risikofaktoren für eine Verschlechterung wurde niedrige und mittlere elterliche Bildung, geringer familiärer Zusammenhalt und das Fehlen einer festen Partnerschaft der Eltern identifiziert.[33] Der familiäre Zusammenhalt wurde von den befragten Eltern im Durchschnitt eher gut eingeschätzt, unabhängig von Geschlecht und Bildungshintergrund. Ein hoher familiärer Zusammenhalt erwies sich als Ressource: je höher der Zusammenhalt, desto geringer das Risiko für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Kinder während der Pandemie. Eltern mit eigenen psychischen Belastungssymptomen schätzten den familiären Zusammenhalt schlechter ein (RKI, 2022d). Die hier dargestellten Unterschiede in der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen je nach Bildungshintergrund konnten bereits vor der COVID-19-Pandemie nachgewiesen werden (Reiss et al., 2019).

Bei jedem fünften 3- bis 15-Jährigen hat sich die psychische Gesundheit während der Pandemie nach Elternangaben verschlechtert

Die befragten Eltern wurden nach ihrer Einschätzung des Hilfebedarfs ihrer Kinder in der Pandemiesituation befragt. Für 10,7 % der 3- bis 15-jährigen Kinder gaben Eltern einen aktuell höheren medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an, als es für Kinder im gleichen Alter sonst üblich ist. Jungen und Mädchen unterschieden sich dabei nicht signifikant. Besonders hoher Bedarf wurde v. a. für Kinder zwischen 7 und 15 Jahren, aus Familien mit niedriger Bildung und von Eltern ohne feste Partnerschaft angegeben (RKI, 2022d).

Jedes zehnte Kind hat nach Einschätzung seiner Eltern einen durch die Pandemie erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf

Während der Lockdowns in Deutschland gab es an Schulen nur eine Notbetreuung. Dabei wurde der Unterricht aber häufig nicht pädagogisch begleitet, so dass es keine adäquate Unterstützung für Schüler mit besonderem Förderbedarf gab. Während der Quarantänezeiten musste die Förderung komplett zuhause durch die unter Umständen überforderten Eltern erfolgen, was zu erheblichen Belastungen in den Familien führte (s. Kap. 1.1.2).

Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf waren während der Schulschließungen besonders belastet

2021 wurde von der deutschen Bundesregierung eine Zusammenarbeit mit der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona" (IMA Kindergesundheit) unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert. Auf Basis einer umfassenden Analyse vorliegender Studienergebnisse wurden Empfehlungen für Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit pandemiebedingten psychischen Belastungen formuliert. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sollten dabei besondere Beachtung finden. Zu den Empfehlungen gehören z. B. der Ausbau primärpräventiver Angebote, zielgruppenorientierte Informationen, eine frühe Identifikation besonders belasteter Kinder und Jugendlicher und der Ausbau früher Hilfen und Erholungsangebote für belastete Familien. In diesem Zusammenhang wurde aber auch konkret die Sicherstellung ausreichender psychotherapeutischer Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche benannt (BMFSFJ, BMG, 2021).

Die besonderen Entwicklungsherausforderungen im Lebensabschnitt der Jugendzeit wurden durch die Einschränkungen in der Pandemie erschwert. Es besteht die Befürchtung, dass Jugendliche mit bestehenden psychischen und körperlichen Problemen dabei noch stärker belastet wurden. Auch wird mit einer coronabedingten Zunahme von sozialen und bildungsbezogenen Unterschieden gerechnet (Bujard et al., 2021). Eine Umfrage unter 5.128 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 30 Jahre) im ersten Pandemiejahr 2020 zeigt, dass die Jugendlichen in ihrem Lebensalltag betroffen waren. Die Zufriedenheit der Befragten mit den Kontakten zum Freundeskreis und der hier verbrachten Zeit lag niedriger als vor der Pandemie. Über ein Drittel der jungen Menschen gab an, sich in der aktuellen Situation einsam zu fühlen. 45 % äußerten Angst vor der Zukunft, weitere 23 % zumindest teilweise Angst vor der Zukunft (Andresen et al., 2020).

Jugendforscher erwarten erhebliche negative Folgen der Pandemie für die Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Kinder im Kindergartenalter (0 bis 5 Jahre) bzw. auf die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung wurden in der Corona-KiTa-Studie des Deutschen Jugendinstituts in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut untersucht (Kuger et al., 2022).[34] Erhebungen über die drei längeren Schließungsphasen der deutschen Kitas zeigen, dass mehr als zwei Drittel der Kita-Kinder ab 3 Jahren über mehrere Monate auf die institutionelle Bildung und Betreuung verzichten mussten. Mitarbeiter in den einbezogenen Einrichtungen gaben an, dass während der Pandemie der Anteil an Kindern mit deutlich höherem Förderbedarf gestiegen ist, ebenso die Rückstellungen vom Schulbesuch. Als besonders schwerwiegend bewerteten die pädagogisch Tätigen die eigenen Ansteckungsängste, die zusätzlich zu Mehrarbeit und vermehrten Konflikten mit den Eltern auftraten. In Einrichtungen mit einem hohen Anteil herkunftsbedingt benachteiligter Kinder gab es mehr Infektionsfälle und längere Schließzeiten. Ebenso traten höhere Belastungen der Kinder, des Personals und der Familien durch häufige Quarantäne und Testungen sowie höhere Ansteckungsängste auf.

Die mehrfachen Kita-Schließungsphasen wirkten sich unmittelbar auf Kinder, Eltern und Mitarbeiter aus

[33] Bei dieser Analyse wurden das Alter und Geschlecht des Kindes, die elterliche Bildung, der Partnerstatus eines Elternteils und der familiäre Zusammenhalt aufgenommen.

[34] Die Erhebungen fanden von Mai 2020 bis Juni 2022 als Längsschnittstudie zur Beobachtung der schrittweisen Öffnung der Kindertagesbetreuung statt.

In einer Elternbefragung im Rahmen der Studie berichteten diese, dass ihre Kinder im Durchschnitt bis August 2021 noch gut mit der Pandemiesituation zurechtkamen und dass erst während der zweiten und dritten Kita-Schließung das Wohlbefinden der Kinder sank. Während der gesamten Kontaktbeschränkungszeit fühlten sich alle erfassten Kinder einsamer als in Zeiten ohne Kontaktbeschränkungen (Kuger et al., 2022).

In einer bundesweit repräsentativen Studie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen von Familien mit Kindern bis 3 Jahren und zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten wurden 2022 Online-Erhebungen durchgeführt. Kurzfristig wurden auch Fragen zum Erleben der Situation mit dem Ukraine-Krieg aufgenommen. Ergebnisse dieser Studie liegen leider noch nicht vor.

Während des ersten Lockdowns stieg unter 10- bis 18-Jährigen die tägliche Nutzungsdauer digitaler Spiele und sozialer Medien signifikant an

Die Mediennutzung hat während der COVID-19-Pandemie zugenommen. Laut einer Längsschnittstudie[35] der Krankenkasse DAK und dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf verbrachten Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren in der ersten Pandemiephase nach Selbstangaben deutlich mehr Zeit mit digitalen Spielen als zuvor (DAK-Gesundheit, 2020b). Allerdings steigen die Zeiten, die Jugendliche mit Computerspielen verbringen, bereits seit einigen Jahren an. 2019 wurde von der WHO die Computerspielstörung[36] (Gaming Disorder, abhängiges Computerspielen oder Computerspielstörung Code 6C51) als Krankheit anerkannt und in das ICD-Klassifikationssystem aufgenommen.

Die tägliche Nutzungsdauer sozialer Medien stieg bei 10- bis 18-Jährigen nach den Ergebnissen der DAK-Studie unter dem Lockdown im Frühjahr 2020 im Vergleich zu 2019 statistisch signifikant von 116 Minuten auf 193 Minuten an Werktagen und von 193 Minuten auf 241 Minuten am Wochenende. Die Prävalenz pathologischer Nutzung sozialer Medien lag im ersten Lockdown bei 3,2 % ohne geschlechtsspezifischen Unterschied. 89 % der Nutzer sozialer Medien versuchten, darüber soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. 86 % verbrachten ihre Zeit aus Langeweile mit sozialen Medien. 37 % wollten COVID-19-Informationen über die Medien erhalten. Mehr als ein Drittel versuchte, über soziale Medien der Realität zu entfliehen, Stress abzubauen und Sorgen zu vergessen (DAK, 2020b).

Unter den 10- bis 18-Jährigen erhöhte sich im Lockdown die tägliche Nutzungszeit digitaler Spiele bei regelmäßigen Gamern von 79 auf 139 Minuten (werktags) und von 149 Minuten auf 193 Minuten an freien Tagen. Auch die Zahl der regelmäßigen Gamer erhöhte sich im Lockdown signifikant von 40 % auf 54 % mit täglicher Nutzung und von 84 % auf 97 % bei regelmäßiger Nutzung (mindestens einmal wöchentlich). Die meisten Nutzer verbrachten aus Langeweile Zeit mit digitalen Spielen (89 %). 55 % wollten über die Spiele soziale Kontakte aufrechterhalten. 12 % nutzten Spiele, um COVID-19-Informationen zu erhalten. Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nutzten die Spiele, um der Realität zu entfliehen, Stress abzubauen oder Sorgen zu vergessen (DAK-Gesundheit, 2020b).

Eine Studie zur Mediennutzung von 12- bis 19-jährigen Schweizer Jugendlichen kommt zu ähnlichen Ergebnissen in der Nutzungsdauer während der COVID-19-Pandemie. Jungen spielten häufiger Videospiele als Mädchen. Ein niedriger sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund der Jugendlichen waren mit längeren Medienzeiten assoziiert. Es wird darauf hingewiesen, dass ein Teil des während der Pandemie erhöhten Medienkonsums als situativ funktional anzusehen ist. Für eine Beurteilung, inwieweit Kinder und Jugendliche durch ein verändertes Medienverhalten langfristig beeinträchtigt werden, sind weitere Längsschnittstudien vor allem mit Berücksichtigung der konsumierten Inhalte notwendig (Walitza & Drechsler, 2021).

Seit 2017 lässt sich ein starker Anstieg von Cybermobbing beobachten. 2022 war fast jedes fünfte Kind/jeder fünfte Jugendliche schon einmal betroffen

Von 2017 bis 2022 ist der Anteil an Schülern, die schon mindestens einmal von Cybermobbing betroffen waren, um 36 % angestiegen. Nach der Cyberlife IV-Studie der TK und des Bündnisses gegen Cybermobbing lag der Anteil Betroffener im Jahr 2022 bei 16,7 %, Ende 2020 bei 17,3 % und 2017 bei 12,7 % (Beitzinger et al., 2022).

65 % der befragten Jugendlichen gaben an, dass Cybermobbing seit der Pandemie zugenommen hat. Von Seiten der befragten Lehrer und Eltern wurde dies von 46 % so eingeschätzt. Besonders häufig Opfer von Cybermobbing waren Schüler an Haupt- und Werkrealschulen. Am wenigsten betroffen waren von allen weiterführenden Schulen die Gymnasien (Beitzinger et al., 2022).

58 % der befragten Kinder und Jugendlichen fühlten sich von Cybermobbing verletzt, 40 % reagierten mit Wut und 34 % gaben an, dass das Cybermobbing sie verängstigt. 48 % der befragten Lehrer waren schon mit Cybermobbing in Kontakt gekommen. Sie berichteten, dass betroffene Schüler dadurch schlechtere Leistungen erbrächten, häufiger vom Unterricht fernblieben und bedrückter Stimmung waren. Aus der Studie ergibt sich auch, dass ein Viertel der von Cybermobbing betroffenen Kinder und Jugendlichen

[35] 2019 und 2020 nach Beginn der ersten Lockdowns wurden Kinder, Jugendliche und Eltern aus 1.221 repräsentativ ausgewählten deutschen Haushalten befragt.

[36] In Abgrenzung zur Computerspielstörung wurde auch das riskante Computerspielen (QE22) als neue Diagnose in die ICD-11 aufgenommen.

deswegen Suizidgedanken hatten (Beitzinger et al., 2022). Die Kinder und Jugendlichen, die 2017 von Cybermobbing betroffen waren, berichteten zu 20 % seltener von Suizidgedanken als die im Jahr 2020 von Cybermobbing Betroffenen. Auch nach Aussagen von Pädiatern hat während der COVID-19-Pandemie mit den Lockdown-Phasen die Rate an selbstverletzendem Verhalten und an Suizidversuchen bei behandelten Patienten zugenommen (Schmid, 2021).

In der stationären Pädiatrie haben absichtliche Selbstbeschädigungen (X84.-! im ICD-11; als Nebendiagnose) während der Pandemie bis Mitte 2021 um 98 % zugenommen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war keine Zunahme von Selbstbeschädigungen festzustellen (Kölch et al., 2023).

Internationale Studienergebnisse

Angesichts der bereits umfassend dargestellten Ergebnisse zu Kindern und Jugendlichen in Deutschland soll hier nur kurz zusammenfassend genannt werden, dass eine Reihe von internationalen Studien ebenfalls eine Zunahme psychischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der COVID-19-Pandemie feststellen. Auch international liegen Daten meist zunächst für die beiden ersten Pandemiejahre vor. Eine gute Übersicht hierzu liefern Ravens-Sieberer et al (2022b) in ihrer aktuellen Veröffentlichung.

Internationale Studien zeigen für Kinder und Jugendliche ebenfalls eine Zunahme psychischer Probleme im Jahr 2020

Mehrere Längsschnittstudien ergeben, dass Kinder und Jugendliche während des ersten Pandemiejahres einen deutlichen Zuwachs an psychischen Auffälligkeiten aufwiesen (Hafstad et al., 2022; Green et al., 2021). Besonders in Lockdown-Zeiten und Zeiten von Schulschließungen traten die höchsten Beeinträchtigungen auf (z. B. Houghton et al, 2022; Felfe et al., 2022). Einzelne Studien fanden aber auch eine Verbesserung des Wohlbefindens bei Kindern und Jugendlichen während des ersten Lockdowns (z. B. Soneson et al., 2021). In der ersten Pandemiephase trat in verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein Höchstmaß an Angstsymptomen auf (z. B. Orgilés et al., 2022; Hawes et al., 2021). Depressive Symptome stiegen zu Beginn der Pandemie nach den meisten Studien an und blieben dann bis 2021 erhöht (z. B. Green et al., 2021; Houghton et al., 2022). Auch die Zunahme psychosomatischer Beschwerden über die Pandemiejahre wird in internationalen Studien bestätigt (z. B.: Hafstadt et al., 2022).

Die in deutschen Studien ermittelten Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Pandemie werden in internationalen Untersuchungen bestätigt

Die o. g. Risikofaktoren für psychische Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie (geringer Bildungsstatus oder niedriger sozioökonomischer Status der Eltern, Migrationshintergrund, beengter Wohnraum, vorbestehende psychische Probleme) finden sich auch als Ergebnis einer Reihe von Studien aus anderen Ländern (z. B. Price et al., 2022; Lewis et al., 2022).

Bei Kindern und Jugendlichen in Europa traten während der Schulschließungen zu 75 % häufiger Depressionssymptome auf als vor der Pandemie

Eine europaweite Meta-Analyse[37] des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) zeigt, dass während der Pandemie bei Kindern und Jugendlichen in ganz Europa Depressionssymptome in Abhängigkeit von restriktiven Schutzmaßnahmen auftraten. Während der Schulschließungen traten zu 75 % häufiger Depressionssymptome auf als vor der Pandemie. In der COVID-19-Pandemiezeit ohne Schulschließungen lagen Depressionssymptome nur zu 27 % häufiger vor als vor der Pandemie. Nach dem Ende der Restriktionen lagen die Werte z. T. weiterhin deutlich über dem Vorpandemieniveau (Ludwig-Walz et al., 2022).

1.2.3 Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie

Bisher finden sich nur wenig konkrete Interventionen, die zur Verbesserung der Gesundheit aufgrund der Folgen der COVID-19-Pandemie in Deutschland durchgeführt werden. Der Deutsche Ethikrat (2022) schlägt daher in einer Ad-hoc-Empfehlung eine Reihe von Maßnahmen vor, die der Staat für Kinder und Jugendliche zur Verbesserung der psychischen Gesundheit junger Menschen während der Pandemie umsetzen sollte. Die Empfehlungen umfassen folgende Themen:

- Niedrigschwellige und flächendeckende schulpsychologische Angebote bzw. psychosoziale Unterstützungsangebote, z. B. durch qualifizierte Schulsozialarbeit in den Schulalltag als Regelangebot integriert, und Vernetzung solcher Angebote an Schulen mit anderen Unterstützungsangeboten der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens
- Bestehende psychologische und psychosoziale Beratungsangebote an Hochschulen ausbauen
- Verlässliche Finanzierung für Einrichtungen der Diagnostik, Beratung, Heilbehandlung und Hilfe zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche sowie für Hilfen für Eltern und Familien
- Verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen an den Schnittstellen der Hilfesysteme
- Nicht-stigmatisierende, kultursensible Informationskampagnen zu psychischer Gesundheit und Krankheit sowie zu niedrigschwelligen Zugängen zu Beratungs- und Hilfsangeboten
- Umfangreiche, kostenfreie Freizeitangebote für Kinder in Risikolagen

[37] In einem europaweiten Vergleich wurden hierzu 22 Studien mit Daten vor und nach der Pandemie in einer systematischen Metastudie analysiert.

- Schulung von Personen im Bildungs-, Sozial-, und Gesundheitsbereich, die kontinuierliche Alltagskontakte zu Kindern und Jugendlichen haben, im Hinblick auf die Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen
- Zeitnahes Vorlegen konkreter Pläne zur Behebung von Versorgungsdefiziten zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen, z. B. Mangel an Therapieplätzen für gesetzliche Versicherte verhindern
- Zwischen ambulantem und stationärem Bereich ausbalancierte Versorgung zur Vermeidung von Hospitalisierung wegen Chronifizierung psychischer Leiden; Ausbau sektorenübergreifender, multiprofessioneller Versorgungsnetze
- Einbezug der Lebensweltbezüge (z. B. Familie) in allen Beratungs- und Hilfsangeboten
- Förderung der Forschung über die Folgen von Maßnahmen zur Bewältigung gesellschaftlicher Krisen
- Schutz von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in gesellschaftlichen Krisen; Altersgemäße Partizipation bei der Krisenbewältigung ermöglichen.

1.3 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Suizidraten

Bislang gibt es keinen Nachweis für eine pandemiebedingte Zunahme von Suiziden in Deutschland. 2021 ist die Zahl der Suizide in Deutschland nur minimal gestiegen

Deutliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Menschen sind unumstritten. In der allgemeinen fachlichen Diskussion wird gehäuft die Sorge geäußert, dass diese Folgen auch zu erhöhten Suizidraten beitragen könnten. Historisch ist bekannt, dass Epidemien und wirtschaftliche Krisen Suizidraten beeinflussen können. Hierzu liegen weltweit einige Studien vor, jedoch lässt sich für Deutschland bislang keine Zunahme der Suizidraten datenbasiert bestätigen – weder für Erwachsene noch für Kinder und Jugendliche. Für das Jahr 2022 liegen noch keine Daten des Statistischen Bundesamts zu begangenen Suiziden vor. Im Jahr 2020 gab es 9.206 Suizide, also etwas mehr als im Vorjahr 2019 (9.041 Suizide). Jedoch kam es auch in den Vorjahren zu ähnlich großen Schwankungen. 2021 war im Vergleich zum Vorjahr nur noch ein minimaler Anstieg der Suizide zu verzeichnen (von 9.206 im Jahr 2020 auf 9.215 Suizide im Jahr 2021; Statistisches Bundesamt, 2022). Der weitere und langfristige Verlauf der Suizidraten und -versuche ist unbedingt weiter zu verfolgen. Ein zeitlich verzögerter Anstieg der Suizide nach jahrelangen Problemen und negativen Folgen durch die COVID-19-Pandemie wird von Fachleuten für denkbar gehalten. Suizidraten sollten daher intensiv gemonitort werden.

Studien mit kleineren, regionalen Populationen aus Deutschland fanden ebenfalls keine auffällig erhöhten Suizidraten. Für die Frühphase der Pandemie wurde in einer Studie der Leipziger Universitätsmedizin durch Radeloff et al. (2022) keine erhöhte Suizidrate festgestellt. Eine Analyse von Suizidstatistiken aus Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein mit 11 Mio. Einwohnern ergab für die Pandemiezeit bis Ende Dezember 2021 keine auffällig außerhalb des Vorhersageintervalls liegende Anzahl von Suiziden (Radeloff et al., 2022). Eine Analyse von Mortalitätsregistern aus Rheinland-Pfalz und der italienischen Region Emilia-Romagna konnte für das Jahr 2020 im Vergleich zu den Jahren 2011 bis 2019 ebenfalls keine erhöhte Suizidrate feststellen (Wollschläger et al., 2021).

Es finden sich bislang keine systematischen, repräsentativen Erhebungen zu Suizidversuchen für die gesamte deutsche Bevölkerung. In einer Sondererhebung des Deutschland-Barometers Depression[38] berichteten im Februar 2021 von 1.994 Befragten mit diagnostizierter oder selbst-diagnostizierter Depression 13 Personen, im letzten halben Jahr einen Suizidversuch unternommen zu haben. Bei einer Hochrechnung auf die gesamte deutsche Bevölkerung würde das für diese Gruppe Betroffener etwa 140.000 Suizidversuche im Zeitraum von 6 Monaten ergeben (Deutsche Depressionshilfe, 2021a).

Ob oder in welchem Ausmaß die COVID-19-Pandemie sich in der Suizidstatistik niederschlagen wird, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Steigende Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Unsicherheit, höherer Suchtmittelkonsum und eine Zunahme psychischer Erkrankungen können als Risikofaktoren für Suizide gelten. Die Corona-Soforthilfen der Bundesregierung werden viele Selbständige und kleine Unternehmen vor dem finanziellen Ruin bewahrt haben. Rechtzeitige Behandlungen psychischer Erkrankungen können Suizide verhindern. Suiziddaten aus anderen Ländern können keinen direkten Aufschluss über vermeintlich ähnliche Verhältnisse in Deutschland geben.

Weltweit gibt es uneinheitliche Ergebnisse zu Veränderungen von Suizidraten und Suizidversuchen während der Pandemie

Es liegen eine Reihe von internationalen Untersuchungen zum Einfluss der COVID-19-Pandemie auf Suizidraten vor. Diese weisen unterschiedliche Ergebnisse auf und stammen bislang auch alle aus der früheren Phase der Pandemie. Längerfristige Beobachtungen sind notwendig.

[38] Es handelt sich beim Deutschland-Barometer Depression um eine jährliche, repräsentative Bevölkerungsbefragung zu Depression. Befragt wurden in der genannten Sondererhebung 5.135 Personen zwischen 18 und 69 Jahren aus einem repräsentativen Online-Panel.

Eine internationale Meta-Analyse mit Daten aus 21 Ländern zeigt ebenfalls für den Herbst 2020 (Frühphase der Pandemie) in keinem der Länder eine signifikant erhöhte Suizidrate. Für 12 der untersuchten Länder zeigte sich sogar ein Rückgang der Suizidraten in dieser Zeitspanne (Pirkis et al., 2021). Es gingen hier nur Ergebnisse aus einkommensstarken Staaten oder Staaten mittlerer Einkommensstärke in die Meta-Analyse ein.

Ein systematisches Review von John et al. (2020) beinhaltet internationale Studien bis Oktober 2020 und findet ebenfalls keine Evidenz für eine gestiegene Suizidrate in einkommensstarken Staaten. Auch hier wurde kein Land aus Afrika einbezogen. Die analysierten Studien wurden in der Meta-Analyse anhand ihrer Methodik eingeteilt und Ergebnisse getrennt für diese Gruppen dargestellt. Querschnittliche Studien aus China, Tschechien und den USA zeigten ein erhöhtes Auftreten von Suizidgedanken und Selbstverletzungsgedanken verglichen mit der Zeit vor der COVID-19-Pandemie. Für einkommensschwache Haushalte zeigten zwei bevölkerungsrepräsentative Studien ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für Suizid und Suizidgedanken. Studien zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erbrachten einen Rückgang an Notfallaufnahmen in Krankenhäusern wegen Suizidgedanken, Suizidverhaltens und Selbstverletzung. Nur 14 % der Studien untersuchten Kinder und Jugendliche. Für diese zeigten sich zwar erhöhte Belastungen und Sorgen, aber keine Zunahme an Suiziden oder Suizidgedanken zu diesem Zeitpunkt der Pandemie. Jedoch zeigt sich eine erhöhte Häufigkeit von Suizidgedanken bei Menschen, die eine COVID-19-Erkrankung durchgemacht hatten.

In einer Studie über 12 Länder fand sich für die Anfangsphase der COVID-19-Pandemie ein Anteil von 16,2 % der befragten Teilnehmer, die in unterschiedlichem Ausmaß Suizidgedanken berichteten (Plomecka et al., 2020).

Eine Reihe weiterer nationaler Untersuchungen auch aus späteren Phasen der Pandemie ergibt sehr unterschiedliche Ergebnisse. Studien aus Japan zeigen einen Anstieg der Suizidraten bei Frauen im Sommer 2020 (Nomura et al., 2021) bzw. bei Frauen in der zweiten Jahreshälfte 2020 und bei Männern im Herbst 2020 (Sakamoto et al., 2021). Tanaka und Okamoto (2021) fanden einen Anstieg der Suizidraten während der zweiten Coronawelle besonders bei Frauen und bei Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der besonderen Stellung Japans mit einer der höchsten Selbstmordraten in der OECD lassen sich diese Ergebnisse sicher nicht ohne weiteres auf Europa übertragen. Die meisten Studien zu Veränderungen der Suizidraten während der Pandemie wurden in einkommensstarken Ländern durchgeführt. Acharya et al. (2022) untersuchten deshalb den Verlauf der Suizidraten während der COVID-19-Pandemie in Nepal. Sie stellten einen signifikanten Anstieg der Suizidraten bei Männern und Frauen fest, v. a. im Sommer 2020. Bei Männern ließ dieser Effekt im Verlauf der Pandemie nach, bei Frauen nicht. Anhand von Autopsieberichten stellten Calati et al. (2022) in Italien einen sehr leichten Rückgang im Anteil der vollendeten Suizide an allen Autopsieberichten im ersten Jahr nach Pandemiebeginn fest. Allerdings fanden sie einen höheren Anteil von Suiziden in den ersten 4 Monaten in 2022.

Im März 2020 gab es in Spanien bei Jugendlichen 25 % mehr Suizidversuche im Vergleich zu 12 Monaten vorher. Für Erwachsene ging im gleichen Zeitraum die Zahl der Suizidversuche jedoch um 17 % zurück (Gracia et al., 2021).

In zwei australischen Studien konnte bis 2021 kein Anstieg der Suizidraten festgestellt werden (Leske et al., 2021; Dwyer et al., 2021). In Großbritannien nahmen Suizidgedanken während der ersten Pandemiewelle im ersten Lockdown zu (O´Connor et al., 2021). Auch für die Schweiz ergibt sich in einer Reihe von Studien keine erhöhte Suizidalität während der COVID-19-Pandemie (Jäggi et al., 2022).

Auch die WHO (2022a) berichtet von uneinheitlichen Ergebnissen in der Frage nach einer Zunahme von Suiziden im Verlauf der Pandemie. Jedoch werde zumindest gehäuft von suizidalen Gedanken berichtet. Nachweise gebe es z. B. für eine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten bei jugendlichen Mädchen und von Suizidgedanken bei Gesundheitsfachkräften (WHO, 2022b).

Die US-amerikanische pädiatrische Fachgesellschaft hat das Thema Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu einem Notfall (National State of Emergency in Children´s Mental Health) erklärt. Eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen komme in Notaufnahmen an, und die Zahl der vermuteten Suizidversuche steige stark an (AAP American Academy of Pediatrics, 2021). Auch in Deutschland finden sich Hinweise darauf, dass 2021 häufiger Kinder und Jugendliche mit Suizidversuchen auf Intensivstationen behandelt wurden (Bruns et al., 2022)

1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf psychisch vorerkrankte Menschen

Menschen mit bestehenden psychischen Erkrankungen gelten als besonders vulnerabel für neu hinzukommende Stressoren und Belastungen. Erhöhte Belastungen können Stresserleben, Symptomverschlechterungen und letztlich auch die Entwicklung von psychischen Erkrankungen begünstigen. Gerade viele psychisch erkrankte Menschen profitieren von einer sozialen Alltagsstruktur, die jedoch durch die Schutzmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie oftmals beeinträchtigt war. Erste wissenschaftliche Untersuchungen weisen für diese Patientengruppe auf eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs hin.

Studienergebnisse aus Deutschland

In einem systematischen Literaturreview werden Menschen mit psychischen Vorerkrankungen als bekannte Risikogruppe für negative Folgen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen auf die psychosoziale Gesundheit aufgeführt (Röhr et al., 2020). In einer europaweiten Studie zum mentalen Wohlbefinden in der COVID-19-Pandemie äußerten Menschen mit psychischen Erkrankungen dreimal häufiger als Befragte ohne psychische Vorerkrankungen das Gefühl von Kontrollverlust (45 % vs. 15 %). Eine Umfrage[39] der Versicherung AXA zeigt, dass psychisch Vorerkrankte im Juni 2020 zudem der Zukunft deutlich negativer entgegen blickten als nicht psychisch Vorerkrankte (59 % vs. 15 %; AXA, 2020).

In einer Langzeitstudie[40] mit 213 Erwachsenen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen wurde untersucht, wie die COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 bei Patienten mit psychischen Vorerkrankungen das Erleben psychosozialer Belastung beeinflusst hat. Es zeigte sich, dass sich die Patienten während der Pandemie über die unterschiedlichen Krankheitsbilder hinweg im Verlauf der psychischen Belastung nicht von der Allgemeinbevölkerung unterschieden. Die psychosoziale Belastung bei psychisch vorerkrankten Menschen stieg zu Beginn der Pandemie an, nahm anschließend jedoch über die zwei Lockdowns hinweg stetig ab und erreichte Ende 2020 schließlich wieder ein ähnliches Niveau wie vor Beginn der Pandemie (Bartels et al., 2021). Die Krankheitssymptome blieben beinahe unverändert. Im zweiten Lockdown nahmen jedoch die Schutzfaktoren ab.

Für einzelne Krankheitsbilder konnten Verschlechterungen im Krankheitsverlauf in Studien nachgewiesen werden.

Bei fast der Hälfte der depressiven Patienten hat sich der psychische Zustand während der Pandemie verschlechtert

Im Deutschland-Barometer Depression ergab sich ein Anteil von 44 % an Menschen mit diagnostizierter Depression, die während des zweiten Lockdowns eine Verschlechterung ihres Krankheitsverlaufs in den zurückliegenden 6 Monaten berichteten (Czaplicki et al., 2022). Der Wegfall des geregelten Tagesablaufs, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus und mangelnde Bewegung werden hier als wichtige Faktoren für die Verschlechterung angeführt. Im Detail gaben je 16 % der depressiv Erkrankten einen Rückfall bzw. eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik an. 8 % berichteten von Suizidgedanken oder suizidalen Impulsen.

Patienten mit Angsterkrankungen wiesen die höchste Belastung auf

Eine Untersuchung der Akten von 682 psychisch erkrankten Personen ergab retrospektiv signifikante diagnoseabhängige Unterschiede in der Anfangszeit der COVID-19-Pandemie (Winkler et al., 2021). 60,5 % fühlten sich durch die COVID-19-Pandemie psychisch belastet. 14,5 % litten unter Angst vor dem Virus SARS-CoV-2 und vor einer möglichen Infektion, 25,5 % litten unter den Schutzmaßnahmen und 4,3 % unter beidem. Insgesamt waren an Angststörungen Erkrankte signifikant stärker belastet als Menschen mit anderen Diagnosegruppen und hatten auch mehr Angst vor dem Virus und einer Infektion. Bei den Menschen mit Angststörungen wurden ebenfalls mehr klinische Verschlechterungen des Krankheitszustandes beobachtet. Menschen mit psychotischen Erkrankungen waren signifikant weniger belastet. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen litten häufiger unter Lockdown- und Hygieneregeln und seltener an Angst vor einer COVID-19-Erkrankung. Personen mit Depressionen, Suchterkrankungen oder posttraumatischen Erkrankungen unterschieden sich in ihrer empfundenen Belastung nicht auffällig von anderen Diagnosegruppen.

44 % aller belasteten psychisch Vorerkrankten benötigten während der Pandemie eine akute therapeutische Intervention

43,7 % aller belasteten psychisch erkrankten Personen brauchten aufgrund der Schwere der Symptomatik eine akute therapeutische Intervention. 6 % der Belasteten mussten sogar stationär eingewiesen werden (Winkler et al., 2021). Es bestätigt sich in diesen Ergebnissen erneut, dass psychisch Vorerkrankte besonders vulnerabel sind und von den Belastungen der Pandemie besonders betroffen waren. In der Studie von Winkler et al. wird als Erklärung angeführt, dass psychisch Erkrankte anders als die gesunde Allgemeinbevölkerung zumindest während einer Krankheitsphase nicht die Eigenschaften aufweisen, die in

[39] Für den Mental Health Report wurden im Juni 2020 von einem Marktforschungsinstitut im Auftrag von AXA 1.000 Personen in Deutschland repräsentativ online befragt.

[40] Die Datenerhebung wurde mit einer neu entwickelten Befragungsmethode, dem Göttinger Belastungs- und Symptominventar (Gö-BSI), durchgeführt. Gefragt wird dabei nach psychosozialer Belastung, Symptomveränderungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren. Bei den Patienten handelte es sich um Erkrankte mit Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie oder Autismusspektrumsstörungen, die sich bereits vor dem ersten Lockdown in ambulanter Behandlung befunden hatten.

der Regel für eine gute Resilienzfähigkeit stehen. Genannt werden hier v. a. Optimismus, Belastungen als Wachstumschance begreifen können, Sinn für Humor, aktiv bleiben und ein gutes Selbstbild. Maßnahmen zur Resilienzförderung werden daher gerade bei psychisch erkrankten Menschen in gesellschaftlichen Krisenphasen benötigt.

Internationale Studienergebnisse

In der Studie von Plomecka et al. (2020) aus der Frühphase der COVID-19-Pandemie zeigte sich, dass bestehende psychische Vorerkrankungen und frühe Erfahrungen mit Traumata Risikofaktoren für höhere Ausprägungen von Depression, PTBS und allgemeine psychische Beeinträchtigungen darstellen.

Nach Ergebnissen der vorliegenden Literatur weisen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in der Frühphase der COVID-19-Pandemie keine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit auf. Für den weiteren Verlauf muss das Befinden dieser Patientengruppe längerfristig untersucht werden.

Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zeigten sich in der Frühphase der Pandemie eher resilient gegenüber den Einflüssen der Pandemie

Eine niederländische Längsschnittstudie zeigt, dass Personen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen die Auswirkungen der Pandemie auf ihre psychische Gesundheit häufig negativ wahrnahmen, diese subjektive Einschätzung jedoch nicht immer mit den erhobenen Indikatoren zur Schwere der Symptome korrespondierten, welche teilweise sogar während der Pandemie abgenommen hat (Pan et al., 2021).

Cody et al. (2021) finden kurzfristig keinen Einfluss des erstens Lockdowns auf das Stressempfinden, Schlafprobleme und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Personen, die wegen einer Major Depression stationär behandelt wurden.

Eine Längsschnittstudie von Pinkham et al. (2020) zeigt für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien oder affektive Störungen) eine Widerstandskraft gegenüber Einflüssen der Pandemie auf ihre psychische Gesundheit. Verglichen wurden psychische Symptome vor und 2 bis 4 Monate nach Beginn der Pandemie. Stärkere Stimmungsbeeinträchtigungen und psychotische Phasen traten während der Pandemie nicht häufiger auf. Weibliche Patienten berichteten eher ein verbessertes Wohlbefinden während der Pandemie. Es handelt sich jedoch um eine kleine Stichprobe von 148 Patienten.

In der unter Kap. 1.1.3 bereits beschriebenen Studie von Wanigasooriya et al. (2021) mit Gesundheitsfachkräften, die in englischen Krankenhäusern COVID-19-Patienten betreuten, ergab sich ein deutlich erhöhtes Risiko für klinisch signifikante Symptome psychischer Erkrankungen bei solchen Mitarbeitern, die eine psychische Erkrankung in ihrer Vorgeschichte aufwiesen, im Vergleich zu den Mitarbeitern ohne diese Vorerkrankungen. Das Risiko für die Entwicklung einer Angststörung (OR=2,3), einer Depression (OR=2,5) oder einer PTBS (OR=2,1) lag mehr als doppelt so hoch bei den psychisch vorerkrankten Mitarbeitern (Wanigasooriya et al., 2021).

Gesundheitsfachkräfte mit psychischen Vorerkrankungen entwickelten doppelt so häufig eine Angststörung, eine Depression oder eine PTBS

Nicht nur psychische Vorerkrankungen weisen Interaktionseffekte mit Belastungen durch die COVID-19-Pandemie auf, sondern auch körperliche Erkrankungen, welche sich auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken können. Zu den Einschränkungen in der Lebensqualität bei unterschiedlichen körperlichen Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie liegen vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen vor. Im Rahmen des vorliegenden Reports kann dieses eigenständige Forschungsgebiet aufgrund seines Umfangs nicht mit dargestellt werden. Exemplarisch sei hier aber eine Studie zur Lebensqualität von Krebspatienten während der Pandemie aufgeführt.

Als stark psychisch belastet erwiesen sich während der Pandemie auch Patienten mit Krebserkrankungen und deren Angehörige. Aufgeschobene Operationen, geschlossene Tageskliniken und Verzögerungen in der Behandlung verursachen Ängste, ebenso wie die Sorge, als Risikopatient an COVID-19 zu erkranken. Im CancerCOVID-Projekt wurde eine anonyme Online-Befragung von 621 Krebspatienten, die sich an den Krebsinformationsdienst gewandt hatten, also eine nicht-repräsentative Stichprobe, an Darmkrebszentren befragt.

Patienten mit Krebserkrankungen hatten während der Pandemie besonderen Leidensdruck. Jeder dritte Krebspatient wies relevante Symptome von Angsterkrankungen und jeder fünfte von Depressionen auf

1.5 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf häusliche und andere Gewalt

Laut einer Statistik des Bundeskriminalamts wurden im aktuellen Berichtsjahr 2021 143.016 Opfer[41] von häuslicher Gewalt polizeilich erfasst, 80,3 % der Opfer waren Frauen. Zudem ist von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen. 60,4 % der gezählten Taten in 2021 wurden von Partnern in aktuellen Lebensgemeinschaften ausgeführt. Bei knapp 60 % der Fälle handelte es sich um vorsätzliche einfache Körperverletzung[42] (Bundeskriminalamt, 2022). Der Anteil der Opfer partnerschaftlicher Gewalt an allen Opfern von Gewaltdelikten lag bei 18,3 %.

Laut amtlicher Statistik ist Gewalt durch Partner in Deutschland im Jahr 2020 stärker gestiegen als in den Vorjahren – 2021 sank diese wieder etwas

[41] Wird eine Person im Erhebungszeitraum mehrfach Opfer, wird sie auch in dieser Statistik mehrfach gezählt.

[42] Zu den erfassten Straftaten gehören hier: gefährliche, schwere oder vorsätzliche einfache Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge, sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung, Bedrohung, Stalking, Nötigung, Freiheitsberaubung, Zuhälterei und Zwangsprostitution.

Die Zahl der von aktuellen oder ehemaligen Partnern ausgeübten Gewaltfälle, bei denen die Ermittlungen 2020 abgeschlossen wurden[43], stieg im Jahr 2020 mit 4,9 % etwas stärker als in den Vorjahren (Vorjahresanstieg von 2018 auf 2019: 4,4 %). Im Jahr 2021 sank die Zahl dieser angezeigten Gewalttaten dann überraschenderweise um 2,5 % auf 143.016 Fälle.

Der Anstieg der angezeigten Gewalttaten von 2019 auf 2020 liegt nur um 0,5 % höher als der Vorjahresanstieg. Ob dieser auf mögliche Folgen des Lockdowns zurückzuführen ist, bleibt offen.

Als Hinweis für einen Anstieg von Gewaltdelikten während der Lockdowns können die Auswertungen des bundesweiten Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen" gewertet werden. Diese zeigen, dass die Zahl der Beratungskontakte in den Corona-Lockdowns erheblich zugenommen hat. 2020 wurden bei 80.400 Anrufen 51.400 Beratungen durchgeführt. Der Anstieg an Beratungen im Vergleich zum Vorjahr liegt bei etwa 15 %. 2021 stieg die Zahl der Beratungen wiederum um 5 % gegenüber dem Vorjahr an. Es wurden 54.000 Beratungen durchgeführt (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2022).

In einer Studie von Kliem et al. (2023) wurden Ergebnisse von drei deutschen bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen zu Gewalt vor (im Jahr 2016) und während der COVID-19-Pandemie (im Jahr 2021) verglichen[44]. Es zeigte sich in dieser Untersuchung kein signifikanter Anstieg körperlicher oder psychischer Gewalt gegen Partner oder von Eltern gegen Kinder während der Pandemie bis zum Jahr 2021.

In der Frühphase der Pandemie erlebten Kinder in Deutschland in 6 % der Haushalte körperliche Bestrafungen

Für die Zeit des ersten Lockdowns ermittelte eine Studie der TU München und des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, dass von 3.800 befragten Frauen 3,1 % körperliche Gewalt, 3,6 % sexuelle Gewalt und 3,8 % emotionale Gewalt erfuhren. Kinder erlebten in 6,5 % der Haushalte körperliche Bestrafungen. Letzteres war v. a. der Fall, wenn einer der Elternteile unter Angst oder Depression litt (14 %), unter Quarantänebedingungen (11 %), bei finanziellen Sorgen der Eltern (10 %) oder bei Arbeitsplatzverlust (9 %; Technische Universität München, 2020). Für schwere körperliche Gewalt gegen Kinder während der Pandemie wurde eine Prävalenz von ca. 2 % ermittelt. Diese Zahlen sind besorgniserregend, da Gewalterfahrungen bei Kindern (selbsterfahren oder im familiären Umfeld erlebt) zu den stärksten Risikofaktoren für die psychische Gesundheit bis ins Erwachsenenalter hinein gehören (Schlack et al., 2020).

Im Jahr 2020 erreichte die Zahl der Kindeswohlgefährdungen einen Höchststand

Für das Jahr 2020 meldete das Statistische Bundesamt 9 % mehr Fälle an Kindeswohlgefährdungen. Knapp 60.600 Kinder waren betroffen. Dies stellt einen Höchststand seit Einführung der Statistik 2012 dar (Statistisches Bundesamt, 2021). Allerdings waren auch 2019 und 2018 die Zahl der Kindeswohlgefährdungen schon um je 10 % gestiegen. Jedes zweite gefährdete Kind war jünger als 8 Jahre, jedes dritte jünger als 5 Jahre. Fast die Hälfte (49 %) der betroffenen Jungen und Mädchen hatte zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung bereits eine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen und stand somit schon in Kontakt zum Hilfesystem. Bei einem Drittel der Fälle fanden sich Hinweise auf psychische Misshandlungen (z. B. Demütigungen, Einschüchterungen, Isolierung und emotionale Kälte). In einem Viertel der Fälle gab es Anzeichen für körperliche Misshandlungen und in 5 % Anzeichen für sexuelle Gewalt.

Gewalterlebnisse traten häufiger in Berufen auf, in denen man Menschen auf Pandemie-bezogene Regeln hinweisen muss

In der Cosmo-Studie (Universität Erfurt, 2022) werden auch Gewalterlebnisse bezogen auf Situationen untersucht, in denen die Befragten während der Pandemie andere auf die Regeln hingewiesen haben. Beleidigungen, Bedrohung, Schubsen, Angriff und Verletzung werden im Februar 2022 insgesamt selten angegeben. Sie wurden häufiger erlebt in Berufen, in denen Menschen auf Regeln hingewiesen werden müssen, als in anderen Berufen (z. B. Beleidigung: 46,4 % vs. 32,7 %). Die Sorge um weitere Gewalterfahrungen liegt in beiden Berufsgruppen im mittleren Bereich (Mittelwert 4 auf einer Skala von 1 bis 7).

International liegen Hinweise auf eine Zunahme von häuslicher Gewalt während der Pandemie vor

Eine internationale Meta-Analyse über 18 Studien aus der Anfangsphase der Pandemie im Jahr 2020 ermittelte eine Zunahme häuslicher Gewalt von 7,9 %, wobei die meisten einbezogenen Studien einen signifikanten Anstieg der Gewalt nach Inkrafttreten von Lockdownmaßnahmen berichteten (Piquero et al, 2021). Auch hier wird von einer Unterschätzung der wahren Prävalenz von häuslicher Gewalt ausgegangen, da nur ein kleiner Teil der Vorfälle angezeigt werde.

Ein internationales Review zur Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen Frauen und Kinder während der COVID-19-Pandemie zeigt eine Zunahme von Gewalt während der Schutzmaßnahmen. Besonders betroffen waren Frauen unter 30 Jahren, Hausfrauen, verheiratete Frauen und Frauen, deren Männer zwischen 31 und 40 Jahre alt waren. Häusliche Gewalt wird von den Autoren als „Schattenpandemie" während der COVID-19-Krise bezeichnet, und es werden dringend globale Maßnahmen zum Umgang mit der Zunahme an Gewalt bzw. zur Prävention derselben gefordert (Wake et al., 2022).

[43] Die Taten können auch früher ausgeführt worden sein. Die Daten beziehen sich auf Fälle, bei denen die Ermittlungen 2020 bzw. 2021 abgeschlossen wurden.

[44] Die Stichprobe bestand aus 3.639 Menschen in Paarbeziehung und 1.313 Eltern, die mit mindestens einem Kind zusammenlebten.

Als besorgniserregend sind Befunde zum relativen Suchvolumen für Gewaltmaßnahmen zwischen 2017 und 2020 in den USA anzusehen. Riddell et al. (2022) stellten fest, dass das relative Suchvolumen für Kindesmissbrauch in 19 % der Wochen des Jahres 2020 über der Grenze des vorhergesagten Erwartungsintervalls lagen. Diese Überschreitungen begannen einen Monat nach dem Ende eines Pandemie-Arbeitslosenentschädigungsprogramms. Ebenfalls erhöht war die durch Kinder beobachtete Gewalt in Partnerschaften. Diese lag 2020 in 33 % der Wochen über der oberen Grenze des vorhergesagten Erwartungsintervalls.

1.6 Suchtmittelkonsum während der COVID-19-Pandemie

Der Konsum von Cannabis hat während der Pandemie zugenommen

Der Epidemiologische Suchtsurvey des IFT gibt Aufschluss über den Konsum der deutschen Bevölkerung von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und psychoaktiven Medikamenten.[45] Ein Vergleich der in diesem Survey ermittelten Prävalenzen in den Jahren 2018 (Atzendorf et al., 2019) und 2021 (Rauschert et al. 2021)[46] zeigt einen geringen Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums und eine leichte Zunahme des Konsums illegaler Drogen, v. a. von Cannabis um 1,6 Prozentpunkte (s. Tab. 9). Alkohol erweist sich weiterhin als die am häufigsten konsumierte psychotrope Substanz in Deutschland.

Tabelle 9: Prävalenzen des Konsums von ausgewählten Suchtmitteln

Prävalenz	Konsum von		2018	2021
30-Tage-Prävalenz	Tabak		28,0 %	27,2 %
30-Tage-Prävalenz	Alkohol		71,6 %	70,5 %
12-Monats-Prävalenz	Illegale Drogen	Cannabis	7,1 %	8,8 %
		Amphetamin/Methamphetamin	1,4 %	1,4 %
		Ecstasy	1,1 %	1,0 %
		LSD	0,3 %	0,6 %
		Heroin/Andere Opiate	0,4 %	0,5 %
		Kokain/Crack	1,1 %	1,6 %
		Halluzinogene Pilze	0,4 %	0,5 %

Anmerkungen: Daten für die erwachsene deutsche Bevölkerung in den Jahren 2018 und 2021.
Quelle: Atzendorf et al. (2019), Rauschert et al. (2021).

Illegale Substanzen

Psychoaktive Substanzen werden in Deutschland weiterhin stark konsumiert. 2021 konsumierten 9,6 % der deutschen Bevölkerung innerhalb eines Jahres mindestens eine illegale Droge, Männer häufiger als Frauen (11,6 % vs. 7,6 %). Dabei ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. An zweiter Stelle lag bei Männern der Konsum von Kokain (2,1 %), bei Frauen von Amphetamin (1,3 %). Am meisten wurde Cannabis von jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren konsumiert (22,8 %). Nur noch halb so häufig konsumierten die 25- bis 39-Jährigen (12,3 %) und nur zu 4,6 % konsumierten 40- bis 59-Jährige mindestens einmal im Jahr Cannabis. Gerade vor dem Hintergrund der geplanten gesetzlichen Änderungen sind diese Daten zu beachten, da v. a. der regelmäßige Konsum von Cannabis mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen assoziiert ist (Gahr et al., 2022).

Weibliche Jugendliche konsumierten während der Pandemie etwas mehr Cannabis – es bleibt unklar, ob der Anstieg pandemiebedingt ist

Von 2019 bis 2021 ist die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 5,3 % auf 6,7 % gestiegen. Bei gleichaltrigen Jungen ist sie im selben Zeitraum von 10,8 % auf 8,5 % gefallen. Insgesamt konsumierten im Jahre 2021 5,9 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen regelmäßig Cannabis, während dies im Jahr 2018 noch 4,8 % taten. Die 12-Monats-Prävalenz für Cannabiskonsum für diese Personengruppe stieg von 17,1 % im Jahr 2018 während der COVID-19-Pandemie auf 18,2 %. Der Anstieg zwischen den Jahren 2016 und 2018 lag mit knapp 3 Prozentpunkten (von 14,2 % auf 17,1 %) allerdings deutlich höher (BZgA, 2022).

[45] Prävalenzwerte zum Konsum der Substanzen werden auf Basis von Screeninginstrumenten geschätzt und auf die Wohnbevölkerung von 18 bis 64 Jahren (N = 51.139.451 im Jahr 2021, N=51.544.494 im Jahr 2018) hochgerechnet. Die Fragen richteten sich auf den Konsum des Suchtmittels in den letzten 30 Tagen vor der Befragung.

[46] Sämtliche Survey-Daten dieser Studie beruhen auf Selbstangaben und können daher einer Unterschätzung aufgrund von sozial erwünschtem Antworten beinhalten. Zu beachten ist auch, dass weder Jugendliche unter 18 Jahren noch ältere Menschen über 64 Jahren in die Befragung einbezogen waren.

Gerade Jugendliche und junge Erwachsene werden von Experten als stark von den pandemiebedingten Maßnahmen betroffene Gruppe angesehen, bei der eine zunehmende Entwicklung von Süchten stattfinden könne. Der weitere internationale Forschungsbedarf zu Konsumveränderungen und den Auswirkungen sowie für notwendige Interventions- und Präventionsmaßnahmen wird in diesem Zusammenhang besonders betont. Zu Konsummotiven liegen für Deutschland bislang keine umfangreichen Daten für die Pandemiezeit vor (Suhren et al., 2021).

Europaweit lag der Konsum illegaler Drogen 2022 wieder auf dem Vorpandemieniveau

Nach Aussagen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2022) gab es während des ersten Coronalockdowns einen Rückgang des Drogenkonsums. 2022 hatte der Konsum von Cannabis, Kokain, Amphetaminen und Metamphetaminen jedoch wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht. Bei Kokain übertrifft die Verfügbarkeit und der Konsum im Jahr 2022 sogar das Vorpandemieniveau. Festgestellt wird dies durch regelmäßige Abwasseranalysen in 25 europäischen Ländern.

Alkohol

Daten zum Alkoholkonsum liefern uneinheitliche Daten

In Expertenkreisen besteht die Befürchtung, dass während der COVID-19-Pandemie aufgrund der hohen psychischen Belastung der Menschen und der Zunahme an Zeit, die zuhause verbracht wird, der Alkoholkonsum gestiegen sein könnte. Bezogen auf die deutsche Studienlage zum Suchtverhalten bildet der Alkoholkonsum den am häufigsten gewählten Untersuchungsgegenstand. Für angenommene Veränderungen hinsichtlich des Alkoholkonsums während der COVID-19-Pandemie ergibt sich jedoch ein sehr heterogenes Bild. Einige Studien ermitteln keine Veränderungen im Alkoholkonsum zumindest während der ersten Zeit der Pandemie (Betsch, 2021). Auch Ergebnisse der COSMO-Studie[47] zeigen, dass von April 2020 bis September 2021 in der Gesamtbevölkerung kaum eine Veränderung in der Häufigkeit des Alkoholkonsums im Vergleich zu den Vorjahren zu sehen ist. 2,7 % der Befragten hatte in den letzten 4 Wochen täglich Alkohol getrunken, 28,9 % mehrmals pro Woche, 16,3 % einmal pro Woche, 34,7 % seltener als einmal pro Woche und 17,4 % gar nicht (Stand 7.9.2021, Universität Erfurt, 2022). Eine Untersuchung von Manthey et al. (2020) zeigt auf, dass in Deutschland zwar der durchschnittliche Konsum von Alkohol im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie im Verlauf des Jahres 2020 zurückgegangen ist, allerdings bei bestimmten Subgruppen, v. a. Frauen und Personen, die besonders in Beruf und Finanzen durch die Pandemie beeinträchtigt waren, gestiegen ist.

Es gibt insgesamt keine Anzeichen für die Zunahme von problematischem Alkoholkonsum während der Pandemie

Im epidemiologischen Suchtsurvey ergibt sich für 2021 ein Anteil von 17,6 % der Bevölkerung mit problematischem Alkoholkonsum[48] (Rauschert et al. 2021). 2018 lag dieser Anteil bei 18,1 % (Atzendorf et al., 2019). Die Ergebnisse der DEBRA-Studie weisen mit einem Anteil von 19,4 % im Jahr 2021 auf ein ähnlich häufiges Auftreten von problematischem Alkoholkonsum hin (Debra, 2022).

Der regelmäßige Konsum von Alkohol unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen sowie unter 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen in Deutschland hat von 2019 bis 2021 sogar minimal abgenommen (jeweils -0,3 Prozentpunkte). Auch die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens hat bei 18- bis 25-Jährigen von 2019 auf 2021 abgenommen (von 47,9 % auf 37,8 % bei Männern; von 25 % auf 19 % bei Frauen; BZgA, 2022).[49]

Im WIdO-Monitor ergibt sich für Sommer 2021 einerseits für 10,2 % der Befragten ein erhöhter Alkoholkonsum, allerdings berichteten auch 20 % der Befragten von einem Rückgang des gesamten Alkoholkonsums (WIdO, 2021). Beide Werte beziehen sich auf die Gesamtgruppe von 83 % aller Befragten, die Alkohol trinken. Selbstauskünfte können hier allerdings den bekannten Verzerrungstendenzen in Bezug auf den Suchtmittelkonsum unterliegen.

Der Zwischenbericht des Global Drug Survey[50] liefert andere Ergebnisse zum Alkoholkonsum in 11 Ländern. Die ZEIT am Sonntag wertet jährlich die im Survey enthaltenen Daten für Deutschland aus. 2020 haben ca. 26.000 Befragte in Deutschland teilgenommen. Hier gaben im Mai und Juni 2020, also während der strengen Kontaktbeschränkungen mit geschlossenen Restaurants und Partyverbot, 36 % der deutschen Befragten an, in der COVID-19-Pandemie mehr Alkohol zu trinken als sonst, 22 % gaben an, weniger Alkohol zu trinken. Es handelt sich dabei allerdings nicht um eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe. (Mast, 2020).

---

[47] In der COSMO-Befragung werden 2-wöchentlich querschnittlich Daten zu Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens erhoben. Es handelt sich um eine deutschlandweite, nicht-probabilistische Quotenstichprobe, die die erwachsene Allgemeinbevölkerung für die Merkmale Alter, Geschlecht und Bundesland abbildet.

[48] Als Indikator für problematischen Alkoholkonsum wurde das Testverfahren AUDIT Alcohol Use Disorder Identification Test angewendet.

[49] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht regelmäßig mit Repräsentativbefragungen den Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Für den Alkoholsurvey 2021 wurden 7.002 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren zwischen April und Juni 2021 befragt.

[50] Der Global Drug Survey ist eine große Studie zum weltweiten Substanzkonsum während der COVID-19-Pandemie. Die Befragung erfolgte über eine Online-Plattform.

Tabak

Während der COVID-19-Pandemie ist die Häufigkeit des Konsums traditioneller Tabakprodukte unter der erwachsenen deutschen Bevölkerung relativ stabil geblieben bzw. sogar leicht gefallen (s. Tab. 9). Jedoch hat sich der Anteil rauchender Jugendlicher deutlich erhöht. Aus der für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Langzeitstudie Debra[51] (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten; Debra, 2022) geht hervor, dass der Anteil der Raucher (ab 14 Jahren) nach mehreren Jahren der Stagnation im Verlauf der Pandemie in allen Altersgruppen deutlich gestiegen ist (s. Abb. 8).

2022 hat sich der Anteil rauchender Jugendlicher auf fast 16 % verdoppelt

Jugendliche und erwachsene Raucher

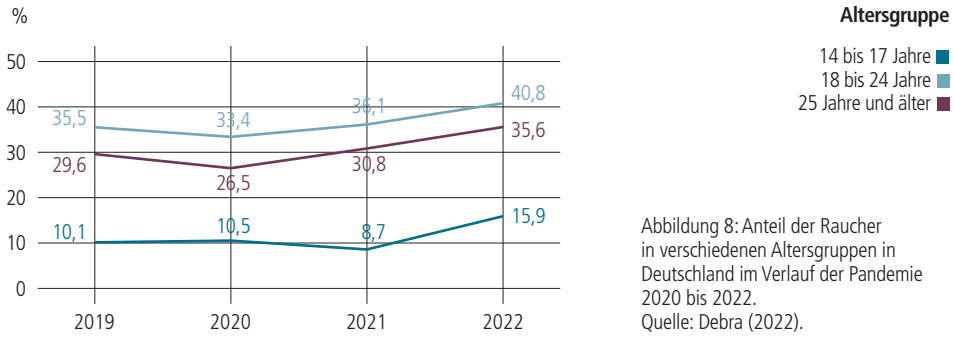


Abbildung 8: Anteil der Raucher in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland im Verlauf der Pandemie 2020 bis 2022.
Quelle: Debra (2022).

In den vergangenen Jahrzehnten war die Raucherquote unter Jugendlichen stark gesunken. Dieser Trend scheint mit der COVID-19-Pandemie gebrochen. Unter den 14- bis 17-Jährigen hat sich die Zahl der Rauchenden seit 2019 um fast 6 Prozentpunkte erhöht, das Gleiche gilt für über 25-Jährige (s. Abb. 8; Debra, 2022). In absoluten Zahlen entspricht dies etwa 200.000 mehr minderjährigen (14- bis 17-jährigen) Rauchern in Deutschland. Der Anteil erwachsener Raucher ab 25 Jahren stieg im gleichen Zeitraum um etwa 5 Prozentpunkte von 30,8 % auf 35,6 %. Auch der Konsum nikotinhaltiger Zigaretten ist während der Pandemie bei Jugendlichen gestiegen (von 1,6 % 2020 auf 2,5 % 2022).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ermittelte in einer Befragung für das Jahr 2021 einen Anteil von etwa 4/5 der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die angeben, noch nie Zigaretten geraucht zu haben. 6,1 % bezeichneten sich als Raucher. Die 30-Tage-Prävalenz des Zigarettenkonsums lag passend bei 6,6 %. Bei den 18- bis 25-Jährigen gaben nur noch 39,6 % an, noch nie geraucht zu haben. Fast ein Drittel (29,8 %) bezeichneten sich in dieser Altersgruppe selbst als Raucher. Die 30-Tage-Prävalenz des Zigarettenkonsums lag tatsächlich bei 28,9 %. Das Rauchen von Zigaretten ist bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen seit 2 Jahrzehnten stark rückläufig. Bei 18- bis 25-Jährigen reduzierte sich der Anteil der Raucher zwischen 1973 und 2014 stetig. Danach setzte sich der Rückgang nicht mehr fort (BZgA, 2022).

Fachkräfte im Gesundheitswesen konsumierten während der Pandemie mehr Suchtmittel

Für Ärzte, Pflegekräfte und MTAs in deutschen Krankenhäusern wurde während der COVID-19-Pandemie ein gesteigertes Suchtverhalten gezeigt. 10 % der Mitarbeiter gaben an, während der COVID-19-Pandemie mehr zu rauchen, 11 % tranken mehr Alkohol und fast 3 % nahmen mehr Antidepressiva oder Beruhigungsmittel als zuvor (Morawa et al., 2021). Die Autoren gehen noch von einer Unterschätzung der eigentlichen Zahlen aus.

[51] Die DEBRA Studie erhebt Daten zum Konsum von Tabak und alternativen Nikotinabgabesystemen. Alle 2 Monate werden die Studienteilnehmer persönlich-mündlich befragt.

2. Psychische Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung

Bei der Frage nach den Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung ist die recht große Heterogenität der Krankheitsverläufe zu beachten. Psychische Beschwerden können dabei selbst nach leichten, auch asymptomatischen Verläufen auftreten, z. B. durch Quarantänezeiten oder „mitverursachte" Infektionsketten, währenddessen die Auswirkungen schwerer Verläufe mit notwendiger intensivmedizinischer Behandlung gänzlich anders auf die Psyche der Betroffenen einwirken können. Relevant ist dabei auch die Frage nach bestehenden psychischen Vorerkrankungen. Das Kapitel 2 widmet sich sowohl den kurzfristigen psychischen Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung (Kap. 2.1) als auch den länger anhaltenden Folgen bzw. anhaltenden Symptomen nach Abklingen der akuten Erstsymptomatik (Stichwort Long COVID; Kap. 2.2). In Kap. 2.3 werden dann Studienergebnisse zu den psychischen Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf Menschen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen dargestellt. Umfassende epidemiologische Daten zu den Veränderungen der Prävalenz psychischer Erkrankungen nach einer SARS-CoV-2-Infektion liegen derzeit (Stand: Januar 2023) in Deutschland noch nicht vor, aber erste Studien mit Routinedatenanalysen erbringen deutliche Hinweise auf eine Zunahme psychischer Beeinträchtigungen im Rahmen von COVID-19.

2.1 Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf die psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung

In den uns vorliegenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu den Folgen einer COVID-19-Erkrankung auf die psychische Gesundheit sprechen die Ergebnisse dafür, dass Betroffene nach überstandener akuter COVID-19-Erkrankung neben einigen körperlichen Symptomen auch vermehrt unter psychischen Problemen wie Angst- und Depressionssymptomen, Fatigue oder verminderter kognitiver Belastbarkeit leiden können. Weiterhin deuten die Ergebnisse darauf hin, dass nach einer COVID-19-Erkrankung häufiger neu diagnostizierte psychische Erkrankungen auftreten.

Es werden in der vorliegenden Literatur direkte und indirekte Folgen der COVID-19-Erkrankung beschrieben. Psychische Veränderungen können vermutlich sowohl direkt durch SARS-CoV-2-infektionsbedingte Schäden und Veränderungen im Zentralen Nervensystem (ZNS) verursacht werden als auch durch infektionsvermittelte Immundefekte oder durch Nebenwirkungen der medizinischen Therapie der COVID-19-Erkrankung. Ebenso können soziale und psychische Auswirkungen (z. B. Angst vor Verlauf der Erkrankung oder Vorwürfe bei Infektionsketten) eine Rolle spielen.

Als Folge direkter Auswirkungen von SARS-CoV-2 auf das ZNS werden neurologische Syndrome wie Delir, Enzephalopathie, Geruchsstörungen, akute Verhaltensänderungen, Kopfschmerzen und zerebrovaskuläre Vorfälle diskutiert. Diese stehen wahrscheinlich in direktem Zusammenhang mit dem Anstieg der peripheren immunologischen Marker, der Schwere der Infektion und der Sterblichkeitsrate (Banerjee & Viswanath, 2020). Darüber hinaus wird in der Forschungsliteratur auch eine anhaltende Störung der Hirnstammfunktion durch SARS-CoV-2 als Ursache von psychischen Langzeitfolgen diskutiert (Yong, 2021; Steardo et al., 2020).

Als indirekte Effekte einer SARS-CoV-2-Infektion werden u. a. psychische Folgeschädigungen durch Quarantänebedingungen, soziale Isolation, Stigmatisierung, Ängste bezüglich einer unvollständigen Genesung oder durch traumatische Erinnerungen an schwere Krankheitsphasen bzw. Therapien aufgeführt. Diese können zu psychischen Belastungen führen und damit die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen erhöhen. Zu berücksichtigen ist immer auch die Heterogenität im Verlauf der COVID-19-Erkrankungen, die je nach Ausprägung auch unterschiedlich auf die psychische Gesundheit wirken. Da psychische Erkrankungen und Beschwerden in der Regel durch ein komplexes Zusammenspiel biopsychosozialer Faktoren entstehen, liegen eindeutig wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zur Frage, worauf genau mögliche psychische Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion zurückzuführen sind, noch nicht vor.

In Deutschland werden vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Studien mit bevölkerungsrepräsentativen Stichproben (lokal und bundesweit) durchgeführt, in denen in späteren Wellen u. a. die psychische Gesundheit der Bevölkerung im kurz- und mittelfristigen Verlauf der Pandemie untersucht wird. Aus der bundesweiten Corona-Monitoring-Studie[52] liegen jedoch bis zum Redaktionsschluss keine Ergebnisse zu psychischen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion vor (RKI, 2022b).[53] Auch in der lokalen Corona-Monitoring-Studie[54] wurden psychische Symptome bislang nicht erfasst bzw. nicht veröffentlicht (RKI, 2022c). In einer Reihe von internationalen, im weiteren Text beschriebenen Studien finden sich allerdings deutlich vermehrt neu auftretende psychische Erkrankungen nach einer SARS-CoV-2-Infektion.

[52] Die Datenerhebung zur Welle 2 fand von November 2021 bis Februar 2022 statt.

[53] Für die zweite Welle der Studie sind als Zielpunkte u. a. die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit und die gesundheitlichen Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung (Long COVID) genannt.

[54] Für diese Studie wurden repräsentative Stichproben aus der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland an vier Standorten gezogen.

Studienergebnisse aus Deutschland

Eine große deutsche Studie untersuchte langfristige Auswirkungen einer SARS-CoV-2-Infektion auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung (Roessler et al., 2022). Das Risiko für das Auftreten von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen insgesamt war nach diesen Ergebnissen bei Erwachsenen langfristig im Rahmen von Post-COVID im Vergleich zu nicht infizierten Kontrollpersonen um 27 % erhöht. Hierzu finden sich ausführliche Ergebnisse im Kap. 2.2 zu Long COVID.

Nach ersten Studienergebnissen traten in Deutschland bei Erwachsenen langfristig nach einer SARS-CoV-2-Infektion im ersten Pandemiejahr zu 27 % häufiger psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf als bei Nicht-Infizierten

Für die deutsche Bevölkerung finden sich zum derzeitigen Zeitpunkt in wissenschaftlichen Veröffentlichungen sehr häufig v. a. Zahlen zu Fatigue-Symptomen und kognitiven Defiziten nach SARS-CoV-2-Infektionen.

Fatigue: eine subjektiv oft stark einschränkende, zu den vorausgegangenen Anstrengungen unverhältnismäßige, sich durch Schlaf oder Erholung nicht ausreichend bessernde subjektive Erschöpfung auf somatischer, kognitiver und/oder psychischer Ebene (Koczulla et al., 2022).

In einer Untersuchung von Hartung et al. (2022) weisen in Deutschland ca. 1/5 (19 %) der mit SARS-CoV-2-Infizierten durchschnittlich 9 Monate nach der Infektion klinisch relevante Fatigue-Symptome auf. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Nichtinfizierten (8 % Fatigue-Symptome) waren dies signifikant mehr Betroffene nach Infektion. Besonders bei Frauen, jüngeren Menschen sowie bei Menschen mit einer vorbestehenden Depression tritt nach den Ergebnissen dieser Studie anhaltende Fatigue häufiger auf.

27 % der Infizierten wiesen zudem nach einer Coronainfektion kognitive Einschränkungen wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auf.[55] Besonders bei Männern und bei älteren Menschen fanden sich diese kognitiven Einschränkungen. Die Rate an Betroffenen lag aber in allen Altersgruppen über der aus Normdaten zu erwartenden Höhe. Die beschriebenen Einschränkungen traten ebenso häufig bei Erkrankten mit geringerer Bildung und komorbiden psychischen Erkrankungen auf. Gleichzeitige Fatigue-Symptome und kognitive Einschränkungen waren hingegen seltener und traten nur bei 5 % der Infizierten auf (Hartung et al., 2022).

Insbesondere langanhaltende Fatigue und kognitive Einschränkungen treten bei Menschen nach einer SARS-CoV-2-Infektion häufiger auf als bei Menschen ohne Infektion

Die in der deutschen Population beschriebenen kognitiven Einschränkungen, Fatigue-Symptome und Schlafstörungen werden auch in internationalen Studien bei Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung festgestellt (z. B. Xie et al., 2022; Penninx et al., 2022; Badenoch et al., 2022). In einigen Studien ergeben sich hier 10 Wochen nach einer SARS-CoV-2-Infektion Anteile von über 50 % von Fatigue betroffenen Patienten – unabhängig von der Schwere der aufgetretenen COVID-Symptome (Townsend et al., 2020). Die Fatigue-Symptomatik kann im Rahmen des Long-COVID-Syndroms auch über lange Zeiträume anhalten (s. hierzu Kap. 2.2).

Es werden unterschiedliche pathogene Mechanismen zur Erklärung der auftretenden kognitiven Defizite durch COVID-19 diskutiert

In einer spanischen Studie fanden Almeria et al. (2020) heraus, dass ca. einen Monat nach einer SARS-CoV-2-Infektion bei einigen Patienten deutliche Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Störungen der exekutiven Funktionen auftraten.

In Untersuchungen zur Pathophysiologie und zerebralen Korrelaten der kognitiven Defizite bei COVID-19-Patienten finden sich weitere Hinweise zu möglichen COVID-19-Folgen. In einer deutschen Untersuchung an Patienten, die in einer frühen Pandemiephase aufgrund der COVID-19-Erkrankung auf einer Normalstation im Krankenhaus behandelt wurden, wiesen diese einen Monat nach Beginn der Infektion zu 71 % kognitive Einschränkungen auf. Hier waren v. a. frontoparietale kognitive Funktionen (visuokonstruktive Leistung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen) gestört. Diese korrelierten pathophysiologisch bei 2/3 der Betroffenen mit in FDG-Positronenemissionstomographie-Untersuchungen (FDG-PET)[56] festgestelltem frontoparietalen Hypometabolismus[57]. Es ließen sich dabei keine strukturellen Veränderungen in der zerebralen Kernspintomographie oder ein Hypermetabolismus als Korrelat einer Entzündung darstellen (Hosp et al., 2021).

Bei COVID-19-Patienten treten besonders Störungen im Bereich Gedächtnis und Aufmerksamkeit auf. Aus diesem Grund wird ein direkter Zusammenhang zwischen ZNS-Symptomen und der Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus, also ein direkter viraler Befall über retrogrades Eindringen des Virus in Hirnnerven oder Neurone des Hirnstamms und transsynaptische Ausbreitung als Ursache der kognitiven Symptome diskutiert (Dreßing et al., 2021). Die zerebralen Symptome würden dann einer Schädigung der Projektionsbahnen in neokortikale Areale entsprechen. Ebenso könnte aber auch eine allgemeine entzündliche Reaktion und mikrogliale[58] Aktivierung zu den kognitiven Defiziten führen. Nach dem Review von Dreßing et al. (2021) scheinen die kognitiven Veränderungen und die Fatigue-Symptomatik, evtl. auch die anderen auftretenden psychischen Symptome im Rahmen einer SARS-CoV-2-Infektion, am wahrscheinlichsten durch eine sekundäre zerebrale Beteiligung im Rahmen einer allgemeinen anhaltenden Immunreaktion

Im Gegensatz zu den vielfältigen kognitiven Defiziten bei Patienten mit anderen beatmungspflichtigen akuten respiratorischen Erkrankungen oder bei Patienten mit Sepsis weisen COVID-19-Patienten v. a. spezifische Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen auf

[55] Außer für Fatigue wurden in der Studie keine Vergleichswerte der Kontrollgruppe aufgeführt.

[56] Das FDG-PET ist eine Form der Positronenemissionstomographie (PET), bei welcher dem Patienten eine Lösung mit schwach radioaktiv markierter 18F-Fluordesoxyglucose (18F-FDG) intravenös verabreicht wird.

[57] Hypometabolismus ist ein Zustand der verminderten Stoffwechselleistung bzw. des gesenkten Energieverbrauchs eines Gewebes oder Gesamtorganismus. Frontoparietal bedeutet: den frontalen und parietalen Teil des Gehirns betreffend. Frontallappen (Stirnlappen) und Parietallappen sind betroffen.

[58] Die Mikroglia ist ein Teil des zellulären Immunsystems

verursacht zu sein, die durch die akute virale Infektion ausgelöst wurde. Zu dieser Frage müssen weitere Längsschnittstudien durchgeführt werden. Ein neues EU-Forschungsprojekt NEUROCOV soll künftig die Rolle der Wechselwirkung zwischen Nervengewebe und der durch die SARS-CoV-2-Infektion ausgelösten Immun-/Entzündungsreaktion untersuchen. Ziel ist, eine Grundlage für neue Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen (DZNE, 2022). Andere Berichte legen nahe, dass die ZNS-Probleme vermittelt sind durch einen Befall der Endothel-Zellen der Hirngefäße, an denen dann Mikrothrombosen oder Mikrozirkulationsstörungen entstehen (Lei et al., 2021).

Internationale Studienergebnisse

Während und nach überstandener SARS-CoV-2-Infektion besteht ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, v. a. für Angst- und Depressionserkrankungen

Es liegen internationale Studien vor, die ein gehäuftes Auftreten von neu diagnostizierten psychischen Erkrankungen nach SARS-CoV-2-Infektionen zeigen. In den meisten dieser Untersuchungen wurden Gesundheits- und Versorgungsdaten großer Patientenstichproben aus vielen unterschiedlichen Ländern ausgewertet.

Eine der aktuell umfassendsten Studien ist die retrospektive Kohortenstudie von 2020-2022 von Taquet et al. (2022)[59], in welcher Daten von knapp 1,3 Mio. Patienten aus unterschiedlichen Ländern und mit allen Schweregraden der COVID-19-Erkrankung analysiert wurden. Eine Besonderheit dieser Studie besteht darin, dass eine Kontrollgruppe von Menschen nach anderen respiratorischen Erkrankungen enthalten war. In den ersten 6 Monaten nach einer COVID-19-Erkrankung bzw. SARS-CoV-2-Infektion auch ohne klinische Symptome[60] traten bei Erwachsenen ohne vorbestehende psychische Erkrankung häufiger neue psychische Erkrankungen auf als im gleichen Zeitraum nach anderen Infektionen und Erkrankungen (z. B. Influenza, andere Atemwegsinfektionen, Hautinfektionen, Gallen- und Harnsteinen).[61] Dieses signifikant erhöhte Risiko einer neuen psychischen Erkrankung nach COVID-19 besteht für Angsterkrankungen (1,13-fach[62]) und für Depressionen (1,08-fach).[63] Außerdem bestehen erhöhte Risiken für kognitive Defizite (1,36-fach), für Demenz (1,33-fach), für psychotische Störungen (1,27-fach) und für Insomnie (1,13-fach). Bei einer Betrachtung eines kürzeren Zeitraums von nur 14 bis 90 Tagen nach der SARS-CoV-2-Infektion finden Taquet et al. (2022) ein noch höheres Risiko für eine psychische Ersterkrankung gegenüber Nichtinfizierten. Im Vergleich zu verschiedenen Kontrollgruppen lag dieses erhöhte Risiko zwischen 58 % und 124 % (Hazard Ratio[64] 1,58 bis 2,24).

Innerhalb von 12 Monaten nach SARS-CoV-2-Infektion treten zahlreiche psychische Erkrankungen gehäuft auf, darunter Angst-, Depressions- und Suchterkrankungen sowie psychotische Störungen

In weiteren internationalen Studien wird ebenfalls beschrieben, dass bei COVID-19-Patienten auch nach der akuten Erkrankung Symptome verschiedener psychischer Erkrankungen auftreten, v. a. Symptome von Angst, Depression, posttraumatischen Belastungsstörungen und Schlaflosigkeit. Die konkreten Ergebnisse zur Prävalenz oder zum erhöhten Risiko bestimmter Störungsbilder unterscheiden sich zwar zwischen den Studien in der Ausprägung, aber es werden einheitlich die o. g. Symptomkomplexe beschrieben.

In der internationalen Meta-Analyse von Badenoch et al. (2022) finden sich als häufigste psychische Beeinträchtigungen bis zu einem Jahr nach SARS-CoV-2-Infektion Schlafstörungen (27 %), Fatigue (24 %), kognitive Beeinträchtigungen (20 %), Angst (19 %) und posttraumatische Stresssymptome (16 %). Auch eine Meta-Analyse von Deng et al. (2020) mit über 31 Studien und 5.153 Patienten aus der frühen Phase der Pandemie zeigt bei Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung hohe gepoolte[65] Prävalenzen für Angst (47 %), Depression (45 %) und Schlafstörungen (34 %). Angst und Depression traten bei ambulant behandelten Patienten weniger häufig auf als bei stationär behandelten COVID-19-Patienten. In der Studie von Deng et al. (2020) beschränkt sich jedoch der Großteil der einbezogenen Studien auf eine Population chinesischer Patienten.

Ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen im ersten Jahr nach überstandener COVID-19-Erkrankung wurde in der o. g. Meta-Analyse von Badenoch et al. (2022) und auch in einzelnen anderen internationalen Untersuchungen gezeigt (z. B. Xie, 2022). Bei den von Xie et al. (2022) 153.848 untersuchten US-Veteranen mit überstandener COVID-19-Erkrankung lag die Inzidenz unterschiedlicher Diagnosen psychischer Erkrankungen um 40 % höher als in der aktuellen Vergleichskohorte ohne bekannte COVID-19-Erkrankung. Der Risikofaktor für Angststörungen lag bei 1,35 (d. h. das Risiko für eine Angststö-

[59] Der Schweregrad der psychischen Erkrankungen wurde in der Studie von Taquet et al. (2022) nicht berücksichtigt.

[60] In fast allen beschriebenen Studien sind Patienten einbezogen, die eine SARS-CoV-2-Infektion hatten, unabhängig davon, ob sie klinische Symptome aufwiesen oder nicht.

[61] Bei den Vergleichen wurden 82 potentiell konfundierende Variablen kontrolliert, darunter soziodemographische Daten und Komorbiditäten, die ein Risiko für eine COVID-19-Erkrankung darstellen, sowie der Impfstatus und die Medikation.

[62] Die absolute Höhe des Risikos erscheint numerisch auf ersten Blick gering, jedoch sind sämtliche erhöhten Risiken auf dem 0,0001-Niveau signifikant.

[63] In der Diskussion der Studie wird angeführt, dass die depressiven Symptome Folge der kognitiven Beeinträchtigungen und der Fatigue sein könnten.

[64] Die Hazard Ratio ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ereignis in einem bestimmten Zeitraum auftritt beim Verhältnis von 2 Gruppen zueinander.

[65] In einer Meta-Analyse werden bei der gepoolten Prävalenz die in den verschiedenen Primärstudien ermittelten Prävalenzen gemittelt, es handelt sich dann um Metadaten.

rung ist im Vergleich zur Kontrollgruppe um 35 % erhöht), für Depressionen bei 1,39, für Belastungs- und Anpassungsstörungen bei 1,38. Zudem wurden in dieser speziellen Stichprobe 55 % häufiger Antidepressiva, 65 % häufiger Benzodiazepine und 76 % häufiger Opioide erstverschrieben. Die Inzidenz von Suchterkrankungen (außer Opioidsucht mit noch höherem Risiko) lag um 20 % höher als in der Vergleichskohorte. Diese Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung der spezifischen Stichprobe der US-Veteranen betrachtet werden. In der kanadischen Studie von Hall et al. (2023) findet sich bei Patienten mit symptomatischer COVID-19-Erkrankung 6 Monate nach der Erkrankung ein Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und selbstberichteten depressiven Symptomen und Angstsymptomen sowie über computergestützte Testverfahren erfassten kognitiven Einschränkungen.

Da es sich bei den meisten Studien um Querschnittsuntersuchungen handelt, ist keine Aussage darüber möglich, wie lange die psychischen Beeinträchtigungen nach der COVID-19-Erkrankung anhalten. Nur eine einzige Studie berichtet Ergebnisse für einen 2-Jahres-Follow-up-Zeitraum (Taquet et al., 2022). Ergebnisse aus Studien, die sich speziell auf langanhaltende Folgen der COVID-19-Erkrankung fokussieren, werden in Kap. 2.2 beschrieben.

In dieser Längsschnittstudie (Taquet et al., 2022) fanden sich ebenfalls erhöhte Risiken für psychische Erkrankungen nach einer COVID-19-Erkrankung. Dabei sank das Risiko für neu auftretende Depressionen und Angststörungen bei COVID-19-Patienten nach 43 Tagen (Depressionen) bzw. 58 Tagen (Angststörungen) wieder auf Baseline-Niveau, d. h. die COVID-19-Patienten hatten nach dieser Zeit wieder ein gleich hohes Risiko für Depressionen und Angststörungen wie die Kontrollgruppenpatienten mit anderen respiratorischen Erkrankungen. Die kumulative Inzidenz[66] erreichte aber erst nach weit über einem Jahr wieder das Niveau der Kontrollgruppe mit anderen respiratorischen Erkrankungen[67] (affektive Störungen: nach 457 Tagen; Angststörungen: nach 417 Tagen). D. h. erst nach weit über einem Jahr erkrankten nicht mehr signifikant mehr Patienten mit COVID-19 neu an psychischen Erkrankungen als Patienten aus der Kontrollgruppe anderer respiratorischer Erkrankungen. Aus den sich angleichenden kumulierten Inzidenzen und dem Zurückkehren zur Baseline innerhalb der 2 Jahre lässt sich ableiten, dass es zwar am Anfang nach einer COVID-19 Infektion zu einem erhöhten Risiko für Depressionen und Angsterkrankungen im Vergleich zu anderen respiratorischen Erkrankungen kommt, dies aber ein vorübergehendes Phänomen darstellt. Aber auch wenn das Risiko für das Neuauftreten psychischer Erkrankungen nach einer gewissen Zeit zurückgeht, bleibt die Tatsache, dass aufgrund der Vielzahl aufgetretener z. T. schwerer COVID-19-Erkrankungen in diesen ersten 2 Jahren viel mehr Menschen von neuen psychischen Erkrankungen betroffen sind als es ohne COVID-19 der Fall gewesen wäre. Diese Betroffenen sind längerfristig und oft weit über die 2 Jahre hinaus durch die Symptome dieser neuen psychischen Erkrankungen belastet und in ihrem Leben stark beeinträchtigt (s. Kap. 2.2).

Das Risiko für kognitive Defizite, psychotische Erkrankungen und Demenz bleibt auch 2 Jahre nach einer COVID-19-Erkrankung noch erhöht – für Depressionen oder Angststörungen hält dieses erhöhte Risiko etwa 1,25 Jahre an

Das Risiko für kognitive Einschränkungen und Bewusstseinstrübung („brain fog") blieb hingegen bei Erwachsenen insgesamt bis zum Ende des Follow-up-Zeitraums über 2 Jahre erhöht. Bei Patienten über 65 Jahren traten zudem häufiger Bewusstseinstrübung, Demenz und Psychosen auf als in der Kontrollgruppe[68], d. h. für diese Erkrankungen besteht nach SARS-CoV-2-Infektionen ein anhaltend erhöhtes Risiko, innerhalb der 2 Jahre (und vermutlich darüber hinaus) diese Symptome aufzuweisen (Taquet et al., 2022).

Das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen findet sich auch bei Infektionen mit der Omikron-Variante

In der Studie von Taquet et al. (2022) wurden auch die Risikoprofile für Patienten mit unterschiedlichen Varianten des SARS-CoV-2-Virus verglichen. Während in der Deltawelle das Risiko für kognitive Defizite (+38 %), Schlafstörungen (Insomnie; +19 %) und Angststörungen (+10 %) noch einmal gegenüber den vorherigen Wellen (z. B. Alpha-Variante) anstieg, ergab sich für die Omikron-Variante ein auf ähnlich erhöhtem Niveau wie bei der Delta-Variante bleibendes Risiko für neurologische Symptome und psychische Erkrankungen.

Auch Kinder haben nach einer COVID-19-Erkrankung ein erhöhtes Risiko für kognitive Einschränkungen, Schlafstörungen und psychotische Erkrankungen

Für Kinder (bis 18 Jahre)[69] zeigte sich nach einer COVID-19-Erkrankung ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine affektive Störung oder eine Angststörung. Dieses Risiko lag jedoch nicht höher als bei anderen respiratorischen Erkrankungen. Höher als bei anderen respiratorischen Erkrankungen lag bei Kindern mit COVID-19-Erkrankung jedoch das Risiko für einige somatische Ereignisse wie Schlaganfall (1,89-faches Risiko) und für kognitive Defizite (1,2-faches Risiko), Schlafstörungen (1,29-faches Risiko) oder psychotische Erkrankungen (2-faches Risiko). Zu beachten ist allerdings, dass das Grundrisiko für psychotische Erkrankungen oder einen Schlaganfall bei Kindern sehr gering ist.

[66] Die kumulative Inzidenz beschreibt hier, wie viele Personen neu erkranken, bezogen auf die Personenzahl zu Beginn der Beobachtung. In der genannten Studie geht es jedoch nicht um den Inzidenzwert, sondern um die Dauer bis zur Angleichung der Inzidenzwerte verschiedener Gruppen.

[67] Als Baseline wurde in der Studie der Zeitpunkt festgelegt, zu dem die Hazard Ratio den Wert 1 erreicht (also der Zeitpunkt, an dem das Risiko der Diagnose einer neuen psychischen Erkrankung in der COVID-19- und der Kontrollgruppe anderer Atemwegserkrankter auf gleichem Niveau lag).

[68] Es wurde jeder untersuchten Person eine gematchte Kontrollperson ohne COVID-19, aber mit anderen vorbestehenden Atemwegserkrankungen gegenübergestellt.

[69] In der Kohortenstudie wurden Daten von 185.748 Kindern analysiert.

Das Risiko für kognitive Defizite sank bei Kindern und Jugendlichen bereits nach 75 Tagen wieder, die kumulative Inzidenz erreichte jedoch wie bei den Erwachsenen erst nach über einem Jahr (491 Tagen) wieder das Niveau der Kontrollgruppe mit anderen respiratorischen Erkrankungen (Taquet et al., 2022).

Gerade während und nach einer stationär behandelten COVID-19-Erkrankung besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen. Je jünger die Patienten, desto stärker die Symptome

Eine Studie mit einer für Österreich bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zeigt, dass bei Menschen nach einer COVID-19-Erkrankung signifikant häufiger Traumafolgesymptome auftreten (36,7 %) als bei Personen ohne COVID-19-Erkrankung (16,9 %). Signifikante Prädiktoren für die Ausprägung der Traumafolgesymptome waren vorherige höhere Ängstlichkeit, höhere Depressivität und niedrigeres Alter (Bach & Bitterlich, 2021). Zu beachten ist, dass Traumafolgesymptome noch kein vollständiges Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung bedeuten.

Die meisten Studien zum Thema der Traumafolgestörungen fokussieren sich auf das Auftreten bei Patienten, die aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung stationär behandelt werden müssen bzw. mussten. Die Ergebnisse dieser Studien sind regional stark unterschiedlich. In einer Meta-Analyse von Nagarajan et al. (2022) über 13 Studien ergibt sich eine gepoolte Prävalenz von 16 % an Patienten mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach COVID-19-Erkrankung, jedoch wird auf die Heterogenität und die qualitative Schwäche einiger Studien hingewiesen. Zum Vergleich: Die globale Lebenszeitprävalenz für Posttraumatische Belastungsstörungen liegt nach Daten der WHO bei 3,9 %. Für Menschen, die einem Trauma ausgesetzt waren, liegt sie bei 5,6 % (Koenen et al., 2017).

Die **12-Monatsprävalenz** gibt die Häufigkeit einer Krankheit innerhalb von 12 Monaten in einer definierten Bevölkerungsgruppe an.

Die **Punktprävalenz** gibt die Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer definierten Bevölkerungsgruppe an.

Die **Lebenszeitprävalenz** gibt den Anteil der Personen, die bis zum Erhebungszeitpunkt mindestens einmal in ihrem Leben eine bestimmte Krankheit aufgewiesen haben an.

Die **Inzidenz** gibt die Anzahl der Neuerkrankungen, also alle neu auftretende Fälle in der definierten Population, während eines bestimmten Zeitraums (z. B. Anzahl der Neuerkrankungen 100.000 Personen pro Jahr) an.

Eine erst nach der Meta-Analyse von Nagarajan et al. (2022) veröffentlichte italienische Studie (Serra et al., 2022) ermittelte für Patienten, die aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung stationär behandelt werden mussten, eine deutlich erhöhte Prävalenz diagnostizierbarer Posttraumatischer Belastungsstörungen. Die Punktprävalenz zum Untersuchungszeitpunkt lag bei 12,7 %, die 12-Monatsprävalenz bei 23,9 %. Im zeitlichen Verlauf ging die Prävalenz nach einem Peak nach 6 Monaten nach dem stationären Aufenthalt wieder zurück. Männliches Geschlecht und höheres Alter gingen mit niedrigerer PTBS-Ausprägung einher, vorbestehende psychische Erkrankungen, Übergewicht und mangelnde soziale Unterstützung mit höherer PTBS-Ausprägung.

Bei Überlebenden anderer schwerer Erkrankungen ist auch ein erhöhtes Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach stationärer Behandlung in Studien nachgewiesen. Diese Störungen treten etwa bei jedem fünften Überlebenden einer kritischen Erkrankung auf. Ein hohes Risiko tragen besonders Patienten mit früheren, angstbesetzt erinnerten Aufenthalten auf einer Intensivstation, mit komorbiden psychischen Störungen oder mit der Einnahme von Benzodiazepinen (z. B. Meta-Analyse von Parker et al., 2015; für schwere Lungenverletzungen: Bienvenu et al., 2013).

Ergebnisse aus der internationalen Meta-Analyse von Ceban et al. (2022) bestätigen die deutschen Befunde von Hartung et al. (2022) zu kognitiven Beeinträchtigungen und Fatigue nach COVID-19-Erkrankungen. Nachgewiesen wurden für die internationalen Stichproben im Mittel das Vorliegen von Fatigue bei 32 % der COVID-19-Patienten und von kognitiven Einschränkungen bei 22 % der Patienten.

Symptome während und nach einer COVID-19-Erkrankung ähneln denen bei früheren SARS-Coronaviren

Aus vergangenen Epidemien mit anderen Viren aus der Familie der humanen Coronaviren sind ähnliche Symptome wie die bei COVID-19-Patienten bekannt. Eine internationale Meta-Analyse und systematisches Review von Rogers et al. (2020)[70] untersuchte zu einem frühen Zeitpunkt der COVID-19-Pandemie die psychischen Auswirkungen von bestätigten Infektionen mit dem früheren SARS-Coronavirus, dem aktuellen SARS-Cov-2-Virus oder dem MERS Coronavirus. Es traten in der akuten Krankheitsphase bei SARS und bei MERS ebenfalls Schlafstörungen (42 % der Patienten), Angst (36 %), Gedächtnisprobleme (34 %), Depressivität (33 %) und Verwirrung (28 %) auf. In einer Nachbeobachtungsphase von durchschnittlich knapp 12 Monaten blieben bei einem Teil der Patienten erhebliche Beeinträchtigungen in Form von Fatigue (19 %), Gedächtnisproblemen (19 %), Reizbarkeit (13 %), Schlafstörungen (12 %), Angst (12 %), Depressivität (11 %) und in einer Studie auch in Form von traumatischen Erinnerungen (30 %) bestehen. In der Meta-Analyse wurde für die Nachbeobachtungsphase eine Punktprävalenz von 32 % für eine PTBS, von 15 % für Depressionen und 15 % für Angststörungen gefunden. Etwa ¾ der Patienten hatten nach durchschnittlich 35 Monaten wieder ihre Berufstätigkeit aufgenommen.[71] Da viele der über 70 Einzelstudien nicht den methodischen Anforderungen entsprachen, wurden nur 7 Studien in die Meta-Analyse einbezogen.

Weitere Untersuchungen zu Psychotherapeutischen Interventionen bei hospitalisierten COVID-19-Patienten sind notwendig

Die Meta-Analyse von Tasleem et al. (2022) zeigt, dass insgesamt noch zu wenige qualitativ hochwertige Interventionsstudien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei hospitalisierten, schwer an COVID-19 erkrankten Personen vorliegen. In den einzelnen methodisch einwandfrei durchgeführten Studien erwiesen sich zweimal täglich angeleitete Entspannungsübungen als wirksam zur Reduktion von Angstsymptomen. Eine 4-wöchige kognitive Verhaltenstherapie sowie ein kombinierter Ansatz aus Online-

[70] Die eingeschlossenen Studien beinhalten Daten zu Patienten aus China, Hongkong, Südkorea, Kanada, Saudi-Arabien, Frankreich, Japan, Singapur, Großbritannien und den USA.

[71] In 6 Studien war die Rückkehr ins Berufsleben untersucht worden. Von den in diesen Studien erfassten 580 Patienten waren 446 (76,9 %) nach durchschnittlich 35,3 Monaten wieder ins Berufsleben zurückgekehrt.

Therapie und telefonischer Beratung führten nicht zu einer signifikanten Reduktion von Angst, depressiven Symptomen und Stress nach COVID-19-Erkrankung. Behandlungsempfehlungen für hospitalisierte COVID-19-Patienten lassen sich demnach über Entspannungsübungen hinaus noch nicht ableiten, weitere Interventionsstudien sind notwendig.

Hinweise ergeben sich aus einer nicht in der Meta-Analyse integrierten chinesischen Studie mit einer kleinen Stichprobe von stationär behandelten Patienten in Isolation und in Überwachungsstationen. Hier erwies sich eine psychologische Krisenintervention (inkl. telefonischer Beratung und Begleitung) als wirksam zur Reduktion von Angst und Depression. Die Autoren empfehlen eine solche Behandlung für alle stationären COVID-19-Patienten (Yang et al., 2020).

2.2 Long COVID/Post-COVID

Eine verzögerte Erholung mit Residualsymptomen ist nach Infektionskrankheiten bekannt. Bei der COVID-19-Erkrankung sind diese Residualsymptome teilweise besonders ausgeprägt. Während des Verlaufs der COVID-19-Pandemie werden immer neue Erkenntnisse zum Verlauf der Erkrankung und zu möglichen schwerwiegenden, bisher eher unspezifischen Langzeitfolgen gewonnen. Neben einer Reihe körperlicher Symptome wie z. B. Atembeschwerden (u. a. Kurzatmigkeit), starker Erschöpfung, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen oder Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns werden in der Fachliteratur immer deutlicher auch Beeinträchtigungen psychischer Funktionen beschrieben. In diesem Kapitel wird fokussiert auf diese psychischen Symptome eingegangen. Der Symptomkomplex der Fatigue wird aufgrund seiner hohen Auftretenshäufigkeit mit in die Darstellung aufgenommen. Insgesamt werden in der Literatur mehr als 200 Symptome im Zusammenhang mit Long COVID beschrieben. Vilser (2022) kritisiert, dass Long COVID eine viel zu unpräzise Beschreibung der sehr heterogenen langfristigen Krankheitsfolgen der SARS-CoV-2-Infektion ist.

Die Abgrenzung kurzfristiger von längerfristigen psychischen Folgen einer COVID-19-Erkrankung ist schwierig. In einigen der bisher aufgeführten Studien werden bereits längerfristige Folgen von SARS-CoV-2-Infektionen beschrieben. Im Verlauf der COVID-19-Pandemie mit ständig zunehmender Menge an Forschungsergebnissen und klinischen Erfahrungen mit COVID-19-Patienten hat sich für Langzeitfolgen der Begriff „Long COVID" etabliert. In den deutschen Leitlinien wird dieser Begriff „Long COVID" konkretisiert und je nach der Dauer der bestehenden Beschwerden vom Begriff Post-COVID-19-Syndrom abgegrenzt (AWMF, 2022). Im englischsprachigen Raum wird generell von „Post-COVID" gesprochen. Für diesen Begriff gibt es eine aktuelle Definition der World Health Organization (WHO, 2021).

Mit Long COVID werden Symptome beschrieben, die mehr als 4 Wochen nach einer COVID-19-Erkrankung weiter bestehen oder neu hinzukommen. Es gibt verschiedene Theorien zur Entstehung

Die zugrundeliegenden somatischen Prozesse sind noch nicht ausreichend geklärt. Als Ursachen für die Entstehung von Long COVID werden eine Persistenz des Virus mit andauernder Immunaktivierung und Entzündung, Endotheliitis mit endothelialer Dysfunktion (Mikrozirkulationsstörungen, also eingeschränkter Blutfluss, führen zu Funktionsstörungen in allen Organen), verringerte Verformbarkeit von Blutzellen (ebenfalls mit der Folge der beeinträchtigten Mikrozirkuation), direkte Organschädigung durch das Virus bei der Primärinfektion mit verzögerter Rekonvaleszenz, ein Ungleichgewicht im Mikrobiom oder Virom oder Autoantikörper-vermittelte Prozesse im Körper diskutiert (Fleischer et al., 2022; Vilser, 2022). Letztere Hypothese wird durch Ergebnisse einer kanadischen Studie unterstützt: ein Jahr nach einer akuten COVID-19-Erkrankung hatten Patienten mit Long COVID Anzeichen einer Autoimmunerkrankung (Vorhandensein bestimmter Autoantikörper und Zytokine im Blut). 79 % der genesenen COVID-19-Patienten hatten noch nach 6 Monaten entsprechende erhöhte Antikörper, nach 12 Monaten immerhin noch 41 % (Son et al., 2022). Nur selten finden sich direkt konkrete Nervenschädigungen, die die Symptome erklären könnten und auf die COVID-19-Erkrankung zurückgehen (Fleischer et al., 2022).

Long COVID ist als Erkrankungsbild bisher vorwiegend über seine Symptome definiert

Da Long COVID bisher in kein einheitliches Krankheitsbild einzuordnen ist, müssen alle möglichen Symptome und differentialdiagnostischen Erkrankungen beachtet werden. Es muss also auch darum gehen, Erkrankungen auszuschließen, die die Long-COVID-Symptomatik anderweitig erklären könnten. Erst wenn die differentialdiagnostische Abklärung abgeschlossen ist oder die Befunde mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die SARS-CoV-2-Infektion zurückzuführen sind, kann Long COVID diagnostiziert werden (Vilser, 2022).

Für Kinder und Jugendliche liegt noch keine endgültige Definition der WHO vor. Es wurde daher von den deutschen Fachgesellschaften vorgeschlagen, sich an der S1-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zu orientieren (s. Abb. 9). Demnach werden alle Beschwerden innerhalb der ersten 4 Wochen einer SARS-CoV-2-Infektion der akuten Erkrankung zugeordnet. Bei Symptomen zwischen 4 und 12 Wochen nach Infektion spricht man von „fortwährend symptomatischem COVID-19". Bei länger als 12 Wochen anhaltenden Symptomen spricht man auch im Kindes- und Jugendalter vom Post-COVID-19-Syndrom (Vilser, 2022). Der Begriff Long COVID wird hier ebenfalls als Oberbegriff für die Zeit ab 4 Wochen nach der Infektion genutzt.

Definition für Erwachsene

Long COVID: Bei mehr als 4 Wochen bestehenden Symptomen und/oder neu hinzukommenden Symptomen nach einer COVID-19-Erkrankung spricht man vom Long-COVID-Syndrom.

Post-COVID-19-Syndrom: Bei mehr als 12 Wochen noch bestehenden oder neu auftretenden Symptomen nach einer COVID-19-Erkrankung, die nicht auf eine andere Erklärung als COVID-19 zurückgeführt werden können und für mindestens 2 Monate andauern, spricht man vom Post-COVID-Syndrom (WHO, 2021).

Long COVID umfasst also als übergreifender Begriff sowohl im Anschluss an eine akute COVID-19-Erkrankung 4 bis 12 Wochen nach Symptombeginn noch bestehende Symptome als auch das Post-COVID-19-Syndrom.

Abgrenzung der Krankheitsdefinition nach zeitlichem Verlauf

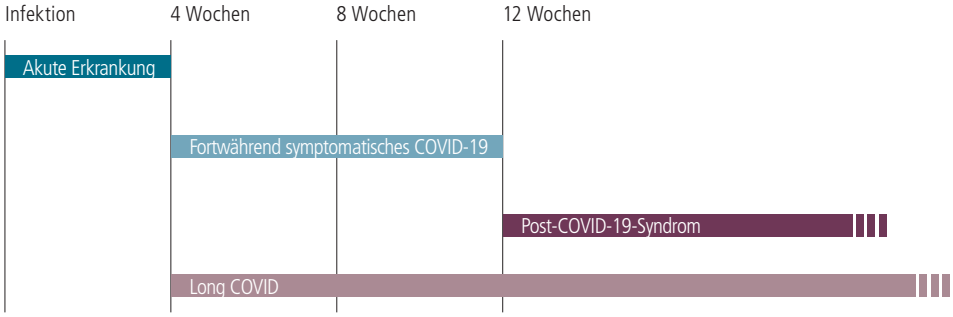


Abbildung 9: Auftreten von akuter COVID-19-Erkrankung, fortwährend symptomatischem COVID-19, Post-COVID-19-Syndrom und Long COVID. Entnommen aus: Visler (2022).

Die wissenschaftliche Untersuchung des Long-COVID-Risikos ist methodisch schwierig

Generell wird die Ermittlung des Risikos für Long COVID als schwierig betrachtet. Eine fehlende klare Falldefinition, die Unmöglichkeit der Verblindung der Studienteilnehmer und die Gefahr des Einschlusses von Probanden mit unentdeckten SARS-CoV-2-Infektionen erschweren die Untersuchungen. Außerdem können Querschnittsuntersuchungen transitorische oder intermittierende Long-COVID-Symptome übersehen. Für zukünftige Studien wird die Untersuchung des Zusammenhangs der Schwere der Erkrankung und der Anzahl und Dauer auftretender Long-COVID-Symptome als wichtig erachtet (Zimmermann et al., 2022).

Die psychischen Symptome aufgrund der akuten COVID-19-Erkrankung sind schwer von Symptomen des Long-COVID-Syndroms abzugrenzen

Die psychischen Symptome von Long COVID sind naturgemäß schwer zu differenzieren von eigenständig auftretenden psychischen Erkrankungsbildern, wie schon in Kap. 2.1 beschrieben. Die zeitliche Abgrenzung, ab wann man von Symptomen des Long-COVID-Syndroms spricht anstelle von psychischen Folgen der COVID-19-Erkrankung, wird durch die in Studien teilweise unterschiedliche und relativ willkürliche zeitliche Definition des Long-COVID-Syndroms erschwert. Es finden sich daher inhaltliche Überschneidungen bei den Studienergebnissen zu psychischen Symptomen und Erkrankungen infolge einer COVID-19-Erkrankung und zu der Symptomkaskade bei Long COVID.

Es liegen bisher mehr Studien zu Long COVID bei Erwachsenen (Kap. 2.2.1) als zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen (2.2.2) vor.

2.2.1 Long COVID/Post-COVID bei Erwachsenen

Das RKI erläutert, dass die genaue Häufigkeit von Long COVID nicht verlässlich geschätzt werden kann, da es an bevölkerungsrepräsentativen, kontrollierten Studien fehle, die Personen mit und nach einer SARS-CoV-2-Infektion über ausreichend lange Zeiträume nachbeobachten. Vorliegende Meta-Studien berücksichtigen die methodischen Unterschiede der einzelnen Studien nur begrenzt, und nur wenige Studien enthalten eine Kontrollgruppe. Viele fokussieren nur bestimmte Symptome von Long COVID ohne Berücksichtigung von Funktionsfähigkeit oder gesundheitsbezogener Lebensqualität (RKI, 2023). Aktuelle Studien zu Long COVID werden im folgenden Text dargestellt.

In Europa waren bzw. sind schätzungsweise bislang etwa 17 Mio. Menschen von langfristigen COVID-Folgen betroffen, weltweit etwa 65 Mio.

In verschiedenen internationalen Studien werden sehr unterschiedliche Häufigkeiten zum Auftreten von Long-COVID- oder Post-COVID-Symptomen ermittelt. Nach einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Auftrag gegebenen Modellrechnung waren in den ersten beiden Jahren der Pandemie ca. 17 Mio. Menschen in Europa von Long-COVID-Symptomen betroffen. Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit, an Long COVID zu erkranken, doppelt so hoch wie bei Männern (WHO, 2022d). Für den Zeitraum Januar 2020 bis August 2021 wird eine Schätzung von mindestens 65 Mio. Long-COVID-Betroffenen weltweit angegeben. Dies entspricht etwa 10 % aller SARS-CoV-2-Infizierten weltweit (Ballering et al., 2022).

Etwa 7 % der COVID-19-Patienten suchten im Verlauf mit Long-COVID-Symptomen Arztpraxen auf

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Patienten mit Long COVID oder Post-COVID muss langfristig beobachtet werden. Von den im späteren Verlauf der Pandemie betroffenen oder auch den erneut SARS-CoV-2-infizierten Patienten entwickelt ein gewisser Anteil langfristige Beeinträchtigungen. Spezielle Behandlungsangebote werden nach und nach bundesweit etabliert. Seit dem 1.1.2021 können Post-COVID-Patienten mit einem eigenen Abrechnungscode identifiziert werden. Darüber ließ sich feststellen, dass in den ersten drei Quartalen des Jahres 2021 303.267 Menschen mit länger andauernden Beschwerden nach SARS-CoV-2-Infektionen in deutschen Arztpraxen behandelt wurden. Im gleichen Zeitraum wurden ca. 4,2 Mio. COVID-19-Fälle bestätigt. Mit 61 % wurden die meisten dieser 300.000 Patienten nur im ersten Quartal behandelt. 20 % mussten jedoch über alle drei Quartale hinweg versorgt werden.

Studienergebnisse aus Deutschland

Innerhalb der Personen mit schwerem Verlauf der COVID-19-Erkrankung tritt der Modellrechnung zufolge bei etwa jeder dritten Frau und jedem fünften Mann Long COVID ein. Grundlage der Modellrechnung der WHO ist eine Datenauswertung von Fällen aus 53 europäischen Staaten (WHO, 2022). Starke Long-COVID-Symptome gehen mit einer deutlich geringeren Lebensqualität einher (Bahmer et al., 2022); die große Anzahl der Betroffenen verstärkt das Problem insgesamt.

Nach einem schweren Krankheitsverlauf hat der WHO zufolge jede dritte Frau und jeder fünfte Mann mit Long-COVID-Symptomen zu kämpfen

In einer retrospektiven Befragung[72] einer bevölkerungsbasierten Kohorte erwachsener Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion wurden ebenfalls die Prävalenz von Post-COVID und die Art der Langzeitfolgen bei Patienten mit Post-COVID untersucht. 49,3 % der Patienten gaben mindestens 12 Wochen nach der Infektion mindestens ein Post-COVID-Symptom an (Förster et al., 2022). Die häufigsten Symptome waren Müdigkeit/Antriebslosigkeit (42 %), rasche körperliche Erschöpfung (41 %), Konzentrationsstörungen (31 %) sowie zu je 26 % Geschmacks- oder Geruchsverlust. Patienten mit Post-COVID waren im Vergleich älter, häufiger Frauen und hatten eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Vergleichsgruppen von Akut-COVID-19-Patienten und Patienten mit anhaltendem COVID-19 (infizierte Patienten mit Symptomen, die nicht länger als 12 Wochen lang auftraten). 12,5 % der nichthospitalisierten und 29,9 % der hospitalisierten Post-COVID-Patienten berichteten von depressiven Symptomen (speziell Traurigkeit/Freudlosigkeit). Andere psychische Symptome (nicht näher benannt) wurden von 20,7 % der nichthospitalisierten und 35,4 % der hospitalisierten Post-COVID-Patienten beschrieben.

In einer aktuellen großen retrospektiven Analyse von Abrechnungsdaten der Jahre 2019 und 2020 mehrerer Krankenkassen gehen ca. 46 % der deutschen Bevölkerung ein (Roessler et al., 2022).[73] Das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion wurde anhand von zurückliegend dokumentierten PCR-Tests ermittelt. Eine Kontrollgruppe mit Personen ohne Infektion wurde nach Alter, Geschlecht und vorbestehenden anderen Erkrankungen gematcht. Das Neuauftreten[74] von 96 Symptomen (aggregiert in 13 Diagnose- oder Symptomkomplexe[75]) wurde bei den Gruppen der Infizierten und Nicht-Infizierten mindestens 3 Monate bis zu 254 Tagen nach dem Zeitpunkt der SARS-CoV-2-Diagnose verglichen. Aufgrund der Festlegung des Untersuchungszeitraums mindestens 12 Wochen nach Infektion wird hier explizit vom Post-COVID-Syndrom gesprochen (s. Beginn des Kapitels 2.2 zur Einführung der Begriffe). Bei Erwachsenen traten den Ergebnissen zufolge bei Personen nach bestätigter SARS-CoV-2-Infektion zu 33 % häufiger Post-COVID-Symptome auf als bei Personen ohne Infektion (IRR: 1,33; signifikanter Unterschied). Sämtliche Symptomkomplexe traten bei Personen SARS-CoV-2-Infektion häufiger auf. Besonders häufig traten Geschmacks- und Geruchsstörungen (über 6x häufiger; IRR: 6,7)[76], Fieber (über 3x häufiger; IRR: 3,3) und Dyspnoe (fast 3x häufiger; IRR: 2,9) auf. Neben weiteren körperlichen Beeinträchtigungen trat Unwohlsein/Fatigue/Erschöpfung etwa doppelt so häufig bei den SARS-CoV-2-Infizierten auf (IRR: 1,9; s. Tab. 10). Ebenfalls stark erhöht zeigte sich das Risiko für ein "Chronic Fatigue Syndrome" (3x häufiger; IRR: 3,04).

Langfristig besteht bei Erwachsenen ein stark erhöhtes Risiko für Geruchs- und Geschmacksstörungen (6-fach) sowie für Fieber, Chronic Fatigue Syndrom und Dyspnoe (3-fach) nach SARS-CoV-2-Infektion

[72] Die Studie wurde als Vollerhebung in drei süddeutschen Landkreisen mit insgesamt 4.632 Patienten durchgeführt. Über die Gesundheitsämter wurde an alle erwachsenen Patienten mit einem zwischen März und September 2020 vorliegenden positiven PCR-Test ein Fragebogen verschickt. Die endgültige Studienpopulation hatte eine Größe von N=1.459.

[73] Analysiert wurden Daten von 6 Krankenkassen, darunter die AOK Bayern, AOK Plus, BARMER, DAK, TK und BKKen. Es handelt sich um eine Matched-Control-Studie, in der jedem Infizierten jeweils 5 andere Versicherte gleichen Alters und Geschlechts sowie mit ähnlichen Vorerkrankungen (falls vorhanden), aber ohne SARS-CoV-2-Infektion, gegenübergestellt wurden. Es gingen Daten von 11.950 Kindern und Jugendlichen und 145.184 Erwachsenen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion in die Analyse ein.

[74] Es handelt sich insofern um Erstdiagnosen, als nur solche Outcomes betrachtet wurden, die nicht bereits schon innerhalb der 4 Quartale vor Indexdatum (Datum der COVID-19-Diagnose) der jeweiligen Person kodiert worden waren. Eine zu Angststörungen gehörende F-Diagnose innerhalb von 4 Quartalen vor Indexdatum führte also z. B. dazu, dass die betrachtete Person bei der Analyse des Outcomes Angststörungen ausgeschlossen wurde. 5 oder mehr Quartale zurückliegende Diagnosen führten hingegen nicht zu einem Ausschluss aus der Analyse.

[75] Bei den betrachteten Outcomes handelt es sich z. T. um Erkrankungen und z. T. um einzelne Symptome.

[76] Berechnet wurde die IRR (Incidence Rate Ratio), das Inzidenzratenverhältnis, das angibt, wieviele Neuerkrankungen es im Verhältnis zu einem bestimmten Zeitraum und einer bestimmten Personenzahl gibt.

Tabelle 10: Risiko für die 10 häufigsten Symptomkomplexe bei Erwachsenen im Rahmen von Post-COVID

Rang	Symptome	IRR
1	Geschmacks- und Geruchsstörungen	6.69
2	Fieber	3.33
3	Chronic Fatigue Syndrome	3.04
4	Dyspnoe	2.88
5	Husten	2.80
6	Atmungsinsuffizienz	2.47
7	Hals-/Brustschmerzen	2.20
8	Haarausfall	2.02
9	Unwohlsein/Fatigue/Erschöpfung	1.97
10	Schluckstörungen	1.95

Anmerkungen: IRR (Incidence Rate Ratio). Quelle: Roessler et al. (2022) und ergänzende unveröffentlichte Daten aus derselben Studie.

Erste Studien zeigen auch signifikant häufiger Anpassungsstörungen, Angststörungen und Depressionen nach einer SARS-CoV-2-Infektion im ersten Pandemiejahr in Deutschland

Das Risiko für das Auftreten von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen[77] insgesamt war nach den Studienergebnissen bei Erwachsenen nach einer SARS-CoV-2-Infektion im Vergleich zu ihren nicht infizierten Kontrollpersonen um 27 % erhöht (IRR: 1,27). Die psychischen Erkrankungen gehören zwar nicht zu den 10 häufigsten auftretenden Post-COVID-Beschwerden bei Erwachsenen, dennoch war das Risiko für ihr Auftreten deutlich erhöht (s. Tab. 11). So traten im Rahmen von Post-COVID z. B. Anpassungsstörungen zu 43 % häufiger, Angststörungen zu 28 % häufiger und Depressionen zu 21 % häufiger auf. Um die weitere Entwicklung des psychischen Befindens von SARS-CoV-2-Patienten in späteren Pandemiephasen abzubilden, sind Anschlussstudien erforderlich.

Tabelle 11: Risiko für die 10 häufigsten psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Erwachsenen im Rahmen von Post-COVID

Rang	Symptome	IRR
1	Emotionale und Verhaltensstörung	1,54
2	Anpassungsstörung	1,43
3	Kognitive Beeinträchtigung	1,39
4	Empfindungs- und Wahrnehmungsstörung	1,35
5	Sprachstörung	1,33
6	Angststörung	1,28
7	Gedächtnisstörung	1,27
8	Schlafstörung	1,24
9	Depression	1,21
10	Zwangsstörung	1,20

Anmerkungen: IRR (Incidence Rate Ratio). Quelle: Roessler et al. (2022) und ergänzende unveröffentlichte Daten aus derselben Studie.

Die Studie von Roessler et al. (2022) wurde zu Beginn der Pandemie durchgeführt, als ein Impfstoff noch nicht zur Verfügung stand. Einschränkend wird festgestellt, dass es sich um eine retrospektive Analyse handelt, bei deren Interpretation immer Vorsicht geboten sei.[78] Da es sich in dieser Untersuchung um durch einen Arzt dokumentierte Symptome handelt, ist zudem insgesamt von einer unterschätzten Rate an kognitiven Beeinträchtigungen auszugehen – Patienten mit Müdigkeit und Konzentrationsproblemen suchen vermutlich eher selten deswegen einen Arzt auf. Nur 1 % der in die Studie aufgenommenen Kinder und Jugendlichen und 5 % der Erwachsenen waren wegen ihrer COVID-19-Erkrankung im Krankenhaus behandelt worden.

[77] In der Studie wurden alle Outcomes auf Basis der von Ärzten und Psychotherapeuten kodierten ICD-10-GM-kodierten Diagnosen operationalisiert. Diese wurden den Krankenkassendaten entnommen.

[78] Retrospektive Beobachtungsstudien erlauben keine kausalen Interpretationen. So wie bei allen Beobachtungsstudien ist es nicht möglich auszuschließen, dass die Ergebnisse auch durch nicht in der Studie erfasste konfundierende Variablen zustande kommen.

In einer prospektiven Kohortenstudie aus Deutschland (Fleischer et al., 2022) fanden sich etwa 4 bis 7 Monate nach der akuten COVID-19-Erkrankung neben den häufigsten Beeinträchtigungen durch Fatigue (58 %) und Konzentrationsschwierigkeiten (58 %) auch ein Anteil von 41 % der Patienten mit depressiven Symptomen und 23 % mit Angstsymptomen. Auch Unruhe (10 %) und Gereiztheit (6 %) lagen zum Untersuchungszeitpunkt vor.

Bislang gibt es keine Daten dazu, inwieweit Menschen mit Long COVID angemessen im deutschem Gesundheitssystem versorgt werden. Die wenigen spezialisierten Long-COVID-Sprechstunden an deutschen Kliniken haben offenbar sehr lange Wartelisten. Es ist zudem davon auszugehen, dass die Zahl der Betroffenen bisher nicht umfassend abgebildet wird, da die Symptomlage heterogen und in großen Teilen unspezifisch erscheint. Angesichts der Neuheit des Krankheitsbildes können auch fehlende Behandlungspfade und ungenügende Aufklärung im Umfeld der Patienten belastend wirken. In der neu aufgelegten S1-Leitlinie „Post-COVID/Long COVID" sind entsprechende Empfehlungen zu Diagnostik und klinischer Versorgung bei psychischen Belastungen und neurologischen Erkrankungen von Patienten nach einer SARS-CoV-2-Infektion aufgeführt (AWMF, 2021).

Behandlungsempfehlungen in der S1-Leitlinie (AWMF, 2022):

Fatigue: keine kausale Therapie, empfohlen wird eine an die individuelle Belastbarkeit angepasste, kontrollierte Anleitung zu körperlicher und kognitiver Aktivität, möglichst unter Vermeidung einer Überbeanspruchung (konkreter: Förderung des Schlafs, Schmerztherapie, Kreislaufsupport, Maßnahmen zur Stressreduktion und Entspannung, Stärkung von persönlichen Ressourcen, die Unterstützung eines adäquaten Coping-Verhaltens).

Neuropsychologische Aspekte: "Daten zu kausalen neuropsychologischen Therapien bei Long-COVID-/Post-COVID-Syndrom fehlen. Eine symptomatische Therapie abhängig von der Art der Funktionsbeeinträchtigung wird in Anlehnung an die jeweiligen AWMF-Leitlinien empfohlen".

Psychische Aspekte: Ruhe, Stressreduktion, Stärkung des Coping-Verhaltens, Stigmatisierung vermeiden und Beschreibung von Symptomen offen und unvoreingenommen entgegennehmen; Psychotherapie, wenn Diagnose einer psychischen Störung vorliegt/die Alltagsbewältigung eingeschränkt ist/die subjektive Belastung groß ist oder zur Veränderung einer dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung oder fehlender Krankheitsakzeptanz z. B. durch Akzeptanz-Commitment-Therapie; Psycho- und Sport-/Bewegungstherapie zur Behandlung der psychischen Störungen; wichtig: multimodale Behandlung der Patienten → Einbindung von Bewegungsangeboten, Selbsthilfe-Gruppen (z. B. Long COVID Deutschland), Telefonhotlines und von sozialen Interventionen.

Bei schweren Depressionen oder Angststörungen sollte außerdem eine leitliniengereichte psychopharmakologische Mitbehandlung erwogen werden.

Knapp 4 % der deutschen Erwerbstätigen wurden bereits wegen Long- oder Post-COVID-Symptomen krankgeschrieben

Nach einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO, 2022) wurden in Deutschland seit Pandemiebeginn bis Juli 2022 im Durchschnitt 3,8 % der Erwerbstätigen wegen einer Long-COVID- oder Post-COVID-Symptomatik krankgeschrieben. Bei der Delta-Variante waren es 6,3 % der Beschäftigten, in der durch die Omikron-Variante dominierten Krankheitswelle nur 2,1 %. In beiden Fällen waren ältere und weibliche Beschäftigte häufiger betroffen (WidO, 2022).

Long-COVID- und Post-COVID-Symptome führten zu durchschnittlich 7 Wochen Arbeitsunfähigkeit

In Deutschland fehlen Beschäftigte, die an einer Long-COVID- oder Post-COVID-Symptomatik leiden, durchschnittlich 7 Wochen am Arbeitsplatz, während eine akute SARS-CoV-2-Infektion im Durchschnitt zu 9,5 Arbeitsunfähigkeitstagen führt (WidO, 2022). Bei der Delta-Variante kam es zu längeren Ausfallzeiten als bei der Omikron-Variante des Virus.

Überregionale epidemiologische Angaben über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen als Spätfolge einer SARS-CoV-2-Infektion liegen für Deutschland bislang noch nicht vor

Im Folgenden werden noch einmal Studienergebnisse zu einzelnen psychischen Symptomen von Long COVID bzw. Post-COVID beschrieben. Besonders wird dabei auf die Fatigue-Symptomatik eingegangen. Die Raten für das Auftreten der verschiedenen Symptome variieren zwischen den einbezogenen Studien. Es liegen in Deutschland bisher kaum epidemiologische Angaben über die Häufigkeit von Menschen vor, die nach ihrer akuten COVID-19-Erkrankung längerfristig psychische Symptome aufweisen, die Long COVID zugeschrieben werden könnten.

Long-COVID-Symptome sind oft unspezifischer Natur, es gibt noch keine eindeutige inhaltlich zusammenhängende Krankheitsdefinition

In der deutschen Gutenberg COVID-19-Studie, die an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 10.250 Personen aus Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde, wiesen ca. 40 % auch ein halbes Jahr nach dem Ende der akuten Erkrankung Beschwerden mit Symptomen auf, die Long COVID zuordenbar sein könnten (Universitätsmedizin Mainz, 2021). Etwa 1/3 der untersuchten Personen sagte aus, seit der Infektion nachhaltig in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Die Beschwerden traten unabhängig davon auf, ob den Betroffenen ihre SARS-CoV-2-Infektion bewusst geworden war oder nicht; das Vorliegen der Infektion war zuvor mittels PCR-Test geprüft worden. Personen mit wissentlicher Infektion wiesen häufiger spezifische Symptome wie Geruchs- und Geschmacksstörungen auf als die Personen ohne Wissen um ihre Infektion. Zudem berichteten in der Studie auch Personen ohne SARS-CoV-2-Infektion ähnliche Symptome, u. a. Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Interessenverlust. Diese Befunde zeigen noch einmal auf, wie schwierig es ist zu erkennen, welche Beschwerden eindeutig für Long COVID sind und welche auch bei nicht infizierten Menschen in Folge der Belastungen durch die Pandemie auftreten können. Die WHO hat mittlerweile eine Symptomübersicht erarbeitet (s. Kasten), allerdings weiterhin ohne Anspruch auf eine eindeutige und abschließende Krankheitsdefinition.

Zu den häufigsten **Symptomen** von **Long COVID** bzw. des **Post-COVID-Syndroms** gehören: Müdigkeit, Erschöpfung und eingeschränkte Belastbarkeit (sog. Fatigue), Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme (sog. "brain fog"), Schlafstörungen, Muskelschwäche und -schmerzen, psychische Probleme, wie z. B. depressive Stimmung und Angstsymptome, sowie Riech- und Schmeckstörungen (WHO, 2021).

Internationale Studienergebnisse

Nach einer weltweit-internationalen Meta-Analyse leiden 6 % der symptomatisch Coronaerkrankten 3 Monate nach der akuten Erkrankung an Symptomen von Long COVID. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Nationale Studien zeigen zum Teil höhere Raten betroffener Patienten

Als eine gute globale Datenquelle kann die weltweite „Global Burden of Disease (GBD)"-Studie[79] (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022) angesehen werden. Zur Ermittlung von langfristigen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion wurden hier im Rahmen einer Meta-Analyse Daten von 1,2 Mio. Patienten nach SARS-CoV-2-Infektion analysiert, die dann auf die Weltbevölkerung hochgerechnet wurden. Hier wurde ein Anteil von 6 % aller symptomatischen Coronaerkrankten ermittelt, die 3 Monate nach der Erkrankung noch mindestens unter einem der selbst berichteten Symptome bzw. Symptomkomplexe litten: Fatigue (3,2 %), kognitive Probleme, v. a. Brain fog (2,2 %) oder Atemnot (3,7 %). Erwachsene Frauen (>=20 Jahre) waren dabei fast doppelt so häufig betroffen wie erwachsene Männer (10,6 % vs. 5,4 %; Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022). Angesichts der großen Zahl an Menschen, die bereits eine Infektion durchgemacht haben, gibt es demnach eine sehr hohe Zahl an Betroffenen. Diese Zahlen von Long-COVID- und Post-COVID-Betroffenen aus der GBD-Studie fallen im Vergleich zu einigen anderen Studien (u. a. auch der deutschen von Kedor et al., 2022) überraschend niedrig aus. Da die Long-COVID-Symptomatik im zeitlichen Verlauf nach SARS-CoV-2-Infektion eher abzunehmen scheint, entstehen zum Teil auch schon allein dadurch unterschiedliche Ergebnisse, ob man 4 Wochen, 3 Monate oder spätere Zeitpunkte fokussiert.

Etwa jeder vierte bis fünfte COVID-19-Patient in den USA leidet längerfristig an Angst und Depression

Die langfristigen psychischen Folgen, die nach einer COVID-19-Erkrankung auftreten können, sind schwerwiegend. In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden in den USA Daten von 81 Mio. Patienten ausgewertet, darunter 273.618 Patienten, die eine COVID-19-Erkrankung durchgemacht hatten. Von diesen wiesen 23 % im 6-monatigen Untersuchungszeitraum nach der akuten Erkrankung noch Symptome von Angst und Depression auf. Bei 15 % traten diese Symptome erst 3 Monate nach der überstandenen Erkrankung auf. Kognitive Beeinträchtigungen traten bei 8 % im Halbjahreszeitraum auf (4 % erst nach 3 Monaten), Fatigue bei 13 % (6 % erst nach 3 Monaten). Alle Symptome wurden von den COVID-19-Patienten im Vergleich zudem signifikant häufiger berichtet als von Patienten nach überstandener Influenza (Taquet et al., 2021a).

In einer prospektiven Kohortenstudie aus Deutschland (Fleischer et al., 2022) fanden sich etwa 4 bis 7 Monate nach der akuten COVID-19-Erkrankung neben den häufigsten Beeinträchtigungen durch Fatigue (58 %) und Konzentrationsschwierigkeiten (58 %) sogar ein Anteil von 41 % der Patienten mit depressiven Symptomen und 23 % mit Angstsymptomen. Auch Gereiztheit (6 %) und Unruhe (10 %) lagen zum Untersuchungszeitpunkt vor.

Es liegen Hinweise auf längerfristige Beeinträchtigungen von Schlaf und kognitiven Fähigkeiten sowie für Angstsymptome nach überstandener COVID-19-Erkankung vor

Berichtet wird international auch von langfristigen Schlafstörungen und Angstsymptomen nach einer COVID-19-Erkrankung. Auch Fatigue-Symptome wurden in vielen Studien bei den Patienten festgestellt. Hier kann es einige Überschneidungen, aber auch Wechselwirkungen zu den bisher berichteten psychischen Beeinträchtigungen geben. Viele Patienten leiden nach ihrer COVID-19-Erkrankung auch an chronischer Fatigue, wie die folgenden Studienergebnisse zeigen.

Fatigue und Chronic Fatigue Syndrome

Viele der COVID-19-Patienten in Deutschland leiden ein halbes Jahr nach der SARS-CoV-2-Infektion am Chronischen Fatigue Syndrom (CFS)

In Deutschland treten bei einem Großteil der Patienten mit COVID-19 langfristig Symptome von Fatigue auf. In der Studie von Kedor et al. (2022) mit Patienten nach milder bis mittelschwerer SARS-CoV-2-Infektion berichteten nach 6 Monaten alle untersuchten Patienten von Fatigue. Etwa die Hälfte der Patienten in der Studie erfüllte die Diagnosekriterien für das CFS. Diese Betroffenen litten unter signifikant mehr Müdigkeit, Stressintoleranz, häufigerem und längerem Unwohlsein nach Belastung und Überempfindlichkeit gegenüber Lärm, Licht und Temperatur als die Patienten, bei denen die Fatigue-Symptome unterhalb der Grenze einer CFS-Diagnose blieben. Es handelte sich jedoch um eine sehr kleine Patientenstichprobe (N=42), so dass die Ergebnisse nicht sehr belastbar sind. Bei der Beurteilung von Studienergebnissen ist es wichtig zu beachten, ob von dem einzelnen Symptom Fatigue oder vom komplexen CFS die Rede ist.

Nach der Datenlage in Deutschland erkrankten vermutlich bislang nur wenige Kinder und Jugendliche nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 an einer/m Myalgischen Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS). Eine im Sommer 2021 durchgeführte Teiluntersuchung im Rahmen der SARS-CoV-2-KIDS-Studie an Kindern und Jugendlichen, die nicht von ihrer SARS-CoV-2-Infektion wussten, ergab bei Adjustierung der Ergebnisse um Geschlecht, Altersgruppe und Vorerkrankungen einen Risikofaktor von 1,08 für ME/CFS und 1,4 für Fatigue (Sorg et al., 2022). D. h. es waren 8 % mehr SARS-CoV-2-infizierte Kinder und Jugendliche von ME/CFS betroffen und 40 % mehr von Fatigue als Kinder und Jugendliche ohne Infektion.

[79] In dieser Meta-Analyse wurden Daten aus 10 Kohortenstudien aus 10 Ländern (u. a. Deutschland) und 44 publizierte Studien aus 18 Ländern ausgewertet. Soziodemographische Faktoren und Hospitalisierungsrate wurden kontrolliert. Es wurde die WHO-Definition von Post-COVID zugrunde gelegt.

Fatigue-Symptome finden sich in allen vorliegenden Studien als häufige langfristige Folge von COVID-19-Erkrankungen. Die ermittelte Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome variiert jedoch von Studie zu Studie. Diese unterschiedlichen Prävalenzen lassen sich vermutlich auf Faktoren wie die Schwere der Erkrankung, die Art der Behandlung oder das Patientenalter zurückführen.

Fatigue gehört auch international zu den häufigsten langfristigen Symptomkomplexen

Es ist zu unterscheiden zwischen „Fatigue" und dem „Chronischen Fatigue Syndrome".

Fatigue: Die Bezeichnung Fatigue (Müdigkeit, Ermüdung, Abgespanntheit, Erschöpfung) wurde ursprünglich im Jahr 2000 definiert als „signifikante Müdigkeit, erschöpfte Kraftreserven oder erhöhtes Ruhebedürfnis, disproportional zu allen kürzlich vorangegangenen Anstrengungen" (Curt et al., 2000). In der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (ICD) ist Fatigue bislang nicht als eigenständiges Syndrom anerkannt.

Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ist eine schwere neuroimmunologische Erkrankung. ME/CFS ist ein eigenständiges, komplexes Krankheitsbild und nicht mit dem Symptom Fatigue zu verwechseln, das ein typisches Begleitsymptom auch vieler chronisch-entzündlicher Erkrankungen ist. Viele Symptome von ME/CFS liegen auch beim Long-COVID-Syndrom vor. Das CFS wird im ICD-11 als Postvirales Müdigkeitssyndrom (Postviral fatigue syndrome; 8E49 inkludiert CFS und ME) kodiert. Im ICD-10 stellt das CFS noch eine eigenständige Diagnose mit dem Code G93.3 dar.

Die Kriterien des Centers for Disease Control and Prevention für das Chronic Fatigue Syndrome umfassen schwere Müdigkeit, die länger als 6 Monate anhält, sowie das Vorhandensein von mindestens vier der folgenden körperlichen Symptome: Unwohlsein nach der Anstrengung, nicht erholsamer Schlaf, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen, Muskelschmerzen, Polyarthralgien, Halsschmerzen, empfindliche Lymphknoten oder neu auftretende Kopfschmerzen (IOM 2015 Diagnostic Criteria, 2021).

Im Jahr 2019 ging man davon aus, dass weltweit etwa 17 Mio. Menschen von ME/CFS betroffen sind. In Deutschland waren es zu dem Zeitpunkt geschätzt bis zu 250.000, darunter 40.000 Kinder und Jugendliche (Scheibenbogen et al., 2019). Damit ist ME/CFS weit und interkulturell verbreitet.

In einer norwegischen Stichprobe von 16- bis 30-Jährigen, die während ihrer COVID-19-Erkrankung in der ersten Pandemiewelle zu Hause isoliert waren, litten 6 Monate später noch 21 % an Fatigue und an Konzentrationsproblemen (13 %) sowie an Gedächtnisproblemen (11 %; Blomberg et al., 2021).

Eine britische Analyse von 1.400 Praxen und 456.002 Patienten zeigt ebenfalls psychische Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion auf. Patienten, die wegen COVID-19 in einer Klinik behandelt wurden, suchten in den Wochen und Monaten (>=4 Wochen) nach der akuten Infektion doppelt so häufig im Vergleich zum Jahr vor ihrer Infektion und häufiger als Patienten nach einer überstandenen Influenza wegen Fatigue und Schlafstörungen einen Hausarzt auf, etwas häufiger auch wegen Angstsymptomen (Whittaker et al., 2021).

Eine niederländische Studie zeigt bei Patienten (unabhängig von einer stationären Behandlung) 3 Monate nach einer COVID-19-Erkrankung insgesamt noch starke Beeinträchtigungen der Lebensqualität (64 % der Befragten) und Fatigue-Symptome (69 % der Befragten; van den Borst et al., 2020). Hier handelte es sich jedoch um eine kleine Patientenstichprobe (N=124).

In der internationalen Meta-Analyse und systematischem Review von Salari et al. (2022) wird ein Anteil von 45,2 % der Patienten ermittelt, die 4 Wochen nach Beginn ihrer COVID-19-Symptome inhaltlich die diagnostischen Kriterien für das Chronic Fatigue Syndrome erfüllten. Die Diagnose eines CFS wird allerdings als Erkrankung offiziell erst vergeben, wenn die Symptome mindestens seit 6 Monaten andauern.

In internationalen Studien, die speziell CFS fokussiert haben, zeigt sich im Durchschnitt ein Anteil von 45 % der Patienten, die 4 Wochen nach der COVID-19-Erkrankung alle Symptome einer CFS aufweisen

Mit zunehmender Stichprobengröße und späterem Zeitpunkt (Jahr) der durchgeführten Untersuchung nahm in den jeweiligen Studien die Prävalenz des CFS signifikant zu. Dieser Befund wird dadurch erklärt, dass entweder Studien aus frühen Pandemiephasen das Auftreten langfristiger körperlicher und psychischer Folgeprobleme deutlich unterschätzen oder bei den COVID-19-Varianten unterschiedliche langanhaltende Symptome auftreten können. Renz-Polster & Scheibenbogen (2021) gehen davon aus, dass die Zahl von Patienten mit ME/CFS sich aufgrund der COVID-19-Pandemie in den nächsten Jahren verdoppeln wird. Der Erkrankungsgipfel lag bei Patienten mit 30 bis 40 Jahren, Frauen waren doppelt so häufig betroffen wie Männer (Nacul et al., 2021).

Wie bereits in mehreren kleineren Studien zeigte sich auch in der „Global Burden of Disease"-Studie der Trend, dass die Symptome bei vielen Patienten nach einem längeren Zeitraum nachlassen. Ein Jahr nach der Infektion waren bei 85 % der Long-COVID-Erkrankten die Beschwerden nicht mehr nachzuweisen (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022). Eine weitere aktuelle israelische Studie bestätigt zumindest, dass nach einem milden Verlauf von COVID-19 die meisten Langzeitfolgen innerhalb eines Jahres verschwinden (Mizhari et al., 2023). In anderen Studien wird dieser Verlauf nicht bestätigt. So berichten bei Hampshire et al. (2020) nur ca. 1/3 der Patienten von einer Besserung nach einem Jahr.

Bei den meisten Patienten verschwinden die Long-COVID-Symptome nach ca. einem Jahr wieder

Einfluss des Schweregrades der COVID-19-Erkrankung auf Folgesymptome

Die WHO liefert eine Klassifikation der Schweregrade einer COVID-19-Erkrankung in vier Kategorien (s. Anhang A). Eine kürzere Klassifikation der Schweregrade liegt vom Robert Koch-Institut vor (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Klinische Klassifikation der SARS-CoV-2-Infektion

Klassifikation	Definition	Symptome
Asymptomatische SARS-CoV-2-Infektion	Positiver SARS-CoV-2-PCR-Test oder positiver Antigen-Schnelltest im passenden klinischen und epidemiologischen Kontext	keine
Leichte/moderate Erkrankung	Keine Kriterien einer schweren oder kritischen-COVID-19	Vielfältige Symptome möglich, z. B. respiratorische Symptome, die keine Kriterien einer schweren oder kritischen COVID-19 erfüllen, Erkältungssymptome, Geschmacks- und/oder Geruchsänderung, Diarrhoe, auch Pneumonie, jedoch ohne zusätzliche O2-Supplementation etc.
Schwere Erkrankung	Schwere Pneumonie	Definiert als: SpO2 < 90-94 % unter Raumluft, Atemfrequenz > 30/min, radiologische Zeichen einer Pneumonie
Kritische Erkrankung	ARDS, Sepsis, septischer Schock +/- Multiorganversagen	Notwendigkeit einer mechanischen Beatmung oder anderer Art von Organunterstützung oder Vasopressoren-Gabe

Anmerkung: adaptiert nach WHO-Publikation "Therapeutics and COVID-19: living guideline". Quelle: WHO (2022c).

Die meisten Studien legen jedoch eigene Kriterien für den Schweregrad der Erkrankung an, so auch Magnusdottir et al. (2022). In dieser Studie als mittelschwer kategorisierte COVID-19-Erkrankungen gehen offenbar mit einem erhöhten Risiko für Depressions- und Angstsymptome auch noch nach mehr als einem Jahr einher. Bei Patienten, die aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung mehr als 1 Woche bettlägerig waren und nur ambulant behandelt wurden, fanden sich 16 Monate nach der Diagnose im Vergleich zu nicht an COVID-19 erkrankten Kontrollpersonen verstärkt Depressions- und Angstsymptome sowie Schlafstörungen (1,6-faches Risiko für Depressionssymptome; 1,4-faches Risiko für Angstsymptome; 1,4-faches Risiko für Schlafstörungen; Magnusdottir et al., 2022).[80] Janiri et al. (2021) finden bei 30% der Patienten, die wegen COVID-19 in die Notaufnahme kamen, in einer Nachuntersuchung 30 bis 120 Tage später eine PTBS.

Zwischen 10 und 30 % der nicht hospitalisierten COVID-19-Patienten erkranken weltweit an Long COVID

In dem internationalen Review von Davis et al. (2023) wird für Long COVID eine Inzidenz von 50-70 % bei hospitalisierten COVID-19-Patienten, von 10-30 % bei nicht hospitalisierten Patienten und von 10-12 % bei nicht hospitalisierten geimpften, aber an COVID-19 erkrankten Patienten angeführt. Hier wird auch bestätigt, dass Long COVID grundsätzlich nach allen COVID-19-Erkrankungen und in allen Altersgruppen auftreten kann.

In der großen deutschen Studie von Roessler et al. (2022) ergab sich für Erwachsene ein positiver Zusammenhang zwischen schwereren COVID-19-Erkrankungen und häufigeren Long-COVID-Beschwerden.

Long-COVID-Symptome treten nach COVID-19-Erkrankungen aller Schweregrade auf

Selbst leichte und asymptomatische COVID-19-Erkrankungen können zu Long-COVID-Symptomen führen. 10 % der Patienten wiesen in einer deutschen prospektiven Längsschnittstudie etwa 4 Monate nach ihrer leichten oder symptomlos verlaufenen SARS-CoV2-Infektion im Jahr 2020 Fatigue-Symptome auf (Augustin et al., 2021). Die Diagnose des Post-COVID-Syndroms wurde in dieser Studie vergeben, wenn eines der Symptome von Anosmie (Verlust des Riechvermögens), Ageusie (Verlust des Geschmackssinns), Fatigue oder Kurzatmigkeit 7 Monate nach der Infektion bestand. Diese Kriterien erfüllten 35 % der Patienten.

Stationär behandelte COVID-19-Patienten leiden in besonderem Maße unter langfristigen kognitiven Beeinträchtigungen und haben auch noch 2 Jahre nach Klinikentlassung ein stark erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen

Häufigkeit und Dauer der Long-COVID-Beschwerden hängen auch von der Schwere der COVID-19-Erkrankung ab. In der GBD-Studie zeigte sich, dass hospitalisierte Patienten im Durchschnitt mehr als doppelt so lang an Long-COVID-Beschwerden litten als ambulant behandelte (ca. 9 Monate vs. ca. 4 Monate; Vos et al., 2022). Vor allem bei intensivmedizinisch behandelten Patienten traten besonders lange Long-COVID-Beschwerden auf (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022). Hierzu finden sich ebenfalls unterstützende Ergebnisse in verschiedenen internationalen Studien, die sich speziell mit Long-COVID-Symptomen bei Patienten befassen, die wegen COVID-19 im Krankenhaus behandelt werden mussten (z. B. Huang et al., 2022; Huang et al., 2021; Hampshire et al., 2020). Dabei ist auch hier zu beachten, dass die stationären medizinischen Behandlungsmethoden (z. B. Beatmung) intensive Neben- und Folgewirkungen haben können. Diese sind nur teilweise über Kontrollgruppenuntersuchungen in diesen Studien herausrechenbar.

Für diese Patientengruppe der stationär behandelten COVID-Patienten zeigten sich inhaltlich dieselben Symptome wie bei ambulant behandelten Patienten, nämlich neben den körperlichen Symptomen v. a.

[80] Im Rahmen des COVIDMENT-Projekts wurden 247.249 Teilnehmer aus 7 prospektiven Kohortenstudien in 6 Ländern befragt.

Fatigue (63 %), Schlafstörungen (26 %) sowie Angst- oder Depressionssymptome (23 %; Huang et al., 2021). In einer in Wuhan (China) durchgeführten Längsschnitt-Kohorten-Studie wurden Patienten 6, 12 und 24 Monate nach der Klinikentlassung untersucht. Zwar verringerte sich über die Zeit der Anteil an Patienten mit Beeinträchtigungen, aber 2 Jahre nach Klinikentlassung berichteten immer noch 30 % der Patienten über Fatigue und Myasthenie[81]. Dies waren die am häufigsten auftretenden Beeinträchtigungen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe[82] hatten die untersuchten Patienten ein 7-fach erhöhtes Risiko für Angststörungen oder Depressionen und eine deutlich niedrigere Lebensqualität. Nach 6 Monaten wiesen noch 23 % der Patienten Angst- oder Depressionssymptome auf, nach 2 Jahren waren es noch 12 % (8 % Angst, 6 % Depression)[83].

In einer ägyptischen Studie wiesen über 90 % aller untersuchten, stationär wegen einer COVID-19-Erkrankung aufgenommenen Patienten 6 Monate nach Krankenhausentlassung psychische Beeinträchtigungen auf: 65 % hatten Schlafschwierigkeiten, 42 % Somatisierungssymptome, 29 % Symptome einer PTBS, 28 % andere Angstsymptome, 24 % phobische Angstsymptome, 20 % Symptome einer Zwangsstörung, 12 % Depressionssymptome und 10 % paranoide Ideen. Die am schwersten an COVID-19 erkrankten Patienten hatten am häufigsten und am ausgeprägtesten Symptome einer PTBS, Angstzustände und psychotische Symptome (Ahmed et al., 2021).

Schlafstörungen, Somatisierungssymptome sowie Angst- und Depressionssymptome scheinen häufige psychische Long-COVID-Beschwerden bei stationär behandelten COVID-19-Patienten zu sein

In einer Datenanalyse von ca. 11 Mio. US-Veteranen wiesen diejenigen, die aufgrund einer COVID-19-Erkrankung stationär behandelt werden mussten und die ersten 30 Tage überlebt hatten, im Vergleich zu einer Parallelkohorte von US-Veteranen ohne COVID-19-Erkrankung und zu einer historischen Kohorte von 2018-2019 ein im ersten Jahr um 42 % erhöhtes Risiko für neurologische und psychische Erkrankungen auf (Xie et al., 2022).[84] Dabei traten bei Patienten nach COVID-19 zu 41 % mehr Schlafstörungen, zu 39 % mehr Depressionen, zu 38 % mehr Anpassungsstörungen und zu 35 % mehr Angststörungen auf (Mehrfachdiagnosen möglich). Die Inzidenz neuer psychischer Störungen variierte mit der Schwere der COVID-19-Erkrankung. Die Eingrenzung auf berufsspezifische, ältere männliche Patienten (Veteranen) schränkt die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Gesamtbevölkerung deutlich ein.

In einer englischen Untersuchung mit 2.320 Personen hatten sich nach einem Jahr nur weniger als 1/3 vollständig von den bestehenden Symptomen Atemschwierigkeiten, Fatigue und Schmerzsymptomen erholt. Weiterhin zeigte sich bei den kognitiven Beeinträchtigungen, von denen 1/10 der Patienten betroffen waren, nur sehr geringe bis gar keine Verbesserungen (Davis, 2021). In einer zweiten englischen Untersuchung wurde festgestellt, dass langfristige kognitive Störungen, v. a. Gedächtnisstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten bei stationär behandelten COVID-19-Patienten vom Grad der Behandlung von Atembeschwerden auftraten: Je länger und je invasiver die Behandlung, desto ausgeprägter die kognitiven Beeinträchtigungen. In kognitiven Tests zeigten Patienten, die wegen ihrer COVID-19-Erkrankung mechanisch beatmet werden mussten, unabhängig vom Alter und anderen demographischen Variablen besonders schlechte Ergebnisse. Ihre Defizite in der kognitiven Leistung entsprachen dem durchschnittlichen Rückgang kognitiver Fähigkeiten im Verlauf von 10 Lebensjahren. Es bleibt unklar, ob diese Beeinträchtigungen auf COVID-19 oder auf die Beatmung und möglichen Sauerstoffmangel zurückzuführen sind. In dieser Studie wurden keine Angaben zur Dauer der Störungen und zu der Frage gemacht, wie lange die Erkrankung zurücklag (Hampshire et al., 2020).

Interventionen

Bislang gibt es keine validierten kausalen Therapien für Long COVID

Es gibt bislang keine validierten umfassenden Therapieansätze zur Behandlung von Long COVID. Die bereits aufgeführte S1-Leitlinie zu Long COVID (AWMF, 2021) beinhaltet keine spezfische kausale Behandlungsempfehlung für psychische Beeinträchtigungen und Fatigue. Wichtig ist die symptomatische Therapie. Grundsätzlich werden psychotherapeutische Strategien zur Belastungsreduktion und zum Symptommanagement als sinnvoll erachtet. In dem aktuellen Forschungsprojekt "PsyLoCo", das an mehreren deutschen Universitätskliniken durchgeführt wird, soll für Long-COVID-Patienten eine bewältigungsorientierte Kurzzeittherapie entwickelt werden, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientiert (Universitätsklinik Ulm, 2023). Inhaltliche Schwerpunkte von insgesamt 12 Sitzungen sollen folgende Themen sein:

- Erlernen von Strategien zur bestmöglichen Beschwerdebewältigung
- Erlernen eines funktionalen Umgangs mit anhaltenden Körperbeschwerden und Schmerzen
- Behandlung affektiver Symptome und chronischer Erschöpfung
- Long COVID/Post-COVID in den Bereichen des Sozial- und Arbeitslebens.

[81] Bei einer Myasthenie ist die Übertragung von Nervenimpulsen auf die Muskeln gestört. Es kommt dadurch zu einer belastungsabhängigen Muskelschwäche.

[82] Die Kontrollgruppe bestand aus Personen aus der Allgemeinbevölkerung ohne COVID-19, die nach Geschlecht, Alter und Komorbiditäten gematcht waren.

[83] Als Cutoff für das Vorliegen von Angst- oder Depressionssymptomen galt ein Wert im GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) von mindestens 5 und ein Wert auf der PHQ-9-Skala von mindestens 5 (Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten).

[84] Auch in dieser Studie waren in den Kontrollgruppen soziodemographische Daten und Komorbiditäten kontrolliert.

Von Frommhold (2022) werden Behandlungsvorschläge zur Verbesserung des psychischen Befindens von Patienten mit Long COVID oder Post-COVID gemacht. Der individualisierte multimodale Therapieansatz beinhaltet neben ergotherapeutischer und medikamentöser Behandlung für den Bereich der psychologischen Interventionen das Erlernen von Coping-Strategien bei Fatigue, die Vermeidung von hohen Symptomausschlägen im Krankheitsverlauf, das frühzeitige Erkennen von Symptomen, die dem Beginn einer Crash-Symptomatik vorausgehen, das Erlernen von Krankheitsakzeptanz, den Umgang mit möglichen Ängsten und depressiven Stimmungslagen sowie Biofeedback. Frommhold etablierte 2022 das Institut Long Covid in der Rehabilitationsklinik Heiligendamm mit dem Ziel einer Patientenlotsenfunktion sowie der Prävention und Beratung von Unternehmen und Kliniken im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit Long COVID (Institut Long Covid, 2023).

Der Gesetzgeber hat in §92 Abs. 6c SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long COVID bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zu beschließen. Der Unterausschuss zu Post-COVID zur Erarbeitung von Versorgungsstrategien für Betroffene ist gebildet.

2.2.2 Long COVID/Post-COVID bei Kindern und Jugendlichen

Die zu Beginn der Pandemie verbreitete Ansicht, dass Kinder und Jugendliche gar nicht von langfristigen Folgen einer COVID-19-Erkrankung betroffen sind, wurde nicht bestätigt. Die Ergebnisse einiger Studien weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche durchaus in ähnlichem Ausmaß von Long COVID bzw. Post-COVID betroffen sein können wie Erwachsene. Allerdings finden sich auch Ergebnisse, nach denen Kinder und Jugendliche in geringerem Maße als Erwachsene diesbezüglich erkranken. Es soll hier ein Überblick zu dieser uneinheitlichen Ergebnislage gegeben werden.

In der Forschungsliteratur wird diskutiert, ob Kinder und Jugendliche sich dennoch rascher von der akuten COVID-19-Erkrankung erholen und deshalb auch seltener an Long COVID erkranken. Als ein Grund für eine mögliche, geringere Rate an Betroffenen wird auch angenommen, dass Kinder und Jugendliche häufiger als Erwachsene asymptomatische oder leichte Verläufe aufweisen, die z. T. gar nicht als COVID-19-Erkrankung diagnostiziert werden und so anhaltende Symptome wie Fatigue, Kopfschmerzen oder Konzentrationsstörungen anderen Krankheiten zugeordnet oder zum Beispiel als Folge der Pandemiebedingungen insgesamt eingeordnet werden.

Aufgrund der noch nicht ausreichenden Studienlage bleibt es derzeit schwierig zu ermitteln, inwieweit eine mögliche Long-COVID-Symptomatik durch die allgemein bei Kindern und Jugendlichen auftretenden Beeinträchtigungen durch das Pandemiegeschehen (Lockdowns, Schulschließungen etc.) überdeckt bzw. verzerrt wird. Bei kleinen Kindern ist die Erfassung von Long-COVID-Symptomen zusätzlich schwierig, da die Diagnose und Symptomerhebung teilweise von Verzerrungen durch Fremdbeobachtung und Interpretation betroffen sein kann (Vilser, 2022).

Für Deutschland liegen erste Daten zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen vor – weitere Studien laufen

In Deutschland laufen aktuell mehrere Studien zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen. Einige unter Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, wie z. B. die LongCOCid-Studie (Long COVID-19 bei Kindern). In dieser werden 500 Kinder und Jugendliche nach einer SARS-CoV-2-Infektion mit einer Kontrollgruppe verglichen. Langfristiges Ziel ist in dieser Studie, eine Behandlung und Rehabilitation für die betroffenen jungen Patienten zu entwickeln (BMBF, 2022). In der aktuellen Post-COVID-Kids-Bavaria-Studie werden Kinder mit Long COVID ebenfalls untersucht, um Therapiemöglichkeiten zu erarbeiten. Im Projekt CoKiBa in Bayern wurden zuvor Antikörperantworten der Kinder auf SARS-CoV-2 untersucht (Laub et al., 2021).

In der bisherigen Forschungsliteratur liegen unterschiedliche Einschätzungen zu der Frage vor, ob bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen inhaltlich ähnliche oder andere Long-COVID-Symptome vorherrschend auftreten. Die bisherigen Ergebnisse dazu werden weiter unten beschrieben.

Zur ersten Orientierung wurden beispielsweise in der Long-COVID-Ambulanz in Jena die berichteten Symptome bzw. Syndrome erfasst. Zu den häufigsten Symptomen oder Symptomkomplexen gehörten Fatigue, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, pulmonale Beschwerden, Muskel- oder Gelenkschmerzen, kardiale Beschwerden, gastrointestinale Beschwerden, Schwindel, Geruchs- und Geschmacksstörungen, neurologische Störungen, Hautveränderungen und Haarausfall (Vilser, 2022).

Eine Analyse von Krankenkassendaten weist darauf hin, dass gerade die langfristigen Folgen einer COVID-19-Erkrankung in Deutschland alle Altersklassen gleichermaßen betreffen

In der bereits in Kap. 2.2.1 eingeführten umfassenden Analyse von Routinedaten im deutschen Gesundheitssystem (Roessler et al., 2022) wurden auch explizit Kinder und Jugendliche untersucht. Hier zeigte sich ein im Vergleich zu gematchten Kontrollpersonen ohne SARS-CoV-2-Infektion signifikant häufigeres Auftreten anhaltender oder neu aufgetretener Beschwerden 3 Monate bis zu 236 Tage nach einer COVID-19-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen. Das Post-COVID-Syndrom tritt demnach bei Kindern, Jugendlichen und bei Erwachsenen auf. Infizierte Kinder und Jugendliche litten zu 30 % häufiger als ihre

Kontrollpersonen unter Post-COVID-Beschwerden (IRR: 1,30; bei Erwachsenen IRR: 1,33; s. Kap. 2.2.1). Kinder zwischen 0 und 11 Jahren unterschieden sich dabei nicht von Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen litten jedoch unter anderen Long-COVID-Symptomen als die Erwachsenen. Anders als bei Erwachsenen traten als häufigste Symptome Kopfschmerzen (zu 58 % häufiger; s. Tab. 13) und weitere körperliche Beschwerden auf, sowie zu 128 % häufiger Unwohlsein/Müdigkeit/Erschöpfung (Symptomkomplex Erschöpfung).

In Deutschland weisen Kinder und Jugendliche nach einer SARS-CoV-2-Infektion zu fast 40 % häufiger psychische Erkrankungen auf als nicht infizierte Kinder und Jugendliche, v. a. Anpassungs- und Somatisierungsstörungen sowie Angststörungen und Depressionen

Nach den Ergebnissen von Roessler et al. (2022) ist ebenfalls das Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nach einer SARS-CoV-2-Infektion im Vergleich zu ihren nicht infizierten Kontrollpersonen deutlich erhöht; es treten insgesamt zu 39 % häufiger psychische Erkrankungen auf. Im Einzelnen traten in der deutschen Studie bei den SARS-CoV-2-infizierten Kindern und Jugendlichen zu 71 % häufiger Anpassungsstörungen und zu 62 % häufiger Somatisierungsstörungen auf. Angststörungen traten bei den SARS-CoV-2-infizierten Kindern und Jugendlichen zu 54 % häufiger auf, Depressionen zu 45 % häufiger als bei nicht infizierten Kontrollpersonen (s. Tab. 13). Diese Erkrankungsraten wurden anhand von Krankenkassendaten mit ärztlich und psychotherapeutisch dokumentierten ICD-10-Diagnosen nachgewiesen.[85] Die betroffenen Kinder hatten vorher keine psychischen Erkrankungen[86]. Da es sich bei der beschriebenen Studie um die bislang umfassendste deutsche Untersuchung handelt und diese 46 % der deutschen Bevölkerung einschließt, sind diese Ergebnisse durchaus belastbare Nachweise eines gehäuften Auftretens psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nach SARS-CoV-2-Infektion.

Tabelle 13: Risiko für die 10 häufigsten Symptomkomplexe bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Post-COVID

Rang	Symptome	IRR
1	Unwohlsein/Fatigue/Erschöpfung	2,28
2	Husten	1,74
3	Hals-/Brustschmerzen	1,72
4	Anpassungsstörung	1,71
5	Somatisierungsstörung	1,62
6	Kopfschmerzen	1,58
7	Fieber	1,56
8	Angststörungen	1,54
9	Bauchschmerzen	1,45
10	Depression	1,45

Anmerkungen: IRR (Incidence Rate Ratio). Quelle: Roessler et al. (2022) und ergänzende unveröffentlichte Daten aus derselben Studie.

Tabelle 14: Risiko für die 10 häufigsten psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Post-COVID

Rang	Symptome	IRR
1	Anpassungsstörung	1,71
2	Gedächtnisstörung	1,67
3	Somatisierungsstörung	1,62
4	Angststörung	1,54
5	Schlafstörung	1,48
6	Depression	1,45
7	Verhaltensauffälligkeit	1,43
8	Emotionale und Verhaltensstörung	1,30
9	Zwangsstörung	1,29
10	Empfindungs- und Wahrnehmungsstörung	1,27

Anmerkungen: IRR (Incidence Rate Ratio). Quelle: Roessler et al. (2022) und ergänzende unveröffentlichte Daten aus derselben Studie.

[85] Wie schon in Kap. 2.2.1 beschrieben wurden in der Studie alle Outcomes auf Basis der von Ärzten und Psychotherapeuten kodierten ICD-10-GM-kodierten Diagnosen operationalisiert.

[86] Wie schon in Kap. 2.2.1 beschrieben handelt es sich insofern um Erstdiagnosen, als nur solche Outcomes betrachtet wurden, die nicht bereits schon innerhalb der 4 Quartale vor Indexdatum (Datum der COVID-19-Diagnose) der jeweiligen Person kodiert worden waren.

Ähnlich wie bei den somatischen Erkrankungen ist auch bei Vorliegen psychischer Long-COVID-Symptome durch eine ausführliche Differenzialdiagnostik zu prüfen, ob eine eigenständige psychische Erkrankung vorliegt, wobei diese auch als Folge einer COVID-19-Erkrankung auftreten kann.

In Deutschland sind Kinder und Jugendliche mit Post-COVID nach ersten Ergebnissen insgesamt häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Erwachsene mit Post-COVID; affektive Störungen treten jedoch häufiger bei Erwachsenen auf

Nach Roessler (2022) treten bei Erwachsenen mindestens 3 Monate nach SARS-CoV-2-Infektion im Vergleich zu nicht infizierten Kontrollpersonen zu 27 % häufiger psychische Erkrankungen auf (s. Kap. 2.2.1), bei Kindern und Jugendlichen zu 39 % (s. S. 65). Speziell von affektiven Störungen (Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bestehen), sind Erwachsene jedoch häufiger als Kinder und Jugendliche im Rahmen von Post-COVID betroffen (s. Abb. 10).Bei Erwachsenen finden sich unter den am häufigsten auftretenden Outcomes keine psychischen (außer Fatigue, allerdings bei unklarer psychischer oder somatischer Genese). Bei Kindern sind 4 von den 10 häufigsten Outcomes psychische Erkrankungen/Syndrome.

Risiko für psychische Erkrankungen bei Post-COVID

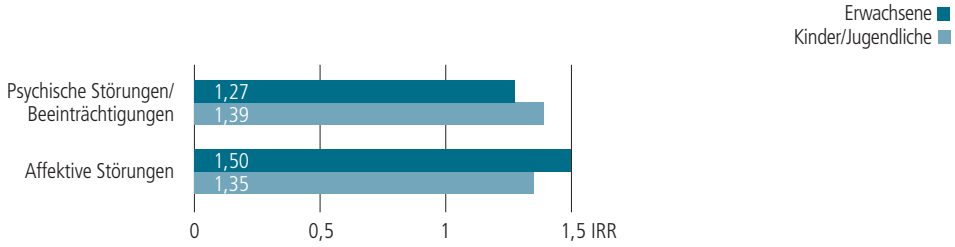


Abbildung 10: Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen insgesamt und von affektiven Störungen bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen im Rahmen von Post-COVID. IRR (Incidence Rate Ratio). Quelle: Roessler et al. (2022) und ergänzende unveröffentlichte Daten aus derselben Studie.

Internationale Studienergebnisse

In den verschiedenen internationalen Studien finden sich bezüglich des gehäuften Auftretens von psychischen Long-COVID-Symptomen bzw. psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bisher uneinheitliche Ergebnisse.

In der bereits unter 2.2.1 aufgeführten Studie von Taquet et al. (2022) aus den USA findet sich beispielsweise für Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren nach einer COVID-19-Erkrankung kein erhöhtes Auftreten von Depressionen und Angststörungen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen nach anderen respiratorischen Erkrankungen. Bei Erwachsenen waren in derselben Studie signifikant höhere Angst- und Depressionswerte im Vergleich zur Kontrollgruppe aufgetreten.

In einer Studie aus Dänemark, in der ca. 4 % der dänischen 0- bis 14-jährigen Kinder untersucht wurden, konnte herausgefunden werden, dass mit COVID-19 infizierte Kinder zwar statistisch signifikant häufiger 2 Monate und länger Long-COVID-Symptome aufwiesen, die Unterschiede zu nicht infizierten Kindern allerdings nur sehr gering und klinisch nicht relevant waren (Kikkenborg Berg et al., 2022).

International ergeben methodisch hochwertige Studien zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen Raten zwischen 3 % und 25 % an Betroffenen; es treten eindeutig psychische Symptome auf

Bereits vorliegende internationale Studienergebnisse zur Frage des Vorkommens von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen fallen, wie bereits beschrieben, unterschiedlich aus. Ergebnisse einer großen Meta-Analyse[87] (Lopez-Leon et al., 2022) zeigen, dass über alle berücksichtigten Studien hinweg im Durchschnitt 25 % der Kinder nach ihrer COVID-19-Erkrankung generell von Long COVID[88] betroffen waren. Die häufigsten gesundheitsbezogenen Manifestationen waren mit 16,5 % affektive Symptome (z. B. Trauer, Wut, Depression, Angst), Müdigkeit (9,7 %), Schlafstörungen (8,4 %), Kopfschmerzen (7,8 %), respiratorische Symptome (7,6 %) und kognitive Einschränkungen (z. B. Lern-/Konzentrationsschwierigkeiten, Verwirrung; 6,3 %). Bei aufgrund einer COVID-19-Erkrankung hospitalisierten Kindern und Jugendlichen war der Anteil der Betroffenen mit 29,2 % noch etwas höher.

Ein internationales Review aus Australien und der Schweiz, das weltweit viele große Kontrollstudien zusammenfasst, ergibt für Kinder und Jugendliche eine Wahrscheinlichkeit zwischen 3,7 % und 66,5 %, an Long COVID zu erkranken (Zimmermann et al., 2022). Die Autoren schränken hier jedoch ein, dass fast alle einbezogenen Studien deutliche Beschränkungen aufweisen, darunter ein Fehlen adäquater Kontrollgruppen, die Einbeziehung von Kindern ohne bestätigte SARS-CoV-2-Infektion, geringe Antwortraten o. ä.

[87] Eingeschlossen wurden 21 Studien und insgesamt 80.071 Kinder und Jugendliche.

[88] Zugrunde gelegt wurde hier die Definition des National Institute for Healthcare Excellence (NICE) für Long COVID.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der deutschen Studie von Roessler et al. (2022), in der Krankenkassendaten ausgewertet wurden[89], weisen die Ergebnisse der GBD-Studie darauf hin, dass Kinder und Jugendliche wesentlich seltener von Post-COVID (Untersuchungszeitpunkt nach 3 Monaten) betroffen sind als Erwachsene. Kinder weisen nur halb so häufig Post-COVID-Symptome auf wie Erwachsene: Unter 20-Jährige waren zu 2,7 % und nach einem Jahr nur noch zu 0,3 % betroffen (Vos et al., 2022). Oft handelt es sich dabei zumeist um körperliche Einschränkungen z. B. wegen pulmonaler Veränderungen bzw. um Mikroangiopathien und Entzündungen (Fogarty et al., 2021). Bei Kindern mit einer milden COVID-19-Erkrankung werden ebenfalls z. T. seltener Symptome von Post-COVID berichtet (Blomberg et al., 2021). In anderen Studien ergeben sich jedoch auch bei asymptomatischen SARS-CoV-2-Infektionen erhebliche Long-COVID- und Post-COVID-Symptome (s. u. Buonsenso et al., 2021). Einschränkend muss auch hier gesagt werden, dass viele bisherige Studien (die GBD-Studie ausgenommen) meist nur kleine Stichproben aufweisen und nicht repräsentativ sind.

Internationale Daten weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche nur halb so häufig Post-COVID-Symptome aufweisen wie Erwachsene

Nach Vilser (2022) ergibt sich bei Einbezug von publizierten Studien mit Kontrollkollektiven und Einbezug von mehr als 1.000 Probanden insgesamt eine Spanne von 0,8-13,3 % an Kindern und Jugendlichen mit Long COVID nach SARS-CoV-2-Infektion. Je älter die Kinder, desto eher sind sie von Long COVID betroffen. Mädchen sind tendenziell häufiger betroffen (Vilser, 2022).

Tabelle 15: Beschreibung der vorliegenden internationalen Meta-Analysen

Studie	Stichprobe/Datenquellen	Prävalenz von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen <18 Jahren
Lopez-Leon et al., 2022*	• N = 21 Studien (80.071 Studienteilnehmer) • Kinder und Jugendliche <18 Jahren nach bestätigter COVID-19 Erkrankung	25,2 %
Vos et al., 2022*	• N = 54 Studien (1,2 Mio. Studienteilnehmer) • Patienten aller Altersklassen (alters- und geschlechtsabhängige Analysen wurden durchgeführt)	2,8 % nach 3 Monaten 0,3 % nach 12 Monaten
Zimmermann et al., 2022**	• N = 27 Studien (73.988 Studienteilnehmer) • An COVID-19 erkrankte und nicht erkrankte Kinder und Jugendliche	7,9-58,1 %[1] 3,7-66,5 %[2]

Anmerkungen: * Meta-Analyse; **Review; [1]Ergebnisse für Studien ohne Kontrollgruppe; [2]Ergebnisse für Studien mit Kontrollgruppen; Erhebungszeiträume der in den Meta-Analysen und dem Review einbezogenen Studien variieren.

Aus einer im ersten Jahr der Pandemie stattfindenden Befragung von 129 italienischen Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) ergibt sich, dass ein beträchtlicher Anteil der Befragten nach einer (symptomatischen oder asymptomatischen) SARS-CoV-2-Infektion von Long-COVID-Symptomen betroffen war. Besonders häufig wurden von Kindern mindestens 4 Wochen nach Infektion folgende Symptome berichtet: Schlafprobleme (19 %), Atemprobleme (15 %), Fatigue (11 %), Muskel- (10 %) und Gelenkschmerz (7 %) sowie Konzentrationsschwierigkeiten (11 %). Bei 43 % der befragten Kinder führten die bestehenden Symptome zu einer Einschränkung der täglichen Aktivitäten. 60 bis 120 Tage nach ihrer Infektion berichteten 67 % der Kinder und Jugendlichen von mindestens einem andauernden Symptom; 14 % wiesen 3 oder mehr Symptome auf. 42 % der Befragten fühlten sich mehr als 120 Tage nach Infektion noch durch bestehende Symptome beeinträchtigt (Buonsenso et al., 2021).

Bei Kindern und Jugendlichen können im Rahmen von Long COVID neben den beeinträchtigten Emotionen auch erhebliche Probleme bei Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistungen und Schlaf auftreten

In einer Befragung[90] von Eltern aus Großbritannien und den USA, deren Kinder eine COVID-19-Erkrankung hinter sich hatten, berichteten diese ebenfalls häufig über andauernde Symptome ihrer Kinder (Buonsenso et al., 2022). Neben einer Vielzahl körperlicher Symptome, die ähnlich bereits in der anderen Studie von Buonsenso et al. (2021) berichtet worden waren, waren bei 75 % der Kinder seit der Erkrankung auch beeinträchtigende psychische und kognitive Veränderungen aufgetreten. Hier zeigten sich Beeinträchtigungen u. a. in den Bereichen Energielevel (83 %), Konzentrationsfähigkeit (61 %), Stimmung (59 %), Schlafqualität (56 %) und in Problemen mit dem Kurzzeitgedächtnis (33 %). 55 % der Kinder und Jugendlichen litten unter mindestens 3 dieser Symptome, 9 % unter 2 und 11 % unter einem der Symptome.

[89] Hier sind grundsätzlich mögliche Verzerrungen der realen Situation bei der Auswertung von Krankenkassendaten zu beachten.

[90] Für die Studie wurden Daten aus dem „Long COVID Kids Rapid Survey 2" analysiert, die im Februar und März 2021 gesammelt worden waren. Der Rapid Survey 2 beruht auf einer durch Eltern initiierten Onlineplattform, auf der Erkrankungsdaten und Long-COVID-Symptome von Kindern und Jugendlichen aus aller Welt durch Bericht ihrer Eltern zusammengetragen werden. In die Veröffentlichung von Buonsenso et al. (2021) wurden Daten von 510 Kindern aus diesem Datenpool einbezogen, die mindestens 4 Wochen und länger nach ihrer COVID-19-Erkrankung unter beeinträchtigenden Symptomen litten.

Mehr als 7 Monate nach der SARS-CoV-2-Infektion berichteten über 3/4 der Eltern noch von Fatigue-Symptomen bei ihren Kindern (79 %). Über alle Symptombereiche hinweg lag die mittlere Dauer der Beeinträchtigungen bei 8 Monaten nach der SARS-CoV-2-Infektion. Die Ergebnisse zeigten sich nicht signifikant durch das Alter, das Geschlecht oder durch komorbide Erkrankungen bei den Kindern beeinflusst (Buonsenso et al., 2022).

Das Risiko eines Chronischen Fatigue-Syndroms (CFS) für Kinder nach COVID-19-Erkrankung in Deutschland erscheint nach ersten Erkenntnissen eher gering – weitere Studien sind unbedingt notwendig

Ob bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Long COVID in gleichem Ausmaß wie bei Erwachsenen Fatigue-Symptome oder gar ein CFS-Syndrom auftreten, ist noch nicht abschließend geklärt. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse sind hier uneinheitlich und es ist weiter zu beachten, dass auch der Untersuchungszeitpunkt Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben kann. Tendenziell scheinen auch bei Kindern und Jugendlichen Studien aus der frühen Pandemiephase das Vorkommen von Long COVID und CFS zu unterschätzen.

Das Long-COVID-Risiko kann sich bei verschiedenen Virus-Varianten unterscheiden

Die hier berichteten Studienergebnisse beziehen sich alle noch auf die Pandemiewellen mit vorherrschenden Virusvarianten bis zur Delta-Virusvariante. Es liegen noch kaum Daten zu Long COVID bei Kindern mit der Omikron-Variante vor. Es gibt erste Hinweise, dass das Long-COVID-Risiko bei der Omikron-Variante niedriger ist. Antonelli et al. (2022) konnten in England für Erwachsene nach einer Infektion mit der Omikron-Variante ein nur halb so großes Long-COVID-Risiko im Vergleich zur Delta-Variante feststellen. Speziell für Kinder und Jugendliche liegen noch keine getrennten Ergebnisse zur Omikron-Variante vor. Es bleibt jedoch zu beachten, dass die Omikron-Variante ansteckender ist, so dass in absoluten Zahlen bei Omikron trotzdem mehr Long-COVID-Fälle auftreten können.

Die Genesungsprognose von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen ist eher günstig

Kinder und Jugendliche scheinen sich von Long COVID schneller zu erholen als Erwachsene. Sie können dennoch über längere Zeiträume, teilweise monatelang, eingeschränkt sein. Der Anteil der Long-COVID-Betroffenen sank in der Untersuchung von Vilser (2022) mit jeder vergangenen Woche, was ebenfalls für eine gute Prognose bei den Beeinträchtigungen sprechen kann.

2.3 Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf psychisch vorerkrankte Menschen

Es wurde bereits auf die besondere Vulnerabilität psychisch erkrankter Menschen bei der Verarbeitung der Belastungen durch die COVID-19-Pandemie eingegangen (Kap 1.5). Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Folgen eine COVID-19-Erkrankung für psychisch vorerkrankte Menschen haben kann. In der aktuellen Forschungsliteratur wird eine wechselseitige Beziehung von psychischen Erkrankungen und COVID-19-Erkrankungen untersucht. Beschrieben wurde in den vorangegangenen Abschnitten bereits das erhöhte Risiko, psychische Ersterkrankungen nach einer COVID-19-Erkrankung zu entwickeln. Internationale Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Long COVID bei psychisch vorerkrankten Menschen häufiger auftritt als bei psychisch gesunden Menschen. Für die akute COVID-19-Erkrankung ist dieser Zusammenhang bislang nicht ausreichend belegt. Für Deutschland liegen bislang nur wenige Studien vor, die zudem keine einheitlichen Ergebnisse erbringen (Deutscher Bundestag, 2021b).

Studienergebnisse aus Deutschland

Vorbestehende psychische Erkrankungen sind ein Risikofaktor für die Entwicklung von Long COVID, speziell von psychischen Langzeitsymptomen

Neben somatischen Vorerkrankungen wie Adipositas und Rückenschmerzen werden in der Literatur auch vorbestehende psychische Erkrankungen als Risikofaktor für das Auftreten von Long-COVID-Symptomen aufgeführt. Dieser Zusammenhang zeigt sich u. a. für Anpassungsstörungen (Zi, 2022).

In einer prospektiven Kohortenstudie von Fleischer et al. (2022) in Deutschland wiesen Patienten mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen ein 3,5-fach erhöhtes Risiko auf, von psychischen Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung betroffen zu sein. Ihr Risko für Fatigue-Symptome war 2,4-fach, das für Konzentrationsschwierigkeiten 2,6-fach erhöht.

In der bereits aufgeführten Studie von Förster et al. (2022) korrelierte nicht nur das Gesamtmaß an Komorbidität, sondern auch eine vorbestehende Depression signifikant mit einem höheren Risiko für Post-COVID. Weitere Risikofaktoren für Post-COVID waren weibliches Geschlecht und der Schweregrad der Akutphase von COVID-19.

Internationale Studienergebnisse

In einer italienischen Studie weisen psychisch vorerkrankte Menschen ein 3,3-faches Risiko für eine chronische PTBS auf (definiert als beginnend nach 3 oder 6 Monaten nach Hospitalisierung und noch bestehender Symptomatik 12 Monate nach Hospitalisierung; Serra et al., 2022).

In China erlebten Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine COVID-19-Erkrankung häufig eine Verschlechterung ihrer Symptomatik oder ein Rezidiv der psychischen Erkrankung

Psychisch erkrankte Menschen sind besonders betroffen von Sorgen, Ängsten und seelischem Stress in Bezug auf die COVID-19-Pandemie. Das Risiko einer Verstärkung der bestehenden psychischen Symptomatik durch zusätzliche Erkrankungen liegt nahe. COVID-19-Patienten mit vorbestehender psychischer Diagnose berichteten in der ersten Pandemiewelle in China zu 20,9 % eine Verschlechterung der psychischen Symptomatik während der Infektion (Zhou et al., 2020). In einer internationalen Stichprobe, die auch Patienten mit psychischer Vorerkrankung enthielt, war das Risiko für einen Rückfall oder eine Erstdiagnose einer neuen psychischen Erkrankung ebenfalls durch eine COVID-19-Erkrankung erhöht: Bei 18,1 % der Patienten mit COVID-19-Erkrankung wurde in diesem Zeitraum eine psychische Diagnose gestellt, darunter bei 5,8 % erstmals (Taquet et al., 2021b).

Ob psychisch vorerkrankte Menschen häufiger an COVID-19 erkranken, ist weiterhin ungeklärt

In der Literatur wird die Frage nach dem Zusammenhang psychischer Vorerkrankungen und dem Risiko einer akuten COVID-19-Erkrankung bislang nicht ausreichend geklärt. Es gibt Hinweise darauf, dass psychisch erkrankte Menschen nicht nur besonders unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie leiden, sondern verglichen mit der Allgemeinbevölkerung auch häufiger von SARS-CoV-2-Infektionen betroffen sind. Das Vorliegen einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in den vorangegangenen 12 Monaten ging z. B. in der bereits aufgeführten Studie von Taquet et al. (2022) unabhängig von somatischen Risikofaktoren mit einer um 65 % erhöhten Inzidenz von COVID-19-Erkrankungen einher. In einer früheren Studie aus Südkorea wurde wiederum kein Zusammenhang zwischen psychischer Vorerkrankung und der Wahrscheinlichkeit für eine COVID-19-Erkrankung gefunden (Lee et al., 2020). Allerdings unterschieden sich auch deutlich die Schutzmaßnahmen im Pandemiegeschehen zwischen den Ländern, was einen Vergleich zusätzlich erschwert.

Bei der Interpretation dieser Befunde müssen immer potentiell konfundierende Variablen betrachtet werden (z. B. sozioökonomische Faktoren, somatische Vorerkrankungen, Ethnie). In den beiden o. g. Studien sind diese Faktoren kontrolliert.

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang von vorbestehender schwerer psychischer Erkrankung und häufigerer COVID-19-Erkrankung

In Veröffentlichungen zum ersten Pandemiejahr 2020 fanden sich Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für eine COVID-19-Erkrankung bei schwer psychisch kranken Menschen (z. B. Shinn & Viron, 2020; Yao et al., 2020). Eine US-Studie befasst sich mit einer sehr speziellen Stichprobe inhaftierter Patienten (Wang et al., 2020). Mittels einer Analyse elektronischer Patientenakten wiesen Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung bei statistischer Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren gegenüber der Allgemeinbevölkerung generell eine doppelt so hohe Rate von COVID-19-Diagnosen auf. Bei vorliegenden Depressionen und Schizophrenie war das COVID-19-Risiko sogar siebenfach erhöht, bei bipolaren Störungen und ADHS sechsfach. Mit 8,5 % war die Sterberate bei einer SARS-CoV-2-Infektion mit einer in den vorangehenden 12 Monaten diagnostizierten psychischen Erkrankung deutlich höher als die von COVID-19-Erkrankten ohne psychische Vorerkrankung (4,7 %); auch die Hospitalisierungsrate der psychisch Erkrankten war insgesamt höher (27,4 % vs. 18,6 % bei psychisch Gesunden). An dieser Studie wurde kritisiert, dass möglicherweise gehäuft psychisch Kranke gemeldet worden waren, da sich diese bereits in Gesundheitsversorgung befanden, und dies für eine Verzerrung der realen Verhältnisse gesorgt haben könnte.

Long COVID scheint bei psychisch vorerkrankten Menschen häufiger aufzutreten als bei Menschen ohne psychische Vorerkrankung.

Für in den USA tätige weibliche Pflegekräfte wurde bei vorbestehender psychischer Beeinträchtigung ein um 30 bis 50 % erhöhtes Risiko für Long COVID festgestellt

Frauen mit mindestens einer der genannten vorbestehenden Erkrankungen oder psychischen Beeinträchtigungen wie Depression, Angststörung, hoher wahrgenommener Stressbelastung, Einsamkeitsgefühlen oder ausgeprägter Sorgen bezüglich einer COVID-19-Erkrankung hatten in einer großen prospektiven Beobachtungsstudie in den USA ein um den Faktor 1,3-1,5 erhöhtes Risiko, nach einer SARS-CoV-2-Infektion später an Long COVID zu erkranken (Wang et al., 2022). Die auftretenden Long-COVID-Symptome waren meist Müdigkeit, Geruchs- und Geschmacksprobleme, Kurzatmigkeit, Verwirrtheit/Brain Fog und Gedächtnisstörungen, wodurch sich die Patientinnen deutlich im täglichen Leben eingeschränkt fühlten. Vorbestehende depressive Störungen erhöhten das Long-COVID-Risiko um den Faktor 1,32. Neben Long COVID traten bei diesen wie beschrieben vorerkrankten bzw. vorbelasteten Frauen während der akuten COVID-19-Erkrankung auch häufiger erhöhter Stress (1,46), Angststörungen (1,42) und empfundene Einsamkeit (1,32) auf.[91] Einschränkend muss gesagt werden, dass vorrangig im Pflegebereich tätige Frauen untersucht wurden, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar sind.

[91] Persönliche/soziodemographische Faktoren, Tabakrauchen, Body-Mass-Index und somatische Begleiterkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Asthma und Krebs wurden bei den Berechnungen berücksichtigt.

Auch eine geringe persönliche Resilienz und geringe psychosoziale Belastbarkeit wurden neben schweren Erkrankungssymptomen in der Akutphase der COVID-19-Erkrankung als Risikofaktoren für das Auftreten von Long COVID identifiziert (Bahmer et al., 2022).[92] In dieser deutschen Studie COVIDOM wurde erstmals ein auf 12 Langzeit-Symptomkomplexen basierender Schweregrad für das Post-COVID-Syndrom (PCS) entwickelt (s. Tab. 16).

Tabelle 16: Schweregrade des Post-COVID-Syndroms (PCS)

PCS-Score	Schweregrad
<= 10,75	Kein PCS/mildes PCS
>10,75 bis <=26,25	Mittelgradiges PCS
>26,25	Schweres PCS

Anmerkungen: Quelle: Bahmer et al. (2022).

Mithilfe des praxis- und forschungsrelevanten Klassifikationssystems kann das vielfältige und komplexe Langzeitgeschehen nach einer SARS-CoV-2-Infektion erstmals in ein einheitliches Schema eingeordnet werden. Die Einstufung erfolgt anhand eines Scores, der auf 12 Fragen zu unterschiedlichen Symptombereichen[93] beruht. Die Fragen wurden den Probanden in der Studie von Bahmer et al. (2022) nach der Akutphase ihrer Infektion gestellt. Als Ziel wird genannt, dass es anhand eines einheitlichen Scores einfacher sei, die Notwendigkeit einer fachärztlichen Weiterbehandlung abzuschätzen. Bislang sei die Abklärung der Post-COVID-Beschwerden sehr langwierig und zeitintensiv.

Studienergebnisse liefern für psychisch vorerkrankte Menschen Hinweise auf ein höheres Risiko für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe und auf ein höheres Sterberisiko bei COVID-19

Toubasi et al. (2021) ermittelten in einer internationalen Meta-Analyse eine um 76 % erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe und eine erhöhte COVID-19-Mortalität bei psychisch vorerkrankten COVID-19-Patienten im Vergleich zu Patienten ohne psychische Vorerkrankung. Bei einer Beschränkung auf methodisch besonders hochwertige Studien ergibt sich immer noch eine um 52 % erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere Verläufe und eine erhöhte Mortalität.

Ein Review von Thomas et al. (2022) über 15 internationale Studien untersuchte den Einfluss psychischer Vorerkrankungen auf die SARS-CoV-2-Infektion in Bezug auf Schwere der Erkrankung und Mortalität. Ermittelt wurde ein doppelt so hohes Mortalitätsrisiko für Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung oder neurokognitiver Störung im Vergleich zu Menschen ohne diese Vorerkrankungen (Odds Ratio OR: 2,18)[94]. Für Menschen mit vorbestehender Schizophrenie wurde ein noch höheres Mortalitätsrisiko festgestellt (OR: 2,55). Menschen mit vorbestehender Demenz wiesen ein fast vierfach erhöhtes Mortalitätsrisiko (an COVID-19 zu versterben) nach SARS-CoV-2-Infektion auf (OR: 3,38). Trotz der erhöhten Mortalität unterschieden sich in diesem Review nicht die Schweregrade des akuten COVID-19-Krankheitsverlaufes von COVID-19-Patienten mit schwerer psychischer Vorerkrankung und nicht psychisch vorbelasteten COVID-19-Patienten.

Ein weiteres Review (De Hert, 2022) ermittelte ebenfalls ein signifikant erhöhtes Sterberisiko bei einer COVID-19-Erkrankung für Patienten mit schwerer psychischer Vorerkrankung im Vergleich zu nicht psychisch Vorerkrankten. Jedoch wird hier eine hohe Variabilität der in den einbezogenen Studien ermittelten Mortalitätsraten festgestellt.

In einer französischen Studie lag die Sterberate von Schizophrenieerkrankten mit COVID-19 im Vergleich zu allen COVID-19-Erkrankten um 30 % höher (Fond et al., 2020). Eine US-Kohortenstudie stellte ein 2,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko[95] bei Menschen mit Schizophrenie fest. Für Patienten mit Angststörungen oder Depressionen ergab sich hier kein erhöhtes Sterberisiko (Nemani et al., 2021). Demographische Faktoren und somatische Begleiterkrankungen waren in beiden Studien berücksichtigt. Als Ursachen für die erhöhte Mortalität werden in den Studien mögliche konfundierte Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas

[92] Hier handelt es sich um eine populationsbasierte Kohortenstudie, in der SARS-CoV-2-Infizierte zwischen November 2020 und September 2021 aus mehreren deutschen Städten rekrutiert wurden. Die SARS-CoV-2-Infektion der Patienten musste zum Untersuchungszeitraum mindestens 6 Monate zurückliegen.

[93] Bei den 12 Symptombereichen handelt es sich um: Chemosensorische Defizite, Fatigue, Belastungsintoleranz, Gelenk- oder Muskelschmerzen, HNO-Beschwerden, Husten, Brustschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, neurologische Beschwerden, dermatologische Beschwerden, Infektionsanzeichen und Schlafstörungen.

[94] Odds Ratio: statistische Maßzahl, die ein „Chancenverhältnis" beschreibt. Dieses ist ein Maß dafür, um wie viel größer die Wahrscheinlichkeit in der Gruppe mit Risikofaktor (z. B. Arbeitslosigkeit) ist zu erkranken, verglichen mit der Wahrscheinlichkeit in der Gruppe ohne Risikofaktor. Ist die Maßzahl größer als 1, kann man davon ausgehen, dass es einen Zusammenhang zwischen 2 Merkmalen gibt. Beispiel: Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung.

[95] Der Beobachtungszeitraum für die Mortalität wurde auf 45 Tage festgelegt. Damit hatten die meisten Teilnehmer in der Studie einen primären Studienendpunkt erreicht.

oder Diabetes bei jungen Psychosepatienten und zu späte Einweisungen von älteren, oft institutionalisierten Psychosepatienten ins Krankenhaus diskutiert. Auch biologische Faktoren in Zusammenhang mit der Schizophrenieerkrankung (z. B. geringere T-Zell-vermittelte Immunantwort bei Schizophreniepatienten) bzw. deren Behandlungsnebenwirkungen könnten einen Einfluss haben (Nemani et al., 2021).

Es gibt verschiedene Theorien zu einem erhöhten COVID-19-Erkrankungsrisiko und schweren COVID-Krankheitsverläufen bei psychisch vorerkrankten Menschen

Es werden eine Vielzahl von Erklärungen für ein mögliches, unabhängig von körperlichen Vorerkrankungen bestehendes höheres COVID-19-Erkrankungsrisiko bei psychisch vorerkrankten Menschen diskutiert. Dazu gehören kognitive (z. B. Aufnahme und Verarbeitung relevanter Gesundheitsinformation, mangelnde Compliance) und soziale Benachteiligungen (z. B. Wohnsituation, Zugang zum Versorgungssystem, Stigmatisierung) v. a. bei schwer psychisch erkrankten Menschen (Shinn & Viron, 2020; Yao et al., 2020). Für alle psychischen Erkrankungen wird in der Literatur auch auf die psychoneuroimmunologischen Zusammenhänge verwiesen. Chronische psychische Belastung schwächt die Immunabwehr, wodurch eine höhere Anfälligkeit für Virusinfekte und schwerere Krankheitsverläufe entstehen kann (Schulz & Gold, 2006).

3. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen

In den Kapiteln 1 und 2 wurde der durch die COVID-19-Pandemie entstandene Zuwachs an psychischen Beschwerden und Erkrankungen in der Bevölkerung generell und bei Menschen während oder nach einer COVID-19-Erkrankung dargestellt. Die behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen stellen das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen im ambulanten und stationären Bereich. Angesichts der schon bisher angespannten Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie und der Tatsache, dass keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung stehen, waren Versorgungsengpässe vorauszusehen. Diese bilden sich in einigen empirischen Befunden ab, welche der Auffassung der Bundesregierung widersprechen, dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der Pandemie ausreichend sichergestellt sei (Bundesregierung, 2021).

Im Folgenden werden Studien- und Umfrageergebnisse zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen seit 2019 und im Verlauf der COVID-19-Pandemie für den Bereich der ambulanten Psychotherapie (Kap. 3.1) und für den stationären Sektor (Kap. 3.2) dargestellt.

3.1 Ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der COVID-19-Pandemie

Während der COVID-19-Pandemie ist die Nachfrage und der Bedarf an professioneller Unterstützung im Bereich Psychotherapie aufgrund angestiegener psychischer Belastungen noch einmal deutlich gewachsen. Gleichzeitig führten die Corona-Maßnahmen zu Einschnitten in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, die schon vor der Pandemie in vielen Regionen angespannt war. Die in Kap. 3.1 aufgeführten Umfrage- und Studienergebnisse weisen darauf hin, dass der gestiegene Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung die bestehenden ambulanten Versorgungsangebote übersteigt. Es bedarf tatkräftiger Konzepte, um der erhöhten Nachfrage mit qualifizierten Angeboten zu begegnen.

Bis 2030 wird eine Steigerung der Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung um 23 % erwartet

Vom Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi) wurde am 9.2.2023 eine Projektion zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung bis 2030 vorgestellt. Darin wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerung die psychotherapeutische Versorgung weiterhin stark in Anspruch nehmen wird. Eine besonders starke Beanspruchung wird in der Zukunft für die Städte vorausgesagt. Auf Basis der Bevölkerungsprognose und der Entwicklung der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2019 wird für den Bereich der Psychotherapie ein Nachfrageanstieg[96] bis 2030 von 23 % projiziert. Dieser Anstieg in der Psychotherapie fällt höher aus als in allen anderen Fachbereichen der medizinischen Versorgung. Aufgrund der Veränderung der Alterspyramide in der deutschen Bevölkerung könnte man theoretisch für die Psychotherapie Fallrückgänge erwarten, wenn man davon ausgeht, dass diejenigen Personen, die am meisten Psychotherapie in Anspruch nehmen, zukünftig einen geringeren Anteil der Bevölkerung ausmachen. Die Autoren beschreiben jedoch, dass sich die Inanspruchnahme der Alterskohorten verändert habe. Seit 2011 sei der Anteil der gesetzlich Versicherten, die eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen haben, von 2,5 % auf über 3,7 % im Jahr 2021 gestiegen. 2021 seien über 2,7 Mio. Menschen in Deutschland in psychotherapeutischer Behandlung gewesen (Zi, 2023).

Patientenanfragen und Wartezeiten

Umfrageergebnisse zeigen für 2021 und 2022 eine um 40 % erhöhte Zahl an Patientenanfragen nach ambulanter Psychotherapie

Umfrageergebnisse der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) in verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie geben Hinweise auf die Entwicklung des Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung. Im Januar und Februar 2021 wurden Verbandsmitglieder nach der Zahl der Patientenanfragen in ihrer psychotherapeutischen Praxis befragt. Die 4.693 teilnehmenden Psychotherapeuten berichteten, dass die Anfragen im Vergleich zum Januar 2020 um 41 % zugenommen hätten (von durchschnittlich 4,9 auf 6,9 pro Woche). Nur ein Viertel dieser anfragenden Patienten konnte aus Kapazitätsgründen überhaupt einen Termin für ein erstes Gespräch in der Praxis erhalten. Die Hälfte der anfragenden Patienten wartete zu Beginn 2021 länger als einen Monat auf ein Erstgespräch (s. Abb. 11a). 38 % der Anfragenden mussten länger als 6 Monate auf einen darauffolgenden Platz für eine psychotherapeutische Richtlinienbehandlung warten (s. Abb. 12a). 30 % erhielten einen Behandlungsplatz innerhalb von 6 Monaten, und 10 % erhielten schon innerhalb von 4 Wochen einen Behandlungsplatz für Richtlinienbehandlung. Eine Analyse der Gruppe der an der Umfrage beteiligten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigt, dass diese Behandlergruppe Anfang 2021 sogar von einem Zuwachs der Patientenanfragen von 60 % berichtete (DPtV, 2021).

Durch die COVID-19-Pandemie wird die Wartezeitenproblematik in der Psychotherapie verschärft

[96] Die Projektion der zukünftigen Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung („relativer Beanspruchungsindex") wird vom Zi auf Basis von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus 2019, einer Bevölkerungsprognose und der bisherigen Entwicklung der Inanspruchnahme von 2011 bis 2019 bis zum Jahr 2030 erstellt. Dieser Index wird für die Fachgruppen und regional differenziert bestimmt und gibt an, um wieviel Prozent die Beanspruchung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2030 voraussichtlich von der im Basisjahr 2019 abweicht.

Eine Wiederholung derselben Umfrage im Juni 2022 zeigte, dass die im Vergleich zur vorpandemischen Zeit deutlich erhöhte Nachfrage nach ambulanter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung auch im Jahr 2022 unvermindert anhielt. Die Zahl der Patientenanfragen lag auch im dritten Pandemiejahr weiterhin um ca. 40 % höher als vor der Pandemie. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch lag 2022 unverändert für gut die Hälfte (51 %) der Anfragenden bei mehr als 4 Wochen (s. Abb. 11b). Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung haben sich jedoch von 2021 auf 2022 noch einmal erhöht. Im Juni 2022 mussten 47 % der Anfragenden mehr als 6 Monate auf einen Platz für Richtlinienbehandlung warten, 8,4 % erhielten einen Platz innerhalb eines Monats (s. Abb. 12b). Gesonderte Auswertungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigen für diese Behandler einen Zuwachs der Patientenanfragen um 48 % (DPtV, 2022).

Im Frühjahr 2021 berichteten einige Krankenkassen (TK, BARMER, AOK) über einen nur sehr geringen Anstieg an Psychotherapieanträgen (bis zu max. 6 %) während der COVID-19-Pandemie (Apel, 2021). Hierbei handelt es sich allerdings nur um Anträge auf Richtlinientherapie, nicht um die niedrigschwelligen Angebote der psychotherapeutischen Sprechstunden oder der psychotherapeutischen Akutbehandlungen. Die reale Nachfrage nach Psychotherapie lässt sich daher und auch aufgrund der durch die Bedarfsplanung begrenzten und ausgeschöpften Kapazitäten nicht über die bei Krankenkassen eingehenden Anträge abbilden.

Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

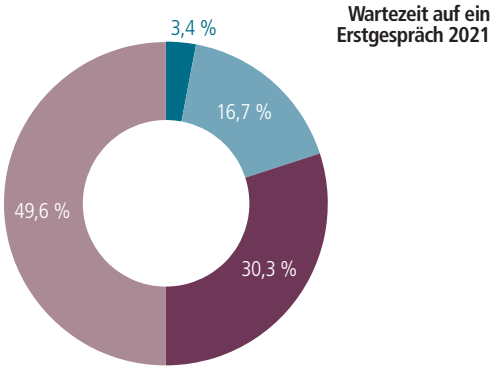


Abbildung 11a: Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde (Erstgespräch) im Januar 2021 (Dauer seit Anfrage in der Praxis). Quelle: DPtV (2021).

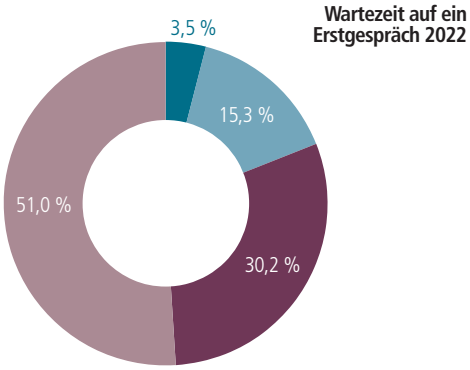


Abbildung 11b: Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde (Erstgespräch) im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis). Quelle: DPtV (2022).

Innerhalb von 1 Woche
Innerhalb von 2 Wochen
Innerhalb von 1 Monat
Länger als 1 Monat

Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn

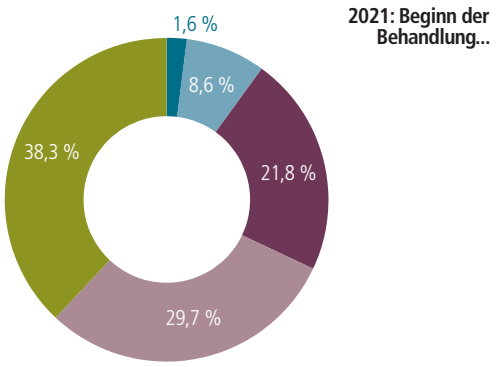


Abbildung 12a: Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn im Januar 2021 (Dauer seit Anfrage in der Praxis). Quelle: DPtV (2021).

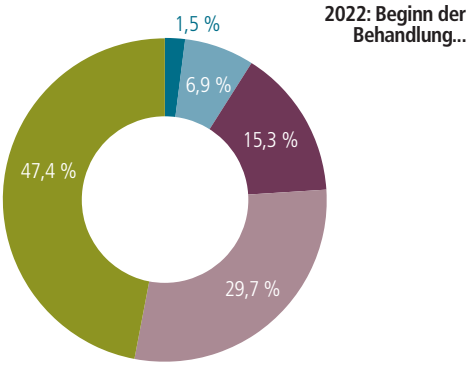


Abbildung 12b: Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis). Quelle: DPtV (2022).

Innerhalb von 1 Woche
Innerhalb von 1 Monat
Innerhalb von 3 Monaten
Innerhalb von 6 Monaten
Nach mehr als 6 Monaten

Die letzte, vor der COVID-19-Pandemie festgestellte durchschnittliche Wartezeit vom Erstgespräch bis zum Beginn der Psychotherapie lag im Jahr 2019 nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bei 142,4 Tagen, also etwa 20 Wochen. Diese Daten basieren auf Abrechnungsdaten der KBV zu allen GKV-Versicherten, die im 1. Quartal 2019 ihr Erstgespräch geführt haben.[97] 40 % dieser Patienten haben ihre Psychotherapie im Herbst 2019 begonnen, mehr als 10 % erst nach einem Jahr. Nur in 18,6 % der Fälle hatten Patienten nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde noch im gleichen Quartal die psychotherapeutische Behandlung begonnen. In 40,9 % der Fälle wurde die Behandlung im zweiten Quartal, in 18,4 % im dritten Quartal begonnen (BPtK, 2022).

Es liegen auch einige aktuelle regionale Befunde zu Wartezeiten in der Psychotherapie vor. Eine Analyse[98] der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) auf Basis ambulanter Abrechnungsdaten ergibt für Patienten, die 2021 eine Psychotherapie begonnen haben, eine durchschnittliche Wartezeit von 13,9 Wochen bzw. 97 Tagen (Median) zwischen dem Erstkontakt in der psychotherapeutischen Sprechstunde bis zum Beginn der Psychotherapie in Bayern. Besonders Kinder und ältere Menschen warten überdurchschnittlich lange auf einen Therapieplatz. Außerdem treten regionale Unterschiede auf, und das bekannte Stadt-Land-Gefälle wird erneut nachgewiesen. Für einzelne Landkreise der Oberpfalz ergibt sich sogar eine Wartezeit von mehr als 130 Tagen (KVB, 2023).

Bei der Analyse von Wartezeiten ist immer zu beachten, ob diese Zeiten gänzlich ohne Therapeutenkontakt verbracht werden oder bereits Vorbereitungen für die psychotherapeutische Behandlung beinhalten. Im Fall der Analyse der KVB liegen in der Wartezeit bereits durchschnittlich 6 Termine mit dem Psychotherapeuten, die als psychotherapeutische Sprechstunden oder Probatorische Sitzungen stattfinden und in denen die Psychotherapie durch eine ausführliche Diagnostik und Indikationsstellung vorbereitet wird. Eine aktuelle bundesweite Analyse von Abrechnungsdaten[99] der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) weist nach, dass vor Beginn einer Richtlinienbehandlung durchschnittlich sechs Einheiten psychotherapeutischer Sprechstunden und drei probatorische Sitzungen stattfinden. Während der Wartezeit auf die Behandlung findet also eine umfangreiche diagnostische Abklärung und Indikationsstellung statt; die Patienten werden während der Wartezeit auf die Richtlinienbehandlung also durchaus vom Psychotherapeuten begleitet (Böker & Hentschel, 2023).

In einer Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hamburg unter den KJP berichteten im Mai 2022 86 % der Befragten von einer erhöhten Nachfrage nach Psychotherapie. Im Durchschnitt wurde eine Zunahme der Anfragen um 43 % angegeben. Nach Angaben der befragten Psychotherapeuten hat sich die Wartezeit auf eine Behandlung im Durchschnitt um 17 Wochen verlängert (PTK Hamburg, 2022).

Einem Fünftel der Menschen in einer akuten depressiven Phase konnte während der Pandemie kein Behandlungstermin gegeben werden

In der gleichen Studie bilden sich die Versorgungsdefizite während der Pandemie ab. 22 % der befragten Patienten in einer depressiven Phase berichteten den Ausfall von Facharztterminen im letzten halben Jahr, 18 % den Ausfall von Terminen beim Psychotherapeuten. Weitere 21 % gaben an, aus Angst vor Ansteckung Termine selbst abgesagt zu haben, und 22 % berichteten, keinen Behandlungstermin zu bekommen (Deutsche Depressionshilfe, 2021a).

Für den WIdO-Monitor wurde im Sommer 2021 eine bevölkerungsrepräsentative Online-Befragung zum Erleben der ambulanten medizinischen Versorgung in der COVID-19-Pandemie durchgeführt. Die 5.000 Befragten sollten die bis dahin gemachten Erfahrungen der ersten 17 Monate Pandemiezeit in ihre Beurteilung einfließen lassen. 26 % der Befragten hatten bis zu diesem Zeitpunkt in ihrer psychotherapeutischen Behandlung Terminabsagen oder-verschiebungen erlebt. Der Durchschnitt über alle Fachbereiche hinweg lag bei 21 % (Zok, 2021).

Konkrete Fallzahlen

Die Zi-Trendreports des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland geben Aufschluss über die Entwicklung der Fallzahlen in allen ärztlichen Fachbereichen und in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland über die COVID-19-Pandemie hinweg. Analysiert werden dafür seit 2020 regelmäßig die Abrechnungsdaten auf die Frage hin, wie sich Fallzahlen und Anzahl abrechnender Ärzte sowie die Häufigkeiten bestimmter Leistungskategorien verändern.[100]

Nach dem Beginn der Pandemie 2020 sind die persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte teils stark zurückgegangen. Über alle Fachgruppen hinweg gab es hier im April 2020 ein Minus von 24 % (Zi, 2021). Für die psychotherapeutischen Behandlungen durch Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten zeigte

[97] Es handelte sich um 300.000 Versicherte. Diese hatten in der Psychotherapeutischen Sprechstunde die Diagnose einer psychischen Erkrankung erhalten.

[98] In die Analyse wurden 68.898 Patienten einbezogen, die im Jahr 2021 eine Psychotherapie in Bayern begonnen haben.

[99] Datengrundlage sind die bundesweiten ambulanten, kollektivvertraglichen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2016 bis zum 4. Quartal 2021.

[100] Für den aktuellen Trendreport wurden dem Zi von 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen aggregierte Informationen aus den Abrechnungsdaten des Zeitraumes erstes Quartal 2019 bis zweites Quartal 2022 übermittelt.

sich 2020 im Zi-Trendreport ein Rückgang in der Gruppentherapie von 2 %. In der Einzeltherapie war nach starken Rückgängen während des Lockdowns am Ende des Jahres ein leichtes Plus von 0,9 % zu verzeichnen. Der weitere Verlauf bis Mitte 2022 wurde vom Zi bereits beschrieben (s. Abb. 13).

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten sind die Gesamtfallzahlen in der ambulanten Versorgung im ersten Halbjahr 2022 gegenüber dem Vergleichszeitraum 2019 deutlich gestiegen. Die Fallzuwächse fielen mit 9,4 % im ersten und 9,5 % im zweiten Quartal 2022 weit überdurchschnittlich aus (Mangiapane et al., 2022). Zuvor war die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 insgesamt gesunken; 2021 hatte die Zahl der Fälle wieder stark zugenommen (Mangiapane et al., 2021). Die Verläufe in den Fallstatistiken spiegeln die verschiedenen Pandemiewellen und die Einflüsse der Lockdowns zu den jeweiligen Zeitpunkten wider. Gerade die stärkere Abnahme von Fallzahlen in der Gruppentherapie (s. u.) lässt sich durch die Kontaktbeschränkungen erklären. Zudem konnten – anders als in der Einzeltherapie – die Sitzungen in der Gruppentherapie bis zum Oktober 2021 nicht per Video durchgeführt werden, und auch danach waren die technischen Voraussetzungen schwierig umzusetzen (Funktionieren der Videodienstanbieter).

Im Jahr 2020 haben die Fallzahlen insgesamt im Vergleich zum Vorjahr in der Gruppenpsychotherapie abgenommen, im Jahr 2021 haben Einzeltherapien um 4,6 % und Gruppentherapien um 9,2 % verglichen mit 2019 zugenommen

Im ersten Halbjahr von 2022 setzte sich der Fallzuwachs fort mit 6,2 % Zuwachs bei den Einzeltherapien und 38,5 % bei den Gruppentherapien im Vergleich zu 2019

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist zu beachten, dass Videositzungen schwieriger durchzuführen sind als in der Erwachsenenpsychotherapie, was die besonders hohe Nachfrage und Fallzahl gerade in der KJP-Therapie im Juni 2020 nach Aufhebung der ersten Kontaktbeschränkungen erklären kann.[101] Genauere Ergebnisse liegen uns hierzu derzeit nicht vor.

Über den Verlauf der Pandemie hinweg haben sich Einzel- und Gruppentherapien unterschiedlich stark entwickelt.

2020 Einzeltherapie:

Die Fallzahlen bei Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten bleiben im Jahr 2020 in der Summe in der Einzeltherapie in etwa stabil gegenüber 2019. Jedoch zeigen sich starke Schwankungen in Form deutlicher Rückläufe im ersten Halbjahr und einer Zunahme der Fallzahlen im zweiten Halbjahr. Der stärkste Rückgang zeigte sich im April (-8,6 %) und Mai (-5,7 %); ab Juni (+4,6 %) nahmen die Fallzahlen dann wieder zu. Insgesamt lagen die Fallzahlen des Jahres 2020 in der Einzeltherapie am Ende geringfügig höher als 2019 (Mangiapane et al., 2021). Es ist davon auszugehen, dass die Fallzahlentwicklung zu Beginn der Pandemie neben den Schwankungen auf Grund von jeweils aktuellen Inzidenzen auch die sukzessive Umstellung auf psychotherapeutische Videositzungen widerspiegelt.

2020 Gruppentherapie:

Hier bleiben die Fallzahlen 2020 in der Summe insgesamt 2 % unter dem Vorjahresniveau. Im Frühjahr 2020 (April -59,3 %) brachen die Fallzahlen in der Gruppentherapie deutlich stärker ein als in der Einzeltherapie, ab Juli lagen sie dann wieder in etwa auf dem Niveau von 2019. Im vierten Quartal 2020 spiegelt sich der Beginn der erneuten Kontaktbeschränkungen in einem erneuten Rückgang der Fallzahlen in der Gruppentherapie (-9,9 % im November und -13 % im Dezember).

2021 Einzeltherapie:

Im ersten Halbjahr 2021 lagen die Fallzahlen – anders als die Fallzahlen in allen anderen Arztgruppen – in den Einzeltherapien in allen Monaten über den Fallzahlen aus 2019 (mindestens +1,2 % höchstens +11 %; im Durchschnitt +4,9 %). Im zweiten Halbjahr 2021 sind die Fallzahlen gegenüber 2019 ebenfalls angestiegen (zwischen +0,9 % und +4,8 %). Insgesamt übersteigen die gesamten Fallzahlen 2021 die Jahreswerte aus 2019.

2021 Gruppentherapie:

Die Fallzahlen für die Gruppentherapie sanken im ersten Halbjahr 2021 im Vergleich zu 2019 (zwischen -6,6 % und -11,1 %) und stiegen danach bis zum Niveau von 2019 an. Im Juni 2021 lag der Zuwachs bei +16,8 %. Im zweiten Halbjahr 2021 stiegen die Zuwächse in der Gruppentherapie gegenüber 2019 noch stärker (zwischen +14,4 % und +21,5 %) und deutlicher als in der Einzeltherapie. Auch in der Gruppentherapie übersteigen die Fallzahlen 2021 die Jahreswerte aus 2019.

2022:

In der bislang aktuellsten Analyse des ersten Halbjahres 2022 sind Gruppentherapien besonders stark nachgefragt (gegenüber 2019 +38,5 Prozent für Q1 2022 und +48,5 Prozent für Q2 2022), wobei hier das niedrige Ausgangsniveau berücksichtigt werden muss. Einzeltherapien sind im ersten Quartal 2022 im Vergleich zu den Zahlen aus 2019 um +6,2 % und im zweiten Quartal um 5,8 % gestiegen.

[101] Möglich hingegen war vom 23.3.2020 bis zum 31.3.2022 im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung aus Einzel -und Gruppentherapie die Umwandlung von Therapieeinheiten der Gruppentherapie im Verhältnis von 100 Minuten Gruppenbehandlung und 50 Minuten Einzelbehandlung (KBV, 2020).

Relative Veränderung der Anzahl an Behandlungsfällen

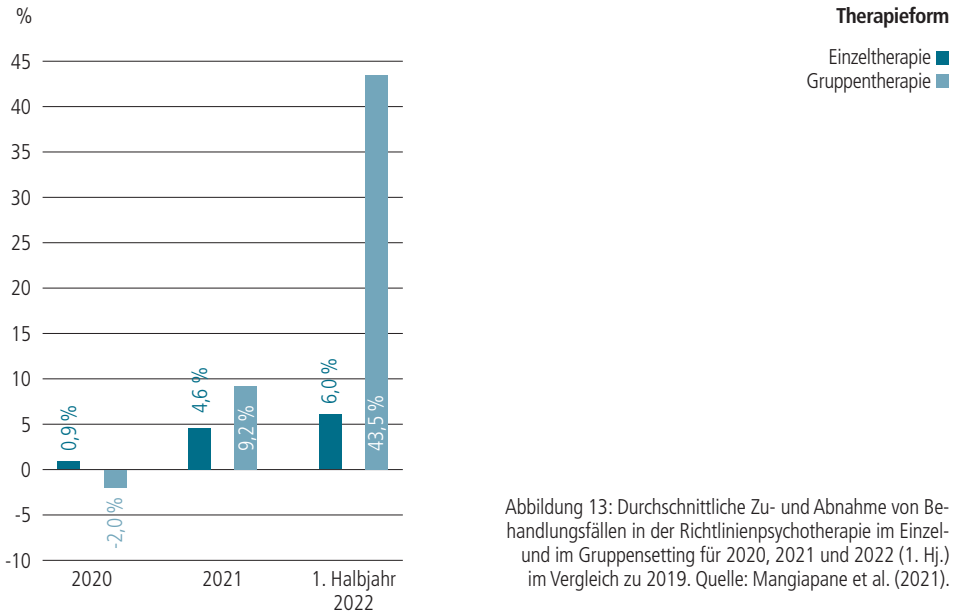


Abbildung 13: Durchschnittliche Zu- und Abnahme von Behandlungsfällen in der Richtlinienpsychotherapie im Einzel- und im Gruppensetting für 2020, 2021 und 2022 (1. Hj.) im Vergleich zu 2019. Quelle: Mangiapane et al. (2021).

Die Steigerungen der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie während und trotz der COVID-19-Therapie wird vom Zi als starkes Zeichen für das hohe Engagement der Niedergelassenen für die Versorgung der Patienten gesehen (Zi, 2022a).

Videositzungen

Für die psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Versicherter wurden im Frühjahr 2020 Sonderregelungen eingeführt. Diese sollten den Patienten die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ermöglichen bzw. erleichtern und den Vertragspsychotherapeuten in der COVID-19-Krise flexiblere Möglichkeiten zur Verfügung stellen. Beispielsweise wurden die Möglichkeiten erweitert, psychotherapeutische Sprechstunden in Form von Videositzungen durchzuführen, und es wurde eine zusätzliche telefonische Gesprächsmöglichkeit eingeführt.

Etwa 3/4 der Psychotherapeuten nutzten während des ersten Lockdowns die Möglichkeit der Videobehandlung

Im April 2020, also während des ersten Lockdowns, berichteten die an einer Umfrage der DPtV teilnehmenden 4.466 Psychotherapeuten im Durchschnitt, dass ihre Praxen im Vergleich zum Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie zu 78 % ausgelastet seien. Mehr als die Hälfte der psychotherapeutischen Praxen waren weiter zwischen 80 % und 100 % ausgelastet (DPtV, 2020). Zu diesem Zeitpunkt nutzten 77 % der Umfrageteilnehmer die Möglichkeit der Videobehandlung, davon fast alle (95 %) erstmalig seit Beginn der COVID-19-Pandemie. Aus dieser Umfrage ergibt sich insgesamt ein flexibler Umgang der Psychotherapeuten mit den Pandemiebedingungen und den zur Verfügung gestellten Maßnahmen. Auch die zeitweilig ermöglichte telefonische psychotherapeutische Unterstützung wurde von der Berufsgruppe in Pandemiezeiten als wichtig erachtet.

Auch Patienten akzeptieren zunehmend psychotherapeutische Videositzungen

Im WIdO-Monitor zeigte sich, dass im Sommer 2021 28,9 % der Psychotherapiepatienten telefonische Gespräche mit ihren Psychotherapeuten geführt hatten (31,7 % in westlichen, 18,3 % in östlichen Bundesländern). 16,3 % hatten Videosprechstunden wahrgenommen (17,3 % in westlichen, 12,5 % in östlichen Bundesländern (Zok, 2021).

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat sich durch die Pandemie verändert. Jeder zweite depressive Patient hat zu Beginn der Pandemie Einschränkungen in seiner Behandlung erlebt

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie ergaben sich im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 starke Versorgungsprobleme für psychisch erkrankte Menschen. In einer repräsentativen Befragung[102] der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wurden im Sommer 2020 in der Bevölkerung Einstellungen und Erfahrungen zur Depression in der Bevölkerung untersucht. 48 % der depressiven Patienten berichteten von ausgefallenen Behandlungsterminen bei Psychotherapeuten oder Fachärzten. Bei 9 % der depressiven Patienten fiel ein geplanter Krankenhausaufenthalt aus (Deutsche Depressionshilfe, 2021a).

[102] Es wurden von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe 5.178 Personen zwischen 18 und 69 Jahren in einem repräsentativen Online-Panel im Juni/Juli 2020 befragt.

In der Sondererhebung[103] des Deutschland-Barometer Depression ergaben sich starke Einschnitte in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Anfang 2021 war bei 18 % der Befragten in einer depressiven Phase ein Termin beim Psychotherapeuten ausgefallen, 22 % berichteten vom Ausfall von Facharztterminen in den letzten 6 Monaten (September 2020 bis Februar 2021). 21 % der depressiv Erkrankten hatten aus Angst vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 selbst Behandlungstermine abgesagt; während des ersten Lockdowns hatten dies nur 13 % berichtet. Auch der Anteil depressiv Erkrankter, die angaben, gar keinen Behandlungstermin zu bekommen, ist von 17 % im ersten Lockdown auf 22 % im Februar 2021 gestiegen (Deutsche Depressionshilfe, 2021).

2021 hat mehr als jeder fünfte depressive Patient keinen Behandlungstermin bekommen

Gleichzeitig zeigte sich bei den befragten Personen eine zunehmende Akzeptanz von Psychotherapeutischen Videositzungen in der Behandlung und eine Zufriedenheit mit diesen Angeboten. Die den Patienten aufgrund der akuten Versorgungsnotlage ermöglichten Videosprechstunden und telefonischen Kontakte wurden von 14 % der depressiven Patienten zu dieser Zeit erstmals genutzt. Die Betroffenen zeigten sich damit sehr zufrieden: 82 % äußerten sich zu den Telefongesprächen positiv, 85 % zu den Videosprechstunden. Insgesamt sahen 55 % der depressiven Patienten auch Online-Selbsthilfe-Programme als hilfreich an, im Jahr 2017 hatten dies nur 40 % geäußert (Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Etwa jeder siebte depressive Patient hat zu Beginn der Pandemie erstmals Videositzungen beim Psychotherapeuten ausprobiert

Kinder und Jugendliche

Die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung hat sich insgesamt während der COVID-19-Pandemie verändert. Gerade während der bundesweiten Lockdowns und den kontaktbeschränkenden Schutzmaßnahmen scheint sich auch die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Kinder und Jugendliche verändert zu haben.

Eine im Mai bis Juli 2021 durchgeführte Umfrage unter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten[104] (KJP) ergibt bei gleichzeitiger pandemieassoziierter Symptomverschlechterung bei 50 % der jungen Patienten beinahe eine Verdopplung der Wartezeiten. Die teilnehmenden KJP berichteten, dass Patienten bei ihnen im Sommer 2021 deutlich länger auf ein Erstgespräch und auf einen Therapieplatz warten mussten als im Vergleichszeitraum vor der Pandemie. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch stieg von 5,8 Wochen auf 10,2 Wochen signifikant an, die gesamte Wartezeit auf einen Therapieplatz ebenfalls signifikant von 14,4 Wochen auf 25,3 Wochen (Plötner et al., 2022).

Für Kinder und Jugendliche haben sich die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch im Jahr 2021 mit 10 Wochen fast verdoppelt – Auf einen Therapieplatz warteten sie 2021 sogar 25 Wochen und damit 11 Wochen länger als zuvor

66 % der befragten KJP haben seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie ihre Behandlungsstunden leicht bis sehr stark erhöht. Bei 23 % sind die Behandlungsstunden gleichgeblieben, bei 11 % mussten sie verringert werden. Als Grund für die Erhöhung wurde mehrheitlich die gestiegene Zahl der Patientenanfragen angeführt (von 85 % der KJP, die erhöht haben). Als Gründe für eine Stundenverringerung wurden v. a. der Infektionsschutz (von 62 %) und das Homeschooling der eigenen Kinder (60 %) genannt. Aus der Kombination von stark erhöhten Wartezeiten und gleichzeitiger Steigerung der angebotenen Behandlungsstunden seitens der Psychotherapeuten schließen die Autoren darauf, dass seit Pandemiebeginn deutlich mehr Patienten nach Psychotherapie anfragen als zuvor (Plötner et al., 2022). In einer Umfrage der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer äußerten im Frühjahr 2022 knapp 63 % der befragten KJP[105], dass die Anfrage nach Psychotherapieplätzen deutlich gestiegen sei. Bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren seien die Anfragen nach Behandlungsplätzen sogar um über 80 % gestiegen. Ca. drei Viertel der Befragten hatten zum Befragungszeitpunkt aber keine Ressourcen, um in nächster Zeit neue Patienten aufzunehmen. Viele der KJP erhöhten daher ihre Wartelistenkapazitäten und vergaben Termine in weiterer Zukunft (Ärztezeitung, 2022b) .

2/3 der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben ihre Behandlungskapazitäten seit Pandemiebeginn erhöht

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versuchen, auf den gestiegenen Bedarf durch Flexibilität zu reagieren. Insgesamt geben sie eine im Vergleich zum Vorpandemiezeitraum signifikante Erhöhung der Anzahl durchgeführter Erstgespräche und eine signifikante Verringerung der Zahl an probatorischen Sitzungen und Richtlinientherapiesitzungen an. Der Anteil der KJP, die für die jeweilige Leistung eine Zu- oder Abnahme angeben und das Ausmaß der Veränderung wird aus Abb. 14 ersichtlich (Plötner et al., 2022).

Im Vergleich zur vorpandemischen Zeit werden mehr Erstgespräche, aber weniger Therapiestunden durchgeführt

[103] In der Sondererhebung wurden von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe in einem repräsentativen Online-Panel im Februar 2021 5.135 Personen zwischen 18 und 69 Jahren befragt.

[104] In der Online-Umfrage wurden 324 KJP in Deutschland gebeten, die letzten 6 Monate mit einem 6-Monats-Zeitraum vor 2 Jahren zu vergleichen.

[105] An der Befragung nahmen 206 KJP aus den fünf ostdeutschen Bundesländern teil.

Veränderung der durchgeführten Leistungen

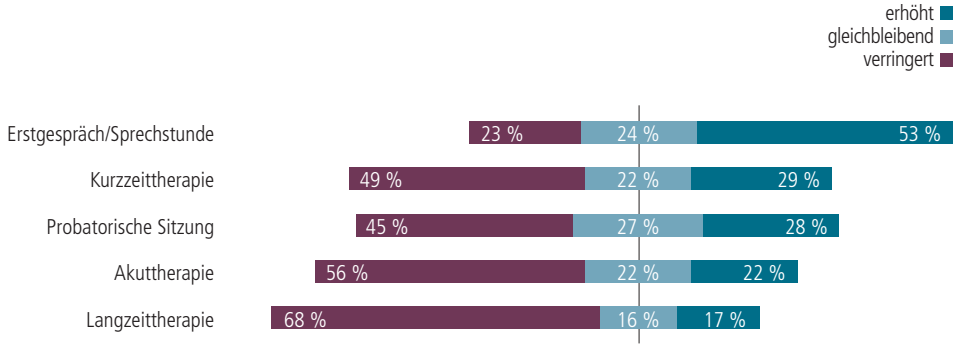


Abbildung 14: Angaben der KJP zu Veränderungen in den von ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Leistungen während der COVID-19-Pandemie. Quelle: Plötner et al. (2022).

Seit Pandemiebeginn werden bei Kindern und Jugendlichen begonnene Therapien häufiger verlängert und seltener abgebrochen oder ausgesetzt. Deutlich mehr bereits behandelte Patienten fragen erneut nach Therapie an

Auch der Therapieverlauf hat sich in der COVID-19-Pandemie nach Aussagen der KJP verändert (s. Abb. 15). Sie geben an, dass bereits begonnene Psychotherapien seit Pandemiebeginn signifikant häufiger verlängert werden mussten als im Vergleichszeitraum vor der Pandemie. Therapien wurden auch signifikant seltener abgebrochen oder ausgesetzt. Die Zahl der Neuanfragen durch bereits bekannte, zuvor behandelte Patienten ist nach Aussage der KJP von 9,5 % vor 2 Jahren auf 17,2 % gestiegen (signifikanter Unterschied; Plötner et al., 2022).

Veränderungen im Therapieverlauf

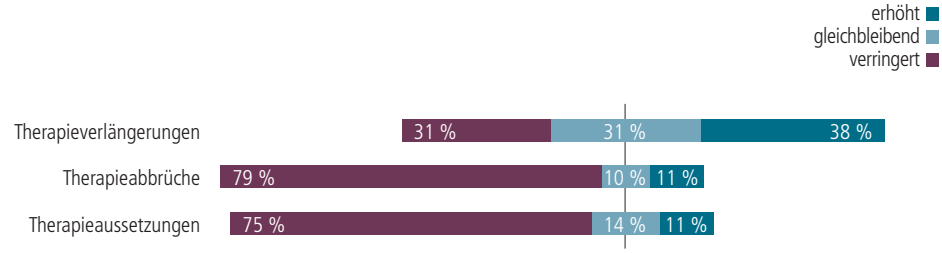


Abbildung 15: Angaben der KJP zu Veränderungen im Therapieverlauf während der COVID-19-Pandemie. Quelle: Plötner et al. (2022).

Die KJP erlebten bei über der Hälfte ihrer Patienten eine Zustandsverschlechterung während der Pandemie

Die befragten KJP berichteten bei 55,2 % ihrer Patienten in den letzten 6 Monaten eine Verschlechterung ihrer psychischen Erkrankung bezüglich der Zunahme der Symptomzahl oder der Symptomschwere. Die dafür von den KJP angeführten angenommenen Gründe sind in Abb. 16 dargestellt. Nach ihrer Einschätzung nehmen psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu. Dies wird von den KJP besonders für Depressionen, Angststörungen und Medienabhängigkeit gesehen, mit etwas geringerem Effekt auch für Schlaf-, Anpassungs-, Zwangs- und Essstörungen (Plötner et al., 2022).

Gründe für die Zunahme der Symptomzahl oder Symptomschwere

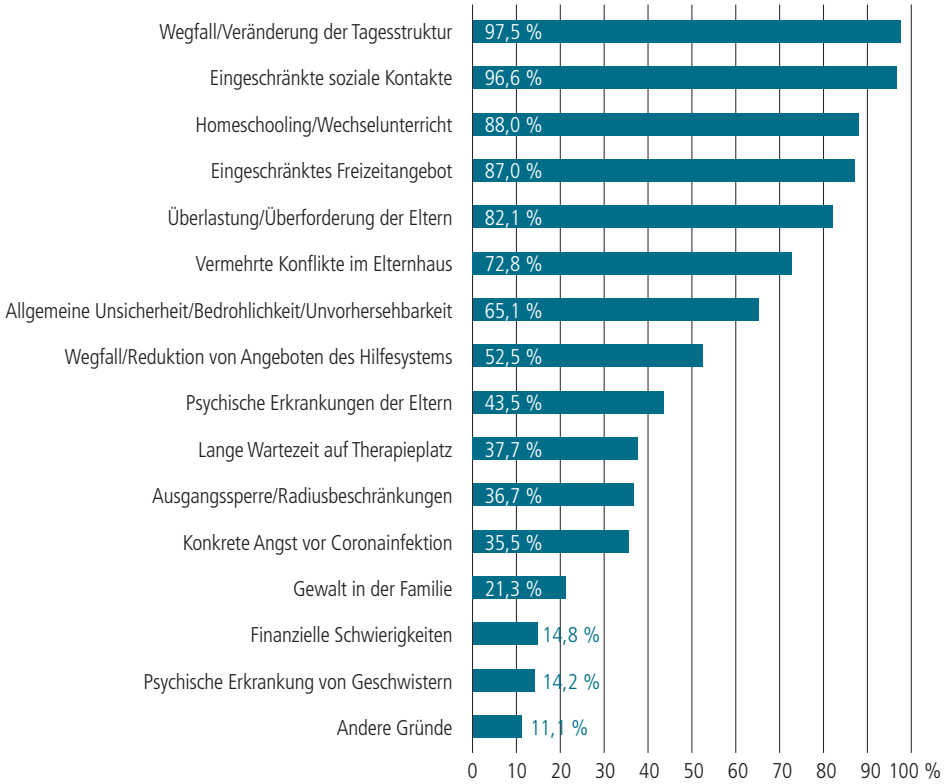


Abbildung 16: Nennungen der Gründe für pandemieassoziierte Verschlechterungen bezüglich Symptomzahl oder -schwere der behandelten Patienten in den letzten 6 Monaten in Prozent. Mehrfachnennungen möglich; n = 324. Entnommen aus: Plötner et al. (2021).

Auch für Kinder und Jugendliche wurden vermehrt Videositzungen und Telefonkontakte durchgeführt

Die befragten KJP gaben zu 78 % eine Zunahme von durchgeführten Videositzungen an, 20 % gaben keine Veränderung an. Telefonkontakte wurden von 73 % der KJP häufiger durchgeführt, bei 25 % zeigte sich keine Veränderung. Gleichzeitig sind Präsenzsitzungen im Einzelsetting und Gruppentherapien während der Pandemie weniger oft durchgeführt worden. Im Rahmen der pandemiebedingten Veränderungen gaben die KJP eine stärkere therapeutische Zusammenarbeit mit den Eltern, aber eine verringerte interdisziplinäre Kooperation mit anderen Berufs- und Helfergruppen an (Plötner et al., 2022). Insgesamt werden die zuvor beschriebenen pandemiebedingten Veränderungen von den Autoren als sich wechselseitig beeinflussende Faktoren gesehen, die insgesamt die Versorgungssituation weiter verschärfen.

Auch Krankenkassendaten geben Hinweise auf eine gesunkene Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie bis 2021

In allen Versorgungsbereichen ist unabhängig von Alter und Geschlecht die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems insgesamt in der ersten Pandemiephase mit den Lockdowns zurückgegangen. Im DAK Kinder- und Jugendreport 2022 wird berichtet, dass 2021 88,7 % der Kinder und Jugendlichen wenigstens einmal einen Arzt aufsuchten. 2019 lag dieser Anteil noch bei 92,3 %. Nach den Lockdowns erhöhte sich die Inanspruchnahme nur sehr langsam wieder (Witte et al. 2022a).

Bei BARMER-versicherten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahren zeigt sich jedoch für den Bereich der Psychotherapie von 2019 auf 2020 eine Zunahme der Inanspruchnahme um 6 %. Gezählt wurden dabei Akutbehandlungen, Erstanträge auf Psychotherapie und Verlängerungsanträge (Grobe & Szecsenyi, 2021).

Trotz gesunkener Anzahl von Arzneimittelverschreibungen während der Pandemie insgesamt zeigte sich bei jugendlichen Mädchen ein Zuwachs an Antidepressivaverschreibungen um 6 Prozentpunkte

Insgesamt wurden während der COVID-19-Pandemie auch weniger Arzneimittel verordnet. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die 2021 mindestens eine Verschreibung in einer Apotheke einlösten, lag bei 65,3 %, 2019 lag dieser Anteil noch bei 74,1 %. Arzneimittel für bestimmte psychische Erkrankungen weisen jedoch einen gegenläufigen Trend auf: Jugendlichen Mädchen mit neu diagnostizierten Depressionen, Angststörungen und Essstörungen wurden während der Pandemie mehr Medikamente diesbezüglich verordnet als zuvor. Für Depressionen lag dieser Zuwachs bei 14- bis 17-jährigen Mädchen bei fast 6 Prozentpunkten (von 8,7 % auf 14,4 %), für Essstörungen bei knapp 3 Prozentpunkten (Witte et al. 2022a). Für diese Erkrankungen liegen ebenfalls Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung vor.

Auswirkungen auf das Suchthilfesystem

Die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen hat sich in der Pandemie verschlechtert

In einem Bericht über Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf stoffgebundene Süchte und Verhaltenssüchte (zum Überblick s. Suhren et al., 2021) wird mehrheitlich eine verschlechterte Versorgung suchtkranker Menschen berichtet, vereinzelt auch höhere Abbruchraten in der ambulanten Suchttherapie. Im Bereich der Suchthilfe beruhen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten v. a. auf Erfahrungsberichten von Mitarbeitern. Begründet werden die Defizite in der Versorgung mit pandemiebedingten Schließungen von Beratungsstellen, der Reduktion von Selbsthilfegruppen und weiteren ambulanten Betreuungsangeboten und dem Umbau von Suchtstationen für die Behandlung von COVID-19-Patienten in der frühen Hochphase der Pandemie.

In dem Compliance-Survey von Suhren et al. wurde weiterhin ein hoher Forschungsbedarf für die weiteren Folgen der Pandemie auf Verhaltenssüchte und Substanzabhängigkeiten v. a. bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Auch aus Expertenworkshops ergibt sich eine negative Einschätzung der Pandemiefolgen auf das Suchthilfesystem. Ein Fehlen niedrigschwelliger digitaler Angebote, fehlende Software, unzureichende Infrastruktur und mangelnde Erfahrung mit alternativen Formaten wurden von Experten als problematisch erkannt. Gleichzeitig seien digitale Angebote gerade auch im Bereich der Suchthilfe weniger effektiv und der persönliche Kontakt besonders wichtig. Als besonders vulnerable Gruppen, die im Suchthilfebereich stark von den Pandemiefolgen betroffen sind, wurden erneut Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder und Jugendliche, aber auch Angehörige von Suchtkranken aufgeführt (Suhren et al., 2021). Bei Betrachtung dieser Ergebnisse ist einschränkend zu berücksichtigen, dass es sich überwiegend um Expertenbefragungen bzw. -einschätzungen handelt, die intensiven Verzerrungstendenzen unterliegen können.

Die durch die COVID-19-Pandemie verschärfte unzureichende Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie erfordert kurzfristige Maßnahmen

Es liegen deutliche Hinweise für ein durch die COVID-19-Pandemie entstandenes Versorgungsdefizit bzw. für die Zuspitzung einer bereits zuvor regional unzureichenden Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie vor. Zwar haben die niedergelassenen Psychotherapeuten durch Ausweitung ihrer Behandlungskapazitäten bestimmte Effekte abgefangen, allerdings zeigen die Daten auch, dass eine solche Situation weitere Maßnahmen erfordert, wie z. B. Sonderbedarfszulassungen oder eine Anpassung der Bedarfsplanung (z. B. Erhöhung des Verhältnisses der zugelassenen Kassensitze zur Einwohnerzahl und Neudefinition der Überversorgung). Gerade für Kinder und Jugendliche sind frühzeitige Behandlungsmöglichkeiten von langfristiger Bedeutung.

In einer Ausarbeitung des IASC (Inter-Agency Standing Committee) zu Beginn der Pandemie im Februar 2020 wurde bereits gefordert, dass Aspekte der psychischen Gesundheit und psychosoziale Umstände in allen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung einbezogen werden müssten. Vulnerable Personengruppen sollten dabei besondere Berücksichtigung finden. Die Empfehlungen umfassten ein breites Feld an konkreten Vorschlägen für Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen während der Pandemie, u. a. für ältere Menschen, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und für Kinder (IASC, 2020).

Experten empfehlen einen Ausbau von niedrigschwelligen psychotherapeutischen Angeboten, Gruppenpsychotherapien und Sonderbedarfszulassungen zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Für den Versorgungsbereich der Kinder und Jugendlichen empfahl die Leopoldina im Sommer 2021 einen Ausbau von Möglichkeiten zur Therapie psychischer Störungen und Maßnahmen zur Verkürzung der Wartefristen auf einen Therapieplatz (Leopoldina, 2021). Ludwig-Walz et al. (2022) fordern stärkere Bemühungen um eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von Symptomen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Dabei könne auch die öffentliche Gesundheitsfürsorge eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehören niedrigschwellige Angebote wie Schulsozialarbeit und Familienberatung. Aber auch eine ausreichende, qualifizierte psychotherapeutische Versorgung der Betroffenen solle kurzfristig sichergestellt werden. Von Bujard et al. (2021) wird ebenfalls eine Stärkung verschiedener Bereiche der psychischen Hilfe und Versorgung für Kinder und Jugendliche im Zuge der COVID-19-Pandemie gefordert. Eine Stärkung des ambulanten wie auch des stationären Sektors inklusive der Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Unterstützungen im schulischen Bereich werden als notwendig angeführt (Bujard et al., 2021).

Sonderbedarfszulassung:

Im Falle eines besonderen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs, der nicht durch die bestehende vertragsärztliche Versorgung gedeckt werden kann, können auch in gesperrten Planungsbereichen durch den Zulassungsausschuss ausnahmsweise zusätzliche Vertragsarztsitze geschaffen werden. Diese Zulassungen erfolgen auf Antrag des Arztes/des Psychotherapeuten oder der Ärztin/der Psychotherapeutin im Rahmen des sogenannten Sonderbedarfs und sind örtlich zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs beziehungsweise auf bestimmte ärztliche/psychotherapeutische Leistungen zur Deckung des qualifikationsbezogenen Versorgungsdefizits begrenzt (KBV, 2023).

Im Abschlussbericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona" werden die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgefordert, mögliche erhöhte Versorgungsbedarfe zu erfassen und die Nutzung der Angebote zu befördern. Dabei sollten auch Sonderbedarfszulassungen erfolgen und auf finanzielle Anreize zur Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung für neue Patienten (z. B. Vergütungszuschläge) hingearbeitet werden. Ebenso sollten die niedrigschwelligen Angebote zur gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung mehr Anwendung finden. Die Gruppentherapie könne auch bei dem Problem der mangelnden Versorgungskapazitäten helfen (Bundesregierung, 2023). Eine Begrenzung der Leistungen, die über Videositzungen angeboten werden dürfen, sollte mindestens für mögliche zukünftige Krisenzeiten regelhaft entfallen.

Die bereits genannten Empfehlungen werden durch ein Strategiepapier der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK, 2021) unterstützt. Darin werden neben dem zeitnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche und flächendeckenden Angeboten für Gruppenpsychotherapie (mit vereinfachten Regelungen zum Erwerb der Abrechnungsgenehmigung für Gruppenbehandlungen) auch die Einrichtung von sozialtherapeutischen Praxen gefordert. Durch eine Erweiterung und Differenzierung des Leistungsspektrums psychotherapeutischer Praxen könnten Behandlungskapazitäten besser genutzt werden. Einzelne Angebote könnten an (sozial-)pädagogische Fachkräfte delegiert werden, wodurch eine multiprofessionelle ambulante Behandlung unter der Federführung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermöglicht würde. Darüber hinaus schlägt die OPK den regelhaften Einbezug von Psychotherapeuten in die Jugendhilfeausschüsse vor. Zur Stärkung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wird auch die Einbringung von mehr psychologischer und psychotherapeutischer Expertise in den Schulen empfohlen. Durch Supervision und Fortbildungsangebote zur psychischen Gesundheit für Lehrer und pädagogische Fachkräfte von approbierten Psychotherapeuten und durch mehr Stellen in der schulpsychologischen Beratung könne die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen deutlich verbessert werden.

Ein Beispiel für ein niedrigschwelliges, neues gruppentherapeutisches Angebot liefert die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein. Dort können approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gruppentherapeutische Intervention für Kinder und Jugendliche anbieten, die durch die COVID-19-Pandemie psychisch belastet sind, aber noch keine manifestierte psychische Erkrankung aufweisen. Als Vorschläge für die konkrete Gestaltung der Gruppen nennt die KV altersadäquate Angebote, die auf die individuelle pandemiebedingte Problematik der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet ist, z. B. das Erlernen des Umganges mit Sorgen und Ängsten, die Stärkung der Persönlichkeit und der Aufbau psychischer Resilienz (KV Nordrhein, 2023). Das Projekt ist zwischenzeitlich von der KV Westfalen-Lippe adaptiert worden. Finanzgeber ist das Land NRW.

Um mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche anbieten zu können, wurden kurzfristig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Kooperation mit dem Bundesgesundheitsministerium Sonderbedarfszulassungen v. a. in sozialen Brennpunkten geschaffen (Ärztezeitung, 2022a).

3.2 Stationäre Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der COVID-19-Pandemie

Die stationäre medizinische Versorgung durch Krankenhäuser ist in Deutschland grundsätzlich im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Die räumliche Planung von Krankenhäusern und die damit einhergehende Festsetzung stationärer Kapazitäten sowie die verschiedenen Leistungsangebote und die Sicherstellung der Notfallversorgung obliegt dabei den Bundesländern und wird von den Landesgesundheitsministerien verantwortet. Das Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, das sogenannte Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie die Krankenhausgesetze der Länder bilden hierzu die gesetzlichen Grundlagen. Gesundheitspolitische Vorgaben des BMG müssen ebenfalls von den Bundesländern umgesetzt werden.

In den ersten beiden Pandemiewellen gab es massive Einschränkungen in der psychiatrischen Versorgung

Psychisch erkrankte Menschen haben auch in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung die Folgen der COVID-19-Pandemie erfahren müssen. Während der COVID-19-Pandemie sollten Krankenhäuser ab Mitte März 2020 aufgrund der Unsicherheit bezüglich der Menge zu erwartender COVID-19-Fälle ihren Regelbetrieb herunterfahren, Kapazitäten freihalten und Intensivkapazitäten ausbauen. Sie erhielten dafür Ausgleichszahlungen. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen mussten ihre Leistungen einschränken, Tageskliniken und Tagesstätten mussten teilweise schließen. Psychiatrische Kliniken konnten weniger Patienten aufnehmen als üblich und therapeutische Kontakte wurden beschränkt (Engels et al., 2022).

Im Rahmen des Krankenhaus-Report 2022 wurden für das Jahr 2020 psychiatrische voll- und teilstationäre Fälle, Fälle der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und Hochschulambulanzen (HSA) sowie die Psychopharmaka-Verordnungen anhand von anonymisierten GKV-Routinedaten analysiert[106] (s. Tab. 17).

In fast allen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereichen haben die Fallzahlen im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie deutlich abgenommen – im vollstationären Bereich um 14 %, teilstationär sogar um knapp 30 %

Infolge der besonderen gesundheitspolitisch vorgeschriebenen Regelungen gab es in den deutschen Krankenhäusern weitere Fallzahlrückgänge während der Pandemie. Dies betrifft auch psychiatrische Fachabteilungen. Allerdings haben schon bereits in den Vorjahren die stationären Fallzahlen bei psychisch erkrankten Menschen abgenommen. Der Rückgang der Fallzahlen fiel besonders stark während des ersten Lockdowns 2020 aus. In der zweiten Welle (September 2020 bis Februar 2021) fielen die Effekte wie-

[106] Es wurden anonymisierte GKV-Routinedaten des WIdO analysiert, also Daten der AOKs, bei denen im Jahr 2020 ca. 27 Mio. Menschen versichert waren, was einem Marktanteil von ca. 37 % an allen gesetzlichen Versicherten entspricht. Insgesamt wurden so 92.945 Versicherte mit einem teilstationären, 492.622 Versicherte mit einem vollstationären, 58.740 mit einem HSA- und 542.344 mit einem PIA-Aufenthalt berücksichtigt. Fälle, die zwischen verschiedenen Fachabteilungen verlegt wurden, wurden in GKV-Routinedaten in der neuen Abteilung als neuer Fall definiert.

der etwas geringer aus. Psychiatrisch-psychotherapeutisch vollstationäre Fallzahlen gingen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 14 % zurück. Die durchschnittliche Verweildauer je Fall sank zudem um 4,7 %. In den psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken sanken die Fallzahlen sogar um 29,7 %, und die durchschnittliche Verweildauer sank um 8,5 %. Engels et al. gehen bei diesem Rückgang davon aus, dass im teilstationären Setting geeignete Hygienemaßnahmen besonders schwer umzusetzen gewesen seien. In den Hochschulambulanzen sanken die Fallzahlen um 15 %. Der geringste Fallzahlrückgang zeigte sich bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen mit einer Abnahme von 4,1 % gegenüber 2019. Bei den stationsäquivalenten Behandlungen zeigte sich hingegen eine Zunahme der Fallzahlen um 81,4 % bei recht geringem Ausgangsniveau. Dies wird darauf zurückgeführt, dass diese noch recht neue Behandlungsform an Kliniken erst etabliert wird. Insgesamt zeigten sich bei der Entwicklung der Fallzahlen ebenfalls größere regionale Unterschiede (Engels et al., 2022).

Tabelle 17: Fallzahlen und Verweildauer von Patienten mit F-Diagnosen

	Absolute Fallzahlen			Durchschnittliche Verweildauer		
Sektor	2019	2020	Vergleich 2020/2019 in %	2019	2020	Vergleich 2020/2019 in %
Vollstationär	439.271	377.965	86,0 %	23,90	22,79	95,3 %
Teilstationär	64.675	45.472	70,3 %	43,44	39,77	91,5 %
Hochschulambulanz	50.754	43.165	85,0 %			
Psychiatrische Institutsambulanz	1.013.577	972.161	95,9 %			
Stationsäquivalent	521	945	181,4 %			

Anmerkungen: Krankenhaus-Report 2022. Anzahl der Fälle und Verweildauer nach Sektoren für die Jahre 2019 und 2020. Zahlen unter 100 geben einen Rückgang, über 100 eine Zunahme von 2019 auff 2020 an. Entnommen aus: Engels et al. (2022).

Besonders stark war der Rückgang an stationär behandelten Fällen in den Diagnosegruppen der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen; am geringsten war er für Patienten mit organischen psychischen Störungen und Schizophrenie. Während der ersten Pandemiewelle 2020 war der Rückgang im stationären Bereich besonders groß bei Patienten unter 18 Jahren. In der zweiten Welle (September 2020 bis Februar 2021) gingen die Fallzahlen bei Erwachsenen stärker zurück als die von Kindern und Jugendlichen (Engels et al., 2022).

Verschiedene weitere Studien zeigen ebenfalls einen Rückgang der Krankenhausfälle wegen psychischer Erkrankungen in den Jahren 2020 und 2021

In den Daten des BARMER Krankenhausreports 2021[107] zeigt sich im Vergleich zu 2019 ebenfalls eine Abnahme der Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen von 14,3 auf 12,5 Krankenhausfälle je 1.000 Versichertenjahre (Vj) Bereits in den Vorjahren seit 2015 hat diese Fallzahl schon kontinuierlich abgenommen, was grundsätzlich bei der Interpretation der pandemiebedingten Fallzahlrückgänge mit beachtet werden sollte. Die Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen stand jedoch 2020 immer noch an sechster Stelle bezüglich aller Krankenhausfälle (je 1.000 Vj). Daten der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes für 2020 liegen noch nicht vor.

Eine Befragung von 38 psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland ergab ebenfalls eine deutliche Verringerung der stationären Behandlungskapazitäten um ca. 40 % im Jahr 2020 im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie (Adorjan et al., 2021).

Im Krankenhausreport 2022 wird ein Rückgang der unter das PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) fallenden psychiatrischen Fälle bis Mai 2021 um 13 % gegenüber 2019 festgestellt (Augurzky et al., 2022).

Auch im Suchtbereich waren während der Pandemie die stationären Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Es standen weniger Plätze zur Entgiftung zur Verfügung und einige soziale, musische und sportliche therapeutische Maßnahmen konnten nicht wie gewohnt stattfinden (Suhren et al., 2021).

Auch 2022 sind die Fallzahlen in stationären psychiatrischen Abteilungen weiter gegenüber 2019 gesunken. Der aktuelle Rückgang psychiatrisch-psychotherapeutischer Fallzahlen wird vor allem durch Personalausfälle erklärt

Eine Auswertung[108] des WIdO zu den Krankenhausfallzahlen zeigt für 2022 einen Rückgang der Fallzahlen in psychiatrischen Abteilungen in deutschen Krankenhäusern um 11 % gegenüber dem Jahr 2019. Dieser Rückgang fällt etwas geringer aus als durchschnittlich in anderen medizinischen Fachabteilungen (minus

[107] Die Datengrundlage für den BARMER Krankenhausreport bilden die pseudonymisierten Routinedaten der ca. 9,2 Mio. BARMER-Versicherten. Für die Analysen wurden ausschließlich vollstationäre Fälle herangezogen. Teil- und vorstationäre Aufenthalte wurden nicht berücksichtigt. Die Werte im Krankenhausreport sind auf die Bevölkerung Deutschlands im jeweiligen Jahr hochgerechnet.

[108] Die Auswertung des WIdO basiert auf den Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten, die etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung abbilden.

15 % von 2019 bis 2022). Anders als in den Vorjahren wird der aktuelle Fallzahlrückgang nicht mehr durch das Freihalten von Kapazitäten für schwer erkrankte COVID-19-Patienten, sondern durch die hohen Personalausfälle während der Omikron-Infektionswelle erklärt (WIdO, 2023).

Keine absolute Zunahme der Verordnungen von Psychopharmaka während der Lockdowns – jedoch Häufung von Verordnungen im Frühjahr 2020

Im Jahr 2020 nahm die Zahl der verordneten Tagesdosen[109] von Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquillantien gegenüber dem Vorjahr um 1,8 % zu (von 799,6 Mio. auf 814,5 Mio.). Auch in den Vorjahren gab es allerdings schon vergleichbare Steigerungen. Jedoch gab es eine Häufung von Verordnungen im Frühjahr 2020. Besonders deutlich war der Anstieg bei den Antidepressiva. Es wurden im März 2020 29 % mehr Tagesdosen verordnet als im Vorjahresmonat. Engels et al interpretieren dies als vorgezogene Inanspruchnahme. Aus Sorge vor möglichen pandemiebedingten Therapieunterbrechungen oder Lieferengpässen könnten vorausschauend mehr und größere Packungseinheiten bei chronisch erkrankten Patienten verschrieben worden sein (Engels et al., 2022).

Kinder und Jugendliche

Während der Pandemie zeigte sich ein moderater Rückgang stationärer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

Kölch et al. (2023) analysierten Krankenhausbehandlungsdaten von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund psychischer Erkrankungen (alle F-Diagnosen) in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen oder in der Pädiatrie behandelt wurden. Der Rückgang der Fallzahlen fiel während der COVID-19-Pandemie bei psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen moderater aus als bei Erwachsenen. 2021 lag dieser Rückgang im Vergleich zu 2019 im Fachgebiet Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie bei minus 2,6 % und im Bereich der gesamten Pädiatrie deutlich höher bei minus 17,8 %. Insgesamt wird der geringe Fallzahlrückgang in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie als unverändert hohe Inanspruchnahme dieses Fachbereichs während der Pandemie eingeschätzt (Kölch et al., 2023). Der stationäre Sektor im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung habe somit auf die Bedarfe in gewissem Ausmaß reagieren können.

Die Veränderungen unterschieden sich allerdings je nach Diagnose und Fachgebiet. Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen wiesen in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie keine veränderte Fallzahl auf, aber in der allgemeinen Pädiatrie. Bei Depressionen und bei Anorexia nervosa stiegen die Fallzahlen in beiden Fachgebieten leicht an. Die Fallzahl von Sozialverhaltensstörungen nahm ab, was die Autoren vorrangig als verminderten Inanspruchnahmeeffekt interpretieren. Die Verweildauer bei psychischen Erkrankungen sank in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie zwischen 2019 und 2021 durchschnittlich um 1,7 Tage; in der Pädiatrie stieg sie um knapp 1,4 Tage. Der Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfälle an allen Behandlungsfällen veränderte sich während der Pandemie nicht (Kölch et al., 2023).

Auch im Kinder- und Jugendreport 2022 der DAK wird ein Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Versorgung wegen psychischer Erkrankungen berichtet. 2021 wurden 7,6 % der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt; 2019 hatte dieser Anteil noch bei 9,3 % gelegen (Witte et al., 2022a).

2020 waren psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen der häufigste Grund für junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren, ins Krankenhaus eingeliefert zu werden. 18 % aller stationären Behandlungen in dieser Altersgruppe lassen sich auf diese psychischen Erkrankungen zurückführen. Im Jahr 2005 lag dieser Wert noch bei 12 %. Der häufigste Behandlungsgrund war 2020 die depressive Episode, gefolgt von Alkoholmissbrauch und wiederkehrenden depressiven Episoden. Gegenüber dem Vorjahr 2019 ist die Zahl stationärer Behandlungen in dieser Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen während der COVID-19-Pandemie um 13 % gesunken, was etwa der allgemeinen Abnahme von psychiatrischen Krankenhausbehandlungen bei Erwachsenen im Jahr 2020 entspricht (14 %; destatis, 2022).

Bei jugendlichen Mädchen mit Depression stiegen während der Pandemie Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsquote an

Trotz insgesamt rückläufiger Fallzahlen stiegen die Hospitalisierungsquote und die Rehospitalisierungsquote für jugendliche Mädchen mit Depressionserkrankung an. 2018 und 2019 zusammengenommen[110] wurden ca. 15 von 1.000 Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren mindestens einmal aufgrund einer Depressionserkrankung stationär behandelt. Für 2020 und 2021 lag dieser zusammengefasste Wert bei 18 je 1.000 (Hospitalisierungsquote). Im gleichen Zeitraum stieg die Rehospitalisierungsquote, also der Anteil an jugendlichen Mädchen, die mindestens noch ein zweites Mal stationär aufgrund der Depressionserkrankung behandelt werden mussten, von 25 % auf 26,3 % leicht an. Die Hospitalisierungsquote jugendlicher Mädchen mit Angststörungen veränderte sich in dem angegebenen Zeitraum nicht und die Rehospitalisierungsquote nur knapp um einen Prozentpunkt. Bei Verhaltensstörungen sanken beide Indikatoren in diesem Zeitraum (Witte et al., 2022a).

[109] Analysiert wurde die Entwicklung der definierten Tagesdosen der Verordnungen von Psychopharmaka über die Jahre 2018, 2019 und 2020. Definierte Tagesdosen sind eine Einheit für die durchschnittliche Wirkstoffmenge pro Tag, die zur Aufrechterhaltung einer Pharmakotherapie für die jeweilige Hauptindikation bei Erwachsenen notwendig ist. Somit berücksichtigt die Summe der definierten Tagesdosen sowohl die Anzahl der Verordnungen als auch die Wirkstoffmenge der einzelnen Verordnungen (Engels et al., 2022).

[110] Es wurden 2 Beobachtungsjahre aggregiert, um Variationen in einzelnen Jahren weniger Gewicht zu geben.

In Deutschland weisen erste Ergebnisse auf einen Anstieg von Notfällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie während der Pandemie hin

Neben dem Zuwachs an Anfragen in ambulanten psychotherapeutischen Praxen zeigen sich auch gestiegene Aufnahmezahlen in den Notaufnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Erste regionale Ergebnisse zeigen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen während des zweiten Lockdowns einen Anstieg der Notfälle um 30 % (Renner, 2021). Der schon vor der Pandemie bestehende regionale Mangel an Behandlungsplätzen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sei nach Renner (2021) durch die Pandemie erheblich verstärkt worden. Weder ambulante psychotherapeutische Behandlungsplätze noch Anschlussheilbehandlungen nach stationärer Behandlung stünden ausreichend zur Verfügung, was die Gefahr der Verschlechterung des Krankheitsverlaufs und der Chronifizierung verstärke. Gefordert werden von Renner (2021) eine Verstärkung von Programmen zur Präventionsförderung und eine bessere sektoren- und professionsübergreifende Vernetzung regional vorhandener Strukturen. Zudem sollten Schulsozialarbeiter, Jugendämter und Beratungsstellen einbezogen werden.

Internationale Studienergebnisse

Während der Pandemie wurden in den USA und in Frankreich mehr Jugendliche aufgrund von psychischen Erkrankungen stationär behandelt

Eine retrospektive Kohortenstudie mit Daten aus US-amerikanischen und französischen Patientenakten stellt einen Anstieg von 14,5 % der Krankenhausbehandlungen zwischen der Zeit vor der Pandemie und dem ersten Pandemiejahr[111] wegen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren fest. Es wurden die Hospitalisierungen vor der Pandemie (9.696 Hospitalisierungen zwischen Februar 2019 bis März 2020) mit einem Zeitraum während der Pandemie (11.101 Hospitalisierungen zwischen April 2020 bis April 2021) verglichen.[112] Die häufigsten Diagnosen während der Pandemie waren Angststörungen (57,4 %), Depressionen (48 %) und Suizidalität oder Selbstverletzungen (44,2 %). Der monatliche Anteil der Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit stieg nach Ausbruch der Pandemie im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie um schätzungsweise 0,6 %. Im Detail stieg während der Pandemie der Anteil der monatlichen Krankenhausaufenthalte wegen Angstzuständen (0,55 %), Depressionen (0,50 %) und Suizidalität oder Selbstverletzungen (0,38 %) ganz leicht an (Gutiérrez-Sacristán et al., 2022).

Für Österreich ist eine unzureichende stationäre Versorgungskapazität für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche nachgewiesen

Eine retrospektive Analyse von Akutaufnahmen in den ersten beiden Pandemiejahren 2020 und 2021 an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in Innsbruck zeigt, dass es 2020 im Vergleich zu 2019 noch keine Veränderung in der Gesamtzahl der Akutaufnahmen gab. 2021 stiegen die Akutaufnahmen hingegen um 40,1 % (Sevecke et al., 2022).

[111] Für die Zeit vor der Pandemie wurden Daten von 1. Februar 2019 bis 31. März 2020 analysiert, für die Pandemiezeit Daten vom 1. April 2020 bis zum 30. April 2021.

[112] Es handelt sich um eine standortübergreifende Kohortenstudie an Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren, die zwischen dem 1.2.2019 und dem 30.4.2021 mit mindestens einer psychischen Erkrankung ins Krankenhaus eingeliefert wurden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Psychische Erkrankungen: Anstieg der Fehltage ... 12

Abbildung 2: Psychische Belastungen der Deutschen ... 16

Abbildung 3: Angst und Depression bei Gesundheitsfachkräften ... 27

Abbildung 4: Subjektive Belastung ... 35

Abbildung 5: Entwicklung der psychischen Gesundheit ... 36

Abbildung 6: Psychosomatische Beschwerden ... 37

Abbildung 7: Krisenbedingte Sorgen ... 38

Abbildung 8: Jugendliche und erwachsene Raucher ... 49

Abbildung 9: Abgrenzung der Krankheitsdefinition nach zeitlichem Verlauf ... 56

Abbildung 10: Risiko für psychische Erkrankungen bei Post-COVID ... 66

Abbildung 11: Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde ... 73

Abbildung 12: Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn ... 73

Abbildung 13: Relative Veränderung der Anzahl an Behandlungsfällen ... 76

Abbildung 14: Veränderung der durchgeführten Leistungen ... 78

Abbildung 15: Veränderungen im Therapieverlauf ... 78

Abbildung 16: Gründe für die Zunahme der Symptomzahl oder Symptomschwere ... 79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anstieg von Depressionen und Angststörungen weltweit 14

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Adipositas 30

Tabelle 3: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Essstörungen 31

Tabelle 4: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Depressionen 31

Tabelle 5: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Angststörungen 31

Tabelle 6: Entwicklung der diagnose-spezifischen Neuerkrankungsraten von Adipositas 31

Tabelle 7: Vorkommen stationär behandelter psychischer Erkrankungen und Alkoholintoxikationen 32

Tabelle 8: Psychische Gesundheit nach Elterneinschätzung 38

Tabelle 9: Prävalenzen des Konsums von ausgewählten Suchtmitteln 47

Tabelle 10: Risiko für die 10 häufigsten Symptomkomplexe bei Erwachsenen im Rahmen von Post-COVID 58

Tabelle 11: Risiko für die 10 häufigsten psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Erwachsenen im Rahmen von Post-COVID 58

Tabelle 12: Klinische Klassifikation der SARS-CoV-2-Infektion 62

Tabelle 13: Risiko für die 10 häufigsten Symptomkomplexe bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Post-COVID 65

Tabelle 14: Risiko für die 10 häufigsten psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Post-COVID 65

Tabelle 15: Beschreibung der vorliegenden internationalen Meta-Analysen 67

Tabelle 16: Schweregrade des Post-COVID-Syndroms 70

Tabelle 17: Fallzahlen und Verweildauer von Patienten mit F-Diagnosen 82

Literaturverzeichnis

AAP (2021). *Declaration of a National Emergency in Child and Adolescent Mental Health*. https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mental-development/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergency-in-child-and-adolescent-mental-health. (Stand: 4.4.2023).

Acharya, B., Subedi, K., Acharya, P. & Ghimire, S. (2022). Association between COVID-19 pandemic and the suicide rates in Nepal. *PLOS ONE, 17(1)*, e0262958. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262958. (Stand: 4.4.2023).

Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., ... & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Nervenarzt, 92(6)*, 562–570. https://doi.org/10.1007/s00115-021-01129-6.

Ärztezeitung (2022a). *COVID: BMG kooperiert mit KVen für mehr Kinderpsychotherapie-Angebote*. https://www.aerztezeitung.de/Medizin/COVID-BMG-kooperiert-mit-KVen-fuer-mehr-Kinderpsychotherapie-Angebote-433875.html. (Stand: 4.4.2023).

Ärztezeitung (2022b). *Folgen der Coronapandemie bringen Psychotherapeuten an ihre Grenzen*. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135951/Folgen-der-Coronapandemie-bringen-Psychotherapeuten-an-ihre-Grenzen. (Stand: 4.4.2023).

Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., ... & Coelho, J. S. (2021). Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Network Open, 4(12)*, e2137395. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37395.

Ahmed, G. K., Khedr, E. M., Hamad, D., ... & Aly, M. M. (2021). Long term impact of Covid-19 infection on sleep and mental health: A cross-sectional study. *Psychiatry Research, 305*, 114243. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114243.

Aknin, A., Andretti, B., Goldszmidt, R., ... & Zaki, J. (2022). Policy stringency and mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of data from 15 countries. *The Lancet Public Health 7(5)*:E417-426. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00060-3.

Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. (2021). High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature, 594(7862)*, 259–264. https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9.

Alimoradi, Z., Lotfi, A., Lin, C. Y., Griffiths, M. D. & Pakpour, A. H. (2022). Estimation of Behavioral Addiction Prevalence During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. C*urrent Addiction Reports, 9(4)*, 486–517. https://doi.org/10.1007/s40429-022-00435-6.

Almeria, M., Cejudo, J., Sotoca, J., Deus, J. & Krupinski, J. (2020). Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior, & Immunity - Health, 9*, 100163. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100163.

Andresen, S., Heyer, L., Lips, A., ... & Wilmes, J. (2020). *"Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen"*. Jugendalltag 2020. Universitätsverlag Hildesheim. Hildesheim.

Antonelli, M., Pujol, J., Spector, T. D., Ourselin, S. & Steves, C. J. (2022). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *The Lancet, 399(10343)*, 2263–2264. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00941-2.

Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines – an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int, 116*, 577–84. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577.

AOK (2022). AOK-Familienstudie 2022: *Mehr Belastungen drücken auf das Wohlbefinden* [Pressemeldung vom 06. Dezember 2022]. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm_221206_aok-familienstudie_2022.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Apel, J. (2021). *Psychotherapien in der Corona-Krise: „Erhebliche Zunahme an Anfragen"*. [RND am 30.5.2021]. https://www.rnd.de/politik/psychotherapien-in-coronakrise-erhebliche-zunahme-an-anfragen-TPI5AIRZINDZVM3FK4RKE6JO2M.html. (Stand: 4.4.2023).

Augurzky, B., Decker, S., Kottmann, R., Leber, R. & Mensen, A. (2022). *BARMER Krankenhausreport 2022*. (BARMER, Hrsg.). https://www.barmer.de/resource/blob/1136114/9ec9e01d3586615f4cfd9879e-f1ab951/download-krankenhausreport-2022-data.pdf.

Augurzky, B., Decker, S., Leber, R. & Mensen, A. (2021). *BARMER Krankenhausreport 2021*. (BARMER, Hrsg.). https://www.barmer.de/resource/blob/1031882/ff2b0b22a57702364f9e208ced270f86/barmer-krankenhausreport-2021-band-30-bifg-data.pdf.

Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., ... & Lehmann, C. (2021). Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe, 6*, 100122. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100122.

AWMF (2021). *Aktuelle Leitlinien*. https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html. (Stand: 4.4.2023).

AXA (Hrsg.). (2020). *Mental Health Report: Die unsichtbare dritte Welle trifft die Psyche*. https://www.axa.de/site/axa-de/get/documents_E-1865754135/axade/medien/medien/studien-und-forschung/mental%20health%20report/axa-studie-mental-health-report-high.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Bach, M. & Bitterlich, W. (2021). COVID-19 und Traumafolgesymptome: repräsentative Daten aus Österreich. *psychopraxis. neuropraxis, 24(5)*, 299–303. https://doi.org/10.1007/s00739-021-00748-7.

Badenoch, J. B., Rengasamy, E. R., Watson, C., ... & Rooney, A. G. (2021). Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Brain Communications, 4(1)*. https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab297.

Badura, B. Ducki, A. Schröder, H. & Meyer, M. (Hrsg.) (2021). *Fehlzeiten-Report 2021*. Schwerpunkt: Betriebliche Prävention stärken. Berlin: Springer.

Bahmer, T., Borzikowsky, C., Lieb, W., ... & Schreiber, S. (2022). Severity, predictors and clinical correlates of Post-COVID syndrome (PCS) in Germany: A prospective, multi-centre, population-based cohort study. *eClinicalMedicine, 51*, 101549. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101549. (Stand: 4.4.2023).

Banerjee, D. & Viswanath, B. (2020). Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and possible pathogenic mechanisms: Insights from other coronaviruses. *Asian Journal of Psychiatry, 54*, 102350. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102350.

Bartels, C., Hessmann, P., Schmidt, U., ... & Belz, M. (2021). Medium-term and peri-lockdown course of psychosocial burden during the ongoing COVID-19 pandemic: a longitudinal study on patients with pre-existing mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 272(5)*, 757–771. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01351-y.

Beitzinger, F., Leest, U. & Süss, D. (2022). *Cyberlife IV. Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr. Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern*. https://www.tk.de/resource/blob/2135626/77b4f663709dbbff4cd6503609047767/tk-studie-cybermobbing-iv-data.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Berger, K., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., Rietschel, M. & Richter, D. (2021). Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 64(9)*, 1157–1164. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03393-y.

Betsch, C. (2021): *COVID-19 Snapshot Monitoring. Rauch- und Trinkverhalten | COSMO*. https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/70-rauchen-trinken/. (Stand: 4.4.2023).

Bienvenu, O. J., Gellar, J., Althouse, B. M., ... & Needham, D. M. (2013). Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year prospective longitudinal study. *Psychological Medicine, 43(12)*, 2657–2671. https://doi.org/10.1017/s0033291713000214.

Bignardi, G., Dalmaijer, E. S., Anwyl-Irvine, ... & Astle, D. E. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood, 106(8)*, 791–797. https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372.

Blomberg, B., Mohn, K. G. I., Brokstad, K. A., ... & Langeland, N. (2021). Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. *Nature Medicine, 27(9)*, 1607–1613. https://doi.org/10.1038/s41591-021-01433-3.

BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022). *LongCOCid - Long Covid-19 bei Kindern*. https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/longcocid-long-covid-19-bei-kindern-14424.php. (Stand: 4.4.2023).

BMFSFJ, BMG (2021). Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe *„Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona"*. [Kabinettsitzung vom 15. September 2021]. https://www.bmfsfj.de/resource/blob/185696/317281a594f986c9a4be384a934c1fb5/ima-bericht-gesundheitliche-auswir-kungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Böker, U. & Hentschel, G. (2023). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt PP 22*:103-106. https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230190.

Bonardi, O., Wang, Y., Li, K., ... & Thombs, B. D. (2022). Effects of COVID-19 Mental Health Interventions Among Children, Adolescents, and Adults Not Quarantined or Undergoing Treatment Due to COVID-19 Infection: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *The Canadian Journal of Psychiatry, 67(5)*, 336–350. https://doi.org/10.1177/07067437211070648.

Bonin, H., Krause-Pilatus, A. & Rinne, U. (2021). *Arbeitssituation und Belastungsempfinden von abhängig Beschäftigten im von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2021*. Forschungsbericht 570/10. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-570-10-arbeitssituation-belastungsempfinden-corona-pandemie-jahr-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=2. (Stand: 4.4.2023).

BPtK (2022). *Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie* [Pressemeldung vom 09. Dezember 2022]. https://www.bptk.de/psychisch-kranke-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/. (Stand: 4.4.2023).

Braband, C., Consiglio, V., Hainbach, N., Grabka, M. & Königs, S. (2022). *Die ungleichen Auswirkungen auf Beschäftigte im ersten Pandemiejahr*. [Broschüre]. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/die-ungleichen-auswirkungen-auf-beschaeftigte-im-ersten-pandemiejahr. (Stand: 4.4.2023).

Brakemeier, E., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., ... & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Und Psychotherapie, 49(1)*, 1–31. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574.

Brooks, S. J., Webster, R. K., Smith, L. E., ... & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395(10227)*, 912–920. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8.

Bruns, N., Willemsen, L., Stang, A., ... & Dohna-Schwake, C. (2022). Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. *Pediatrics, 150(2)*. https://doi.org/10.1542/peds.2021-055973.

Bujard, M., Von Den Driesch, E., Ruckdeschel, K., ... & Schneider, N. F. (2021). *Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. https://doi.org/10.12765/bro-2021-02.

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben BAFzA. (2022). *Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2021*. https://www.hilfetelefon.de/fileadmin/content/04_Materialien/1_Materialien_Bestellen/Jahresberichte/2021/Hilfetelefon_GewaltgegenFrauen_Das-Jahr-2021-in-Zahlen_web.pdf.

Bundeskriminalamt (2022). *Partnerschaftsgewalt – Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2021*. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2021.html?nn=63476.

Bundesregierung (2023). Interministerielle Arbeitsgruppe *„Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona"*. [Abschlussbericht]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Abschlussbericht_IMA_Kindergesundheit.pdf.

Bundesregierung (2021). Antwort: Drucksache 19/27768. *Psychische Langzeitfolgen von Corona-Infektionen*. https://dserver.bundestag.de/btd/19/277/1927768.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Buonsenso, D., Pujol, F., Munblit, D. ... & Simpson, F. (2022). Clinical Characteristics, Activity Levels and Mental Health Problems in Children with Long COVID: A Survey of 510 Children. *Future Microbiology, 17(8)*, 577–588. https://doi.org/10.20944/preprints202103.0271.v1.

Buonsenso, D., Munblit, D., De Rose, C., ... & Valentini, P. (2021). Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatrica, 110(7)*, 2208–2211. https://doi.org/10.1111/apa.15870.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022). *„Der Substanzkonsum jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland"* [Pressemeldung vom 23. Juni]. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_BZgA_Alkoholsurvey_2021_20220623_Final.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Cénat, J. M., Farahi, S., Dalexis, R. D., ... & Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders, 315,* 70–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011.

Cody, R., Kreppke, J., Beck, J., ... & Gerber, M. (2021). Psychosocial Health and Physical Activity in People With Major Depression in the Context of COVID-19. *Frontiers in sports and active living, 3*. https://doi.org/10.3389/fspor.2021.685117.

Covid-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet, 398(10312)*, 1700–1712. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7.

Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., ... & Vogelzang, N. J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *Oncologist, 5(5)*, 353–360. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-5-353.

Czaplicki, A., Reich, H. & Hegerl, U. (2022). Lockdown Measures Against the Spread of the COVID-19 Pandemic: Negative Effects for People Living With Depression. *Frontiers in Psychology, 13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.789173.

DAK Gesundheit (2022a). *Psychreport 2022. Psychische Erkrankungen 2011-2021: Anstieg der Fehltage um 41 Prozent*. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychreport-2022-2533048.html#/.

DAK Gesundheit (2022b). *Ungewöhnlich hoher Krankenstand im dritten Quartal 2022.* [Pressemeldung vom 20. Oktober 2022]. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/ungewoehnlich-hoher-krankenstand-im-dritten-quartal-2022-2580942.html#/. (Stand: 4.4.2023).

DAK Gesundheit (2020a). *Digitalisierung und Homeoffice entlasten Arbeitnehmer in der Corona-Krise* [Pressemeldung vom 22. Juli 2020]. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/sonderanalyse-2295276.html#/. (Stand: 4.4.2023).

DAK Gesundheit (2020b). *Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona. DAK Forschung*. https://www.dak.de/dak/gesundheit/dak-studie-gaming-social-media-und-corona-2295548.html#/. (Stand: 4.4.2023).

DAK Baden-Württemberg (2022). *Baden-Württemberg: Psychische Erkrankungen treiben Krankenstand im 3. Quartal hoch* [Pressemeldung vom 28. Oktober 2022]. https://www.dak.de/dak/landesthemen/krankenstand-3--quartal-baden-wuerttemberg-2582664.html#/. (Stand: 4.4.2023).

Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., ... & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21(5)*, 455–462. https://doi.org/10.1002/jts.20357.

Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. & Topol, E. J. (2023). Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology, 21*, 133–146. https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2.

Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., ... & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinicalMedicine, 38*, 101019. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019.

Debra (2022). *DEBRA study – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. Prävalenz aktueller Tabak-Raucher*innen in Deutschland*. https//www.debra-study.info. (Stand: 4.4.2023).

Deng, J., Zhou, F., Hou, W., ... & Zuo, Q. K. (2020). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1486(1)*, 90–111. https://doi.org/10.1111/nyas.14506.

Destatis (2022). *Psychische Erkrankungen wurden 2020 bei 18 % der Krankenhausbehandlungen von 15- bis 24-Jährigen diagnostiziert* [Pressemeldung vom 09. August 2022]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_32_p002.html. (Stand: 4.4.2023).

Deutsche Depressionshilfe (2021a). *Sondererhebung Deutschland-Barometer Depression: 2. Lockdown verschlechtert Krankheitsverlauf und Versorgung von psychisch Erkrankten massiv.* [Pressemeldung vom 23. März 2021]. https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/id-2021. (Stand: 4.4.2023).

Deutsche Depressionshilfe (2021b). *Deutschland-Barometer Depression: Jeder fünfte Beschäftigte an Depression erkrankt*. https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/id-2021. (Stand: 4.4.2023).

Deutsche Depressionshilfe (2020). *Deutschland Barometer 2020. Deutschland-Barometer Depression: massive Folgen für die psychische Gesundheit infolge der Corona-Maßnahmen*. https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer/2020. (Stand: 4.4.2023).

Deutsche Depressionshilfe (2014). *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Deutscher Bundestag (2021a). *Psychische Langzeitfolgen von Corona-Infektionen*. Drucksache 19/27768. https://dserver.bundestag.de/btd/19/277/1927768.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Deutscher Bundestag (2021b). *Psychische Folgen für die Menschen in Deutschland bedingt durch die Corona-Schutzmaßnahmen*. Drucksache 19/28311. https://dserver.bundestag.de/btd/19/283/1928311.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Deutscher Ethikrat (2022). *Pandemie und psychische Gesundheit Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen: Ad-Hoc Empfehlung*. https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=165&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cookieLevel=not-set. (Stand: 4.4.2023).

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). (2022). *Neues EU-Forschungsprojekt erforscht neurologische und neuropsychiatrische Komplikationen nach COVID-19-Infektionen* [Pressemeldung vom 09. September 2022]. https://nachrichten.idw-online.de/2022/09/09/neues-eu-forschungsprojekt-erforscht-neurologische-und-neuropsychiatrische-komplikationen-nach-covid-19-infektionen. (Stand: 4.4.2023).

DPtV (2022). *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie 2022*. www.dptv.de/umfrage_patienten_2022. (Stand: 4.4.2023).

DPtV (2021). *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie*. www.dptv.de/umfrage_patienten_2021. (Stand: 4.4.2023).

DPtV (2020). *Psychotherapeutische Videobehandlungen*. www.dptv.de/umfrage-videositzungen. (Stand: 4.4.2023).

Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., ... & Solmi, M. (2022). A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology, 94(5)*, 1935–1949. https://doi.org/10.1002/jmv.27549.

Dreßing, A., Hosp, J., Kuehner, C., Dreßing, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2021). Neuropsychiatrische Folgen der COVID-19-Pandemie. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie, 89(06)*, 296–301. https://doi.org/10.1055/a-1418-8705.

Dwyer, J., Dwyer, J., Hiscock, R., ... & Bugeja, L. (2021). COVID-19 as a context in suicide: early insights from Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 45(5)*, 517–522. https://doi.org/10.1111/1753-6405.13132.

Engels, A., Stein, J., Konnopka, ... & König, H-H. (2022). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychiatrische Versorgung – eine Sekundärdatenanalyse auf der Grundlage von AOK-Versichertendaten. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. & Mostert, C. (Hrsg.). (2022). *Krankenhaus-Report 2022. Patientenversorgung während der Pandemie*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4. (Stand: 4.4.2023).

Entringer, E., & Kröger, H. (2021). Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lock- down stärker auf das Wohlbefinden aus. *DWI Aktuell, 67*. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.820781.de/diw_aktuell_67.pdf.

Ernst, M., Niederer, D., Werner, ... & Beutel, M. E. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist, 77(5)*, 660–677. https://doi.org/10.1037/amp0001005.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en. (Stand: 4.4.2023).

Felfe, C., Saurer, J., Schneider, P., ... & Sieberer, U. (2022). *The youth mental health crisis during the COVID-19 pandemic: The role of school closures.* [Preprint]. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1304103/v2. (Stand: 4.4.2023).

Fleischer, M., Szepanowski, F., Tovar, M., ... & Kleinschnitz, C. (2022). Post-COVID-19 Syndrome is Rarely Associated with Damage of the Nervous System: Findings from a Prospective Observational Cohort Study in 171 Patients. *Neurology and Therapy, 11(4)*, 1637–1657. https://doi.org/10.1007/s40120-022-00395-z.

Förster, C., Colombo, M., Wetzel, A.-J., Martus, P., Joos, S. (2022). Persistierende Symptome nach COVID-19. *Deutsches Ärzteblatt 119* :167-174. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0147.

Fogarty, H., Townsend, L., Morrin, H., ... & Fazavana, J. (2021). Persistent endotheliopathy in the pathogenesis of long COVID syndrome. *Journal of Thrombosis and Haemostasis, 19(10)*, 2546–2553. https://doi.org/10.1111/jth.15490.

Frommhold, J. (2022). *LongCovid: Die neue Volkskrankheit*. C.H.Beck.

Gahr, M., Ziller, J., Keller, F., ... & Schönfeldt-Lecuona, C. (2022). Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: a nationwide evaluation. *European Journal of Public Health, 32(2)*, 239–45. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab207.

Gaisser, A., Eckford, R. D., Arndt, V., ... & Weg-Remers, S. (2022). Fast zwei Jahre Coronapandemie aus der Perspektive von Krebsbetroffenen. *Onkologe, 28(3)*, 248–252. https://doi.org/10.1007/s00761-022-01096-w.

Global Burden of Disease Long COVID Collaborators (2022). Estimated global proportions of individuals with persistent fatigue, cognitive, and respiratory symptom clusters following symptomatic COVID-19 in 2020 und 2021. *JAMA 328(16):*1604-1615. doi:10.1001/jama.2022.18931. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797443.

Gracia, R., Pamias, M., Mortier, P., ... & Palao, D. (2021). Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *Journal of Affective Disorders, 292*, 139–141. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.044.

Green, K. N., Van De Groep, S., Sweijen, S., ... & Crone, E. A. (2021). Mood and emotional reactivity of adolescents during the COVID-19 pandemic: short-term and long-term effects and the impact of social and socioeconomic stressors. *Scientific Reports, 11(1)*. https://doi.org/10.1038/s41598-021-90851-x.

Greiner, W., Witte, J., Batram, M. et al. (2021). *DAK Kinder- und Jugendreport 2021*. https://www.dak.de/dak/download/report-2519092.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Grobe, T. & Szecsenyi, J. (Hrsg.) (2021). *BARMER Arztreport 2021: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. https://www.barmer.de/resource/blob/1028588/8473fe6a13b1862eecd6ebc81cb07964/barmer-arztreport-2021-psychotherapie-bei-kindern-und-jugendlichen-in-schleswig-holstein-data.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Gutiérrez-Sacristán, A., Serret-Larmande, A., Hutch, M. R., ... & Zucco, C. (2022). Hospitalizations Associated With Mental Health Conditions Among Adolescents in the US and France During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open, 5(12)*, e2246548. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.46548.

Haas, C. & Kunz, A. (2020). *Corona: Pandemie der Angst in Deutschland.* DIE WELT. https://www.welt.de/wirtschaft/article219792834/Corona-Pandemie-der-Angst-in-Deutschland.html. (Stand: 4.4.2023).

Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T. & Augusti, E. (2022). Changes in Adolescent Mental and Somatic Health Complaints Throughout the COVID-19 Pandemic: A Three-Wave Prospective Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health, 71(4)*, 406–413. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.009.

Hall, P., Ayaz, H., Meng, G., ... & Fong, G. T. (2023). Neurocognitive and psychiatric symptoms following infection with COVID-19: Evidence from laboratory and population studies. Brain, Behavior & Immunity - Health, 28, 100595. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2023.100595.

Hapke, U., Kersjes, C., Hoebel, J., ... & Damerow, S. (2022). Depressive Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung vor und im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der GEDA-Studie 2019/2020. *Journal of Health Monitoring, 7(4)*, 3–32. https://doi.org/10.25646/10663.

Hartung, T. J., Neumann, C., Bahmer, T., ... Finke, C. (2022). Fatigue and cognitive impairment after COVID-19: A prospective multicentre study. *eClinicalMedicine, 53*, 101651. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101651. (Stand: 4.4.2023).

Hawes, M., Szenczy, A. K., Klein, D. N., … & Nelson, B. D. (2021). Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine, 52(14)*, 3222–3230. https://doi.org/10.1017/s0033291720005358.

Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., ... & Kuhlmey, A. (2021). *Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim*. Ergebnisreport Nr. 3. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/Covid-Heim.jsp. (Stand: 4.4.2023).

De Hert, M., Mazereel, V., Stroobants, M., ... & Detraux, J. (2022). COVID-19-Related Mortality Risk in People With Severe Mental Illness: A Systematic and Critical Review. *Frontiers in Psychiatry, 12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798554.

Hicking, S. (2021). *Number of children struggling with mental health doubles after pandemic | National Health Executive*. National Health Executive. https://www.nationalhealthexecutive.com/articles/children-mental-health-doubles-pandemic. (Stand: 4.4.2023).

Holt-Lunstad, J., Smith, T. W., Baker, M., Harris, T. L., & Stephenson, D. B. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science, 10(2)*, 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352.

Hosp, J. A., Dressing, A., Blazhenets, G., ... & Meyer, P. T. (2021). Cognitive impairment and altered cerebral glucose metabolism in the subacute stage of COVID-19. *Brain, 144(4)*, 1263–1276. https://doi.org/10.1093/brain/awab009.

Hossain, M., Sultana, A. & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health 42*. https://doi.org/10.4178/epih.e2020038.

Houghton, S., Kyron, M. J., Hunter, S. C., ... & Zadow, C. (2022). Adolescents' longitudinal trajectories of mental health and loneliness: The impact of COVID-19 school closures. *Journal of Adolescence, 94(2)*, 191–205. https://doi.org/10.1002/jad.12017.

Huang, L., Li, X., Gu, X., ... & Cao, B. (2022). Health outcomes in people 2 years after surviving hospitalisation with COVID-19: a longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine, 10(9)*, 863–876. https://doi.org/10.1016/s2213-2600(22)00126-6.

Huang, C., Huang, L., Wang, Y., ... & Cao, B. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet, 397(10270)*, 220–232. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8.

IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2020). *Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak*. Version 1.5. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak. (Stand: 4.4.2023).

ifo Institut & forsa (Hrsg.). (2021). *Die Deutschen und Corona.* Schlussbericht der BMG-„Corona-BUND-Studie". https://www.ifo.de/publikationen/2020/monographie-autorenschaft/die-deutschen-und-corona. (Stand: 4.4.2023).

Institut DGB (2022). *Index Gute Arbeit. Report 2022. Digitale Transformation – Veränderungen der Arbeit aus Sicht der Beschäftigten*. https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++e9c777a4-507f-11ed-9da8-001a4a160123. (Stand: 4.4.2023).

Institut LongCovid (2022). *Institut LongCovid*. https://institutlongcovid.de/. (Stand: 4.4.2023).

Institute of Medicine (IOM). (2015). *IOM 2015 Diagnostic Criteria*. Center for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/me-cfs/healthcare-providers/diagnosis/iom-2015-diagnostic-criteria.html. (Stand: 4.4.2023).

Ipsos (2022). *What worries the world – November 2022*. https://www.ipsos.com/en/what-worries-world-november-2022. (Stand: 4.4.2023).

Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D. & Künzi, K. (2022). *Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz*. Aktualisierte Übersichtsstudie. In Bundesamt für Gesundheit BAG. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-16-07-2021.html. (Stand: 4.4.2023).

Janiri, D., Carfì, A., Kotzalidis, G. D., ... & Sani, G. (2021). Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. *JAMA Psychiatry, 78(5)*, 567-569. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109.

Jerg-Bretzke, L., Kempf, M., Jarczok, M. N., ... & Beschoner, P. (2021). Psychosocial Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers and Initial Areas of Action for Intervention and Prevention - The egePan/VOICE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(19)*, 10531. https://doi.org/10.3390/ijerph181910531.

John, A., Eyles, E., Webb, R. T., ... & Gunnell, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research, 9*, 1097. https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2.

KV Nordrhein (2023). *Corona Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche*. https://www.kvno.de/praxis/haeufige-fragen/corona-gruppenangebote-fuer-kinder-und-jugendliche. (Stand: 4.4.2023).

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). *Steuerungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen*. https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php. (Stand: 4.4.2023).

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). *Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2*. https://www.kbv.de/media/sp/2020-03-23_PT Vereinbarung_Zusatz_Covid-19.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Kedor, C., Freitag, H., Meyer-Arndt, L., ... & Scheibenbogen, C. (2022). A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. *Nature Communications, 13(1)*. https://doi.org/10.1038/s41467-022-32507-6.

Kern, A., Kuhlmann, P. H., Matl, S., ... & Klein, C. (2022). Surveillance of Acute SARS-CoV-2 Infections in Elementary Schools and Daycare Facilities in Bavaria, Germany (09/2020–03/2021). *Frontiers in Pediatrics, 10*. https://doi.org/10.3389/fped.2022.888498.

KKH (2022a). *Immer mehr Menschen mit Depressionen*. [Pressemeldung vom 14. November 2022]. https://www.presseportal.de/pm/6524/5369211. (Stand: 4.4.2023).

KKH (2022b). *Nicht nur zur Zeitumstellung: Deutschland schläft schlecht*. [Pressemeldung vom 26.Oktober 2022]. https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/schlafstoerungen. (Stand: 4.4.2023).

KKH (2022). Starke Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen – KKH-Psychologin: Nachwuchs stärken, auch für neue Krisen. [Pressemitteilung vom 29. März 2022]. https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/jugendlicheinderpandemie. (Stand: 4.4.2023).

Kikkenborg Berg, S., Palm, P., Nygaard, U., ... & Vinggaard Christensen, A. (2022). Long COVID symptoms in SARS-CoV-2-positive children aged 0–14 years and matched controls in Denmark (LongCOVIDKidsDK): a national, cross-sectional study. *The Lancet Child &Amp; Adolescent Health, 6(9)*, 614–623. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00154-7.

Killikelly, C., Lenferink, L. I. M., Xie, H. & Maercker, A. (2021). Rapid Systematic Review of Psychological Symptoms in Health Care Workers COVID-19. *Journal of Loss and Trauma, 26(7)*, 638–655. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1864115.

Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. & Mostert, C. (2022). *Krankenhaus-Report 2022*. Patientenversorgung während der Pandemie. https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-64685-4.

Kliem, S., Von Thadden, A., Lohmann, A., Kröger, C. & Baier, D. (2023). The Effect of the Covid-19 Pandemic on Domestic Violence in Germany: A Comparison of Three Representative Population Surveys. *Journal of Interpersonal Violence, 0(0)*. https://doi.org/10.1177/08862605221143194.

Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.). (2021). *BKK Gesundheitsreport 2021. Krise Wandel Aufbruch*. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2021/Gesundheitsreport_2021/BKK_Gesundheitsreport_2021.pdf.

Knolle, F., Ronan, L. & Murray, G. (2020): The impact of the COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a comparison between Germany and the UK. *BMC Psychology 60*. https://bmcpsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00565-y.

Koczulla, A.R., Ankermann, T., Behrends, U. ... & Zwick, R. (2022). *AWMF S1-Leitlinie Long/Post-COVID*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027l_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Kölch, M., Reis, O., Ulbrich, L. & Schepker, R. (2023). Mental disorders in minors during the COVID-19 pandemic. *Dtsch Arztebl Inter. 120*. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0010.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L. L., ... & Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 47(13)*, 2260–2274. https://doi.org/10.1017/s0033291717000708.

Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., ... & Hasan, A. (2021). Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 271(2)*, 271–281. https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2.

Kuger, S., Haas, W., Kalicki, B., ... & Wieschke, J. (2022). *Die Kindertagesbetreuung während der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse einer interdisziplinaren Studie*. Bielefeld: wbv Publikation. DOI: 10.3278/9783763973279. (Stand: 4.4.2023).

Kunzler, A. M., Röthke, N., Günthner, L., ... & Lieb, K. (2021). Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Globalization and Health, 17(1)*. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y.

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2023). *Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn einer Psychotherapie beträgt in Bayern 97 Tage*. [Pressemeldung vom 10. Februar 2023]. https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueber-uns/Pressearbeit/Presseinformationen/2023/KVB-PI-230210-Wartezeiten-Psychotherapie.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Laub, O., Leipold, G., Toncheva, A. A., ... & Kabesch, M. (2021). Symptoms, SARS-CoV-2 Antibodies, and Neutralization Capacity in a Cross Sectional-Population of German Children. *Frontiers in Pediatrics, 9*. https://doi.org/10.3389/fped.2021.678937.

Lee, S. W., Yang, J. M., Moon, S., ... & Yon, D. K. (2020). Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. *The Lancet Psychiatry, 7(12)*, 1025–1031. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30421-1.

Leopoldina (Hrsg.). (2021). *Kinder und Jugendliche in der Coronavirus-Pandemie: psychosoziale und edukative Herausforderungen und Chancen*. 8. Ad-hoc-Stellungnahme - 21. Juni 2021. https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/kinder-und-jugendliche-in-der-coronavirus-pandemie-psychosoziale-und-edukative-herausforderungen-und-chancen-2021/. (Stand: 11.1.2022). (Stand: 4.4.2023).

Leske, S., Kõlves, K., Crompton, D., Arensman, E. & de Leo, D. (2021). Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Psychiatry, 8(1),* 58–63. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30435-1.

Lewis, J., Jayakumar, S., Breaux, R. P., ... & Becker, S. P. (2022). Prospective examination of psychological trauma among adolescents during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 15(3):* 404-414. https://doi.org/10.1037/tra0001311.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Ayuzo del Valle, N. C., ... & Villapol, S. (2022). Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Scientific Reports, 12(1)*. https://doi.org/10.1038/s41598-022-13495-5.

Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L.M., Fegert, J. & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systemativ review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health 16*, 198. https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00546-y.

Mac-Neil, A., Birk, S., Villeneuve, P., ... & Fuller-Thomson, E. (2022). Incident and Recurrent Depression among Adults Aged 50 Years and Older during the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. Int. J. Environ. *Res. Public Health 2022, 19(22)*, 15032; https://doi.org/10.3390/ijerph192215032.

Magnúsdóttir, I., Lovik, A., Unnarsdóttir, A. B., ... & Valdimarsdóttir, U. A. (2022). Acute COVID-19 severity and mental health morbidity trajectories in patient populations of six nations: an observational study. *The Lancet Public Health, 7(5)*, e406–e416. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00042-1.

Mangiapane, S., Kretschmann, J., Czihal, T. & von Stillfried, D. (2022). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise.* https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Trendreport_7_Leistungsinanspruchnahme_COVID_2022-12-08.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Mangiapane, S., Kretschmann, J., Czihal, T. & von Stillfried, D. (2021). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise.* https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Trendreport_7_Leistungsinanspruchnahme_COVID_2022-12-08.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Manthey, J., Kilian, C., Schomerus, ... & Schulte, B. (2020). Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht, 66(5)*, 247–258. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000686.

Mast, M. (2020). *High allein zuhause macht keinen Spaß*. https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-09/global-drug-survey-coronavirus-alkohol-mdma-cannabis. (Stand: 4.4.2023).

Mauz, E., Walther, L., Junker, S., ... & Thom, J. (2022). T*ime trends of mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic*. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.10.09.22280826v1.full.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Mauz, E., Eicher, S., Peitz, D., ... & Thom, J. (2021). Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandmeie. Ein Rapid-Review. *Journal of Health Monitoring 6(S7)*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S7_2021_Psychische_Gesundheit_Erwachsene_COVID-19.pdf?__blob=publicationFile.

Mizhari, B., Sudry, T., Flaks-Manov, N., ... & Greenfeld, S. (2023). Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. *BMJ 2023;380*:e072529.

Morawa, E., Schug, C., Geiser, F., ... & Erim, Y. (2021). Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. J*ournal of Psychosomatic Research, 144*, 110415. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110415.

Nacul, L., Authier, F. J., Scheibenbogen, C., ... & Lacerda, E. M. (2021). European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina, 57(5)*, 510. https://doi.org/10.3390/medicina57050510.

Nagarajan, R., Krishnamoorthy, Y., Basavarachar, V. & Dakshinamoorthy, R. (2022). Prevalence of posttraumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 299*, 52–59. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.040.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2020). *Ergebnisse der COSMO-Umfrage: Wellen 5, 7 und 9*. https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona/cosmo-umfrage-familien-in-der-covid-19-krisensituation/ergebnisse-der-cosmo-umfrage-wellen-5-7-und-9/. (Stand: 4.4.2023).

Nemani, K., Chenxiang, L., Olfson, M., ... & Goff, D. C. (2021). Association of Psychiatric Disorders with Mortality Among Patients With COVID-19. *JAMA Psychiatry, 78(4)*, 380–386. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.

Nomura, S., Kawashima, T., Yoneoka, D., ... & Hashizume, M. (2021). Trends in suicide in Japan by gender during the COVID-19 pandemic, up to September 2020. *Psychiatry Research, 295*, 113622. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113622.

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., ... & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry, 218(6)*, 326–333. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212.

OPK Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (2021). *Strategiepapier der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zur Bewältigung der psychischen Folgen der Pandemie für Kinder, Jugendliche und Familien.* [Strategiepapier]. https://opk-magazin.de/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/Strategiepapier-OPK-psychische-Folgen-Corona-eind%C3%A4mmen.pdf?x70055. (Stand: 4.4.2023).

Orgilés, M., Francisco, R., Delvecchio, E., ... & Morales, A. (2022). Psychological Symptoms in Italian, Spanish and Portuguese Youth During the COVID-19 Health Crisis: A Longitudinal Study. *Child Psychiatry & Human Development, 53(5)*, 853–862. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01211-9.

Pan, K., Kok, A. A. L., Eikelenboom, M., ... & Penninx, B. W. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry, 8(2)*, 121–129. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30491-0.

Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., ... & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors. *Critical Care Medicine, 43(5)*, 1121–1129. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000882.

Penninx, B. W. J. H., Benros, M. E., Klein, R. S., & Vinkers, C. H. (2022). How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nature Medicine, 28(10)*, 2027–2037. https://doi.org/10.1038/s41591-022-02028-2.

Petzold, M., Plag, J. & Ströhle, A. (2020). Psychische Belastungen können reduziert werden. *Deutsches Ärzteblatt 117(13)*:A648-654. https://www.aufgehts-gap.de/wp-content/uploads/Corona_psychische-Belastungen-Reduktion-Corona_Uniklinik_Berlin.pdf.

Pfefferbaum, B. & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine, 383(6)*, 510–512. https://doi.org/10.1056/nejmp2008017.

Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C. & Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice, 74*, 101806. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806.

Pinkham, A. E., Ackerman, R. A., Depp, C. A., Harvey, P. D., & Moore, R. C. (2020). A Longitudinal Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Preexisting Severe Mental Illnesses. *Psychiatry Research-Neuroimaging, 294*, 113493. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113493.

Pirkis, J., John, A., Shin, S., ... & 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. *The Lancet 8(7)*: 579-588. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00091-2.

Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T., & Schmitz, J. (2022). Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Die Psychotherapie, 67(6)*, 469–477. https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y.

Plomecka MB, Gobbi S, Neckels R, ... & Rawaid, A. (2020). Mental Health Impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. *medRxiv. 2020*; doi: 2020.05.05.20092023.

Price, A., Measey, M., Hoq, M., Rhodes, A. & Goldfeld, S. (2022). Child and caregiver mental health during 12 months of the COVID-19 pandemic in Australia: findings from national repeated cross-sectional surveys. *BMJ paediatrics open, 6(1)*, e001390. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001390.

PTK Hamburg (2022). *Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hamburg bestätigt: Deutlich gestiegene Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche*. [Pressemeldung vom 30. Mai 2022]. https://ptk-hamburg.de/2022/05/30/pressemitteilung-umfrage-der-psychotherapeutenkammer-hamburg-zur-situation-der-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-in-der-pandemie-in-hamburg/. (Stand: 4.4.2023).

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E.,... & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatrics, 175(11)*, 1142. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482.

Radeloff, D., Genuneit, J. & Bachmann, C. (2022). Suizide in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Eine Analyse auf der Grundlage von Daten zu elf Millionen Einwohnern 2017–2021. *Dtsch Arztebl Int 2022; 119*: 502-3; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0198.

Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., ... & von Klitzing, K. (2021). Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*. https://doi.org/10.1017/s2045796021000019.

Raina, P., Wolfson, C., Griffith, ...& Team, C. (2021). A longitudinal analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of middle-aged and older adults from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Nature Aging, 1(12)*, 1137–1147. https://doi.org/10.1038/s43587-021-00128-1.

Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., ... & Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt International, 119*, 527-534. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244.

Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J., ... & Kaman, A. (2022a) Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. *J Adolesc Health 71(5)*:570-578.

Ravens-Sieberer, U., Devine, J., Napp, A.-K., ... & Erhart, M. (2022b). *Three Years into the Pandemic: Results of the Longitudinal German COPSY Study on Youth Mental Health and Health-Related Quality of Life*. https://ssrn.com/abstract=4304666 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4304666. (Stand: 4.4.2023).

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., ... & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European Child &Amp; *Adolescent Psychiatry, 31(6)*, 879–889. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5.

Rebar, A., Stanton, R., Geard, D. ... & Corneel, A. (2015): A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review 9 (3)*, S. 366–378. DOI: 10.1080/17437199.2015.1022901.

Reiss, F., Meyrose, A., Otto, C., ... & Ravens-Sieberer, U. (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One 14(3)*:e0213700.

Renner, T. (2021). *„Aktuell haben wir eine Warteliste von bis zu einem Jahr"*. Deutsches Ärzteblatt. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127638/Aktuell-haben-wir-eine-Warteliste-von-bis-zu-einem-Jahr. (Stand: 4.4.2023).

Renz-Polster, H. & Scheibenbogen, C. (2022). Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. *Die Innere Medizin, 63(8)*, 830–839. https://doi.org/10.1007/s00108-022-01369-x.

Riddell, C. A., Neumann, K., Santaularia, N. J., ... & Mason, S. M. (2022). Excess Google Searches for Child Abuse and Intimate Partner Violence During the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Approach. *Journal of Medical Internet Research, 24(6)*, e36445. https://doi.org/10.2196/36445.

Riedel-Heller, S. & Richter, D. (2021). Psychische Folgen der COVID-19 Pandemie in der Bevölkerung. *Public Health Forum 29(1)*: 54-56. https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0121.

RKI. (2023a). *Coronavirus SARS-CoV-2 - Long COVID*. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html. (Stand: 4.4.2023).

RKI (Hrsg.) (2023b) *3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten*. (Stand: 14.3.2023). Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/3-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile. (Stand: 4.4.2023).

RKI (2022a). *Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Faktenblatt*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html. (Stand: 4.4.2023).

RKI (2022b). *Corona-Monitoring bundesweit – Welle 2. Überblick zu ersten Ergebnissen*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesu ndheitsmonitoring/Studien/lid/Factsheet-CoMoBu-Welle-2.pdf?__blob=publicationFile. (Stand: 4.4.2023).

RKI (2022c). *Corona-Monitoring lokal – Follow-up. Überblick zu ersten Ergebnissen*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Follow-up.html. (Stand: 4.4.2023).

RKI (Hrsg.). (2022d). 2. Quartalsbericht – *Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022.* https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/2-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile. (Stand: 4.4.2023).

Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M. & Jones, A. (2021). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders, 296*, 567–576. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098.

Röhr, S., Müller, F., Jung, F., ... & Riedel-Heller, S. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiat Prax 2020; 47*: 179–189. DOI https://doi.org/10.1055/a-1159-5562.

Roessler, M., Tesch, F., Batram, M., ... & Schmitt, J. (2022). Post-COVID-19-associated morbidity in children, adolescents, and adults: A matched cohort study including more than 157,000 individuals with COVID-19 in Germany. *PLOS Medicine, 19(11)*, e1004122. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004122.

Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., ... & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7(7)*, 611–627. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30203-0.

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., ... & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. Front. *Psychiatry 11*:790. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00790.

Sadowski, U., Gothe, R., Mühlenbruch, K. & Kleinert, M., (2022). *Datenerhebung im Kontext der Corona Pandemie zu den psychischen Auswirkungen der Infektionsschutzmaßnahmen bei Kindern & Jugendlichen und ihren Familien im Land Brandenburg*. Vortrag beim Kongress Armut & Gesundheit am 23.2.2022. PowerPoint-Präsentation (brandenburg.de). https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2022/Online-Doku_2022/69576_Sadowski_et_al..pdf. (Stand: 4.4.2023).

Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghaznavi, C., & Ueda, P. (2021). Assessment of Suicide in Japan During the COVID-19 Pandemic vs Previous Years. *JAMA Network Open, 4(2)*, e2037378. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37378.

Salari, N., Khodayari, Y., Hosseinian-Far, A., ... & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of chronic fatigue syndrome among long COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Bio PsychoSocial Medicine, 16(1)*. https://doi.org/10.1186/s13030-022-00250-5.

Scheibenbogen C., Wittke K., Hanitsch L., Grabowski P. & Behrends U. (2019). Chronisches Fatigue-Syndrom/CFS – Praktische Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie, *Ärzteblatt Sachsen, 26–30*, Sächsische Landesärztekammer, Dresden. https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2019/09/0919_026.pdf.

Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., ... & Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *Journal of Health Monitoring 8(51)*. DOI 10.25646/10760.

Schlack, R., Neuperdt, L, Hölling, H., ... & Beyer, A. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring 5(4)*. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7549/JoHM_04_2020_Psychische_Auswirkungen_COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Serra, R., Borrazzo, C., Vassalini, P., ... & Tarsitani, L. (2022). Post-Traumatic Stress Disorder Trajectories the Year after COVID-19 Hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14)*, 8452. https://doi.org/10.3390/ijerph19148452.

Sevecke, K., Wenter, A. & Böge, I. (2022). Stationäre Versorgung in der Kinder-und Jugendpsychiatrie - wer hat Platz? *Neuropsychiatr. 36*: 179-186. https://doi.org/10.1007/s40211-022-00443-y.

Sevecke, K. & Exenberger, S. (2021). *Neue Erkenntnisse Tiroler Covid-19-Kinderstudie: „Kinder und Jugendliche sind deutlich stärker belastet*". [Pressemeldung vom 23.März 2021]. https://www.i-med.ac.at/pr/presse/2021/17.html. (Stand: 4.4.2023).

Shinn, A. K. & Viron, M. (2020). Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. The Journal of Clinical Psychiatry, 81(3). https://doi.org/10.4088/jcp.20com13412

Shultz, J. M., Cooper, J. L., Baingana, F., ... & Rechkemmer, A. (2016). The Role of Fear-Related Behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola Virus Disease Outbreak. *Current Psychiatry Reports, 18(11)*. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y.

Son, K., Jamil, R., Chowdhury, A., ... & Mukherjee, M. (2022). Circulating anti-nuclear autoantibodies in COVID-19 survivors predict long-COVID symptoms. *European Respiratory Journal, 2200970*. https://doi.org/10.1183/13993003.00970-2022. (Stand: 29.9.2022).

Soneson, E., Puntis, S., Chapman, N., ... & Fazel, M. (2022). Happier during lockdown: a descriptive analysis of self-reported wellbeing in 17,000 UK school students during Covid-19 lockdown. *European Child & Adolescent Psychiatry.* https://doi.org/10.1007/s00787-021-01934-z.

Sorg, A. L., Becht, S., Jank, M., ... & von Kries, R. (2022). Association of SARS-CoV-2 Seropositivity With Myalgic Encephalomyelitis and/or Chronic Fatigue Syndrome Among Children and Adolescents in Germany. *JAMA Network Open, 5(9)*, e2233454. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.33454. (Stand: 29.9.2022).

Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry, 8(7)*, 579–588. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00091-2.

Springall, G., Cheung, M., Sawyer, S. M., & Yeo, M. (2021). Impact of the coronavirus pandemic on anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa presentations to an Australian tertiary paediatric hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health, 58(3)*, 491–496. https://doi.org/10.1111/jpc.15755.

Statistisches Bundesamt (2021). *9% mehr Fälle: Jugendämter melden 2020 Höchststand an Kindeswohlgefährungen*. [Pressemeldung Nr. 350 vom 21. Juli 2021]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html. (Stand: 4.4.2023).

Steffen, A., Akmatov, M.K., Holstiege,J. & Bätzing, J. (2019). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*. (Zi, Hrsg.). https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Stiftung Familienunternehmen (2020). *Repräsentative Umfrage: Niedrigere Produktivität im Homeoffice bei 27% der Unternehmen. Sechs Prozent sehen eine Steigerung*. [Pressemeldung vom 16. November 2020]. https://www.familienunternehmen.de/media/public/pdf/pressebereich/meldungen/2020/repraesentative-umfrage-homeoffice_2020-11-16/repraesentative-umfrage-homeoffice_2020-11-16.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Studie CORONA-MONITORING lokal. (2022, 24. Oktober). Robert Koch Institut. Abgerufen am 7. Dezember 2022, von https://www.rki.de/error_path/400.html?al_req_id=Y5BxF9O2I0MjOYCRShgTdwAAA9w.

Steardo, L., Steardo, L., & Verkhratsky, A. (2020). Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry, 10(1)*. https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5. (Stand: 4.4.2023).

Suhren, E., von Dewitz, M., Bodemer, N. & Lohmann, K. (2021). *Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssüchten sowie das Suchthilfesystem*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Corona_und_Sucht_Abschlussbericht.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Sun, Y., Wu, Y., Fan, S., ... & Thoms, B. (2023). Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ 2023; 380* doi: https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074224.

Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour, 5(2)*, 229–238. https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z.

Taquet, M., Sillett, R., Zhu, L., ... & Harrison, P. J. (2022). Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *The Lancet Psychiatry, 9(10)*, 815–827. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00260-7.

Taquet, M., Dercon, Q., Luciano, S., ... & Harrison, P. J. (2021a). Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLOS Medicine, 18(9)*, e1003773. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003773.

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021b). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry, 8(2)*, 130–140. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30462-4.

Tasleem, A., Wang, Y., Li, K., ... & Thombs, B. D. (2022). Effects of mental health interventions among people hospitalized with COVID-19 infection: A systematic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry, 77*, 40–68. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.04.002.

Technische Universität München. (2020). *Häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie*. https://www.tum.de/forschung/exzellenzcluster/36053. (Stand: 4.4.2023).

Thomas, C., Williams, L., Dhandapani, A. & Bhattacharyya, S. (2022). Assessing the Impact of Pre-Existing Mental Health and Neurocognitive Disorders on the Mortality and Severity of COVID-19 in Those Aged Over 18 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BJPsych Open, 8(S1)*, 75–76. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.253.

Thorisdottir, I. E., Asgeirsdottir, B. B., Kristjansson, A. L., ... & Halldorsdottir, T. (2021). Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Iceland: a longitudinal, population-based study. *The Lancet Psychiatry, 8(8)*, 663–672. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00156-5.

TK (2022a). (Hrsg). *Kinder und Arzneimittel – Verordnungsreport 2022*. https://www.tk.de/resource/blob/2121446/8b07477966ce45ac3f5869d757fca27d/tk-report-kinder-und-arzneimittel-data.pdf. (Stand: 23.3.2022). (Stand: 4.4.2023).

TK (2022b) (Hrsg). *Gesundheitsreport 2022 – Arbeitsunfähigkeiten*. https://www.tk.de/resource/blob/2125010/da11bbb6e19aa012fde9723c8008e394/gesundheitsreport-au-2022-data.pdf. (Stand: 4.4.2023).

TK (2022c). *Ein Jahr Coronapandemie: Wie geht es Deutschlands Beschäftigten?* https://www.tk.de/resource/blob/2110096/13cee77f0ec9d72edc02e3c5d37de4de/2021-tk-gesundheitsreport-data.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Toubasi, A. A., AbuAnzeh, R. B., Tawileh, H. B. A., Aldebei, R. H. & Alryalat, S. A. S. (2021). A meta-analysis: The mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders. *Psychiatry Research, 299*, 113856. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113856.

Townsend, L., Dyer, A. H., Jones, K., ... & Conlon, N. (2020). Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *PLOS ONE, 15(11)*, e0240784. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240784.

TÜV Verband (2022). *Psychische Belastungen im Homeoffice*. [Pressemeldung vom 25. März 2022]. https://www.tuev-verband.de/pressemitteilungen/psychische-belastungen-im-homeoffice. (Stand: 4.4.2023).

Universität Erfurt (2022). *COSMO Covid-19 Snapshot Monitoring*. https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020. (Stand: 4.4.2023).

Universitätsklinik Ulm (2023). *Neue Kurzzeittherapie für Long COVID-Betroffene*. [Pressemeldung vom 10. Februar] 2023. https://www.wochenblatt-news.de/neue-kurzzeittherapie-fuer-long-covid-betroffene/. (Stand: 4.4.2023).

Universitätsmedizin Mainz (2021). *Neue Studienergebnisse belegen häufige Verbreitung von Long COVID-Symptomen nach SARS-CoV-2-Infektion*. [Pressemeldung vom 20. Dezember 2021]. https://www.unimedizin-mainz.de/presse/pressemitteilungen/aktuellemitteilungen/newsdetail/article/neue-studienergebnisse-belegen-haeufige-verbreitung-von-long-covid-symptomen-nach-sars-cov-2-infektion.html (Stand: 4.4.2023).

van den Borst, B., Peters, J. B., Brink, M., ... & van den Heuvel, M. (2020). Comprehensive Health Assessment 3 Months After Recovery From Acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases, 73(5)*, e1089–e1098. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1750 (Stand: 26.9.2022).

Vilser, D. (2022). Long Covid / Post-COVID-19-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen. *Pädiatrie, 34(3)*, 20–25. https://doi.org/10.1007/s15014-022-4024-2.

Wake, A. D. & Kandula, U. R. (2022). The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic—"The shadow pandemic": A review of cross-sectional studies. *Women's Health 18*. doi:10.1177/17455057221095536.

Walitza, S., & Drechsler, R. (2021). Einfluss des Lockdowns auf Psyche und Mediengebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kinderpsychiatrie*. 30.06.2021. https://doi.org/10.35190/d2021.2.5.

Wang, S., Quan, L., Chavarro, J. E., ... & Roberts, A. L. (2022). Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post–COVID-19 Conditions. *JAMA Psychiatry, 79(11)*, 1081. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640.

Wang, Q., Xu, R. & Volkow, N. D. (2020). 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. https://doi.org/10.1002/wps.20806.

Wanigasooriya, K., Palimar, P., Naumann, D. N.,... & Ismail, T. (2021). Mental health symptoms in a cohort of hospital healthcare workers following the first peak of the COVID-19 pandemic in the UK. *BJPsych Open, 7(1)*. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.150.

Weber, K., Kostec, K., Bohlken, J. & Riedel-Heller, S. (2022). Psychische Störungen in deutschen pädiatrischen Praxen vor und während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis 49(07)*. DOI:10.1055/a-1888-4811.

Whittaker, H. R., Gulea, C., Koteci, A., ... & Quint, J. K. (2021). GP consultation rates for sequelae after acute covid-19 in patients managed in the community or hospital in the UK: population based study. *BMJ, e065834*. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-065834.

WHO World Health Organization (2022a). *World mental health report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. (Stand: 4.4.2023).

WHO World Health Organization (2022b). *Mental Health and COVID-19: early evidence of the pandemic´s impact: scientific brief, Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1. (Stand: 4.4.2023).

WHO World Health Organization (2022c). *Therapeutics and COVID-19*. LIVING GUIDELINE. 14 JULY 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4. (Stand: 4.4.2023).

WHO World Health Organization (2022d). *At least 17 million people in the WHO European Region experienced long COVID in the first two years of the pandemic; millions may have to live with it for years to come*. [Pressemeldung vom 13. September 2022]. https://www.who.int/europe/news/item/13-09-2022-at-least-17-million-people-in-the-who-european-region-experienced-long-covid-in-the-first-two-years-of-the-pandemic--millions-may-have-to-live-with-it-for-years-to-come. (Stand: 4.4.2023).

WHO World Health Organization (2021). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. October 6, 2021. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1. (Stand: 4.4.2023).

WHO (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf. (Stand: 4.4.2023).

WIdO (2023). *Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren*. [Pressemeldung vom 6. März 2023]. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2023/wido_kra_pm_krankenhaus-fallzahlen_2022_0323.pdf. (Stand: 4.4.2023).

WIdO (2022). *Krankschreibungen aufgrund von Long-COVID oder Post-COVID: Wenige Betroffene, aber lange krankheitsbedingte Ausfallzeiten*. [Pressemeldung vom 14. September 2022]. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2022/wido_pra_au-daten_long-covid_0922.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Winkler, J., Masah, D. J., Moran, J. M., ... & Schouler-Ocak, M. (2021). Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Nervenarzt, 92(3)*, 243–251. https://doi.org/10.1007/s00115-020-01056-y.

Witte, J., Zeitler, A., Batram, M., Diekmannshemke, J. & Hasemann, L. (2022a). *Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie*. https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Witte, J., Zeitler, A. & Hasemann, L. (2022b). *Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie. Fokus: Psychische Erkrankungen*. [Vortrag vom 18.5.2022.] https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf.

Wollschläger, D., Schmidtmann, I., Blettner, M., ... & Gianicolo, E. A. L. (2021). Suicide during the COVID-19 pandemic in 2020 compared to 2011–2019 in Rhineland-Palatinate (Germany) and Emilia-Romagna (Italy). *Dtsch Arztebl Int, 118*, 814–5. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0365.

Xie, Y., Xu, E. & Al-Aly, Z. (2022). Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *BMJ 2022, 376e068993*. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993.

Yang, L., Wu, D., Hou, Y., ... & Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *medRxiv preprint*. https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040899.

Yong, S. J. (2021). Persistent Brainstem Dysfunction in Long-COVID: A Hypothesis. *ACS Chemical Neuroscience, 12(4)*, 573–580. https://doi.org/10.1021/acschemneuro.0c00793.

Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P. & Steptoe, A. (2021). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry, 79(2)*, 151. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749.

Zhou, J., Liu, L., Xue, P., Yang, X. & Tang, X. (2020). Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. *American Journal of Psychiatry, 177(7), 574–575*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030304.

Zi (2023). *Zi stellt Projektion zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung bis 2030 vor.* [Medieninformation vom 9.2.2023]. https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/zi-stellt-projektion-zur-inanspruchnahme-der-vertragsaerztlichen-versorgung-bis-2030-vor. (Stand: 4.4.2023).

Zi (2022). *Zi-Trendreport: Steigende Arbeitsverdichtung in Arzt- und Psychotherapiepraxen*. [Medieninformation vom 12. Dezember 2022]. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/MI_Trendreport-1-2Q_22_2022-12-12.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Zielasek, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). COVID-19-Pandemie. Psychische Störungen werden zunehmen. *Deutsches Ärzteblatt 117(21)*: 1114-1117. https://www.aerzteblatt.de/archiv/214109/COVID-19-Pandemie-Psychische-Stoerungen-werden-zunehmen.

Zok, K. (2021). Gesundheitsverhalten und Erfahrungen mit der ambulant- ärztlichen Versorgung während der Covid-19-Pandemie: Ergebnisse aus einer bundesweiten Befragung. *WIdO-Monitor 2021, 18(2)*, 1–12. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2_2021_gesundheitsverhalten_pandemie.pdf. (Stand: 4.4.2023).

Zimmermann, P., Pittet, L. F., & Curtis, N. (2022). The Challenge of Studying Long COVID: An Updated Review. *Pediatric Infectious Disease Journal, 41(5)*, 424–426. https://doi.org/10.1097/inf.0000000000003502.

Anhang A: Einteilung des Schweregrades der COVID-19-Erkrankung

Tabelle 1: WHO-Klassifikation der Schweregrade einer COVID-19-Erkrankung

Milder Verlauf		Symptomatische Patienten, welche die Diagnosekriterien für COVID-19 erfüllen, ohne definierende Zeichen eines moderaten oder schweren Verlaufs.
Moderater Verlauf	**Symptome einer Pneumonie/ Oxygenierungsein-schränkungen**	**Jugendliche oder Erwachsene** mit klinischen Zeichen einer Pneumonie (Fieber, Husten, Dyspnoe, erhöhte Atemfrequenz), jedoch ohne Zeichen einer schweren Pneumonie (i.d.R. SpO2 noch ≥ 90 % in Raumluft). **Kinder** mit klinischen Zeichen einer nicht schweren Pneumonie (Husten oder Schwierigkeiten beim Atmen und erhöhte Atemfrequenz oder Einziehung des Brustkorbs) oder ohne Zeichen einer schweren Pneumonie. Die Diagnose kann zwar klinisch gestellt werden, jedoch kann durch Bildgebungsverfahren des Brustkorbs (Röntgenaufnahme, CT, Ultraschall) die Diagnosestellung unterstützt und pulmonale Komplikationen können erkannt oder ausgeschlossen werden. **Achtung:** Der Schwellenwert für die Sauerstoffsättigung von 90 % zur Definition von schwerem COVID-19 wurde willkürlich gewählt und sollte mit Vorsicht interpretiert werden. So müssen Kliniker beispielsweise selbst beurteilen, ob eine niedrige Sauerstoffsättigung ein Zeichen für eine schwere Infektion oder normal für einen Patienten mit chronischer Lungenerkrankung ist. In ähnlicher Weise ist eine Sättigung von >90-94 % bei Raumluft abnormal (bei Patienten mit normaler Lunge) und kann ein frühes Anzeichen einer schweren Erkrankung darstellen, wenn der Patient eine abnehmende Tendenz aufweist. Im Zweifelsfall wird empfohlen, die Krankheit eher als schwerwiegend zu betrachten.
Schwere Erkrankung	**Schwere Pneumonie**	**Jugendliche oder Erwachsene** mit klinischen Zeichen einer Pneumonie (Fieber, Husten, Dyspnoe) außerdem eines der folgenden Kriterien: Atemfrequenz > 30/min; starke Atemnot; oder i.d.R. SpO2 < 90 % in Raumluft. **Kinder** mit klinischen Zeichen einer Pneumonie (Husten oder Schwierigkeiten beim Atmen und erhöhte Atemfrequenz oder Einziehung des Brustkorbs) außerdem mindestens eines der folgenden Kriterien: • i.d.R. SpO2 < 90 % • Sehr starke Brustwandeinziehung, keuchen, zentrale Zyanose oder das Vorliegen eines anderen allgemeinen Gefahrenzeichens (Schwierigkeiten beim Stillen, Lethargie oder Bewusstlosigkeit, Krampfanfälle) Die Diagnose kann zwar klinisch gestellt werden, jedoch kann durch Bildgebungsverfahren des Brustkorbs (Röntgenaufnahme, CT-Ultraschall) die Diagnosestellung unterstützt und pulmonale Komplikationen erkannt oder ausgeschlossen werden.

Kritischer Verlauf mit manifestierendem Organversagen	**ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)**	**Beginn:** innerhalb 1 Woche nach einem bekannten klinischen Ereignis (z. B. Pneumonie) oder neue oder verschlechternde respiratorische Symptome. **Bildgebungsverfahren des Brustkorbs:** (Röntgenbild, CT-Scan oder Lungenultraschall): bilaterale diffuse Infiltrate, die nicht vollständig erklärbar durch Pleuraerguss, Atelektase oder Raumforderung **Ursprung der Lungeninfiltrate:** respiratorisches Versagen, nicht vollständig erklärbar durch kardiale Ursachen oder Volumenüberschuss. Objektive Beurteilung (z. B. Echokardiographie) erforderlich, um hydrostatische Ursache von Infiltraten/Ödemen auszuschließen, wenn kein Risikofaktor vorliegt. **Schweregradeinteilung des ARDS bei Erwachsenen:** • Mildes ARDS • Moderates ARDS • Schweres ARDS **Schweregradeinteilung des ARDS bei Kindern:** Verwendung von OI falls verfügbar. Wenn PaO2 nicht verfügbar ist, sollte FiO2 abgesenkt werden, um OSI oder das SPO2/FiO2 Verhältnis zu berechnen. • Zweistufig • Mildes ARDS (künstlich beatmet) • Moderates ARDS (künstlich beatmet) • Schweres ARDS (künstlich beatmet)
	Sepsis	**Erwachsene:** Akut lebensbedrohliche Organfunktionsstörung infolge einer dysregulierten Immunantwort auf eine (mutmaßliche) Infektion. Zu den Anzeichen von Organdysfunktion gehören: veränderter mentaler Status (Delirium), erschwerte oder schnelle Atmung, niedrige Sauerstoffsättigung, verminderte Urinausscheidung, erhöhte Herzfrequenz, schwacher Puls, kalte Extremitäten oder niedriger Blutdruck, Hautflecken, Labornachweise für Koagulopathie, Thrombozytopenie, Azidose, hohes Laktat oder Hyperbilirubinämie. **Kinder:** Verdacht auf oder Nachweis einer Infektion und ≥ 2 altersabhängige Kriterien des SIRS (Systematic Inflammatory Response Syndrome), von denen eines eine abnorme Körpertemperatur oder die Anzahl der weißen Blutkörperchen darstellt.
	Septischer Schock	**Erwachsene:** Anhaltende Hypotonie **Kinder:** Hypotonie oder 2 oder 3 der folgenden Kriterien: veränderter mentaler Zustand; Brachykardie oder Tachykardie; verzögerte Kapillarauffüllung oder schwacher Puls; erhöhte Atemfrequenz; fleckige oder kühle Haut oder violetter oder purpurner Ausschlag; hoher Laktatwert; verminderte Urinausscheidung; Hyperthermie oder Hypothermie
	Akute Thrombose	Akute venöse Thromboembolie (d. h. Lungenembolie), akutes Koronarsyndrom, akuter Schlaganfall.
	Multisystemisches Entzündungssyndrom bei Kindern und Jugendlichen in zeitlichem Zusammenhang mit COVID-19 (MIS-C)	**Vorläufige Falldefinition:** Kinder und Jugendliche im Alter von 0-19 Jahren mit Fieber > 3 Tage UND 2 der folgenden Symptome: Hautausschlag oder bilaterale nicht eitrige Konjunktivitis oder mukokutane Entzündungszeichen der Haut (Mund, Hände oder Füße); Hypotonie oder Schock; Anzeichen von Myokarddysfunktion, Perikarditis, Herzklappenentzündung oder koronare Anomalien; Anzeichen einer Gerinnungsstörung, akute gastrointestinale Probleme (Diarrhöe, Erbrechen oder Bauchschmerzen) UND erhöhte Entzündungsmarker wie ESR, C-reaktives Protein oder Procalcitonin UND keine andere offensichtliche mikrobielle Ursache der Entzündung, einschließlich bakterieller Sepsis, Staphylokokken- oder Streptokokken-Schocksyndrom UND Nachweis von COVID-19 (RT-PCR, Antigentest oder Serologie positiv) oder wahrscheinlicher Kontakt mit Patienten mit COVID-19.

Anmerkung: Von den symptomatischen Patienten entwickeln laut WHO (2021) die meisten Patienten eine schwache (40 %) oder moderate Infektion (40 %). Circa 15 % der symptomatischen Patienten entwickeln einen schweren Infektionsverlauf und nur 5 % entwickeln eine kritische Infektion.
Die Kriterien der WHO (2021) wurden hier gekürzt und ins Deutsche übersetzt. Quelle: WHO (2021).

Notizen

Notizen

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Mit rund 24.000 Psychotherapeut*innen ist die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) der größte Berufsverband für Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung in Deutschland. Sie wurde 2006 gegründet und basiert auf einem Zusammenschluss der 1984 gegründeten Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem 1992 gegründeten Deutschen Psychotherapeutenverband.

Die DPtV engagiert sich für die Anliegen ihrer Mitglieder und vertritt deren Interessen gegenüber Politik, Institutionen, Behörden, Krankenkassen und in den Gremien der Selbstverwaltung des psychotherapeutischen Heilberufs. Die Entwicklung und weitere Anerkennung des Berufsstandes der Psychotherapeut*innen und des Fachgebietes Psychotherapie ist eine wichtige Aufgabe des Verbands. Weiterhin setzt sich die DPtV für die Verbesserung der Patient*innen-Versorgung ein.

Die DPtV fördert den Nachwuchs und unterstützt eine hochwertige, praxisnahe Ausbildung. Die Fortbildungsakademie „DPtV CAMPUS" bietet zudem jährlich über 115 Veranstaltungen im Bereich der Psychotherapie an. In Pressemeldungen und Informationsmaterialien, einem jährlichen Symposium und dem „DPtV-LunchTalk" trägt der Verband aktuelle Themen in die Öffentlichkeit.

Weitere Informationen unter www.dptv.de

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Klimaneutral
Druckprodukt
ClimatePartner.com/13335-2002-1002

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C084205