

Hintergrund

Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen

BPTK-Hintergrund zur Forschungslage

17.08.2020



Al Bello/Getty Images

Inhaltsverzeichnis

1	Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen	3
2	Überblick über die Forschungslage	5
2.1	Psychisch besonders gefährdete Menschen.....	5
2.2	Pflegekräfte und medizinisches Personal – Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen	11
2.3	Erhebliche zusätzliche Belastungen in der Altenpflege	13
2.4	Wirtschaftliche Krisen und psychische Erkrankungen	14
3	BPtK-Forderungen	18
3.1	Stabile Kontrolle über einen längeren Zeitraum planen.....	18
3.2	Zusätzliche Schutzkonzepte bei einer zweiten Welle der Pandemie.....	18
3.3	Coronakranke und Angehörige	19
3.4	Kinder und Jugendliche	19
3.5	Ältere und pflegebedürftige Menschen	20
3.6	Frauen	20
3.7	Pflegende und weiteres medizinisches Personal	21
3.8	Menschen mit Behinderung.....	21
3.9	Präventionsempfehlungen für jeden Einzelnen.....	21
3.10	Trotz Pandemie – In Kontakt bleiben.....	23
4	Quellen	24
4.1	Weiterführende Literatur.....	28

1 Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen

Ihre Lektüre gehört inzwischen zur täglichen Routine: Aus dreistelligen Zahlen von Toten wurden vierstellige. Aus vierstelligen wurden fünfstellige. Und aus fünfstelligen sechsstellige. Summarische Todesanzeigen während der Corona-Pandemie. Und immer die Frage: Wann stecke ich mich an und wie schwer trifft mich die Krankheit? Das Coronavirus hat die menschliche Gebrechlichkeit und Sterblichkeit mehr als deutlich ins alltägliche Bewusstsein gerückt.

Psychische Auswirkungen hat nicht nur das Leben mit einem potenziell tödlichen Virus. Dem Virus folgten Kontakt- und Ausgehbeschränkungen. Schulen, Kindertagesstätten, Sportvereine, Spielplätze, Restaurants und Geschäfte wurden geschlossen. Das öffentliche Leben kam fast vollständig zum Erliegen. Die Gesundheitskrise griff an, was menschliches Leben ausmacht: den vielfältigen menschlichen Austausch, den jeder täglich braucht, um psychisch gesund zu bleiben. Wer sich bei anderen aufgehoben fühlt, ist psychisch widerstandsfähiger und hält eher schwere psychische Belastungen aus. Mit den Kontakt- und Ausgehbeschränkungen fielen aber wichtige psychisch stärkende Faktoren weg.

Gesellschaftliche Krisen hinterlassen Spuren in der Psyche. Eine Pandemie führt zu einer allgemeinen und grundlegenden Verunsicherung und Angst vor Ansteckung. Fast jeder sorgt sich um Eltern, Großeltern, Kinder oder das eigene Überleben. Menschliche Kontakte werden zum Krankheitsrisiko und zur potenziell tödlichen Gefahr. Für erkrankte und ältere Menschen bedeutete der Virus sogar fast völlige Isolation und Einsamkeit.

Menschen verfügen grundsätzlich über ein erhebliches Potenzial, psychische Gefährdungen und Krisen zu durchleben und sich auch allein wieder davon zu erholen. Die Corona-Pandemie stellt die menschlichen Selbstheilungskräfte jedoch vor eine außergewöhnliche Herausforderung. Bis heute ist ein Ende der Corona-Pandemie nicht abzusehen. Nach der ersten Infektionswelle werden zwar gerade viele öffentliche Beschränkungen aufgehoben. Die Bedrohung durch das Virus aber bleibt bestehen und eine zweite Welle ist nicht ausgeschlossen. Die große Verunsicherung, die das Virus mit sich bringt, dauert an. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt: Je länger Krisen, Konflikte und lebensgefährdende Ereignisse dauern, desto eher sind die psychischen Widerstands- und Regenerationskräfte („Resilienz“) überfordert und es kann zu psychischen Erkrankungen kommen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat deshalb ein erstes Resümee der vorliegenden Forschungsergebnisse zu der Frage gezogen: Wie und wie stark gefährdet die Corona-Pandemie die psychische Gesundheit? Viele Daten, die notwendig wären, um diese Frage umfassend zu beantworten, sind allerdings noch nicht verfügbar. Aus Deutschland selbst liegen bislang allenfalls erste vorläufige Studienergebnisse vor. Weiter ist die Forschung in China und Italien. Aber auch solche Ergebnisse sind nicht eins zu eins auf Deutschland zu übertragen, da die Pandemie sehr unterschiedlich verlaufen ist und auch Politik und Gesellschaften sehr unterschiedlich auf die Pandemie reagierten. Eine zunächst eskalierende Pandemie mit einem überforderten Gesundheitssystem kann erheblich andere Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Menschen haben als eine stärker

kontrollierte Pandemie in Ländern mit einer guten Versorgung und einer vergleichsweise hohen Genesungsrate.

Wer die Situation einschätzen will, ist deshalb auch auf Forschung zu früheren Epidemien wie dem Ausbruch der SARS-Epidemie in China und Kanada 2003 mit ähnlichen Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen angewiesen. Außerdem kann mit Einschränkungen auch die Forschung zu Natur- und Umweltkatastrophen herangezogen werden. Allerdings haben solche Ereignisse aufgrund ihres überfallartigen und unmittelbar lebensbedrohlichen Charakters meist andere psychische Auswirkungen als eine monatelange Pandemie verbunden mit existenziellen wirtschaftlichen Nöten. Nach einem Tsunami erkrankten die Überlebenden weit häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen, bei einer Epidemie oder Pandemie dagegen an Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen.

Der Coronavirus macht gleichzeitig auch deutlich, dass die Gesellschaften über sehr unterschiedliche sozialstaatliche Netze und Puffer verfügen, um die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Folgen einer Pandemie aufzufangen. Deshalb sind auch die Forschungsergebnisse zu den psychischen Folgen von Wirtschaftskrisen nicht einfach auf andere Länder zu übertragen. Aber fast alle Gesellschaften traf der Virus weltweit mit bisher nie dagewesener Geschwindigkeit und Intensität. Auch deshalb, weil die Menschheit wie nie zuvor durch Handels- und Reiseströme miteinander in Kontakt ist. Umgekehrt trafen die gesundheitspolitischen Schutzmaßnahmen alle Wirtschaftssysteme fast gleichzeitig ins Mark. Die Gleichzeitigkeit von weltweiter Gesundheits- und Wirtschaftskrise ist bisher einmalig.

Nicht alle Menschen sind jedoch einem gleich hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt oder psychisch und sozial gleich belastet. Der BPtK-Hintergrund gibt deshalb zunächst einen Überblick über die bisherige Forschungslage und zwar fokussiert auf die Personen, die durch die Corona-Pandemie am stärksten psychisch gefährdet sind. Das sind vor allem die Coronakranken und ihre Angehörigen, ältere Menschen und Pflegebedürftige, Kinder und Jugendliche, medizinisches und Pflegepersonal sowie Frauen und Menschen mit Behinderung.

Darauf aufbauend entwickelt die BPtK zusätzliche Schutzkonzepte für eine zweite Coronawelle. Die Politik muss langfristig für ein Leben mit dem Virus planen. Die Menschen in Deutschland werden noch monate-, wenn nicht jahrelang, mit der Bedrohung durch das Coronavirus leben müssen. Unter dieser Perspektive geht es für diese Pandemie und erst recht für die Zukunft um eine Bewertung der bisherigen Strategien. Dabei müssen die psychischen und sozialen Konsequenzen mehr in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken, um die bisher große Akzeptanz der Schutzmaßnahmen nicht zu gefährden. Grundlegendes Element der zusätzlichen Schutzkonzepte sollte sein: „Wir müssen in Kontakt bleiben!“ Kontakt und Nähe sind wesentliche Ressourcen, auch große Belastungen zu ertragen. Im Zentrum der zusätzlichen Strategien stehen wiederum die Menschen, die mehr als andere durch die psychischen und sozialen Folgen der Schutzmaßnahmen belastet sind. Die zusätzlichen Strategien werden ergänzt um Präventionsempfehlungen für jeden Einzelnen, die geeignet sind, die psychische Gesundheit zu stärken und damit Erkrankungen vorzubeugen.

2 Überblick über die Forschungslage

2.1 Psychisch besonders gefährdete Menschen

Unsicherheit, Angst und Niedergeschlagenheit sind die häufigsten Reaktionen auf die Pandemiesituation, auch bei psychisch Gesunden. Sie sind normale Reaktionen auf belastende Ereignisse. Doch diese Belastungen sind nicht gleich verteilt. Manche Menschen sind körperlich vorerkrankt und deshalb besonders gefährdet. Manche trifft die Pandemie härter, weil sie selbst oder Angehörige erkrankt sind oder weil sie als beruflich Pflegende oder Ärzt*innen ständigen Kontakt mit Coronakranken haben. Andere müssen vor allem mit den Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen und dem Wegfall gewohnter Tagesstrukturen und Betreuungs- und Pflegeangebote klarkommen. Es ist deshalb wahrscheinlich, dass die Corona-Pandemie vor allem psychische Erkrankungen verstärkt oder auch auslöst, wenn bereits eine psychische Verletzbarkeit besteht. Neben Depressionen und Angststörungen, akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen können auch Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Zwangsstörungen und Psychosen zunehmen.

2.1.1 Corona-Erkrankte und Angehörige

Der psychischen Gefährdung von Corona-Erkrankten und ihren Angehörigen ist erstaunlicherweise bislang wenig Beachtung geschenkt worden. Über die Empfehlung hinaus, ihrer Stigmatisierung vorzubeugen (IASC, 2020; IFRC, 2020; Hossain et al., 2020), liegen so gut wie keine Forschungsergebnisse über die psychischen Folgen ihrer Erkrankung vor. Dabei ist es naheliegend, dass Erkrankte und deren Angehörige durch die Infektion ängstlich und depressiv sind – insbesondere dann, wenn sie schwer erkranken und sie stationär und intensiv behandelt werden müssen.

Yang und Kollegen (2020a) verglichen Patient*innen, die aufgrund einer Corona-Erkrankung stationär isoliert wurden, mit Krankenhauspatient*innen mit einer Lungenentzündung und mit gesunden Personen. In einer Vorveröffentlichung zeigen sie, dass Corona-Erkrankte drastisch erhöhte Angst- und Depressionswerte aufweisen. Ähnliches wird in zwei Übersichtsarbeiten über die psychischen Folgen von Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen berichtet (Hossain et al., 2020; Purssell et al., 2020). In manchen Studien berichteten über 70 Prozent der Patient*innen, ängstlich und depressiv, hilflos und reizbar zu sein und ein niedriges Selbstwertgefühl zu haben.

Während Gesellschaft und auch Forschung bisher den psychischen Gefährdungen von Coronakranken wenig Aufmerksamkeit schenken, beschäftigten sie sich stark mit der Ansteckungsgefahr, die sie für Angehörige, Bekannte oder Kolleg*innen darstellen. Bei ihnen kann die Angst davor, dass sich insbesondere Eltern und Großeltern anstecken, zu einer ständigen Sorge um deren Gesundheit werden. Erkrankten Angehörige tatsächlich schwer oder sterben gar, kann es zu langanhaltenden Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen kommen.

Für Angehörige ist es insbesondere unerträglich, erkrankten Eltern oder Großeltern nicht persönlich helfen zu können, da ein Kontakt verboten ist. In Italien berichteten Befragte, bei denen ein nahestehender Mensch an Corona erkrankt war, deutlich häufiger (plus 22 %) von posttraumatischem Stress, wie zum Beispiel Schlaflosigkeit, einer hohen Anspannung und Schreckhaftigkeit, Niedergeschlagenheit und Rückzug. Diese psychischen Krankheitssymptome verstärken sich noch erheblich, wenn eine Corona-Erkrankte* verstirbt und im Extremfall nicht im Familien- und Freundeskreis bestattet werden kann (vorveröffentlichte Online-Befragung von mehr als 18.000 Personen: Rossi et al., 2020).

2.1.2 Ältere Menschen

Ein hohes Alter ist der größte Risikofaktor für eine schwere Corona-Erkrankung (RKI, 2020a). Von den bislang 8.985 Verstorbenen in Deutschland waren 86 Prozent der Personen 70 Jahre und älter. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten Fälle nur 18 Prozent (Stand: 01.07.2020, RKI, 2020c). Hochrechnungen zufolge entfällt dabei ungefähr die Hälfte der Todesfälle auf Personen in stationärer Pflege (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Aufgrund des weit überdurchschnittlichen tödlichen Verlaufs einer Infektion sind ältere Menschen besonders stark Schutz- und Isolationsmaßnahmen unterworfen. Ihnen werden besonders strenge und vor allem langfristige Kontaktbeschränkungen empfohlen (BMG, 2020). Dazu gehört es auch, den Kontakt zu Enkelkindern zu vermeiden (BMG, 2020). Der massive Mangel an menschlichem Austausch kann zu erheblichen psychischen Belastungen führen: Die ständigen Gedanken an eine tödliche Infektionskrankheit können verängstigen und der Verlust an familiärer Aufmerksamkeit und Aufgaben zu Depressivität und dem Gefühl von Sinnlosigkeit führen. Liegen bereits Erkrankungen vor oder ist die erwartete Lebenszeit begrenzt, kann eine langfristige Isolation ohne den Austausch mit nahestehenden Menschen zu starker Niedergeschlagenheit und Depression führen. Die praktische Erfahrung von Psychotherapeut*innen zeigt: Bei vielen, die 75 Jahre und älter sind, wird aus der Angst sich anzustecken nicht selten Todesangst und aus Rückzug totale Isolation. Am Ende quälen sie sich mit der Erwartung, wegen Corona allein zu sterben (BPtK, 2020).

Hinzu kommt, dass sie während der Coronakrise zusätzlich eine ausgrenzende gesundheitspolitische Debatte erlebten. Auch in Deutschland wurde öffentlich darüber diskutiert, ob Alter ein Kriterium ist, nach dem an Corona-Erkrankte noch medizinische Hilfe verteilt werden soll. Die diskriminierende Debatte erreichte auch ältere Menschen, da sie sich grundsätzlich stark über Medien über ihre Erkrankungen, deren Verlauf und ihre Risikofaktoren informieren.

Kontakte sind für ältere Menschen eine wichtige Ressource, die den Alltag strukturiert und die psychische Gesundheit stärkt. Die Angst vor Ansteckung führt jedoch dazu, dass sich viele ältere Menschen isolieren und familiäre Kontakte vermeiden. Hausärzt*innen stellten häufig Hausbesuche ein. Pflegedienste schränkten die Anzahl der Besuche und Hilfsangebote ein. Dies blieb nicht ohne Folgen, wie erste Studienergebnisse der Johannes Gutenberg-Universität Mainz belegen (Horn & Schweppe, 2020). Die Hälfte von 330 befragten pflegenden Angehörigen schätzt, dass sich die Pflegesituation durch die Pandemie

verschlechtert hat, und fast genauso viele denken, dass sich dadurch auch der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen verschlechtert hat. Mehr als zwei Drittel (70,8 %) berichten außerdem von verstärkter Einsamkeit und Depressivität bei der pflegebedürftigen Person.

Besonders drastisch trafen die Schutzmaßnahmen ältere Menschen in Pflegeheimen (RKI, 2020b). Zeitweise herrschte ein generelles Besuchsverbot, bis heute gelten strengste Besuchsregelungen. Kontakte zwischen den Heimbewohner*innen sind oft untersagt und Gruppenaktivitäten gänzlich eingestellt. Ausgang ist verboten oder erheblich beschränkt. Das Selbstbestimmungsrecht der Heimbewohner*innen ist drastisch eingeschränkt. Es besteht kein Zweifel, dass ältere Menschen in Pflegeheimen extremen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, die Ängste und Depressionen begünstigen. „Dies erfordert stets eine sensible Abwägung des Nutzens der Maßnahmen zum Schutz der in der Obhut der Einrichtungen befindlichen Menschen vor Erkrankung und gegebenenfalls Hospitalisierung und Tod gegenüber möglichen psychosozialen Folgen und anderen Kollateralschäden“ (RKI, 2020b).

Besonders belastet sind Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind (Hope et al., 2020). Aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten sind sie kaum in der Lage, die starken Veränderungen in ihrem Alltag einzuschätzen und zu verstehen. Veränderungen gewohnter Tagesabläufe und -strukturen sowie eingeschränkte Kontakte können stark verunsichern. Auch das ungewohnte Tragen von Masken kann bei ihnen erhebliche Irritationen auslösen. Die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder gar in ein Krankenhaus aufgrund einer Infektion kann zu hohem Stress führen und überfordern.

Benötigen ältere Menschen psychotherapeutische Hilfe, können sie Online-Beratungs- und Behandlungsangebote nur begrenzt nutzen, weil sie häufig dafür nicht über die technische Ausstattung verfügen (Yang et al., 2020b). Die BPtK hatte insbesondere deshalb gefordert, während der Corona-Pandemie nicht nur die Behandlung per Videotelefonie, sondern auch telefonische Behandlung zu ermöglichen, falls eine psychotherapeutische Hilfe sonst nicht anders möglich ist.

2.1.3 Kinder und Jugendliche

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche waren lange nicht im Fokus der Öffentlichkeit. Dabei trifft vor allem sie die Schließung von Kitas, Schulen, Spielplätzen und Sportvereinen. Kinder sind dabei in ihrem Spiel und Sozialleben massiv eingeschränkt. Viele Kinder sorgen sich, dass sie sich selbst oder sich jemand aus der Familie mit dem Virus anstecken könnten.

Kinder und Jugendliche sind psychisch besonders gefährdet (Holmes et al., 2020; Wang et al., 2020b). Durch die Schließung von Kitas und Schulen verlieren sie wichtige Kontakte zu Gleichaltrigen. Insbesondere bei Einzelkindern kann dies zur sozialen Isolation führen. Kleine Kinder können das gemeinsame Spiel mit anderen kaum durch Telefonate oder Internetkontakte ersetzen. Das Spiel in den Wohnungen ist nicht zu vergleichen mit den Kontakt- und Bewegungsmöglichkeiten auf Spielplätzen und in Sportvereinen.

Nähe und Aufmerksamkeit der Eltern ist der wichtigste stabilisierende Faktor für Kinder und Jugendliche in der Ausnahmesituation der Pandemie. Als Vorbild können sie ihnen entscheidend helfen, die große Verunsicherung zu bewältigen, die der grundlegend andere Alltag auslöst. Deshalb sollte eine Trennung von Kindern und Eltern durch Quarantänemaßnahmen unbedingt vermieden werden (IASC, 2020; Liu et al., 2020; WHO, 2020d).

Andererseits sind die Eltern selbst häufig durch Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit und finanzielle Existenzängste belastet. Sorgen und Ängste enger Bezugspersonen können die Verunsicherung der Kinder und Jugendlichen jedoch verstärken (Dalton et al., 2020). Eltern müssen durch den Wegfall von Kitas und Schulen außerdem weit mehr als gewohnt ihre Betreuung übernehmen und Hausaufgaben beaufsichtigen. Rund 11 Millionen Minderjährige mussten während der ersten Corona-Welle Kita- und Schulschließungen hinnehmen. Der tägliche Zeitaufwand für Familien- und Hausarbeit der Eltern ist immens und im April 2020 im Vergleich zu 2018 nochmals gestiegen: bei Müttern von 6,6 auf 7,9 Stunden und bei Vätern von 3,3 auf 5,6 Stunden. Für viele Alleinerziehende überstiegen die Belastungen das Verkräftbare. Sie mussten alltagspraktisch häufig Unmögliches schaffen (Bujard et al. 2020). Das Familienleben verändert sich durch den Wegfall gewohnter Strukturen und den Veränderungen im Arbeitsalltag der Eltern stark. Das Risiko, dass häufiger familiäre Konflikte entstehen und eskalieren, steigt. Bei einer zweiten Infektionswelle dürfen Familien nicht mehr vor die Situation gestellt werden, mit den gravierenden Belastungen einfach klar kommen zu müssen. Kitas und Schulen müssen unbedingt Unterrichts- und Betreuungsangebote schaffen, die Familien stärker entlasten.

Bereits früher zeigte sich, dass Epidemien und damit verbundene Alltagseinschränkungen Kinder psychisch massiv gefährden. Sprang und Kollegen (2013) untersuchten die Auswirkung von Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen nach dem Ausbruch der Schweinegrippe im Frühjahr 2009 auf die psychische Gesundheit amerikanischer Kinder und deren Eltern gezielt und stellten dabei besorgniserregende Tendenzen fest: Kinder, die sich in Quarantäne oder Isolation befunden hatten, waren etwa fünfmal so oft auf professionelle psychologische Unterstützungsangebote angewiesen (33,4 % vs. 6,6 %) und entwickelten häufig psychische Erkrankungen. Am häufigsten traten Belastungsreaktionen auf (16,7 %), Anpassungsstörungen (16,7 %) und Trauer (16,7 %). Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde bei 6,2 Prozent dieser Kinder diagnostiziert. Das ist viermal häufiger als bei Kindern, die nicht in Quarantäne und isoliert waren. Bei Jugendlichen zeigten sich vor allem generalisierte Angststörungen (20 %) und Anpassungsstörungen (20 %). Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde bei 1,4 Prozent der Jugendlichen diagnostiziert, insbesondere dann, wenn auch die Eltern daran erkrankten, dann entwickelten 85,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine posttraumatische Belastungsstörung.

Bislang liegen jedoch noch kaum Daten über die psychische Gefährdung von Kindern durch die Corona-Pandemie vor. In einer repräsentativen bundesweiten Befragung der Krankenkasse DAK-Gesundheit gaben 29 Prozent der über 1.000 Kinder und Jugendlichen an, dass sie sich während der Schulschließungen schlechter oder sogar deutlich schlechter gefühlt haben als davor. Etwa ein Drittel von ihnen fühlte sich in der Zeit oft oder sogar sehr oft gestresst und ein Viertel berichtete davon, oft oder sogar sehr oft traurig gewesen zu sein (DAK-Gesundheit, 2020). In einer Onlinebefragung junger Leute zwischen 14 und 35 Jahren

in China berichteten 40,4 Prozent der 584 Befragten von psychischen Problemen und 14,4 Prozent von posttraumatischem Stress (Liang et al., 2020). Je höher das Bildungsniveau, desto geringer waren die psychischen Probleme. Eine andere Studie zeigte, dass auch junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren besonders belastet sind (Qiu et al., 2020).

Die grundlegende Verunsicherung durch die Corona-Pandemie kann noch durch die überdurchschnittliche Nutzung sozialer Medien verstärkt werden (Gao et al., 2020). Wesentlich ist deshalb eine altersgerechte Aufklärung über die Pandemie (IASC, 2020; WHO, 2020c, 2020d; siehe auch Dalton et al., 2020).

2.1.4 Exkurs: Gewalt in der Familie

Nach ersten Berichten aus China, Großbritannien und den Vereinigten Staaten nimmt die häusliche Gewalt seit Beginn der Pandemie zu (WHO, 2020a). Familien verbringen mehr Zeit miteinander. Vor allem in kleinen, beengten Wohnungen fehlen Rückzugsmöglichkeiten. Die Eltern sind nicht selten durch finanzielle Existenzängste verunsichert und können ihre Kinder weniger unterstützen. Das Risiko, dass familiäre Konflikte eskalieren, steigt – vor allem wenn Männer alkoholisiert und gewalttätig sind. Durch Schulschließungen fallen wichtige Schutzräume und Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche weg (Lee, 2020). Internationale Kinderschutzorganisationen haben schon früh auf die Folgen der Corona-Pandemie in den Familien aufmerksam gemacht.¹

Die Medizinische Hochschule Hannover befragte bisher 3.545 Erwachsene zu ihrem psychischen Befinden während der Corona-Pandemie. Danach gab rund die Hälfte aller Befragten an, reizbarer zu sein, fast jede Dritte* erlebte sich als wütender und aggressiver. In zwei Dritteln der Fälle wird diese Wut und Aggression gegen andere gerichtet. Jede 20. Befragte* berichtete davon, schon Opfer von verbaler, körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt gewesen zu sein (MHH, 2020; Zwischenergebnisse, Stand: 30. April 2020). Die Technische Universität München und das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung befragten 3.800 Frauen online zu ihren Gewalterfahrungen in der Zeit der strengen Kontaktbeschränkungen. Nach ersten Berichten gaben 3,1 Prozent der Frauen an, Opfer von Schlägen und anderer körperlicher Gewalt geworden zu sein, 3,6 Prozent von ihrem Partner vergewaltigt worden zu sein. In 6,5 Prozent der Haushalte waren Kinder gewalttätig bestraft worden. Kamen finanzielle Sorgen dazu, stieg das Risiko für Gewalt in der Familie massiv an (Steiner & Ebert, 2020).

Erste regionale Daten liegen inzwischen aus der Gewaltschutzambulanz der Berliner Charité vor. Danach ist die Anzahl der Meldungen über familiäre Gewalt dort zunächst während der rigiden Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen im März um 24 Prozent im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Die Meldungen stiegen dann aber mit den wieder zugelassenen Lockerungen um 30 Prozent, von 118 Fällen im Juni 2019 auf 152 Fälle im Juni 2020. Dies seien fast ausschließlich Meldungen häuslicher Gewalt und

¹ *Gemeinsame Stellungnahme der Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, der End Violence Against Children, UNICEF und WHO aus dem Mai 2020 (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO, 2020).*

Kindesmisshandlungen gewesen. Auch das Ausmaß der Gewalt nehme zu: Kinder werden weit häufiger mit Stöcken, Kabeln und Gürteln geschlagen.

2.1.5 Geschlechtsspezifische Gefährdung von Frauen

Frauen sind durch die Corona-Pandemie psychisch stärker gefährdet als Männer und haben auch ein höheres Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Dies ist deshalb wahrscheinlich, weil Frauen grundsätzlich häufiger psychisch erkranken als Männer. Frauen haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko wie Männer, an affektiven Störungen und Angststörungen zu erkranken. Das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ist bei ihnen sogar mehr als dreifach so hoch (Jacobi et al., 2014). Zwar neigen Männer deutlich öfter als Frauen zu riskantem Alkoholkonsum (Jacobi et al., 2014), allerdings greifen Frauen häufiger zu Medikamenten. Ungefähr zwei Drittel der Arzneimittelabhängigen sind Frauen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020). Frauen sind deshalb grundsätzlich stärker gefährdet, psychische Erkrankungen während der Pandemie zu entwickeln.

Zwei Studien aus China berichten, dass Frauen stärker unter dem Ausbruch der Corona-Pandemie litten als Männer und höhere Stress-, Angst- und Depressionswerte hatten (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020a). Bereits bei der SARS-Epidemie zeigte sich, dass selbst drei Jahre nach Ausbruch der Viruserkrankung weibliche Klinikmitarbeiterinnen in Peking eine stärkere Angst vor dem Wiederausbruch der Krankheit hatten (Wu et al., 2009).

In anderen Studien konnte die Annahme, dass Frauen stärker gefährdet sind, nicht bestätigt werden. In einer Onlinebefragung junger Leute zwischen 14 und 35 Jahren in China fanden sich im Gegenteil bei Männern zwei Wochen nach Ausbruch des Coronavirus eine stärkere Stresssymptomatik, eine generell schlechtere Gesundheit und häufiger erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum (Liang et al., 2020). Auch in einer Untersuchung an Krankenhausmitarbeiter*innen in Hong Kong zeigte sich nach dem SARS-Ausbruch eine höhere Stressbelastung männlicher Mitarbeiter, die auf SARS-Isolationsstationen arbeiteten und dort einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt waren (McAlonan et al., 2007).²

Frauen sind aber auch aufgrund weiterer Risikofaktoren besonders gefährdet (IASC, 2020). Schwangere oder stillende Frauen sowie Frauen mit kleinen Kindern waren in vergleichbaren Situationen besonders belastet, besorgt und verängstigt (Brooks et al., 2020; Sprang et al., 2013). Schließungen von Schulen, Kindertagesstätten und Pflegeeinrichtungen wirken sich stärker auf Frauen aus, da sie doppelt so viel Zeit wie Männer mit der Betreuung und Pflege von Kindern und Angehörigen verbringen (BMFSFJ, 2017). Frauen sind überwiegend die Opfer von häuslicher Gewalt (WHO, 2020a). In der Alten- und Krankenpflege, die durch die Corona-Pandemie mit außerordentlichen Belastungen konfrontiert ist (Lai et al., 2020), arbeiten 70 bis 80 Prozent Frauen (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2020).

² Generell ist anzumerken, dass sich Frauen überdurchschnittlich an Studien zur psychischen Gesundheit während der Corona-Pandemie beteiligt haben. Dies kann einerseits daran liegen, dass sie sich von den Befragungen stärker angesprochen fühlen, andererseits kann dies allerdings die Studienergebnisse verzerren.

2.1.6 Menschen mit Behinderung

Die Corona-Pandemie birgt für Menschen mit körperlicher, seelischer oder geistiger Behinderung ein besonderes Risiko (ONG Inclusiva, 2020; WHO, 2020b). Da sie überdurchschnittlich häufig an Vorerkrankungen leiden und es für sie aufwändiger ist, medizinische Hilfe zu erhalten, haben sie ein größeres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Auch ihr Ansteckungsrisiko ist höher. Blinde Menschen sind beispielsweise darauf angewiesen, Gegenstände anzufassen, um sich tastend zu orientieren. Schutzabstände sind bei pflegenden Hilfen grundsätzlich nicht möglich. Häufig fielen während der ersten Welle der Corona-Pandemie auch pflegerische und betreuerische Hilfen weg. Die Zuwendungen durch diese Hilfen sind aber wichtige körperliche und psychische Sozial- und Pflegekontakte. Auch können, bedingt durch die Schließung von Werkstätten, sinnstiftende und strukturierende Arbeiten oftmals nicht mehr ausgeführt und gewohnte Strukturen und Tagesabläufe nicht beibehalten werden. Häufig fehlen auch Informationen in verständlicher Sprache über die Corona-Pandemie. Solche Informationen könnten aber Ängste und Unsicherheiten verringern (IASC, 2020).

In Anbetracht der erheblichen psychischen Gefährdung von Menschen mit Behinderung in Ausnahmesituationen verwundert es, dass bislang – auch in früheren Epidemien und Pandemien – keinerlei Daten zu ihrer psychischen Gefährdung erhoben werden. Eine Pandemie kann zudem die Stigmatisierung und den Ausschluss von Menschen mit Behinderung vergrößern (IASC, 2020).

2.2 Pflegekräfte und medizinisches Personal – Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen

Die körperliche und psychische Gesundheit von Pflegekräften und medizinischem Personal ist eine entscheidende Voraussetzung für eine ausreichende Versorgung kranker Menschen während der Pandemie. Krankenschwestern und -pfleger, Altenpfleger*innen sowie Ärzt*innen sind sowohl ambulant als auch stationär weit überdurchschnittlichen Belastungen ausgesetzt. Bei ihnen summieren sich insbesondere hohes Infektionsrisiko, Schichtdienst, überlange Arbeitszeiten aufgrund von Personalknappheit und zumindest während der ersten Corona-Welle ein eklatanter Mangel an Masken und Schutzkleidung. Die Summe dieser Belastungen kann psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen auslösen (Petzold et al., 2020).

Bei einer Überlastung des Gesundheitssystems müssen Ärzt*innen auch Entscheidungen über eine stationäre Aufnahme treffen, praktisch kann das auch eine Entscheidung über Leben und Tod der Patient*innen sein (SZ, 2020). Dass ständige Abwägen von eigener Moral, beruflicher Ethik und verfügbaren Ressourcen kann bei Ärzt*innen enormen psychischen Stress auslösen, Scham- und Schuldgefühle hervorrufen und zur Entwicklung psychischer Störungen und sogar zu Suizidalität führen (Greenberg et al., 2020). Ob dies passiert, ist in hohem Maße von der Unterstützung vor, während und auch nach der Krise abhängig.

Hier ist es besonders wichtig, auch langfristig Unterstützung und Hilfe aktiv anzubieten (Greenberg et al., 2020).

2.2.1 Internationale Studien

Mehrere Studien in der chinesischen Provinz Wuhan, in der die ersten Corona-Erkrankungen gemeldet worden waren, untersuchten die psychischen Belastungen von medizinischem und Pflegepersonal. Kang und Kollegen (2020) berichten, dass 34,4 Prozent der 1.000 befragten Personen in der Anfangsphase der Epidemie leichte psychische Beschwerden hatten, 22,4 Prozent mittelstarke und 6,2 Prozent starke Beschwerden. In einer anderen Studie berichtete fast jede zweite Befragte* von depressiven Stimmungen (50,4 %) und Ängsten (44,6 %). Etwa jede Dritte* litt unter Schlaflosigkeit (34 %) und drei von vier Befragten unter Stress (71,5 %; Lai et al., 2020). Beide Studien stellten fest, dass vor allem junge Frauen unter der Situation leiden (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020).³ Eine deutsche Übersichtsarbeit von 14 bereits veröffentlichten Studien aus China, Singapur und Shanghai fasst zusammen: Bei 2,2 bis 14,5 Prozent des Klinikpersonals kann von einer erheblichen Belastung durch Stresserleben, depressiven und ängstlichen Symptome ausgegangen werden. Bei mehr als einem Drittel kam es zu einer leichten bis moderaten Belastung (Bohlken et al., 2020).

Die Ergebnisse sind vergleichbar mit der Forschung zu früheren Epidemien. Gesundheits- und Pflegekräfte leiden nach einer vorveröffentlichten Auswertung von 61 Studien bei sich ausbreitenden ansteckenden Erkrankungen vor allem unter Angst (45 %), Depressivität (38 %), akuter Belastungsstörung (31 %), Burnout (29 %) und posttraumatischer Belastungsstörung (19 %; Cabello et al., 2020). In den drei Jahren nach Ausbruch der SARS-Epidemie berichteten 10 Prozent der befragten Klinikmitarbeiter*innen in China von einer hohen posttraumatischen Stressbelastung. Diese war zwei- bis dreimal erhöht, wenn die Personen sich in Quarantäne befunden hatten, auf SARS-Stationen gearbeitet hatten oder nahestehende Personen durch das Virus infiziert worden waren (Wu et al., 2009). Ferner fanden sich häufiger Symptome für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch (Wu et al., 2008).

Angst, Depressivität und Stress können im Extremfall aber auch traumatische Ausmaße annehmen, wenn das Gesundheitspersonal mit Massensterben auf Krankenhausstationen und in Pflegeheimen konfrontiert ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Vereinten Nationen (IASC) halten es deshalb für notwendig, medizinisches und Pflegepersonal, in Extremfällen auch Bestattungsunternehmer*innen, während und nach dem Ausbruch zu unterstützen. Die Belastungen durch eine Virusepidemie können lange anhalten. So können chronischer Stress und Erschöpfung noch psychisch gefährden, wenn sich die Lage entspannt und verbessert hat. Gibt es keine langfristige Unterstützung, steigt das Risiko für psychische Erkrankungen erheblich (IASC, 2000; WHO, 2020d).

³ Erwähnt sei hier, dass diese Studien ohne Vergleichsgruppen durchgeführt wurden. Außerdem finden sich auch Studien, bei denen medizinisches Personal nicht stärker als nicht-medizinisches Personal und die Allgemeinbevölkerung unter Traumatisierungen, Angst und Depression leiden (z. B. Li et al., 2020; Tan et al., 2020).

2.2.2 Situation in Deutschland

In Deutschland waren die Kliniken nicht wie in Italien oder Spanien überlastet, sodass die Ärzt*innen in Deutschland nicht vor Entscheidungen gestellt waren, die grundlegend mit ihrem beruflichen Codex kollidierten (bpb, 2020). Während der gesamten Pandemie standen bisher genügend freie Intensivbetten zur Verfügung. Dies belegen die Zahlen des Intensivregisters, mit dem das RKI täglich die freie und belegte Behandlungskapazität in der Intensivmedizin in Deutschland erfasst (www.intensivregister.de). Deutschlandweit sind momentan (Stand: 02.08.2020) nur 63 Prozent der Intensivbetten belegt, nur 1,3 Prozent davon mit Corona-Patient*innen. Etwa die Hälfte dieser Patient*innen muss künstlich beatmet werden. Allerdings starb ein Fünftel der Corona-Patient*innen, die von Ende Februar bis Mitte April in Kliniken behandelt wurden (22 %). Etwa ein Sechstel der aufgenommenen Patient*innen musste künstlich beatmet werden (17 %). Von den Beatmungspatienten starben 53 Prozent, von den nicht beatmeten Patient*innen 16 Prozent. Das geht aus einer Analyse der AOK-Abrechnungsdaten hervor, die im Juli 2020 in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlicht worden ist (Karagiannidis et al., 2020). Analysiert wurde der Behandlungsverlauf von rund 10.000 Patient*innen in 920 Kliniken.

Im Gegensatz zur mittlerweile sehr umfangreichen Datenlage aus Asien (siehe Bohlken et al., 2020) liegen aus Deutschland bislang nur wenige Daten zur psychischen Belastung von Beschäftigten im Gesundheitswesen vor. Insgesamt ist es wahrscheinlich, dass der bislang verhältnismäßig glimpfliche Verlauf der Pandemie in Deutschland das medizinische und Pflegepersonal weniger stark traf als in anderen Ländern. In Deutschland standen Ärzt*innen und Pflegenden nicht vor der Entscheidung, Menschen eine intensivmedizinische Behandlung oder eine künstliche Beatmung aufgrund fehlender Betten vorzuenthalten. Allerdings legt die hohe Sterblichkeit der künstlich beatmeten Patient*innen nahe, dass bei Mitarbeiter*innen der Intensivstationen in Deutschland mit besonders hohen psychischen Belastungen zu rechnen ist. Auf anderen Stationen waren die Mitarbeiter*innen vor allem durch das hohe Infektionsrisiko und den anfangs eklatanten Mangel an Masken und Schutzkleidung auch in Deutschland belastet.

Tatsächlich zeigt eine Befragung von 75 Pflegekräften und 35 Ärzt*innen des Universitätsklinikums Augsburg im März und April dieses Jahres, dass nicht alle Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens gleich stark von der Pandemie belastet sind. Pflegepersonal auf Corona-Stationen berichtete von mehr Stress, Ermüdung, depressiver Stimmung und weniger Zufriedenheit bei der Arbeit als Kolleg*innen auf anderen Stationen. Ärzt*innen, die generell weniger Patientenkontakt haben als Pflegekräfte, waren hingegen nicht verstärkt belastet, wenn es direkten Kontakt mit Erkrankten gegeben hatte (Zerbini et al., 2020).

2.3 Erhebliche zusätzliche Belastungen in der Altenpflege

Auch in der ambulanten und stationären Altenpflege entstanden erhebliche zusätzliche Belastungen. Fast zwei Drittel der am Coronavirus verstorbenen Personen waren in ambulanter oder stationärer Pflege (Wolf-Ostermann et al., 2020). Die Pandemie verstärkte damit die bereits grundsätzlich hohen Belastungen in der Altenpflege. Durch die komplette soziale Isolation und die hohe Sterberate von Pflegebedürftigen in Deutschland sind für

die Mitarbeiter*innen der stationären und mit etwas Einschränkung auch der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger erhebliche psychische Belastungen entstanden.

Erste Ergebnisse einer deutschen Befragung von über 450 Pflegekräften, von denen ungefähr die Hälfte in der stationären Krankenhauspflege arbeitete und ein Viertel in stationären Pflegeheimen, deuten auf einen großen Notstand hin. Über drei Viertel der Befragten fühlten sich durch die Veränderungen durch die Pandemie mindestens stark belastet. 67 Prozent berichteten explizit von psychischen Belastungen. Während 95 Prozent der Befragten von präventiven Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion berichteten, wie dem Tragen von Schutzkleidung, gaben nur 15 Prozent der Befragten an, durch Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit unterstützt zu werden. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte gab außerdem an, ihr Privatleben aus Verantwortung gegenüber den Pflegebedürftigen einzuschränken (Coach for Care, 2020).

Wichtig ist dabei zu sehen, dass sowohl für Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenhäuser die zusätzlichen psychischen Belastungen durch die Pandemie eine an und für sich schon hohe psychische Belastung noch einmal verstärken. Denn Pflegekräfte sind ohnehin schon hohen Belastungen ausgesetzt, die dazu führen, dass sie öfter und länger krankgeschrieben sind als Menschen in anderen Berufen. Im Jahr 2018 waren bei der Techniker Krankenkasse versicherte Pflegekräfte rund acht Tage länger krankgeschrieben als Berufstätige insgesamt. Innerhalb der Pflegekräfte zeigte sich, dass Altenpfleger*innen sogar noch drei Tage länger krankgeschrieben waren als Personen in der Krankenpflege. Die häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit waren psychische Diagnosen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Altenpfleger*innen waren doppelt so häufig aufgrund psychischer Probleme krankgeschrieben als Berufstätige insgesamt. Insbesondere Depressionen und Belastungsstörungen führten bei ihnen zu Krankschreibungen (Techniker Krankenkasse, 2019). Die Doppelbelastung, der Pflegekräfte nun aufgrund der Pandemie ausgesetzt sind, ist besorgniserregend.

2.4 Wirtschaftliche Krisen und psychische Erkrankungen

Durch die Corona-Pandemie sind Millionen Deutsche in finanziellen Nöten. Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit und der Wegfall von Betriebseinnahmen verschärften noch einmal die psychischen Belastungen, die schon allein mit Kontakt- und Ausgangseinschränkungen einhergingen. Während von manchen die Entschleunigung durch die Pandemie geradezu als wohltuend erlebt wird, zeichnet sich immer mehr ab, dass ein beachtlicher Teil der Bevölkerung erhebliche finanzielle Engpässe zu bewältigen hat.

Lag die Arbeitslosenquote in Deutschland im März 2020 noch bei 5,1 Prozent, liegt sie Ende Juni bei 6,2 Prozent. Von März bis Ende Juni wurde außerdem für über 12 Millionen Deutsche Kurzarbeit angezeigt. Die tatsächliche Inanspruchnahme liegt deutlich darunter, beläuft sich aber allein im April auf rund 7 Millionen Arbeitnehmer*innen. Damit ist die Inanspruchnahme von Kurzarbeit momentan so hoch wie noch nie und liegt weit über dem Niveau der Finanz- und Wirtschaftskrise im Jahr 2008 (Bundesagentur für Arbeit, 2020). Das führt zu starken Existenzängsten und finanziellen Sorgen. Ein Drittel der Menschen berichtet davon, dass sich ihre finanzielle Situation durch die Pandemie verschlechtert hat,

ein Drittel glaubt, dass sie sich in den nächsten drei Monaten noch weiter verschlechtern wird. 36,7 Prozent der Befragten sagt, dass sie Schwierigkeiten hätten, momentan über die Runden zu kommen (Eurofound, 2020).

Dies wird auch zu einem Anstieg psychischer Erkrankungen führen. Forbes und Krueger (2019) zeigten anhand von Langzeitdaten vor und nach der Finanzkrise 2008, dass Personen, die stark unter der Krise gelitten hatten und zum Beispiel ihre Arbeit oder ihre Wohnung verloren hatten, verstärkt unter Depressionen, Angst und Panikattacken litten. Wie sich wirtschaftliche Krisen speziell durch Pandemien auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken, ist bislang noch nicht erforscht. Wahrscheinlich ist jedoch, dass Depressionen, Angststörungen und Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zunehmen werden.

Die Vermutung, dass Alkoholkonsumstörungen durch Veränderungen im Beschäftigungsverhältnis und im Alltag auch langfristig zunehmen können, scheint nicht unbegründet zu sein. Der Global Drug Survey, die weltweit größte Drogenumfrage mit mehr als 19.000 Teilnehmer*innen aus Deutschland, deckte zwei gegenläufige Trends des Alkoholkonsums während der Corona-Pandemie auf. Während etwa 40 Prozent der deutschen Teilnehmer*innen berichteten, an mehr Tagen in der Woche Alkohol zu trinken als zu Vor-Corona-Zeiten, gab etwa ein Viertel der Befragten an, im Vergleich zur Vor-Corona-Zeit seltener Alkohol zu konsumieren – allein schon deswegen, weil die Möglichkeiten hierzu fehlten (Winstock et al., 2020). Ähnliche Zahlen finden sich in den Zwischenauswertungen einer Onlinebefragung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg und der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim (2.150 Datensätze, Stand: 19. April 2020). Hier berichteten 21,2 Prozent von einem verringerten und 37,4 Prozent von einem erhöhten Alkoholkonsum seit Beginn der Pandemie. War die berufliche Beschäftigung und die Tagesstruktur durch den Lockdown weitgehend unberührt geblieben, war das Risiko für erhöhten Alkoholkonsum reduziert (Georgiadou et al., 2020).

2.4.1 Arbeitslosigkeit

Kaum ein anderer Faktor ist psychisch so gefährdend wie Arbeitslosigkeit. In einer norwegischen Studie wurden sämtliche arbeitende Personen des Landes untersucht (n = 2.348.552). Die Wahrscheinlichkeit eine Behandlung mit Psychopharmaka zu beginnen, war einen Monat nach Beginn der Arbeitslosigkeit um das Zwei- bis Dreifache erhöht. Erst sechs Monate nach Ende der Arbeitslosigkeit war die Verschreibungsrate von Psychopharmaka wieder auf dem Level, das vor der Arbeitslosigkeit bestanden hatte (Kaspersen et al., 2016).

Psychische Erkrankungen führen bereits ohne Pandemie zu erheblichen betrieblichen Fehlzeiten. Psychisch erkrankte Arbeitnehmer*innen sind mit rund 35 Tagen pro Jahr deutlich länger krankgeschrieben als körperlich erkrankte⁴. Darüber hinaus waren psychische Erkrankungen im Jahr 2018 in Deutschland für fast die Hälfte (42,7 %) aller

⁴ Eigene Berechnung der BPtK auf Grundlage von Daten der AOK, Barmer, BKK, DAK, TK, 2019.

krankheitsbedingten Frühberentungen verantwortlich. Sie stellen somit die häufigste Ursache für Erwerbsminderung oder -unfähigkeit dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Und auch während der Pandemie zeichnet sich bereits ein besorgniserregendes Bild ab. Auswertungen der Versichertendaten verzeichneten im ersten Halbjahr 2020 einen Zuwachs von 80 Prozent von Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen (Kaufmännische Krankenkasse, 2020). Es ist also bereits jetzt eine drastische Zunahme psychischer Erkrankungen festzustellen, die viele Menschen zumindest vorübergehend daran hindert, ihrer Arbeit nachzugehen.

Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit stehen somit in einer engen Wechselwirkung, die auch in Anbetracht der Corona-Pandemie beachtet werden muss. Denn wie nie zuvor trafen Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit unangekündigt breite Massen der Bevölkerung. Auch in Familien, in denen es bis dato keine finanziellen Sorgen gab, fallen nun ganze Familieneinkommen weg. Die psychische Belastung nimmt zu und kann die Arbeitsfähigkeit dauerhaft gefährden. Deswegen müssen insbesondere diejenigen langfristig im Blick behalten werden, die direkt mit den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie zu kämpfen haben.

Arbeitslosigkeit bedeutet für die meisten Menschen eine starke finanzielle Einschränkung. Vor allem langanhaltende Arbeitslosigkeit führt häufig zu Armut und sozialer Benachteiligung. Nach Angaben der AOK Rheinland/Hamburg ergab eine gemeinsame Analyse mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf von knapp 1,3 Millionen Versicherten, dass Empfänger von Arbeitslosengeld außerdem ein stark erhöhtes Risiko haben, mit einer Corona-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert zu werden. Im Vergleich zu Erwerbstätigen in regulärer Beschäftigung ist das Risiko für einen Arbeitslosengeld-II-Empfänger um 84,1 Prozent erhöht. Für einen Arbeitslosengeld-I-Empfänger liegt das Risiko um 17,5 Prozent höher (<https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/covid-19-und-soziale-unterschiede-1/>). Auch in der Corona-Pandemie zeigt sich also, wie sehr soziale Unterschiede die Gesundheitschancen beeinflussen. Unterstützungsangebote während und nach der Pandemie dürfen deswegen keinesfalls vom sozialen Status abhängen, sondern müssen sich direkt an der Gefährdung und Belastung einzelner Personengruppen orientieren.

2.4.2 Suizidalität

Oft wird im Zusammenhang mit ökonomischen Krisen auch von Suiziden berichtet (Bacigalupe et al., 2016; Zivin et al., 2011). Nach der Finanzkrise 2008 kam es in der EU, Kanada und den USA bis 2010 zu etwa 10.000 zusätzlichen Suiziden (Reeves et al., 2014). Als wichtigste Risikofaktoren für Suizidalität gelten der Verlust eines Arbeitsplatzes und finanzielle Nöte. Diese Faktoren erhöhen vor allem langfristig die Selbstgefährdung der Krisenopfer (Gunnell et al., 2020).

Mit der Corona-Pandemie nehmen aber auch Alkohol- und Medikamentenkonsum, häusliche Gewalt, Stigmatisierung, soziale Isolation und Einsamkeit zu. Auch diese Faktoren können eine Selbstgefährdung verstärken. Zusätzlich kann die massive mediale Berichterstattung über die Krise die Suizidalität erhöhen.

Pandemien führen aber auch selbst zu steigender Suizidalität. Im Jahr des SARS-Ausbruchs in Honk Kong 2003 wurde von einem starken Anstieg der Suizidrate insbesondere bei älteren Menschen berichtet (Chan et al., 2006). In den letzten 20 Jahren ist es in Hong Kong in keinem Jahr zu so vielen Suiziden gekommen wie im Jahr 2003, in dem allein 60 zusätzliche Suizide bei älteren Menschen verzeichnet worden waren.

Nach einer vorveröffentlichten Studie aus den USA zeichnet sich ein Zusammenhang mit Suiziden auch mit der Corona-Pandemie ab. Von 907 Befragten gaben 17,5 Prozent an, im letzten Monat Suizidgedanken gehabt zu haben, und 4,9 Prozent berichten sogar von konkreten Suizidversuchen. In fast der Hälfte der Fälle bezogen sich suizidale Gedanken auf die Corona-Pandemie (Ammerman et al., 2020). Für Deutschland liegen bisher noch keine Daten vor, die auf eine akute Zunahme von Suiziden seit Ausbruch der Pandemie hindeuten. Allerdings hat die Notaufnahme an der TU München die psychiatrischen Notfälle während der Ausgangsbeschränkungen in Bayern (Untersuchungszeitraum: 21.03.2020 bis 01.05.2020) ausgewertet und eine große psychische Gefährdung durch die Pandemie festgestellt. 22 Prozent dieser Patient*innen, die von Corona-Belastungen berichteten, hatten einen Suizidversuch unternommen. Bei Patient*innen ohne Corona-Belastungen lag dieser Anteil nur bei sechs Prozent (Aly et al., 2020)

Auswertungen der Corona-Hotline in Baden-Württemberg machen außerdem deutlich, dass die psychische Gesundheit der Menschen in Deutschland auch über die Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen im März und April hinaus gefährdet ist: Die Anrufe des telefonischen Beratungsangebots nahmen in der folgenden Lockerungsphase sogar noch zu. In den vier Wochen danach verdoppelten sich zum Beispiel die Anrufe aufgrund von Suizidgedanken (Projektteam Psychohotline Corona, 2020: Stand: 19.06.2020).

3 BPtK-Forderungen

3.1 Stabile Kontrolle über einen längeren Zeitraum planen

Die Politik muss langfristig für ein Leben mit dem Virus planen. Die Menschen in Deutschland werden noch monate-, wenn nicht jahrelang mit der Bedrohung durch das Coronavirus leben müssen. Unter dieser Perspektive geht es für diese Pandemie und erst recht für die Zukunft um eine Bewertung der bisherigen Strategien. Dabei müssen die psychischen und sozialen Konsequenzen mehr in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken, um die bisher große Akzeptanz der Schutzmaßnahmen nicht zu gefährden. Nicht nur weil erneute rigide Kontakt- und Ausgangssperren wirtschaftlich kaum mehr tragbar sind, müssen Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen neu durchdacht werden. Im Zentrum der Überlegungen müssen insbesondere auch die Menschen stehen, die mehr als andere durch die psychischen und sozialen Folgen der Schutzmaßnahmen belastet sind.

3.2 Zusätzliche Schutzkonzepte bei einer zweiten Welle der Pandemie

In der ersten Phase der Pandemie ging es den politisch Verantwortlichen vor allem darum, Ansteckungen zu verhindern, Schutzausrüstungen zu besorgen und das Gesundheitssystem für die Behandlung von Coronakranken auszurüsten. Dies ist im internationalen Vergleich gut gelungen. Klar war auch, dass die Corona-Pandemie aufgrund der phasenweise rigiden Kontakt- und Ausgangssperren nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein wirtschaftliches Problem sein wird. Die Politik in Deutschland hat sich früh darauf eingestellt und versucht, den wirtschaftlichen Einbruch so gering wie möglich zu halten.

Bereits früh wurde aber auch diskutiert, dass zu den vielfältigen Folgen der Corona-Pandemie soziale und psychische Konsequenzen zählen, die durch unbearbeitete bildungs-, sozial- und familienpolitische Probleme nochmals verschärft werden. Die sozialen und psychischen Konsequenzen für besonders gefährdete Gruppen wurden dabei zwar gesehen, aber zusätzliche Strategien standen ad hoc nicht zur Verfügung. Sie wurden allerdings auch kaum diskutiert.

Der BPtK-Hintergrund dokumentiert erstmals umfassend die sozialen und psychischen Konsequenzen der ersten Corona-Welle in Deutschland. Er zeigt, dass die Kontakt- und Ausgangssperren für viele außerordentliche Belastungen mit sich brachten. Eine längere Schließung von Kitas und Schulen ist sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für die Eltern nicht akzeptabel. Aber auch für die Coronakranken selbst und ihre Angehörigen müssen neue Wege gefunden werden, trotz Ansteckungsgefahr in Kontakt zu bleiben.

„In Kontakt bleiben“ ist ein wesentliches Kriterium für zusätzliche Schutzkonzepte während einer zweiten Corona-Welle. Das Titelfoto des BPtK-Hintergrunds drückt diese neue

konzeptionelle Orientierung aus. Menschen brauchen Kontakt und Nähe. Sie sind wesentliche psychische Ressourcen, auch große Belastungen zu ertragen. Gleichzeitig muss der Schutz vor der potenziell tödlichen Infektion sichergestellt werden. Eine Patentlösung für alle wird es nicht geben. Wir brauchen zusätzliche Schutzkonzepte für besonders gefährdete Menschen.

3.3 Coronakranke und Angehörige

Die Angehörigen, aber natürlich auch die Erkrankten selbst, berichten von Ängsten, Schuldgefühlen, aber auch von traumatischen Erfahrungen. Psychotherapeut*innen haben während der ersten Welle der Corona-Pandemie ihre telefonische Beratung und Online-Videobehandlung massiv ausgebaut. Für gefährdete und erkrankte Menschen bedarf es bei einer zweiten Welle dringend eines besseren Informations- und Beratungsangebots, das hilft, die Pandemie möglichst psychisch gesund durchzustehen. Dafür sind Internetangebote wichtig, aber auch persönliche telefonische Beratung. Die Erfahrungen der Patient*innen mit Telefonhotlines (zum Beispiel <https://www.psyhotline-corona-bw.de/>) sollten ausgewertet werden. Psychotherapeut*innen muss die telefonische Beratung und Behandlung von Patient*innen aller Altersgruppen ermöglicht werden, um Hilfsbedürftige überhaupt erreichen zu können.

3.4 Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche waren durch die Schließung von Kitas, Schulen, Spielplätzen und Sportvereinen schwer belastet. Das Spiel in den Wohnungen ist nicht zu vergleichen mit den Kontakt- und Bewegungsmöglichkeiten auf Spielplätzen und in Sportvereinen. Ihnen fehlten essenzielle Kontakte mit Gleichaltrigen, die als Ressourcen für ihre psychische Gesundheit unerlässlich sind. Mit Kitas und Schulen entfielen nicht nur wesentliche Betreuungsangebote, sondern nicht selten auch das tägliche Mittagessen. Gleichzeitig waren sie durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Home-Office der Eltern häufiger familiären Konflikten ausgesetzt. Für viele Alleinerziehende überstiegen die Belastungen das Verkräftbare. Sie mussten alltagspraktisch häufig Unmögliches schaffen.

Nähe und Aufmerksamkeit der Eltern ist der wichtigste stabilisierende Faktor für Kinder und Jugendliche in der Ausnahmesituation der Pandemie. Als Vorbild können sie ihnen entscheidend helfen, die große Verunsicherung zu bewältigen, die der grundlegend andere Alltag auslöst.

Die Einschränkungen des Bildungsauftrags von Kitas und Schulen, aber auch der sozialarbeiterischen Unterstützungsangebote durch die Jugendhilfe traf vor allem Kinder aus Familien mit schwierigen Lebensverhältnissen. Diese sind auf die gezielte Förderung durch Kita und Schule angewiesen. Für diese Kinder ist Home-Schooling eine Crux, weil ihr Zuhause oft weder über den Platz zum konzentrierten Lernen noch über die technische Ausstattung verfügt, die für Lernen und Entdecken notwendig sind. Über das reine Home-Schooling hinaus ist bei einer zweiten Welle daher ein Betreuungs- und Kontaktangebot zu schaffen, dass Kindern und Jugendlichen in stabilen kleinen Gruppen persönliche Nähe

und Austausch ermöglicht. Solche Kontakt- und Austauschmöglichkeiten sind unerlässliche Ladestellen, an denen Kinder und Jugendliche ihre sozialen und psychischen Akkus wieder auffüllen können.

In gesundheitspolitischen Termini heißt dies, dass für Kitas, Schulen und Jugendhilfe spezifische Präventionskonzepte erarbeitet werden müssen, mit denen sie ihren Betrieb zumindest teilweise aufrechterhalten können. Dafür müssen schon jetzt Mitarbeiter*innen geschult und Aufbau- und Ablauforganisationen entwickelt werden. Die BPtK sieht darin eine zentrale, aber vernachlässigte Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

3.5 Ältere und pflegebedürftige Menschen

Eine besonders betroffene Gruppe ist die der älteren Menschen. Sie wurden aufgrund des erhöhten Krankheitsrisikos besonders starken Schutz- und Isolationsmaßnahmen unterworfen. Insbesondere ältere Menschen in Pflegeheimen wurden fast vollständig isoliert. Ein solches Vorgehen ist angesichts des damit verbundenen psychischen Leids nicht akzeptabel. Insbesondere Demenzkranke sind durch eine Quarantäne psychisch massiv gefährdet, wenn sie auf die notwendige körperliche Nähe eng vertrauter Familienangehöriger und Pflegekräfte verzichten müssen. Zur räumlichen kommt für sie eine unerträgliche soziale Isolation, die sie kaum mehr verarbeiten können.

Es ist unbedingt sicherzustellen, dass in der ambulanten und stationären Altenpflege eine totale Isolierung vermieden wird. Auch hierfür bedarf es eines Präventionskonzeptes, das mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu entwickeln ist. Neben Schulungen geht es hierbei auch wieder um ausreichend personelle Ressourcen, um Konzepte zu entwickeln und sie im Zweifelsfall umzusetzen. Sowohl beim Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch in den Pflegeeinrichtungen herrscht aber schon jetzt Personalmangel. Hygienekonzepte, Teststrategien und Notfallpläne sind nur möglich, wenn entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen vorhanden sind. Auch Besuchsräume, feste Gruppen (Personal und Bewohner*innen) und ausreichend Zeit, um demenzkranken Bewohner*innen Veränderungen zu erklären und sie einzuüben, müssen zum Standard gemacht werden. Die Angst der Pflegeheimbewohner*innen vor einer Erkrankung und eventuelle traumatische Erfahrungen bei einer Erkrankung lassen sich initial vielleicht nicht vermeiden. Es gilt aber, angemessen darauf zu reagieren. Anspruch auf Beratung und psychotherapeutische Behandlung haben Menschen unabhängig von ihrem Alter. Der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung muss für sie auch in den Pflegeeinrichtungen gewährleistet sein.

3.6 Frauen

Frauen erkranken generell häufiger psychisch als Männer. Sie sind im Schwerpunkt in systemrelevanten Berufen tätig. 70 bis 80 Prozent des Pflegepersonals sind Frauen. Gleichzeitig waren Frauen vom Wegfall der Betreuungsstrukturen spezifisch betroffen, da sie mehr als die Männer die Betreuung und Unterrichtung der Kinder zu Hause übernahmen, auch wenn die Männer mehr als normal einsprangen. Neben der persönlichen Belastung durch den Alltag sind Frauen besonders gefährdet, Opfer von Gewalt zu werden. Je

schwieriger die Lebenssituation in den Familien wird, desto häufiger entstehen familiäre Konflikte, die eskalieren, und Frauen, aber auch Kinder werden dann Opfer männlicher Gewalt. Damit Frauen nicht Opfer von Gewalt werden, muss es ausreichend Frauenhäuser geben, die auch in Krisensituationen, wie eine Pandemie sie darstellt, sicherstellen können, dass alle Frauen mit ihren Kindern Schutz finden.

3.7 Pflegende und weiteres medizinisches Personal

Beruflich Pflegende haben schon in normalen Zeiten schwierige Arbeitsbedingungen mit hohen sozialen und psychischen Belastungen. Die Pandemie verschärft diese Missstände insgesamt nochmals deutlich. Dies kann noch stärker als normal Depressionen, Angststörungen und auch posttraumatische Belastungsstörungen erzeugen. Die BPtK hat deshalb gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe ein bundesweit psychotherapeutisches Beratungsangebot für berufliche Pflegende geschaffen (www.psych4nurses.de).

Für die stationäre Altenpflege sind für eine zweite Welle bessere Präventionskonzepte unverzichtbar. Die Defizite während der ersten Welle waren viel zu wenig Zeit für verängstigte Menschen, fehlende Schutzausrüstung, fehlende Teststrategie, fehlendes Notfallkonzept, fehlende Schulung der Mitarbeiter*innen. All diese Probleme müssen behoben werden.

3.8 Menschen mit Behinderung

Eine weitere besonders gefährdete Gruppe sind Menschen mit körperlicher, seelischer oder geistiger Behinderung. Auch für sie entfielen während der rigiden Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen der ersten Welle viele pflegerische und betreuerische Hilfen. Durch die Schließung von Werkstätten konnten gewohnte Alltagsstrukturen nicht beibehalten werden. Auch für diese Menschen ist die damit verbundene soziale Isolation mehr als schwierig. Es müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit Einrichtungen für behinderte Menschen gemeinsam mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst spezifische Präventionsstrategien entwickeln und auch umsetzen können.

3.9 Präventionsempfehlungen für jeden Einzelnen

Jeder Einzelne kann vorsorgen, um psychisch gesund zu bleiben. Die BPtK hat die wichtigsten Präventionsempfehlungen für Menschen während der Corona-Pandemie zusammengestellt.

Bleiben Sie psychisch gesund – auch in Corona-Zeiten

- Bleiben Sie auch bei Kontakt- und Ausgangssperren in Kontakt. Tauschen Sie sich mit Freund*innen und Bekannten aus. Berichten Sie anderen, wie es Ihnen geht. Erlebnisse und Gefühle mitzuteilen, hilft mehr, als Sie für möglich halten!
- Schaffen Sie sich eine Tagesstruktur, wenn Home-Office, Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit alles durcheinanderbringen. Wenn möglich, schaffen Sie sich einen regelmäßigen Rhythmus von Arbeit, Mittagspause, Arbeit, kurze Pause, Familien- und Hausarbeit und Freizeit.
- Wenn Sie mit Kindern zusammenleben: Erklären Sie diesen altersgerecht die Lage, versichern Sie ihnen, dass Sie für sie da sind, sorgen Sie für einen geregelten Tagesablauf mit Pflichtaufgaben für Schule und Haushalt einerseits und Freizeitaktivitäten und Spielen andererseits. Achten Sie darauf, dass sich die Kinder auch allein beschäftigen, wenn sie das schon können.
- Bleiben Sie in Bewegung: Egal was, egal ob Yoga oder Kraftsport – fordern sie sich körperlich. Sanft, pulsstark oder ausdauernd. Das entspannt, körperlich und seelisch. Gehen Sie, wenn möglich, raus. Jeder Abendspaziergang um den Block ist nützlich.
- Lenken Sie sich ab. Alles, was Sie die Corona-Pandemie und Ihre Sorgen vergessen lässt, ist eine wichtige Pause für die Psyche. Permanent Grübeln und sich ständig ängstigen macht krank.
- Wenn Sie in einer Partnerschaft leben: Sprechen Sie über die Situation und über Ihre eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen. Vermeiden Sie dabei keine Konflikte und versuchen Sie trotzdem, gegenseitig Verständnis aufzubringen.
- Auch wenn es eine oft gehörte Mahnung ist: Trinken Sie viel, aber nicht unbedingt Alkohol. Alkohol entspannt, aber lässt schlecht schlafen. Das Glas zu viel ist schnell erreicht.

Auch die Gesundheitspolitik sollte noch mehr als bisher Empfehlungen zur individuellen Prävention ins öffentliche Bewusstsein rücken.

3.10 Trotz Pandemie – In Kontakt bleiben

Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch konsequente Bildungs- und Familienpolitik ist. Nur ein funktionierender Sozialstaat, der bereit ist, die notwendigen Mittel bereitzustellen, kann adäquat auf eine Pandemie reagieren. Er muss in der Lage sein, ein Bildungs- und Unterstützungssystem für Kinder, Jugendliche und Familien aufrechtzuerhalten, dass es allen ermöglicht, gesund und angemessen gefördert heranzuwachsen. Die Gesundheitspolitik muss für eine ausreichende Personalausstattung in der Altenpflege und in den Krankenhäusern sorgen. Nur dann können Mitarbeiter*innen medizinisch angemessen reagieren und auch psychische Belastungen für Bewohner*innen – soweit es geht – vermeiden. Eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von spezifischen Präventionsstrategien und angemessene Reaktionen im Krankheitsfall muss der Öffentliche Gesundheitsdienst übernehmen. Dafür braucht er eine deutlich bessere Personalausstattung. Bund und Länder gehen das Thema zwar inzwischen an – allerdings viel zu spät, wie der bisherige Verlauf der Pandemie zeigt. Soziale Isolation für gefährdete Menschen oder das erneute Schließen von Schulen, Kitas und Betreuungsangeboten der Jugendhilfe müssen vermieden werden. Primat aller Schutzkonzepte für eine zweite Pandemiewelle muss sein: Wir müssen in Kontakt bleiben.

4 Quellen

- Aly L., Sondergeld R., Hölzle P., Frank A., Knier B. et al. (2020). Die COVID-19-Pandemie veränderte nicht die Zahl, aber die Art psychiatrischer Notfälle: Versorgungsdaten aus Vergleichszeiträumen von 2019 und 2020. *Nervenarzt*. doi: 10.1007/s00115-020-00973-2.
- Ammerman B. A., Burke T. A., Jacobucci R., McClure K. (2020). Preliminary Investigation of the Association Between COVID-19 and Suicidal Thoughts and Behaviors in the U.S. *PsyArXiv*. <https://psyarxiv.com/68djp/> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Bacigalupe A., Shahidi F. V., Muntaner C., Martín U., Borrell C. (2016). Why is there so much controversy regarding the population health impact of the great recession? Reflections on three case studies. *International Journal of Health Services*. 46(1):5–35.
- BMFSFJ – Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. <https://www.bmfsfj.de/blob/117916/7a2f8ecf6cbe805cc80edf7c4309b2bc/zweiter-gleichstellungsbericht-data.pdf> [aufgerufen am 06.08.2020].
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). Darf ich meine Enkelkinder jetzt wieder treffen? <https://www.zusammengegencorona.de/informieren/darf-ich-meine-enkelkinder-jetzt-wieder-treffen/> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Bohlken J., Schömig F., Lemke M. R., Pumberger M., Riedel-Heller S. G. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatrische Praxis*. 47(4):190–97.
- bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2020). Corona-Krise: Welche Folgen hat die Pandemie für unser Gesundheitssystem? <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/coronavirus/309530/gesundheitsversorgung> [aufgerufen am 06.08.2020].
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2020). Erfahrungen von Psychotherapeut*innen in der Coronakrise. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/05/BPtK-Reader_Corona-Pandemie_Erfahrungsberichte-aus-dem-Alltag.pdf [aufgerufen am 06.08.2020].
- Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 395(10227): 912–20.
- Brown E., Gray R., Lo Monaco S., O’Donoghue B., Nelson B. et al. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia Research*. Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Bujard M., Laß I., Diabaté S., Sulak H., Schneider N. F. (2020). Eltern während der Corona-Krise: Zur Improvisation gezwungen. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. https://www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [aufgerufen am 06.08.2020].
- Bundesagentur für Arbeit (2020). Arbeitslosenquote & Arbeitslosenzahlen 2020. <https://www.arbeitsagentur.de/news/arbeitsmarkt-2020> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Cabello I. R., Echavez J. F. M., Serrano-Ripoll M. J., Fraile-Navarro D., de Roque M. A. F. et al. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *medRxiv*. doi: 2020.04.02.20048892.
- Chan S. M. S., Chiu F. K. H., Lam C. W. L., Leung P. Y. V., & Conwell Y. (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 113-118. doi: 10.1002/gps.1432.
- Coach for Care (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisbericht Auszug. <https://www.coachfor-care.de/ergebnisse-pflege-in-zeiten-corona.html> [aufgerufen am 06.08.2020].

- DAK-Gesundheit (2020). Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern: Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/corona-schulschliessungen-belasten-muetter-besonders-2266728.html#/> [aufgerufen am 06.08.2020]
- Dalton L., Rapa E., Stein A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*. 4:346–47.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Rentenversicherung in Zeitreihen 2019. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [aufgerufen am 06.08.2020].
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020). Drogen- und Suchtbericht 2019. https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilung/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf [aufgerufen am 06.08.2020].
- Eurofound – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2020). Living, working and COVID-19. First findings: April 2020. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20058en.pdf [aufgerufen am 06.08.2020].
- Forbes M. K., Krueger R. F. (2019). The Great Recession and mental health in the United States. *Clinical Psychological Science*. 7(5):900–913.
- Gao J., Zheng P., Jia Y., Chen H., Mao Y. et al. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 15(4):e0231924.
- Georgiadou E., Müller A., Koopmann A., Leménager T., Kiefer F. (2020). Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. *Deutsches Ärzteblatt*. 117(25): A-1251/B-1060. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214451/Alkohol-und-Rauchen-Die-COVID-19-Pandemie-als-idealer-Naehrboden-fuer-Suechte> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 368:m1211. doi: 10.1136/bmj.m1211.
- Gunnell D., Appleby L., Arensman E., Hawton K., John A. et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
- Holmes E. A., O'Connor R. C., Perry V. H., Tracey I., Wessely S. et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 0366(20). doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
- Hope M. D., Hammer M. M., Henry T. S. (2020). Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 395:1190–91.
- Hossain M. M., Sultana A., Purohit N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *SSRN Electronic Journal*.
- IASC – Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak.
- IFRC – International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Psychosocial Centre (2020). Mental health and psychosocial support for staff, volunteers and communities in an outbreak of novel coronavirus.
- Jacobi F., Höfler M., Strehle M. H. J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*. 85:77–87.
- Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y. et al. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*.

- Karagiannidis C., Mostert C., Hentschker C., Voshaar T., Malzahn J. et al. (2020). Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: An observational study. *Lancet*. 2600(20). doi: 10.1016/S2213-2600(20)30316-7.
- Kaspersen S. L., Pape K., Ose S. O., Gunnell D., Bjørngaard J. H. (2016). Unemployment and initiation of psychotropic medication: A case-crossover study of 2 348 552 Norwegian employees. *Occupational and Environmental Medicine*. 73:719–26.
- Kaufmännische Krankenkasse (2020). Krankenstand explodiert – vor allem bei Frauen: Deutlich mehr Fälle von Erkältungskrankheiten und psychischen Leiden in der Corona-Krise. <https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/krankenstand-corona> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J. et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 3(3): e203976.
- Lee J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet child and Adolescent Health*.
- Li Z., Ge J., Yang M., Feng J., Qiao M., Jiang R. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Liang L., Ren H., Cao R., Hu Y., Qin Z. et al. (2020). The Effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly*. doi: 10.1007/s11126-020-09744-3.
- Liu J. J., Bao Y., Huang X., Shi J., Lu L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*. 4(5):347–49.
- McAlonan G. M., Lee A. M., Cheung V., Cheung C., Tsang K. W. T. et al. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry*. 52(4):241–47.
- MHH – Medizinische Hochschule Hannover (2020). Angst, Stress, Gewalt: Erste Ergebnisse von COVID-19-Umfrage. <https://corona.mhh.de/corona-news-aus-der-mhh#c22157> [aufgerufen am 06.08.2020].
- ONG Inclusiva (2020). Recommendations for health protection of people with disabilities during outbreaks: Lessons learned from the 2019 novel coronavirus.
- Petzold M. B., Plag J., Ströhle A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Nervenarzt*. 417–21.
- Projektteam Psychohotline Corona (2020). Zwischenbericht zur psychologischen Corona-Hotline des Landes Baden-Württemberg zu Woche 8. Unveröffentlichter Zwischenbericht, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.
- Purssell E., Gould D., Chudleigh J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. 10:e030371.
- Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry*. 33(2):19–21.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020a). Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html [aufgerufen am 06.08.2020].
- RKI – Robert Koch-Institut (2020b). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.

- RKI – Robert Koch-Institut (2020c). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-07-01-de.pdf?blob=publicationFile [aufgerufen am 06.08.2020].
- Rossi R., Socci V., Talevi D., Mensi S., Niolu C. et al. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N = 18147 web-based survey. medRxiv. doi: 2020.04.09.20057802.
- Sprang G. & Silman M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 7(1):105–10.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=7> [aufgerufen am 28.07.2020].
- Steinert J. & Ebert C. (2020). Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse. https://drive.google.com/file/d/19WQpby9nwMNjdgO4_FCqqlfYyLJmBn7y/view [aufgerufen am 06.08.2020].
- SZ – Süddeutsche Zeitung (2020). Coronavirus: Wie sich Ärzte entscheiden sollen. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/coronavirus-medizin-triage-1.4864794> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Tan B. Y. Q., Chew N. W. S., Lee G. K. H., Jing M., Goh Y. et al. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. Annals of Internal Medicine. doi:10.7326/M20-1083.
- Taylor M. R., Agho K. E., Stevens G. J., Raphael B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. BMC Public Health. 8:447.
- Techniker Krankenkasse (2019). Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf> [aufgerufen am 06.08.2020].
- The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO (2020). COVID-19: Protecting children from violence, abuse and neglect in the home. Version 1 (May). <https://www.unicef.org/documents/covid-19-protecting-children-violence-abuse-and-neglect-home> [aufgerufen am 06.08.2020].
- Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L. et al. (2020a). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17:1729.
- Wang G., Zhang Y., Zhao J., Zhang J., Jiang F. (2020b). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. The Lancet. 395(10228):945–47.
- WHO – World Health Organization (2020a). COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1> [aufgerufen am 06.08.2020].
- WHO – World Health Organization (2020b). Disability considerations during the COVID-19 outbreak.
- WHO – World Health Organization (2020c). Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak (Handout). https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf?sfvrsn=f3a063ff_2 [aufgerufen am 06.08.2020].
- WHO – World Health Organization (2020d). Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak.

- Winstock A. R., Davies E. L., Gilchrist G., Zhuparris A., Ferris J. A., Maier L. J., Barratt M. J. (2020). Global drug survey: Special edition on Covid-19. Global interim report 02/06/2020. https://www.global-drugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim_Report-2020.pdf [aufgerufen am 28.07.2020].
- Wolf-Ostermann K., Rothgang H., Domhoff D., Friedrich A.-C., Heinze F., Preuß B., Schmidt A., Seibert K., Stolle C. (2020). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. doi: 10.26092/elib/116.
- Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J. et al. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*. 54(5):302–11.
- Wu P., Liu X., Fang Y., Fan B., Fuller C. J. et al. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*. 43(6):706–12.
- Yang L., Wu D., Hou Y., Wang X., Dai N. et al. (2020a). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. medRxiv.
- Yang Y., Li W., Zhang Q., Zhang L., Cheung T., Xiang Y. T. (2020b). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 7(4):e19. doi: 10.1101/2020.03.22.20040899.
- Zerbini G., Ebigbo A., Reicherts P., Kunz M., Messman H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19: A survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*. 18. doi: 10.3205/000281.
- Zivin K., Paczkowski M., Galea S. (2011). Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychological Medicine*. 41(7). doi:10.1017/S003329171000173X.

4.1 Weiterführende Literatur

- Fineberg N. A., van Ameringen M., Drummond L., Hollander E., Stein D. J. et al. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*. 100:152174.
- Fischer M., Coogan A. N., Faltraco F., Thomea J. (2020). COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis: A case report. *Psychiatry Research*. 288:113001.
- Kozloff N., Mulsant B. H., Stergiopoulos V., Voineskos A. N. (2020). The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*.
- Mackolil J., Mackolil J. (2020). Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown. *Asian Journal of Psychiatry*. 51:102156.
- Rentero D., Juanes A., Losada C. P., Álvarez S., Parra A. et al. (2020). New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. *Psychiatry Research*. 290:113097.
- Schrappe M., François-Kettner H., Gruhl M., Hart D., Knieps F. et al. (2020). Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz. Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens; Prävention: Risikosituationen erkennen; Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Thesenpapier 3.0.
- Sim K., Huak Chan Y., Chong P. N., Chua H. C., Wen Soon S. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 68(2):195–202.

Valdés-Flrido M. J., López-Díaz Á., Palermo-Zeballos F. J., Martínez-Molina I., Martín-Gil V. E. et al. (2020). Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. Advance Online Publication.

Young Minds (2020). Coronavirus: Impact on young people with mental health needs.