

Die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Lebenssituation von Psychiatriepatient*innen an einer Universitätsklinik in Nordrhein-Westfalen

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. med.)

der Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Charlotte Steinau

aus Aachen

2026

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Alexandra Philipsen
2. Gutachterin: Prof. Dr. med. Alexandra Klotz

Tag der Mündlichen Prüfung: 07.01.2026

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung.....	8
1.1 SARS-CoV-2.....	8
1.1.1 Steckbrief und Entwicklung der Pandemiesituation 2020/2021	8
1.1.2 Virusnachweise in Deutschland und behördliche Maßnahmen	8
1.1.3 Die Pandemiesituation in Nordrhein-Westfalen	11
1.2 Medienberichterstattung in der SARS-CoV-2-Pandemiesituation	12
1.3 Die SARS-CoV-2-Pandemiesituation als multidimensionaler Stressor	12
1.4 Versorgungssituation und Herausforderungen psychisch erkrankter Patient*innen im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemiesituation	13
1.4.1 Krankheitsbild posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	14
1.4.2 PTBS-Patient*innen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemiesituation	15
1.5 Zielsetzung und Hypothesen der Arbeit.....	15
2 Material und Methoden	17
2.1 Proband*innenkollektiv	17
2.2 Subgruppenunterteilung der Patient*innengruppe	17
2.3 Datenerfassung mittels Bonner Pandemiefragebogen.....	18
2.4 Mögliche Einflussfaktoren auf das Belastungserleben im Pandemieverlauf	21
2.4.1 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner.....	21
2.4.2 Maßnahmenscore	21
2.5 Oxford Stringency Index	22
2.6 Vergleich Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW.....	23
2.7 Statistische Auswertung	23
3 Ergebnisse.....	25
3.1 Demographische Beschreibung Proband*innenkollektiv	25
3.2 Auswertung Bonner-Pandemiefragebogen.....	28
3.2.1 Überprüfung der internen Konsistenz: Cronbachs Alpha	28

3.2.2	Deskriptive Statistik	29
3.2.3	Auswertung Skalen des Bonner Pandemiefragebogens	32
3.2.3.1	Gesundheitliche Ängste	32
3.2.3.2	Sozialer Rückzug	34
3.2.3.3	Wirtschaftliche Ängste	35
3.2.3.4	Veränderung des Schlafverhaltens	37
3.2.3.5	Selbstschädigendes Verhalten	38
3.2.3.6	Allgemeine psychische Belastung	40
3.2.3.7	Berufliche Belastung	42
3.2.3.8	Einschränkung der Lebensqualität	43
3.2.3.9	Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien	45
3.2.4	Effekt des Parameters „Tagesinzidenz“	46
3.2.5	Effekt des Parameters „Maßnahmenscore“	46
3.2.6	Gemischt lineares Modell 1: Post-hoc-Test	47
3.3	Auswertung Maßnahmenscore	49
3.3.1	Maßnahmenscore und 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in NRW	49
3.3.2	Maßnahmenscore NRW und Oxford Stringency Indizes	50
3.3.3	Korrelation Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW	51
3.4	Sonderauswertung: Bonner Pandemiefragebogen zur SARS-CoV-2- Impfung	52
3.4.1	Dichotome Unterteilung: t-Test für ungepaarte Stichproben	52
3.4.2	Dreigliedrige Unterteilung: einfaktorielle ANOVA	53
3.5	Einfluss der SARS-CoV-2-Thematik auf die Entwicklung der Angstsymptomatik	54
4	Diskussion	55
4.1	Überblick	55
4.2	Belastungserleben bei Patient*innen und gesunden Kontrollproband*innen	55
4.3	Belastungsempfinden bei PTBS-Patient*innen	60
4.4	Gesamteffekte von Maßnahmenscore und Tagesinzidenz	63

4.5	SARS-CoV-2-Impfung	65
4.6	Limitationen.....	66
5	Zusammenfassung und Ausblick.....	67
6	Anhang.....	69
6.1	Fragebögen Bonner Pandemiefragebogen	69
6.1.1	Bonner Pandemiefragebogen T0	69
6.1.2	Bonner Pandemiefragebogen T1	73
6.1.3	Bonner Pandemiefragebogen T2	77
6.2	Graphiken Normalverteilung Skalen Bonner Pandemiefragebogen	82
6.2.1	Gesundheitliche Ängste.....	82
6.2.2	Sozialer Rückzug	82
6.2.3	Wirtschaftliche Ängste	83
6.2.4	Veränderung Schlafverhalten	83
6.2.5	Selbstschädigendes Verhalten	84
6.2.6	Allgemeine psychische Belastung.....	84
6.2.7	Berufliche Belastung.....	85
6.2.8	Einschränkung der Lebensqualität.....	85
6.2.9	Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien.....	86
6.3	SARS-CoV-2-Impfung: weitere Angaben.....	87
6.4	Graphik z-standardisierte Indizes und 7d-Inzidenz/100.000 EW in NRW .	88
7	Abbildungsverzeichnis	89
8	Tabellenverzeichnis	90
9	Literaturverzeichnis	93
10	Erklärung zum Eigenanteil	109
11	Danksagung	110

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABS	Akute Belastungs Störung
ANOVA	ANalysis Of VAriance
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
BDI	Beck Depressions-Inventar
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMA	Europäische Arzneimittel-Agentur
ETI	Essener Traumainventar
EW	Einwohner
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
FFP	Filtering Face Piece
Ggü	gegenüber
KG	Kontrollgruppe
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
NRW	Nordrhein-Westfalen
MERS-CoV	Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus
PG	Patient*innengruppe
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
RKI	Robert-Koch-Institut
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SARS-CoV-2-RT-PCR-Test	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2-real-time-polymerase-chain-reaction-Test
SD	Standardabweichung
STAI	Stait-Trait-Angstinventar

STAXI	Stait-Trait-Ärgerausdrucksinventar
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 SARS-CoV-2

1.1.1 Steckbrief und Entwicklung der Pandemiesituation 2020/2021

SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) bezeichnet ein membranumhülltes RNA-Virus, das der Familie der Coronaviridae zugeordnet ist, die unter Vögeln und Säugetieren verbreitet sind (RKI-virologische Basisdaten, 2023). Die Übertragung bei Menschen erfolgt durch die respiratorische Aufnahme von Viruspartikeln, die Infizierte beispielsweise beim Husten, Niesen oder Sprechen ausstoßen (Wang et al., 2021). Die Symptomatik kann von milden unspezifischen Erkältungssymptomen wie Husten, Muskelschmerzen und Kopfschmerzen über eine Pneumonie bis hin zum ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) reichen. Bekanntheit erlangten Coronaviren bereits in den Jahren 2002/2003 sowie 2012 durch die Ausbrüche des Severe Acute Respiratory Coronavirus (SARS-CoV) und des Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) (Al-Rohaimi und Al Otaibi, 2020).

Die WHO reagierte am 30. Januar 2020 auf die global zunehmenden Nachweise von SARS-CoV-2-Partikeln in immer mehr Menschen mit der Einstufung der Situation als „gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite“ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) (A timeline of WHO's COVID-19 Response, 2022, S. 11) und rief am elften März 2020 schließlich eine Pandemie aus (A timeline of WHO's COVID-19 Response, 2022, S. 22).

1.1.2 Virusnachweise in Deutschland und behördliche Maßnahmen

Der erste laborbestätigte Nachweis von SARS-CoV-2-RNA in einem Patienten in Deutschland erfolgte am 28. Januar 2020 im Landkreis Starnberg in Bayern (RKI-Epidemiologisches Bulletin, 2020).

Schilling et al. (2021; 2022) teilen den weiteren Verlauf des Geschehens in verschiedene Phasen ein. Diese Einteilung basiert auf einer Vielzahl epidemiologischer Parameter, wie

die SARS-CoV-2-Labortestungen mittels RT-PCR, Meldungen des Intensivregisters sowie bundesweite, infektionspräventive „nicht-pharmakologische“ Maßnahmen. Im Verlauf wurden diese Parameter aufgrund der zunehmend festgestellten Grundimmunisierung der Bevölkerung um die veränderte Krankheitsschwere ergänzt. Die zusätzliche Unterteilung der zweiten Phase wird mit gesteigerten Testmöglichkeiten begründet (Schilling et al., 2021).

- Phase 0: Auftreten sporadischer Fälle (27.01.2020 – 01.03.2020)
- Phase 1: „Erste Covid-19-Welle“ (02.03.2020 – 17.05.2020)
- Phase 2: „Sommerplateau“ (18.05.2020 – 27.09.2020)
 - Phase 2a (18.05.2020 – 26.07.2020)
 - Phase 2b (27.07.2020 – 27.09.2020)
- Phase 3: „Zweite Covid-19-Welle“ (28.09.2020 – 28.02.2021)
- Phase 4: „Dritte Covid-19-Welle“ (01.03.2021 – 13.06.2021)

Anhand der täglichen Lageberichte des Robert-Koch-Institutes (RKI) und der Chronik des Bundesgesundheitsministeriums lässt sich die Reaktion der Regierung auf die in der Häufigkeit zunehmenden Nachweise des Virus nachvollziehen. Folgend eine Darstellung der relevanten Ereignisse, die in die Erhebungszeiträume der vorliegenden Studie fallen:

Zu Beginn der „ersten COVID-19-Welle“ folgten der Einschränkung von Großveranstaltungen bundesweite Schul- und Kitaschließungen sowie zunächst vorübergehende Einschränkungen des grenzüberschreitenden Verkehrs aus Frankreich, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Dänemark (RKI-Covid-19-Lagebericht 16.03.20, 17.03.20, 2020). Mit den „Leitlinien zum Kampf gegen die Corona Epidemie vom 16.03.2020“ erhielten zudem Einschränkungen des alltäglichen Lebens Einzug: der Einzelhandel, lebensnotwendige Versorgung ausgenommen, wurde ebenso wie Freizeit- und Kultureinrichtungen geschlossen, Zusammenkünfte wurden verboten und es wurde den Regierungen der Bundesländer empfohlen, Besuchsregeln für soziale Einrichtungen und Krankenhäuser zu erlassen (Bundesregierung, 2020). Zu diesem Zeitpunkt lagen deutschlandweit 6012 bestätigte Infektionsfälle vor und das gesundheitliche Risiko wurde am Folgetag, dem 17. März 2020, erstmals als hoch eingestuft (RKI-Covid-19-Lagebericht

16.03.20, 2020). Es folgten verschärfte Einreiseregeln für Nicht-EU-Bürger (RKI-Covid-19-Lagebericht 18.03.20, 2020), erste Ausgangssperren in Bayern (Bayerisches Ministerialblatt, 2020) und dem Saarland (RKI-Covid-19-Lagebericht 22.03.20, 2020), ein Versammlungsverbot für mehr als zwei Personen sowie das Gebot eines Mindestabstandes von 1,5 m zwischen zwei Personen in der Öffentlichkeit (Bundesregierung, 2020). Mit der ersten Änderung des Infektionsschutzgesetzes durch die Einführung des „Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ vom 27. März 2020 wurde eine Kompetenzerweiterung des Bundes ermöglicht (Bundesgesetzblatt, 27.03.2020). Ende April bestand in allen Bundesländern eine Pflicht zum Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen im öffentlichen Nahverkehr und im Einzelhandel (RKI-Covid-19-Lagebericht 28.04.20, 2020).

Mit steigenden Infektionszahlen zu Beginn der „zweiten Covid-19-Welle“ lag die Strategie der Bundesregierung insbesondere darauf, durch Kontaktangabe und Nachverfolgung „Ausbrüche“ zu identifizieren und lokale Beschränkungen in bestimmten Regionen zu erlassen (Bundesregierung, 2020). Am 28. Oktober 2020 wurden bei einem erneuten Anstieg der Zahlen positiver SARS-CoV-2-RT-PCR-Tests weitere Maßnahmen erlassen, die erneut schwerwiegende Einschränkungen des öffentlichen und sozialen Lebens zur Folge hatten (Bundesregierung, 2020). Dieser Beschluss wurde am 25. November 2020 verlängert. Ein wesentlicher Unterschied zur „ersten Covid-19-Welle“ im Frühjahr 2020 war nun das Bestreben, den Groß- und Einzelhandel sowie insbesondere Kinderbetreuungen und Schulen geöffnet zu halten, zudem wurden Unternehmen aufgefordert, für die jeweilige Belegschaft großzügig die Möglichkeit einzuräumen, via Internet von zuhause im sogenannten „Homeoffice“ zu arbeiten (Bundesregierung, 2020). Am 15. Dezember 2020 trat die „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ in Kraft (Bundesanzeiger, 2020). Am 21. Dezember 2020 erteilte die europäische Arzneimittelbehörde EMA dem BioNTech-Impfstoff die Zulassung (Bundesgesundheitsministerium-Chronik-Coronavirus, 2023) und am 27. Dezember 2020 wurde mit dem systematischen Impfen der Bevölkerung begonnen (RKI-Covid-19-Lagebericht 27.12.20, 2020). Ende des Jahres meldete das RKI 1.719.737 labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Fälle (RKI-Covid-19-Lagebericht 31.12.20, 2020).

Es folgte eine Verlängerung der im November beschlossenen Maßnahmen über die Monate Januar (Bundesregierung, 2020) und Februar 2021 (Bundesregierung, 2021) bis zum siebten März 2021 (Bundesregierung, 2021). Das RKI meldet am siebten März 2021 insgesamt 2.500.182 positive Testergebnisse auf SARS-CoV-2 (RKI-Covid-19-Lagebericht 07.03.2021, 2021). Der Bund-Länder-Beschluss vom dritten März 2021 zufolge wurden die bestehenden Maßnahmen erneut verlängert, zugleich aber auch konkrete Öffnungsschritte vereinbart, die jedoch mit der sogenannten „Notbremse“ verbunden waren und bei Überschreitung der 7-Tage-Inzidenz von über 100 laborbestätigt positiven SARS-CoV-2-Fällen pro 100.000 Einwohner wieder zurückgenommen werden konnten (Bundesregierung, 2021). Rückblickend ergibt die Gesamtschau eine unbeständige Zeit mit einer raschen, wenig vorhersagbaren Ausweitung beziehungsweise Rücknahme von Gesetzen und Einschränkungen. In der vorliegenden Arbeit wird das eigentliche Pandemiegesehen gemeinsam mit den behördlichen Maßnahmen insgesamt als „Pandemiesituation“ bezeichnet.

1.1.3 Die Pandemiesituation in Nordrhein-Westfalen

Die Rekonstruktion der Verbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland rückt das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW), in welchem die Untersuchung dieser Arbeit durchgeführt wurde, in den Fokus. Grund hierfür ist eine Karnevalsveranstaltung Mitte Februar 2020 im Ort Gangelt, die als „Superspreading Event“ bezeichnet wurde und den zugehörigen Kreis Heinsberg zur ersten Region machte, in der eine Vielzahl tatsächlich Erkrankter und an SARS-CoV-2-Infizierter nachgewiesen werden konnte (Land NRW, 2020; Streeck et al., 2020). Das RKI berichtete Anfang März 2020, dass 42 % der in Deutschland zu diesem Zeitpunkt gemeldeten SARS-CoV-2-Fälle auf den Ausbruch in Heinsberg rückgeführt werden konnten (RKI-Covid-Lagebericht 04.03.20, 2020). Kurz darauf wurde der Landkreis Heinsberg als „besonders betroffenes Gebiet“ in Deutschland ausgewiesen (RKI-Covid-19-Lagebericht 07.03.20, 2020) und war im Zuge dessen deutlich früher als der Rest des Landes Restriktionen wie Schul- und Kitaschließungen sowie strikten Quarantäneregeln ausgesetzt (Streeck et al., 2020).

1.2 Medienberichterstattung in der SARS-CoV-2-Pandemiesituation

Infolge der Pandemiesituation erfuhr die SARS-CoV-2 Thematik eine mediale Omnipräsenz. Dieses Überangebot an Informationen, welches neben wahrheitsgemäßen Informationen auch viele Falschmeldungen umfasste, wurde als „Infodemic“ bezeichnet und erschwerte die Suche nach vertrauenswürdigen Quellen (Mheidly und Fares, 2020). Zu den Hauptbezugsquellen zählten Fernsehen, Internet, Tageszeitungen, Radio sowie auch die sozialen Netzwerke (Maurer et al., 2021).

Einer Untersuchung von Maurer et al. (2021) zufolge konnte eine Intensivierung der Medienberichterstattung bei steigenden Infektions- sowie Todeszahlen beobachtet werden. Der Medienberichterstattung kommt in Krisenzeiten wie der SARS-CoV-2 Pandemie eine wichtige haltgebende Rolle zu und ist hinsichtlich der Verbreitung von Handlungsempfehlungen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens von Bedeutung (Loss et al., 2021). Nichtsdestotrotz kann die thematische Auseinandersetzung mit der SARS-CoV-2 Medienberichterstattung als Belastung empfunden werden, die sich unter anderem in Form von Ängsten und Symptomen einer Depression manifestieren kann (Bendau et al., 2021).

1.3 Die SARS-CoV-2-Pandemiesituation als multidimensionaler Stressor

Die SARS-CoV-2-Pandemiesituation kann als multidimensionaler Stressor verstanden werden, der multiple Auswirkungen auf nahezu jeden Bereich des gesamtgesellschaftlichen wie individuellen alltäglichen Lebens und damit einhergehend, je nach vorbestehender Vulnerabilität, auf das Wohlbefinden und die wahrgenommene Belastung hatte (Brakemeier et al., 2020). Schlagzeilen wie „WHO: starker Anstieg bei psychischen Krankheiten durch Corona“ (Tagesschau, 2022) oder „RKI sieht Verschlechterung der psychischen Gesundheit“ (Zimmermann, 2022) deuten darauf hin, dass die psychische Belastung durch die SARS-CoV-2-Pandemiesituation weltweit und in Deutschland nicht nur zugenommen, sondern auch die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigt hat. Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens wie Quarantäne, Isolation und Kontaktreduktion stellen psychische Belastungen dar (Röhr

et al., 2020) und können zu Einsamkeit führen, die einem Review von Cacioppo et al. (2015) zufolge ein Risikofaktor für depressive Symptomatik, erhöhten Substanzkonsum, suizidale Gedanken sowie verminderte Schlafqualität darstellt. Generell sind Epi- und Pandemien, wie bei SARS-CoV-2, häufig mit starken Ängsten in der Bevölkerung verbunden (Bendau et al., 2020). Hierzu zählen neben der Angst vor einer potentiellen Infektion (Petzold et al., 2020) auch Existenz- und Zukunftsängste (Brakemeier et al., 2020). Im Rahmen der eingeführten Quarantänemaßnahmen traten einem Review von Brooks et al. (2020) zufolge zudem Stressoren wie Langeweile und Frustration, unzureichende Informationen sowie wahrgenommenes Stigma auf.

Die vorliegende Studie erfasst mithilfe von neun Skalen des sogenannten „Bonner Pandemiefragebogens“ die Intensität der wahrgenommenen Belastung in den verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens.

1.4 Versorgungssituation und Herausforderungen psychisch erkrankter Patient*innen im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemiesituation

In der vorliegenden Studie bilden psychisch vorerkrankte und in Behandlung befindliche Patient*innen das primär zu untersuchende Proband*innenkollektiv, zudem wird eine Kontrollgruppe untersucht, die sich weitgehend aus Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem sowie deren Angehörigen und Bekannten zusammensetzt. Psychisch erkrankte Personen wurden schon früh als besonders vulnerable Gruppe in der Pandemiesituation ausgemacht (Fiorillo und Gorwood, 2020). Neben allgemein erhöhtem Stress sowie einem Gefühl der Ungewissheit, den Risiken einer möglichen Exazerbation vorhandener Symptome, eines Rückfalls sowie einer potenziellen Neuerkrankung (Kesner und Horáček, 2020) erwiesen sich Stigmatisierung und gesellschaftliche Ausgrenzung, denen psychisch vorerkrankte Patient*innen ohnehin häufig ausgesetzt sind, als Risikofaktoren. Hinzu kommen psychische wie somatische Komorbiditäten und oftmals ein weniger gutes soziales Netz, das mit einer eingeschränkten Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit begründet werden kann (Adorjan et al., 2021). Mehreren Studien zufolge ist eben diese soziale Ressource jedoch einer der protektiven Faktoren für mentales Wohlbefinden (Ahrens et al., 2021, Veer et al., 2021). Infolge der Pandemie

hatten zudem viele psychiatrische Einrichtungen ihr Angebot zurückgefahren beziehungsweise waren vorübergehend geschlossen, sodass Therapiemöglichkeiten nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung standen (Nischk und Voss, 2021). Dies zeigt sich eindrücklich in einer Befragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen in Deutschland, die die veränderte Inanspruchnahme von Therapieleistungen erfasst hat und zeigen konnte, dass sich aufgrund der bis zum Untersuchungszeitraum entwickelten Pandemiesituation in 44 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie Patient*innen häufig oder sehr häufig gegen eine Behandlung entschieden hatten. Weiterhin berichteten 48 % der befragten Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die Belegzahl pro Mehrbettzimmer in der stationären Versorgung während der Pandemiesituation häufig beziehungsweise sehr häufig reduziert zu haben, während sogar 50% der Einrichtungen sehr häufig Plätze in der teilstationären Versorgung sperren mussten (DKI, 2021).

1.4.1 Krankheitsbild posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

In dieser Arbeit liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Belastungsempfinden von Patient*innen mit vorbestehender Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sodass hierzu zunächst ein Überblick gegeben werden soll. Im Jahre 1980 erstbeschrieben und offiziell als Krankheitsbild anerkannt (Maercker und Augsburger, 2019), beschreibt die PTBS nach dem Klassifikationssystem ICD-10 eine „verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis (...) mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß (...), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD Code, 2023). Nach Pausch und Matten (S. 6,7, 2017) stellt die PTBS eine spezifische Ausprägung einer Traumafolgestörung mit den Kernsymptomen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregung dar. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 beinhalten das Erleben eines traumatischen Ereignisses, ein Wiedererleben des Traumas u.a. in Form von Flashbacks, eine anhaltende Übererregung sowie ein Vermeidungsverhalten von mit dem traumatischen Ereignis in Zusammenhang stehenden Stimuli. Ausdruck dieser anhaltenden Übererregung können beispielsweise Schlaf- oder Konzentrationsstörungen sowie innere

Unruhe und Angespanntheit sein. Zeitlich ist mit einem Beginn der Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis bzw. nach Ende der Belastung zu rechnen, in Ausnahmefällen jedoch auch später (Schneider, 2017, S. 391). Die Anamneseerhebung erfolgt mithilfe von Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, zur Diagnosestellung werden strukturierte klinische Interviews wie die CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) eingesetzt, während Selbstbeurteilungsfragebögen im Rahmen von Screeninguntersuchungen eine wichtige Rolle spielen. Zu beachten ist die hohe Komorbiditätsrate der PTBS, insbesondere mit Angststörungen und Depressionen, Suchterkrankungen, dissoziativen und somatoformen Störungen sowie auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Schneider, 2017, S. 392).

1.4.2 PTBS-Patient*innen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemiesituation

Die Frage, inwieweit sich das pandemische Geschehen sowie die damit einhergehenden Einschränkungen auf das psychische Belastungserleben von Patient*innen mit einer vorbestehenden PTBS auswirkt, ist eine bis dato wenig erforschte Fragestellung. Bekannt ist, dass die posttraumatische Umwelt, unter anderem die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen einen Einfluss auf die Ausprägung und den Verlauf der Symptomatik nehmen kann (Kapfhammer, 2021).

Ergebnis einer Befragung von 213 psychiatrischen Patient*innen diverser Diagnosen im Rahmen einer Studie aus Göttingen war eine höhere psychosoziale Belastung von PTBS-Patient*innen zu Pandemiebeginn im Subgruppenvergleich (Belz et al., 2021).

1.5 Zielsetzung und Hypothesen der Arbeit

Ziel dieser Arbeit soll es sein, anhand einer longitudinalen Untersuchung mit drei Erhebungszeiträumen, das unterschiedliche psychische Belastungserleben der SARS-CoV-2-Pandemie und der durch die Regierung erlassenen Beschränkungen im Zeitraum vom 15.04.2020 bis zum 21.05.2021 zu erfassen. Hierbei werden der Pandemieverlauf anhand der 7-Tagesinzidenz positiver SARS-CoV-2-RT-PCR-Werte und die von der

Landesregierung NRW erlassenen Maßnahmen mittels eines im Rahmen des Gesamtprojekts entwickelten „Maßnahmenscores“ abgebildet. Im Fokus steht der Vergleich der folgenden drei Gruppen im zeitlichen Verlauf: psychisch vorerkrankte und in Behandlung befindliche Patient*innen mit PTBS-Symptomen, psychisch vorerkrankte und in Behandlung befindliche Patient*innen ohne PTBS-Symptome und Kontrollproband*innen ohne Angabe psychischer Erkrankungen. Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Pandemiegeschehens soll mittels eines eigens dafür entwickelten „Bonner Pandemiefragebogens“ anhand von neun Skalen, die sich aus mehreren Items zusammensetzen, möglichst facettenreich auf die verschiedenen Bereiche des Soziallebens, der psychischen und physischen Gesundheit sowie der beruflichen Situation, aber auch auf mögliche Sichtweisen auf den gesellschaftlichen und politischen Umgang mit der Pandemie geblickt werden. Die Studie untersucht konkret die folgenden Hypothesen:

1. Die Patient*innengruppe (PG) weist im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) eine stärkere psychische Belastung durch die Pandemiesituation und die damit einhergehenden nicht-pharmakologische Maßnahmen auf.
2. Die PG mit PTBS weist insgesamt die höchste psychische Belastung auf.
3. Erwartungen und Ängste sowie die Motivation zur SARS-CoV-2-Impfung unterscheiden sich zwischen den Untersuchungsgruppen.
4. Die tiefere Beschäftigung mit der SARS-CoV-2 Pandemie hat für die PG und die KG einen unterschiedlichen Einfluss auf die Entwicklung von Ängsten gehabt.

2 Material und Methoden

2.1 Proband*innenkollektiv

Nach Genehmigung durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Bonn (Lfd. Nr. 135/20) wurden 115 Proband*innen in drei Erhebungszeiträumen befragt. Die Patient*innengruppe setzt sich aus Patient*innen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie sowie zu einem geringen Anteil der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn zusammen. Zusätzlich wurde eine Gruppe von Kontrollproband*innen eingeschlossen, die sich weitestgehend aus Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Bonn sowie deren Angehörigen und Bekannten zusammensetzt und die angaben, unter keinen psychischen Erkrankungen zu leiden. Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie war insgesamt die Volljährigkeit, Ausschlusskriterien waren eine fehlende Einwilligungsfähigkeit sowie Beeinträchtigungen, die die Bearbeitung von Fragebögen nicht zuließen.

2.2 Subgruppenunterteilung der Patient*innengruppe

Innerhalb der Patient*innengruppe erfolgte zu Beginn der Studie (T0) mit Hilfe des Essener Trauma Inventars (ETI) in Form einer Selbstauskunft eine weitere Subgruppenunterteilung hinsichtlich vorbestehender Symptome einer PTBS („PG mit PTBS“ und „PG ohne PTBS“). Das ETI stellt ein Screening-Instrument zur Erfassung psychotraumatischer Ereignisse und Traumafolgestörungen nach DSM-IV dar. Aufgebaut ist das ETI aus den fünf Teilen Traumacheckliste, zeitliche Einordnung des schlimmsten Ereignisses, aktuelle posttraumatische Symptomatik, aktuell erlebte Belastung durch das Geschehene sowie symptombedingte Alltagseinschränkung (Tagay et al., 2007). Insgesamt ergab die Auswertung der ETI-Fragebögen bei n = 30 Patient*innen den Verdacht auf eine PTBS und bei n = 9 Patient*innen den Verdacht auf eine partielle PTBS. Bei n = 2 Patient*innen ergab das Zeitkriterium für das schlimmste Ereignis (weniger als ein Monat) anhand der Vorgaben des ETI den Verdacht auf eine partielle akute Belastungsstörung (ABS). Die Zuordnung dieser zwei Proband*innen erfolgte für diese Arbeit, gemeinsam mit den weiteren 39 Patient*innen, zur breit definierten Subgruppe „PG

mit PTBS“, da der Beginn einer PTBS im (für diese Studie zur Anwendung kommenden) ICD-10-Code (2024) folgend beschrieben wird: „Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann“, was eine Überschneidung mit dem ETI-Kriterium „weniger als ein Monat“ für eine ABS nach DSM-IV bedeutet (DSM-IV, 1994). Beide Proband*innen hatten zudem belastende Ereignisse angegeben, die zeitlich deutlich vor einem Monat stattgefunden hatten. Weiterhin gaben alle 41 Proband*innen der Subgruppe an, unter PTBS-typischen Symptomen wie Hyperarousal, Vermeidung und Flashbacks zu leiden (Dilling und Freyberger, 2019). Bei n = 28 Patient*innen ergab die Auswertung des ETI keinerlei Verdacht auf eine Traumafolgestörung und diese wurden der Subgruppe „PG ohne PTBS“ zugeordnet.

2.3 Datenerfassung mittels Bonner Pandemiefragebogen

Das psychische Belastungserleben der Proband*innen infolge der SARS-CoV-2-Pandemiesituation wurde mittels des eigens dafür entwickelten „Bonner Pandemiefragebogens“ erfasst (siehe Anhang). Zu den drei Untersuchungszeiträumen T0 (15.04.2020-17.05.2020), T1 (10.09.2020-25.10.2020) und T2 (30.04.2021-21.05.2021) wurde den Proband*innen jeweils eine spezifische Version des Fragebogens vorgelegt (siehe Anhang). Der Bonner Pandemiefragebogen wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Bonn im Frühjahr 2020 entwickelt, zu den jeweiligen Erhebungszeiträumen aktualisiert und dem dynamischen Geschehen der Pandemiesituation angepasst. Der Fragebogen umfasst zu den Messzeiträumen T0 und T1 jeweils 47 Items und zum Messzeitraum T2 72 Items. Der überwiegende Teil der Items ist als Deklarativsatz formuliert und die Beantwortung erfolgte anhand einer zehnfach abgestuften Likert-Skala (0 = trifft gar nicht zu, 10 = trifft vollständig zu). Die verschiedenen Items wurden thematisch den neun Skalen „Sozialer Rückzug“, „Allgemeine psychische Belastung“, „Veränderung des Schlafverhaltens“, „Gesundheitliche Ängste“, „Selbstschädigendes Verhalten“, „Berufliche Belastung“, „Einschränkung der Lebensqualität“, „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ zugeteilt. Hierbei wurde die Formulierung einiger Items so gewählt, dass eine Veränderung der Symptomatik im Vergleich zur präpandemischen Zeit

bzw. zur Zeit vor dem ersten Lockdown (bezeichnet mit dem Begriff „Kontaktsperre“, T0), zur Zeit nach dem „Lockdown“ (T1) sowie im weiteren Verlauf bis zum Ende der Erhebung im Mai 2021 (T2) erfasst werden konnte. Die Items, die den Bonner Pandemiefragebogen zum Zeitraum T2 erweitert haben, wurden, sofern thematisch passend, den bereits bestehenden Skalen zugeordnet. Neun Items von T2 befassen sich mit der damals neuen Thematik „Impfung“ und wurden gesondert ausgewertet. Drei weitere Items wurden aufgrund ihrer Formulierung als Entscheidungsfrage (Ja-/Nein Auswahlmöglichkeit) nicht in die reguläre, skalenbasierte Analyse miteinbezogen. Items, deren Inhalt invers formuliert war, wurden invertiert, um eine stringente Auswertung zu gewährleisten.

Im Rahmen eines größeren Gesamtprojektes mit weiteren Promotionsarbeiten erhielten die Proband*innen zusätzlich den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), das Essener Trauma Inventar (ETI), den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS), das State-Trait-Angst (STAI)- und Ärgerausdrucksinventar (STAXI), das Beck Depressions-Inventar (BDI2) sowie den Schlafqualitätsfragebogen (PSQI). Proband*innen, die zu den Erhebungszeiträumen nicht in der Universitätsklinik Bonn anzutreffen waren, bekamen die Fragebögen postalisch zugesandt und wurden gebeten, diese nach Bearbeitung entweder ebenfalls postalisch oder elektronisch zurückzuschicken.

Tab. 1: Skalen des Bonner Pandemiefragebogens und Zuteilung der Items

T0 und T1	
Skalen	Anzahl Items
Sozialer Rückzug	5
Allgemeine psychische Belastung	8
Veränderung des Schlafverhaltens	5
Gesundheitliche Ängste	7
Selbstschädigendes Verhalten	6
Berufliche Belastung	4
Einschränkung der Lebensqualität	4
Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien	4
Wirtschaftliche Ängste	4
Gesamt	47
T2	
Sozialer Rückzug	5
Allgemeine psychische Belastung	15
Veränderung des Schlafverhaltens	5
Gesundheitliche Ängste	7
Selbstschädigendes Verhalten	7
Berufliche Belastung	4
Einschränkung der Lebensqualität	6
Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien	6
Wirtschaftliche Ängste	5
Impfung (gesonderte Auswertung)	9
Sonstige	3
Gesamt	72

2.4 Mögliche Einflussfaktoren auf das Belastungserleben im Pandemieverlauf

2.4.1 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner

Über den gesamten Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie wurde die Anzahl laborbestätigt positiver SARS-CoV-2-RT-PCR-Tests (7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner) anhand der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW erfasst (MAGS NRW, 2022).

2.4.2 Maßnahmenscore

Grundlage für einen Maßnahmenscore waren die Corona-Schutzverordnungen des Bundeslandes NRW im Zeitraum vom 22.03.2020 bis zum 21.05.2021, die im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemiesituation galten. Es wurden für die sieben Kategorien „Maskenpflicht“, „Allgemeine Kontaktbeschränkungen“, „Schulen“, „Gastronomie und Einzelhandel“, „Veranstaltungen“, „Gesundheitssystem und soziale Teilhabe“ sowie „Hotels und Kultureinrichtungen“, je nach Ausmaß der Einschränkungen, jeweils Punktwerte zwischen null und zwei vergeben, sodass ein Höchstwert von insgesamt 14 Punkten möglich ist. Die Höhe des Maßnahmenscores korreliert hierbei mit dem Ausmaß der Einschränkungen. Die Ausgestaltung des Maßnahmenscores wurde von Frau Johanna Siems im Rahmen des Gesamtprojektes entwickelt. In dieser Arbeit wurde der konkrete Maßnahmenscore für die Phase vor der ersten Erhebung T0 (22.03.2020-14.04.2020) sowie zwischen den Messzeiträumen T0 und T1 (18.05.2020-09.09.2020) und T1 und T2 (26.10.2020-29.04.2021) ergänzt.

Tab. 2: Parameter und Punktesystem des Maßnahmenscores auf Grundlage der SARS-CoV-2-Schutzverordnungen des Bundeslandes NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021; FFP = Filtering Face Piece

	0	1	2
Maskenpflicht	Keine	Mund-Nasen Bedeckung	Medizinische Maske/ FFP-Maske
Allgemeine Kontaktbeschränkungen	Keine	Max. 10 bzw. 5 Personen, 2 Haushalte	Max. 2 Personen
Schulen	Geöffnet	Wechselunterricht	Geschlossen
Gastronomie und Einzelhandel	Geöffnet (7 Personen/m ²)	Gastronomie geschlossen, Einzelhandel geöffnet	Geschlossen
Veranstaltungen	Keine personelle Obergrenze, aber Hygienekonzept	Veranstaltungen bis 150/100/50 Personen (Inzidenzgekoppelt)	Untersagt
Gesundheitssystem und soziale Teilhabe	Krankenhausbesuche erlaubt, soziale Einrichtungen geöffnet	Krankenhausbesuche nahezu verboten, soziale Einrichtungen geöffnet	Krankenhausbesuche nahezu verboten, soziale Einrichtungen geschlossen
Hotels und Kultureinrichtungen	Hotels und Museen geöffnet	Hotels geschlossen, Museen geöffnet	Hotels und Museen geschlossen

2.5 Oxford Stringency Index

Der „Stringency Index“ der Universität Oxford bildet rückwirkend zum ersten Januar 2020 die Intensität der durch die Politik erlassenen Maßnahmen zum Schutz vor der SARS-CoV-2-Pandemie in über 180 Ländern ab. Maßgeblich für diesen Score sind die neun Kategorien „School closing“, „Workplace closing“, „Cancel public events“, „Restrictions on gathering size“, „Close public transport“, „Stay-at-home requirements“, „Restrictions on

internal movement”, “Restrictions on international travel” und “Public information campaign“. Der Stringency-Index bildet sich aus den Mittelwerten dieser Kategorien, wobei für jede Kategorie Werte zwischen null und hundert, je nach Striktheit der Maßnahmen, vergeben werden. Die Höhe der Werte korreliert auch in diesem Score mit der Intensität der Maßnahmen. Der Oxford Stringency Index wurde nach unserer eigenen Erarbeitung eines Maßnahmenscores für das Bundesland NRW veröffentlicht und die Werte beziehen sich auf die Bundesrepublik Deutschland im Gesamten (Hale et al., 2021).

2.6 Vergleich Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW

Basierend auf den Vorgaben der Universität Oxford wurde für diese Arbeit zusätzlich ein Stringency-Index anhand der SARS-CoV-2 Schutzverordnungen für das Bundesland NRW für den Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie erstellt. Dieser Stringency Index wurde mit der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner, dem durch Johanna Siems unabhängig erarbeiteten Maßnahmenscore für NRW, sowie dem Oxford Stringency Index für Gesamtdeutschland verglichen. Weiterhin wurde eine Produkt-Moment Korrelation zwischen dem Maßnahmenscore und dem Oxford Stringency Index für NRW berechnet. Zugunsten einer besseren Vergleichbarkeit wurde zusätzlich eine Graphik mit den z-standardisierten Werten dieser beiden Indizes erstellt (siehe Anhang Abb. 13).

2.7 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse der Daten wurde mittels SPSS (IBM®, SPSS®), Version 28.0.1.1 (14) durchgeführt. Zunächst erfolgte die Berechnung der internen Konsistenz der neun Skalen. Ein Cronbachs-Alpha Wert von größer 0,7 wurde hierbei als gut, Werte von größer als 0,8 und 0,9 als sehr gut bzw. exzellent gewertet (Taber, 2017). Es folgte die Berechnung der Deskription der Skalen für die dichotome (PG und KG) sowie die dreigliedrige Unterteilung (PG mit PTBS, PG ohne PTBS, KG) zu den drei Erhebungszeiträumen, dargestellt jeweils durch den Mittelwert (MW) und die

Standardabweichung (SD). Grundlage für die Hauptanalysen bilden die Mittelwerte der Antworten in den jeweiligen Skalen. Die Normalverteilung der Daten wurde graphisch überprüft, alle Variablen zeigen approximativ eine Normalverteilung (siehe Anhang Abb. 4 – Abb. 12). Im weiteren Verlauf erfolgte die Berechnung eines gemischt linearen Modells, welches die Effekte der unabhängigen Variablen Gruppe, Maßnahmenscore und Tagesinzidenz auf die abhängige Variable, jeweils eine der neun Skalen, untersucht (Modell 1). Für die vier Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Veränderung des Schlafverhaltens“, „Selbstschädigendes Verhalten“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ wurden aufgrund signifikanter Gruppeneffekte zusätzlich Post-hoc-Tests berechnet. Zur weiteren Einordnung der Ergebnisse wurde zusätzlich ein gemischt lineares Modell mit den Interaktionseffekten Gruppierung*Maßnahmenscore sowie Gruppierung*Tagesinzidenz (Modell 2) berechnet. Beide Modelle wurden sowohl für die dichotome (PG und KG) als auch für die dreigliedrige Unterteilung (PG mit PTBS, PG ohne PTBS und KG) der Proband*innen ausgeführt. Weiterhin erfolgte eine deskriptive Darstellung der nur zu T2 abgefragten drei Items anhand der dreigliedrigen Unterteilung mittels der absoluten und relativen Häufigkeiten (siehe Anhang, Tab. 29). Zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden der neun Items, die sich mit der Thematik Impfung auseinandersetzen, wurde für jedes Item einzeln und gesondert jeweils ein t-Test für ungepaarte Stichproben für die dichotome Unterteilung sowie eine einfaktorielle ANOVA für die dreigliedrige Unterteilung berechnet. Bei allen Analysen wurde ein p-Wert von $< ,05$ für statistisch signifikant erachtet. Zusätzlich wurde für die dichotome Unterteilung (PG und KG) eine Pearson Produkt-Moment Korrelation zwischen den Mittelwerten des Items „Ich verbringe am Tag viel Zeit mit Gedanken bzw. Recherchen um die Coronavirus-Pandemie“ aus der Skala „Einschränkung der Lebensqualität“ mit den Mittelwerten der Skala „Gesundheitliche Ängste“ durchgeführt, um den Effekt der medialen Berichterstattung bzw. deren Rezeption auf Patient*innen und Kontrollproband*innen differenziert betrachten zu können.

3 Ergebnisse

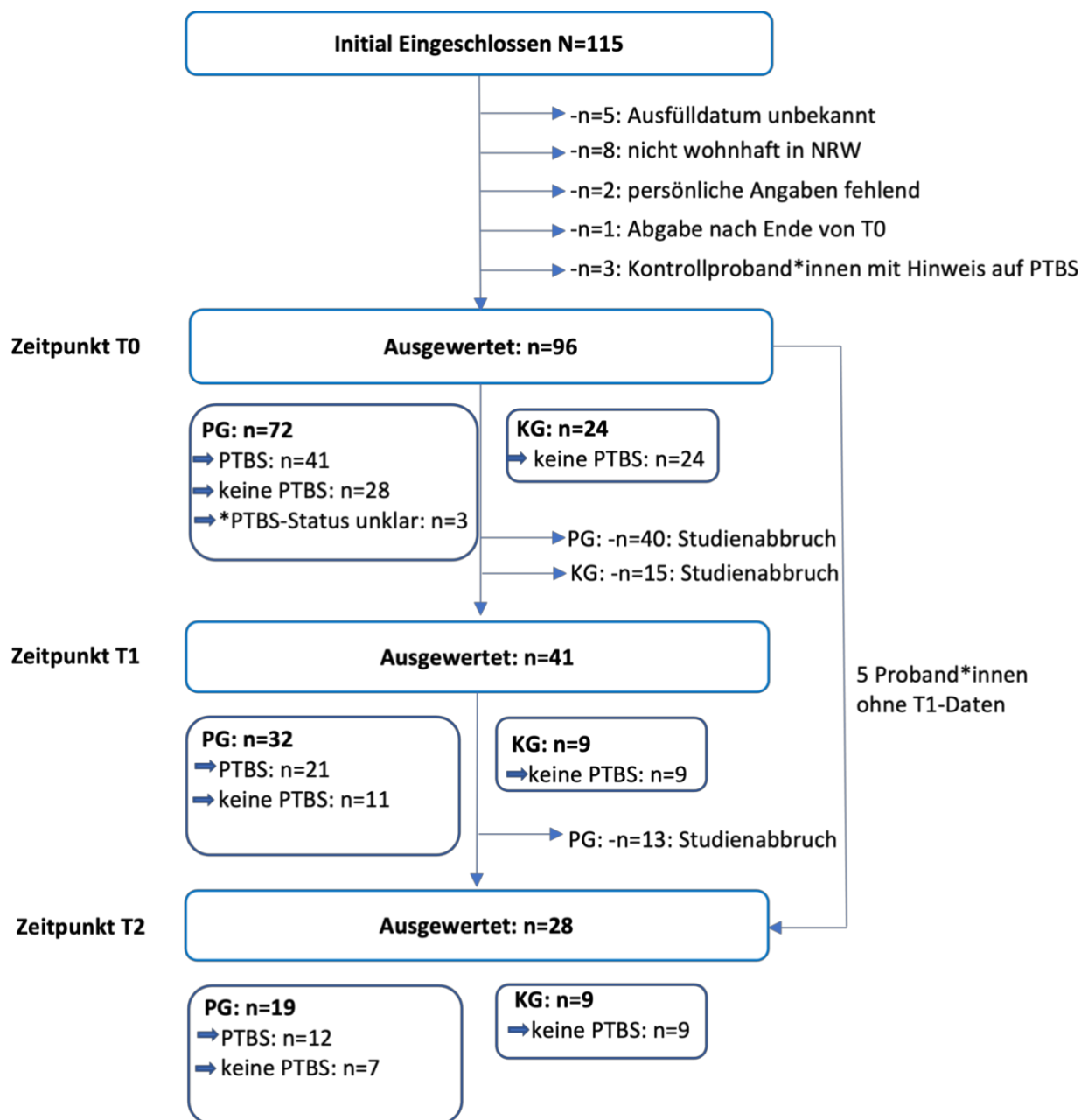
3.1 Demographische Beschreibung Proband*innenkollektiv

Das auswertbare Proband*innenkollektiv umfasst zum ersten Erhebungszeitraum T0 insgesamt 96 Teilnehmende (siehe Abb. 2). Hierbei entfallen 66,66 % (n = 64) auf weibliche und 33,33 % (n = 32) auf männliche Probanden. Insgesamt bildet die Patient*innengruppe mit PTBS (n = 41) mit einem Anteil von 42,7 % den Hauptteil, gefolgt von 29,16 % (n = 28), die durch die Patient*innengruppe ohne PTBS und 25 % (n = 24), die durch die Kontrollgruppe gebildet werden. Ein Anteil von 3,12 % (n = 3) konnte aufgrund fehlender Angaben nicht eindeutig eingeteilt werden („PTBS Status unklar“) und wurde nur in die Analysen der dichotomen Modelle (Vergleich von PG und KG) einbezogen. Das mittlere Alter der weiblichen Probandinnen beläuft sich auf 40,29 (SD = 14,06) Jahre, das der männlichen Probanden liegt mit durchschnittlich 40,56 (SD = 11,93) Jahren geringfügig höher.

Im Verlauf der Studie sinkt die Zahl auf insgesamt 41 Proband*innen zum zweiten Erhebungszeitraum T1 ab. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Teilnehmenden ist mit 80,48 % (n = 33) gegenüber 19,51 % (n = 8) weiter zugunsten der weiblichen Probanden verschoben. Die Patient*innengruppe mit PTBS bildet auch hier mit 51,21 % (n = 21) den Hauptteil, die Patient*innengruppe ohne PTBS liegt mit 26,82 % (n = 11) deutlich darunter, ebenso wie die Kontrollgruppe, die 21,95 % (n = 9) der Proband*innen repräsentiert.

Zum letzten Erhebungszeitraum T2 wird der Hauptteil der insgesamt 28 Teilnehmenden, ebenso wie zu T0 und T1, mit einem Anteil von 82,14 % (n = 23) durch die weiblichen Probanden gebildet, der Anteil der männlichen Probanden liegt bei 17,85 % (n = 5). Auch zu T2 bildet die Patient*innengruppe mit PTBS mit 42,8 % (n = 12) den Hauptteil des Proband*innenkollektivs, die Patient*innengruppe ohne PTBS umfasst 25 % (n = 7) und die Kontrollgruppe 32,1 % (n = 9).

Es wurde zu T0 ein Chi-Quadrat Test zwischen Gruppierung und Geschlecht der Teilnehmenden durchgeführt. Hierbei wurde kein statistisch signifikanter Zusammenhang festgestellt ($\chi^2(2) = 0,39$, $p = ,819$, $\varphi = 0,06$). Ein t-Test zwischen Gruppierung und Alter zeigte ebenfalls keinen statistisch signifikanten Unterschied ($t(93) = 0,70$, $p = ,484$). Somit ist eine Vergleichbarkeit der Gruppen gewährleistet.



*nur im dichotomen Modell einbezogen

Abb. 1: Flow-Chart über Erhebungszeiträume T0, T1, T2. KG (rechts) und PG, unterteilt in PG mit PTBS, PG ohne PTBS sowie unklarer PTBS-Status (links); PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

3.2 Auswertung Bonner-Pandemiefragebogen

3.2.1 Überprüfung der internen Konsistenz: Cronbachs Alpha

Die Überprüfung der Reliabilität mittels Cronbachs Alpha ergab für den überwiegenden Teil der Skalen zu den Messzeiträumen eine hohe interne Konsistenz. Abweichungen hiervon finden sich in den Skalen „Selbstschädigendes Verhalten“ (T0, T2), „Berufliche Belastung“ (T0, T1), „Einschränkung der Lebensqualität“ (T1, T2) sowie „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“ (T0, T1, T2). Genaue Werte sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tab. 3: Interne Konsistenz der Skalen des Bonner Pandemiefragebogens

	Messzeitraum	Cronbachs Alpha	Anzahl Items
Sozialer Rückzug	T0	0,821	5
	T1	0,878	5
	T2	0,787	5
Allgemeine psychische Belastung	T0	0,806	8
	T1	0,492	8
	T2	0,648	15 ¹
Veränderung Schlafverhalten	T0	0,724	5
	T1	0,796	5
	T2	0,711	5
Gesundheitliche Ängste	T0	0,838	7
	T1	0,859	7
	T2	0,814	7
Selbstschädigendes Verhalten	T0	0,35	6
	T1	0,931	6 ²
	T2	-, ³	-
Berufliche Belastung	T0	0,62	4
	T1	0,424	4
	T2	0,795	4

Fortsetzung Tab. 3: Interne Konsistenz der Skalen des Bonner Pandemiefragebogens

	Messzeitraum	Cronbachs Alpha	Anzahl Items
Einschränkung der Lebensqualität	T0	0,735	4
	T1	0,356	4
	T2	-0,09	6
Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien	T0	0,028	4
	T1	-0,038	4
	T2	0,497	6
Wirtschaftliche Ängste	T0	0,777	4
	T1	0,867	4
	T2	0,831	5

¹14 Items verwendet, da Item 67 ausgeschlossen, ²nur 3 Items verwendet, da Item 42, 43, 44 ausgeschlossen, ³Analyse nicht durchgeführt, da zu wenig Fälle.

3.2.2 Deskriptive Statistik

In den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Allgemeine psychische Belastung“, „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ zeigt die PG mit PTBS zu allen drei Erhebungszeitpunkten im Vergleich mit der PG ohne PTBS und der Kontrollgruppe die jeweils höchsten Mittelwerte, wohingegen die KG die jeweils geringsten Mittelwerte aufweist.

Abweichungen von diesem Muster finden sich in der Skala „Veränderung des Schlafverhaltens“ zum dritten Erhebungszeitraum T2. Hier zeigt die PG ohne PTBS einen höheren Mittelwert als die PG mit PTBS sowie die KG. Ebendies lässt sich auch in der Kategorie „Berufliche Belastung“ zu den ersten beiden Erhebungszeiträumen T0 und T1 beobachten: auch hier weist die PG ohne PTBS einen höheren Mittelwert auf als die PG mit PTBS sowie die KG. Eine weitere Abweichung zeigt sich in den Skalen „Gesundheitliche Ängste“, „Selbstschädigendes Verhalten“ und „Einschränkung der Lebensqualität“. In ersteren beiden ist der Mittelwert der KG zu T0 zwar geringer als der Mittelwert der PG mit PTBS, liegt aber oberhalb des Mittelwertes der PG ohne PTBS, letztere zeigt denselben Umstand zu T1. In der Skala „Selbstschädigendes Verhalten“ zeigen die PG mit PTBS und die PG ohne PTBS zu T2 denselben Mittelwert. Einzig in der

Skala „Einschränkung der Lebensqualität“ zeigt die KG zu T2 den höchsten durchschnittlichen Wert im Vergleich zur PG mit PTBS und der PG ohne PTBS. Die Gesamtheit der Werte ist den untenstehenden Tabellen (Tab. 4 und Tab. 5) zu entnehmen.

Tab. 4: Deskription dichotome Unterteilung (PG, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe

	T0		T1		T2	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug						
KG	4,15	1,79	5,26	1,39	4	1,7
PG	5,08	2,71	5,55	3,04	5,73	4
Allg. psychische Belastung						
KG	1,39	0,98	1,97	1,07	3,95	0,84
PG	3,21	2,01	3,5	1,58	4,75	1,19
Veränderung Schlafverhalten						
KG	0,65	1,25	0,51	0,69	1,53	1,74
PG	1,96	2,08	1,88	2,05	2,33	1,79
Gesundheitliche Ängste						
KG	3,94	1,75	3,76	1,39	3,71	1,48
PG	4,47	2,46	4,65	2,48	5,73	1,97
Selbstschädigendes Verhalten						
KG	2,27	1,35	1,22	1,39	1,19	0,8
PG	2,97	1,96	2,85	2,21	2,4	1,84
Berufliche Belastung						
KG	1,66	1,47	1,12	1,3	0,44	0,68
PG	2,77	2,84	2,07	2,7	2,22	2,6
Einschränkung der Lebensqualität						
KG	2,67	1,79	4,61	1,57	6,33	0,89
PG	4,11	2,61	4,96	1,93	5,93	1,26
Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien						
KG	4	1,31	3,33	0,98	4,7	1,47

Fortsetzung Tab. 4: Deskription dichotome Unterteilung (PG, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe

	T0		T1		T2	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
PG	4,48	1,53	4,35	1,44	5,24	1,6
Wirtschaftliche Ängste						
KG	2,29	1,5	1,88	1,23	1,6	0,95
PG	3,36	2,29	4	2,5	3,58	2,14

Tab. 5: Deskription dreigliedrige Unterteilung (PG mit PTBS, PG ohne PTBS, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	T0		T1		T2	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug						
KG	4,15	1,79	5,26	1,39	4	1,7
PG mit PTBS	5,55	2,88	5,65	3,37	6,48	1,91
PG ohne PTBS	4,48	2,43	5,34	2,41	4,45	2,41
Allg. psychische Belastung						
KG	1,39	0,98	1,97	1,07	3,95	0,84
PG mit PTBS	3,54	2,02	3,77	1,8	4,95	1,14
PG ohne PTBS	2,79	2,02	2,99	0,92	4,4	1,28
Veränderung Schlafverhalten						
KG	0,65	1,25	0,51	0,69	1,53	1,74
PG mit PTBS	2,4	2,22	2,12	2,09	2,31	1,72
PG ohne PTBS	1,45	1,75	1,43	1,97	2,37	2,04
Gesundheitliche Ängste						
KG	3,94	1,75	3,76	1,39	3,71	1,48
PG mit PTBS	5,01	2,56	4,67	2,51	5,79	1,78
PG ohne PTBS	3,88	2,13	4,61	2,53	5,63	2,41
Selbstschädigendes Verhalten						
KG	2,27	1,35	1,22	1,39	1,19	0,8

Fortsetzung Tab.5: Deskription dreigliedrige Unterteilung (PG mit PTBS, PG ohne PTBS, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	T0		T1		T2	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
PG mit PTBS	3,49	1,9	3,12	2,22	2,4	1,56
PG ohne PTBS	2,23	1,87	2,35	2,22	2,4	2,39
Berufliche Belastung						
KG	1,66	1,47	1,12	1,3	0,44	0,68
PG mit PTBS	2,63	2,7	2,05	2,66	2,31	2,74
PG ohne PTBS	3,05	3,15	2,12	2,92	2,07	2,53
Einschränkung der Lebensqualität						
KG	2,67	1,79	4,61	1,57	6,33	0,89
PG mit PTBS	4,42	2,71	5,26	1,91	6	1,1
PG ohne PTBS	3,78	2,51	4,4	1,94	5,81	1,58
Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien						
KG	4	1,31	3,33	0,98	4,7	1,47
PG mit PTBS	4,69	1,38	4,59	4,25	5,44	1,42
PG ohne PTBS	4,34	1,65	3,9	1,33	4,9	1,94
Wirtschaftliche Ängste						
KG	2,29	1,5	1,88	1,23	1,6	0,95
PG mit PTBS	3,78	2,52	4,45	2,71	4,23	2,04
PG ohne PTBS	2,85	1,87	3,15	1,86	2,48	1,95

3.2.3 Auswertung Skalen des Bonner Pandemiefragebogens

3.2.3.1 Gesundheitliche Ängste

Die Analyse des gemischt linearen Modells ohne Interaktionsberechnung (Modell 1) für die drei Vergleichsgruppen zeigt einen signifikanten Effekt der Tagesinzidenz ($F(1,70) = 5,507$, $p = ,027$) auf die Zielvariable. Darüber hinaus zeigt sich in dem ebenfalls berechneten Modell mit Interaktionsberechnung (Modell 2) für die Interaktion

Gruppierung*Maßnahmenscore ein signifikanter Effekt ($F(2, 74) = 4,616, p = ,013$). Die Zunahme des Maßnahmenscores um eine Einheit geht mit im Schnitt um 0,1 höheren Werten in der PG mit PTBS und um -0,09 geringeren Werten in der PG ohne PTBS einher.

Tab. 6: Gesundheitliche Ängste: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung (Modell 1); KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	Konfidenzintervall	p-Wert
Gesundheitliche Ängste			
konstanter Term	3,76	2,73-4,8	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,23
PG mit PTBS	0,81	-0,26-1,89	
PG ohne PTBS	0,12	-1,05-1,29	
Gruppierung dichotom			0,359
PG	0,46	-0,53 – 1,46	
Maßnahmenscore	0,01	-0,04-0,07	0,68
Tagesinzidenz	0,005	0,0006-0,01	0,027

Tab. 7: Gesundheitliche Ängste: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung (Modell 2); KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	Konfidenzintervall	p-Wert
Gesundheitliche Ängste			
Gruppierung*Maßnahmenscore (dreigliedrig)			0,013
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	0,13	-0,007 - 0,26	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	-0,06	-0,22 - 0,094	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,403
PG*Maßnahmenscore	0,05	-0,07 – 0,19	
Gruppierung*Tagesinzidenz (dreigliedrig)			0,629
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	0,0002	-0,01 – 0,01	

Fortsetzung Tab. 7: Gesundheitliche Ängste: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung (Modell 2); KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	Konfidenzintervall	p-Wert
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	0,006	-0,007 – 0,02	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,508
PG*Tagesinzidenz	0,003	-0,007 – 0,01	

3.2.3.2 Sozialer Rückzug

Das zweite Modell zeigt signifikante Effekte der Interaktion Gruppierung*Maßnahmenscore für die dichotome Unterteilung Patient*innengruppe und Kontrollgruppe ($F(1, 73) = 5,717$, $p = ,019$) sowie im direkten Vergleich aller drei Gruppen ($F(2, 71) = 3,988$, $p = ,023$). Die Zunahme des Maßnahmenscores um eine Einheit geht im Schnitt in der PG mit PTBS mit einem um 0,05 höheren Mittelwert und in der PG ohne PTBS mit einem um 0,05 geringeren Mittelwert im Vergleich zur Kontrollgruppe einher.

Tab. 8: Sozialer Rückzug: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Sozialer Rückzug	4,72	3,55-5,89	<0,001
konstanter Term			
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,15
PG mit PTBS	0,99	-0,24-2,24	
PG ohne PTBS	0,01	-1,33-1,37	
Gruppierung dichotom			0,31
PG	0,57	-0,56-1,72	
Maßnahmenscore	-0,02	-0,09-0,03	0,38
Tagesinzidenz	0,001	-0,004-0,006	0,64

Tab. 9: Sozialer Rückzug: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95%- Konfidenzintervall	p-Wert
Sozialer Rückzug			0,02
Gruppierung* Maßnahmenscore dreigliedrig (Referenz = KG)			
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	0,2	0,05 – 0,35	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	0,1	-0,06 – 0,27	
Gruppierung*Maßnahmen- score dichotom			0,019
PG*Maßnahmenscore	0,16	0,02 – 0,30	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,26
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	0,002	-0,009 – 0,015	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	-0,007	-0,02 – 0,006	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,912
PG*Tagesinzidenz	-0,0006	-0,01- 0,01	

3.2.3.3 Wirtschaftliche Ängste

In der Auswertung des ersten Modells zeigen sich signifikante Gruppeneffekte in der dichotomen Unterteilung ($F(1, 92) = 6,575$, $p = ,012$) sowie in der dreigliedrigen Unterteilung ($F(2, 89) = 5,511$, $p = ,006$) auf die Zielvariable.

Tab. 10: Wirtschaftliche Ängste: gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung;
 KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Wirtschaftliche Ängste			
konstanter Term	2,25	1,26-3,23	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,006
PG mit PTBS	1,65	0,63-2,67	
PG ohne PTBS	0,68	-0,42-1,80	
Gruppierung dichotom			0,012
PG	1,23	0,27- 2,18	
Maßnahmenscore	-0,005	-0,06-0,05	0,85
Tagesinzidenz	-0,0008	-0,005-0,003	0,72

Tab. 11: Wirtschaftliche Ängste: gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung;
 KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Wirtschaftliche Ängste			
Gruppierung*Maßnahmenscore (Referenz = KG)			0,732
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	-0,02	-0,17 – 1,11	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	-0,06	-0,22 – 0,09	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,504
PG*Maßnahmenscore	-0,04	-0,17 – 0,08	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,239
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	0,008	-0,003 – 0,01	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	0,0005	-0,01 – 0,013	

Fortsetzung Tab. 11: Wirtschaftliche Ängste: gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,28
PG*Tagesinzidenz	0,005	-0,004 – 0,01	

3.2.3.4 Veränderung des Schlafverhaltens

Die Analyse des ersten Modells weist einen signifikanten Wert für den Effekt der Gruppierung sowohl im dichotomen Modell ($F(1, 88) = 7,137$, $p = ,009$) als auch in der dreigliedrigen Unterteilung ($F(2, 87) = 6,018$, $p = ,004$) auf.

Tab. 12: Veränderung des Schlafverhaltens: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Veränderung des Schlafverhaltens			
konstanter Term	0,74	-0,15-1,65	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,004
PG mit PTBS	1,5	0,61-2,38	
PG ohne PTBS	0,63	-0,33-1,60	
Gruppierung dichotom			0,009
PG	1,11	0,28 – 1,70	
Maßnahmenscore	0,003	-0,05-0,05	0,91
Tagesinzidenz	0,001	-0,002-0,006	0,43

Tab. 13: Veränderung des Schlafverhaltens: gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Veränderung des Schlafverhaltens			
Gruppierung*Maßnahmenscore (Referenz = KG)			0,65
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	0,06	-0,07-0,20	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	0,04	-0,11-0,20	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,437
PG*Maßnahmenscore	0,05	-0,08 – 0,18	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,35
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	-0,008	-0,02 – 0,003	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	-0,004	-0,017 – 0,008	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,218
PG*Tagesinzidenz	-0,006	-0,01 – 0,004	

3.2.3.5 Selbstschädigendes Verhalten

Bei Betrachtung des ersten Modells fallen signifikante Gruppeneffekte für die dichotome ($F(1, 87) = 4,641$, $p = ,034$) und die dreigliedrige Unterteilung ($F(2, 87) = 6,582$, $p = ,002$) auf.

Tab. 14: Selbstschädigendes Verhalten: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Selbstschädigendes Verhalten			
konstanter Term	1,65	0,73-2,56	<0,001

Fortsetzung Tab.14: Selbstschädigendes Verhalten: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,002
PG mit PTBS	1,3	0,48 - 2,12	
PG ohne PTBS	0,16	-0,73-1,06	
Gruppierung dichotom			0,034
PG	0,84	0,06-1,62	
Maßnahmenscore	0,05	-0,01-0,11	0,113
Tagesinzidenz	-0,005	-0,01-0,0005	0,075

Tab. 15: Selbstschädigendes Verhalten: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Selbstschädigendes Verhalten			
Gruppierung*Maßnahmenscore (Referenz = KG)			0,708
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	-0,05	-0,21-0,10	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	-0,07	-0,26-0,11	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,384
PG*Maßnahmenscore	-0,06	-0,22 -0,08	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,357
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	-0,002	-0,01-0,01	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	0,007	-0,007-0,02	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,841
PG*Tagesinzidenz	0,001	-0,01- 0,01	

3.2.3.6 Allgemeine psychische Belastung

Die Analyse des ersten Modells zeigt für die Skala „Allgemeine psychische Belastung“ signifikante Effekte der Gruppierung im dichotomen Modell ($F(1, 86) = 16,122, p < ,001$) und im Vergleich der drei Gruppen ($F(2, 85) = 10,618, p < ,001$). Ebenfalls signifikant ist der Einfluss der Tagesinzidenz ($F(1, 79) = 32,496, p < ,001$). Das zweite Modell zeigt für die dichotome Unterteilung der Proband*innen einen signifikanten Interaktionseffekt Gruppierung*Tagesinzidenz ($F(1, 79) = 4,144, p = ,045$). Patient*innen gaben, adjustiert für die Tagesinzidenz, im Schnitt um 0,01 geringere Wert als Kontrollproband*innen an.

Tab. 16: Allgemeine psychische Belastung: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Allgemeine psychische Belastung			
konstanter Term	1,79	0,97-2,61	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			<0,001
PG mit PTBS	1,8	1,02-2,58	
PG ohne PTBS	1,009	0,15-1,86	
Gruppierung dichotom			<0,001
PG	1,47	0,74 -2,20	
Maßnahmenscore	-0,02	-0,08-0,02	0,27
Tagesinzidenz	0,01	0,008-0,01	<0,001

Tab. 17: Allgemeine psychische Belastung: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Allgemeine psychische Belastung			
Gruppierung*Maßnahmenscore (Referenz = KG)			0,14
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	0,1	0,02-0,23	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	0,14	-0,006-0,29	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,077
PG*Maßnahmenscore	0,11	-0,01-0,23	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,124
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	-0,01	-0,02 -0,0004	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	-0,01	-0,02-0,001	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,045
PG*Tagesinzidenz	-0,01	-0,02 - -0,0002	

3.2.3.7 Berufliche Belastung

Tab. 18: Berufliche Belastung: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung;
 KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Berufliche Belastung			
konstanter Term	1,02	-0,15-2,21	<0,001
Gruppierung (Referenz= KG)			0,18
PG mit PTBS	0,97	-0,2-2,1	
PG ohne PTBS	1,12	-0,19-2,43	
Gruppierung dichotom			
PG			
Maßnahmenscore	0,06	-0,004-0,13	0,06
Tagesinzidenz	-0,003	-0,009-0,002	0,28

Tab. 19: Berufliche Belastung: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung;
 KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Berufliche Belastung			
Gruppierung*Maßnahmenscore (Referenz = KG)			0,48
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	0,03	-0,14-0,20	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	0,11	-0,08-0,31	
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,471

Fortsetzung Tab. 19: Berufliche Belastung: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
PG*Maßnahmenscore	0,06	-0,10-0,22	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,397
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	0,005	-0,008-0,02	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	-0,004	-0,02-0,01	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,747
PG*Tagesinzidenz	0,002	-0,01-0,01	

3.2.3.8 Einschränkung der Lebensqualität

Die Auswertung des ersten Modells zeigt signifikante Effekte des Maßnahmenscores ($F(1,93) = 8,171$, $p = ,005$) und der Tagesinzidenz ($F(1,93) = 16,005$, $p < ,001$) auf die Zielvariable.

Tab. 20: Einschränkung der Lebensqualität: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Einschränkung der Lebensqualität			
konstanter Term	4,39	3,27 - 5,51	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,069
PG mit PTBS	1,05	0,13 - 1,98	
PG ohne PTBS	0,42	-0,59 - 1,45	
Gruppierung dichotom			0,069
PG	0,78	-0,06-1,63	
Maßnahmenscore	-0,12	-0,21 - -0,03	0,005

Fortsetzung Tab. 20: Einschränkung der Lebensqualität: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Tagesinzidenz	0,01	0,007 - 0,02	<0,001

Tab. 21: Einschränkung der Lebensqualität: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Einschränkung der Lebensqualität			
Gruppierung*Maßnahmen-score dreigliedrig (Referenz = KG)			0,19
PG mit PTBS*Maßnahemenscore	0,17	-0,03 - 0,38	
PG ohne PTBS*Maßnahemenscore	0,19	-0,04 - 0,42	
Gruppierung dichotom			0,092
PG*Maßnahemenscore	0,16	-0,02-0,36	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,157
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	-0,01	-0,03-0,001	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	-0,01	-0,03-0,003	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,062
PG*Tagesinzidenz	-0,01	-0,03-0,0007	

3.2.3.9 Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien

Die Auswertung des ersten Modells weist einen signifikante Effekt der Tagesinzidenz ($F(1, 80) = 16,539$, $p < ,001$) auf die Zielvariable auf.

Tab. 22: Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien			
konstanter Term	3,37	2,65 - 4,08	<0,001
Gruppierung dreigliedrig (Referenz= KG)			0,069
PG mit PTBS	0,76	0,09 - 1,44	
PG ohne PTBS	0,31	-0,42 - 1,05	
Gruppierung dichotom			0,102
PG	0,52	-0,10-1,16	
Maßnahmenscore	0,03	-0,008 - 0,08	0,109
Tagesinzidenz	0,008	0,004 - 0,01	<0,001

Tab. 23: Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien			
Gruppierung*Maßnahmenscore dreigliedrig (Referenz = KG)			0,43
PG mit PTBS*Maßnahmenscore	-0,03	-0,15 - 0,08	
PG ohne PTBS*Maßnahmenscore	0,04	-0,09 - 0,17	

Fortsetzung Tab. 23: Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

	Parameterschätzer	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Gruppierung*Maßnahmenscore dichotom			0,783
PG*Maßnahmenscore	0,67	-0,56-1,92	
Gruppierung*Tagesinzidenz dreigliedrig			0,713
PG mit PTBS*Tagesinzidenz	-0,0009	-0,01-0,009	
PG ohne PTBS*Tagesinzidenz	0,003	-0,008-0,01	
Gruppierung*Tagesinzidenz dichotom			0,868
PG*Tagesinzidenz	0,0007	-0,008-0,01	

3.2.4 Effekt des Parameters „Tagesinzidenz“

Insgesamt ist ein signifikanter Einfluss der Tagesinzidenz auf die Skalen „Gesundheitliche Ängste“, „Allgemeine psychische Belastung“, „Einschränkung der Lebensqualität“ sowie „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“ feststellbar. Zudem ist für die dichotome Unterteilung der Skala „Allgemeine psychische Belastung“ ein signifikanter Effekt der Interaktion Gruppierung*Tagesinzidenz auszumachen. Genaue Werte sind den oben stehenden Tabellen (Tab. 6, Tab. 16, Tab. 17, Tab. 20, Tab. 22) zu entnehmen.

3.2.5 Effekt des Parameters „Maßnahmenscore“

Insgesamt ist ein signifikanter Einfluss des Maßnahmenscores auf die Skala „Einschränkung der Lebensqualität“ zu finden. Weiterhin ist die Interaktion Gruppierung*Maßnahmenscore für die dreigliedrige Unterteilung in der Skala „Gesundheitliche Ängste“ sowie für die dreigliedrige und die dichotome Unterteilung in der

Skala „Sozialer Rückzug“ signifikant. Genaue Werte sind den oben stehenden Tabellen (Tab. 7, Tab. 9, Tab. 20) zu entnehmen.

3.2.6 Gemischt lineares Modell 1: Post-hoc-Test

Ziel der durchgeführten Post-hoc Tests soll es sein, intergrupale Unterschiede zwischen den drei Vergleichsgruppen zu detektieren. Die Adjustierung des Signifikanzniveaus erfolgte hierbei mittels Bonferroni-Korrektur. Die vier Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Veränderung des Schlafverhaltens“, „Selbstschädigendes Verhalten“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ wiesen in der Analyse des gemischt linearen Modells ohne Interaktion sowohl im dichotomen Vergleich als auch im direkten Vergleich der drei Gruppen einen signifikanten Gruppeneffekt auf und stehen daher im Fokus. In allen vier Skalen gaben Patient*innen mit PTBS die jeweils höchsten Werte an. Bei Betrachtung der paarweisen Vergleiche für die abhängige Variable „Allgemeine psychische Belastung“ fällt ein signifikanter Unterschied zwischen der PG mit PTBS und der KG auf ($p < ,001$, $M_{\text{Diff}} = 1,80$, 95 %-CI [0,84, 2,76]). Die PG mit PTBS hat im Schnitt einen um 1,80 höheren Wert angegeben als die KG. Innerhalb der Skala „Veränderung des Schlafverhaltens“ findet sich ebenso ein signifikanter Unterschied zwischen der PG mit PTBS und der KG ($p = ,003$, $M_{\text{Diff}} = 1,50$, 95 % CI [0,41, 2,59]). Die PG mit PTBS hat im Vergleich zur KG einen im Schnitt um 1,5 höheren Wert in dieser Skala angegeben. In der Skala „Selbstschädigendes Verhalten“ findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen der PG mit PTBS und der KG ($p = ,007$, $M_{\text{Diff}} = 1,30$, 95 % CI [0,29, 2,31]) sowie zwischen der PG mit PTBS und der PG ohne PTBS ($p = ,016$, $M_{\text{Diff}} = 1,14$, 95 % CI [0,16, 2,12]). Die PG mit PTBS hat im Vergleich zur KG im Schnitt einen um 1,3 höheren Wert und im Vergleich mit der PG ohne PTBS einen um 1,14 höheren Wert angegeben. Wie bereits in den anderen Skalen zuvor, ist in der Skala „Wirtschaftliche Ängste“ ein signifikanter Unterschied zwischen der PG mit PTBS und der KG zu verzeichnen ($p = ,005$, $M_{\text{Diff}} = 1,65$, 95 % CI [0,40, 2,91]). Die PG mit PTBS hat im Schnitt gegenüber der KG einen um 1,65 höheren Wert angegeben.

Tab. 24: Gemischt lineares Modell ohne Interaktion: Post-hoc-Test; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

		Mittelwert-differenz	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Allg. psychische Belastung				
PG mit PTBS	PG ohne PTBS	0,797	-0,13-1,72	0,117
	KG	1,80	0,84-2,76	<0,001
PG ohne PTBS	PG mit PTBS	-0,79	-1,72-0,13	0,117
	KG	1,009	-0,41-2,06	0,064
KG	PG mit PTBS	-1,80	-2,76- -0,84	<0,001
	KG	-1,009	-2,06-0,04	0,064
Veränderung Schlafverhalten				
PG mit PTBS	PG ohne PTBS	0,87	-0,17-1,91	0,137
	KG	1,50	0,41-2,59	0,003
PG ohne PTBS	PG mit PTBS	-0,87	-1,91-0,17	0,137
	KG	0,63	-0,55-1,82	0,590
KG	PG mit PTBS	-1,50	-2,59- -0,41	0,003
	PG ohne PTBS	-0,63	-1,82-0,55	0,590
Selbstschädigendes Verhalten				
PG mit PTBS	PG ohne PTBS	1,14	0,16-2,12	0,016
	KG	1,30	0,29-2,31	0,007
PG ohne PTBS	PG mit PTBS	-1,14	-2,12- -0,16	0,016
	KG	0,16	-0,94-1,27	1,00
KG	PG mit PTBS	-1,30	-2,31- -0,29	0,007
	PG ohne PTBS	-0,16	-1,27-0,94	1,00
Wirtschaftliche Ängste				
PG mit PTBS	PG ohne PTBS	0,96	-0,23-2,17	0,158
	KG	1,65	0,40-2,91	0,005
PG ohne PTBS	PG mit PTBS	-0,96	-2,17-0,23	0,158
	KG	0,68	-0,67-2,05	0,666
KG	PG mit PTBS	-1,65	-2,91- -0,40	0,005
	PG ohne PTBS	-0,68	-2,05-0,67	0,666

3.3 Auswertung Maßnahmenscore

3.3.1 Maßnahmenscore und 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in NRW

Die unten gezeigte Graphik (Abb. 2) visualisiert den Verlauf des Maßnahmenscores sowie die 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in NRW im Erhebungszeitraum zwischen dem 15.04.2020 und dem 21.05.2021.

Der Kurvenverlauf des Maßnahmenscores präsentiert sich inhomogen mit ausgeprägten Steigungen und Abfällen. Nach einer kurzen Phase mit hohen Werten bis zum 19. Mai 2020 (Wert 11) folgt bis zum ersten November 2020 (Wert 3) eine Plateau-Phase sehr geringer Werte, an die sich ein treppenartiger Anstieg bis zum Januar 2021 anschließt. Anfang des Jahres 2021 sind erneut konstant hohe Werte des Maßnahmenscores, mit Ausnahme eines Abfalls Mitte Februar (15.02.2021, Wert 10) dargestellt. Ab Ende Februar ist ein Absinken des Maßnahmenscores zu sehen. Der Maximalwert mit zwölf Punkten liegt sowohl zu Anfang der Aufzeichnung (16.04.2020-06.05.2020) als auch gegen Ende (25.01.2021-21.02.2021). Der Minimalwert mit drei Punkten erstreckt sich zwischen Anfang September und Anfang November 2020 (01.09.2020-01.11.2020).

Der Verlauf der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner zeigt einen stetigen flachen Kurvenverlauf bis zum Herbst 2020, wo ein starker Anstieg bis zum ersten Gipfel am sechsten November 2020 mit 177,6 Fällen pro 100.000 Einwohner zu verzeichnen ist. Im Verlauf sind recht starke Schwankungen mit einem Abfall bis auf 55,7 Fälle pro 100.000 Einwohner am 13. Februar 2021 und einem erneuten Anstieg auf 191,4 Fälle pro 100.000 Einwohner am 25. April 2021 zu sehen. Der Höchstwert fällt auf den 23. Dezember 2020 mit 200,7 Fällen.

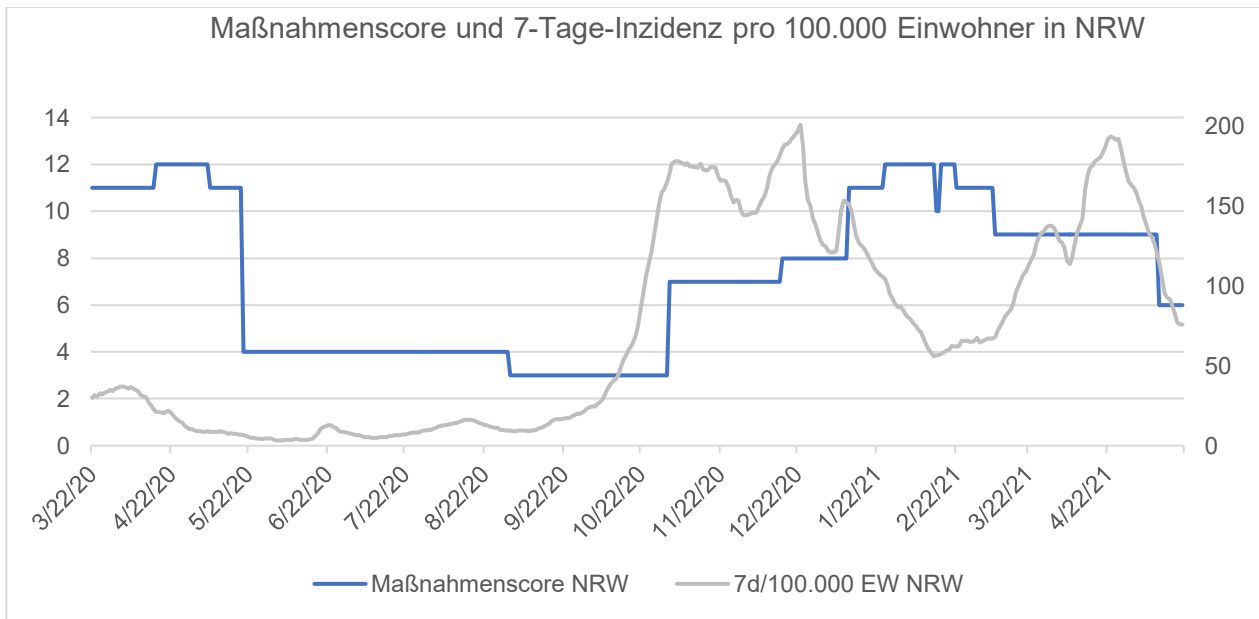


Abb. 2: Maßnahmenscore in Zusammenhang mit der 7-Tage-Inzidenz positiver SARS-CoV-2- PCR-Tests in NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021; EW = Einwohner, NRW = Nordrhein-Westfalen

3.3.2 Maßnahmenscore NRW und Oxford Stringency Indizes

Abbildung 3 beinhaltet die Kurvenverläufe auf Grundlage der absoluten Werte des Maßnahmenscores und der Oxford Stringency Indizes im Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie zwischen dem 15.04.2020 und dem 21.05.2021. Es zeichnet sich ein ähnlicher Verlauf der Oxford Stringency Indizes ab, wohingegen sich der Kurvenverlauf des Maßnahmenscores mit zum Teil ausgeprägten Schwankungen durch Steigungen und Abfälle präsentiert. Gemeinsam ist der relativ gleiche Abfall im Mai 2020 und der erneute Anstieg im Herbst 2020.

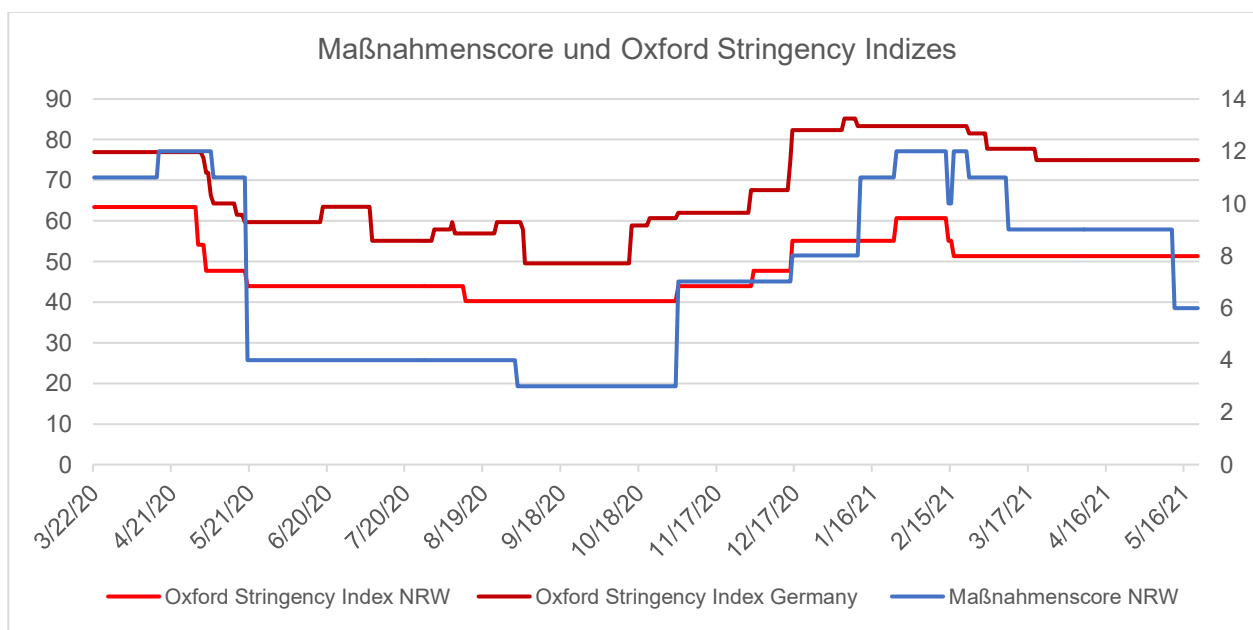


Abb. 3: Maßnahmenscore und Oxford Stringency-Indizes im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021. Y1-Achse (links): Wertebereich Oxford Stringency Indizes, Y2-Achse (rechts): Wertebereich Maßnahmenscore; NRW = Nordrhein-Westfalen

3.3.3 Korrelation Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW

Es konnte eine starke signifikant positive Korrelation zwischen dem Maßnahmenscore und dem Oxford Stringency Index für NRW festgestellt werden ($r = ,873$, $p < ,001$).

Tab. 25: Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW: Pearson-Produkt-Moment-Korrelation; NRW = Nordrhein-Westfalen, Sig. = Signifikanz

		Maßnahmenscore	Oxford-Index NRW
Maßnahmenscore	Pearson-Korrelation	1	0,873
	Sig. (2-seitig)		<0,001
	N	417	417
Oxford Index NRW	Pearson-Korrelation	0,873	1
	Sig. (2-seitig)	<0,001	
	N	417	417

3.4 Sonderauswertung: Bonner Pandemiefragebogen zur SARS-CoV-2-Impfung

3.4.1 Dichotome Unterteilung: t-Test für ungepaarte Stichproben

Die Auswertung der t-Tests für ungepaarte Stichproben für die einzelnen Items der Skala „SARS-CoV-2-Impfung“ ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der PG und der KG.

Tab. 26: SARS-CoV-2-Impfung: t-Test für ungepaarte Stichproben; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe

		MW	SD	T	df	Signifikanz (2-Seitig)	95%- Konfidenzintervall
Verlust Relevanz Corona Thematik (Item 51)	PG	1,47	4,78	-1,607	26	0,120	-7,27-0,89
	KG	4,67	5,17				
Unbesorgteres Gefühl seit Impfung (Item 52)	PG	0,84	4,22	-1,619	26	0,118	-6,63-0,79
	KG	3,78	5,02				
Angst vor Impfung (Item 53)	PG	2,29	3,5	0,7	14	0,495	-3,68-7,25
	KG	0,50	0,71				
Freudige Erwartung auf Impfung (Item 54)	PG	1,58	4,02	1,654	26	0,110	-0,57-5,28
	KG	- 0,78	1,98				
Impfreiheitenfolge fair und angemessen (Item 55)	PG	4,53	2,91	0,247	26	0,807	-2,22-2,83
	KG	4,22	3,31				
Impfstoff egal (Item 56)	PG	5,21	3,89	-0,370	22,98	0,715	-3,00-2,09
	KG	5,67	2,55				
Geimpfte sollten Freiheiten schneller zurückbekommen (Item 57)	PG	4,32	3,30	1,479	26	0,151	-0,73-4,47
	KG	2,44	2,69				

Fortsetzung Tab. 26: SARS-CoV-2-Impfung: t-Test für ungepaarte Stichproben; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe

		MW	SD	T	df	Signifikanz (2-Seitig)	95% Konfidenzintervall
Sorge vor Zwei-Klassen-Gesellschaft durch Impfung (Item 58)	PG	4,79	3,29	0,944	26	0,354	-1,45-3,92
	KG	3,56	3,08				
Hoffnung auf Verbesserung der Situation durch Impfung (Item 59)	PG	1,58	2,50	0,776	26	0,445	-1,138-2,51
	KG	0,89	1,27				

3.4.2 Dreigliedrige Unterteilung: einfaktorielle ANOVA

Die Auswertung der einfaktoriellen ANOVA für die einzelnen Items, die die Skala „SARS-CoV-2-Impfung“ bilden, ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der PG mit PTBS, der PG ohne PTBS und der KG.

Tab. 27: SARS-CoV-2-Impfung: Einfaktorielle ANOVA

	df	F-Wert	Eta ²	p-Wert
Verlust Relevanz Corona Thematik (Item 51)	2	1,335	0,096	0,281
Unbesorgteres Gefühl seit Impfung (Item 52)	2	1,265	0,092	0,30
Angst vor Impfung (Item 53)	2	0,513	0,073	0,610
Freudige Erwartung auf Impfung (Item 54)	2	2,855	0,186	0,076
Impfreiheitenfolge fair und angemessen (Item 55)	2	0,192	0,015	0,827
Impfstoff egal (Item 56)	2	2,557	0,170	0,098

Fortsetzung Tab. 27: SARS-CoV-2Impfung: Einfaktorielle ANOVA

	df	F-Wert	Eta ²	p-Wert
Geimpfte sollten Freiheiten schneller zurückbekommen (Item 57)	2	2,051	0,141	0,150
Sorge vor Zwei-Klassen-Gesellschaft durch Impfung (Item 58)	2	1,069	0,079	0,359
Hoffnung auf Verbesserung der Situation durch Impfung (Item 59)	2	1,932	0,134	0,166

3.5 Einfluss der SARS-CoV-2-Thematik auf die Entwicklung der Angstsymptomatik

Das Ausmaß der Beschäftigung mit dem Coronavirus korreliert in der PG signifikant positiv ($r = ,594$, $p < ,001$) mit der Intensität der wahrgenommenen Angstsymptomatik. Dieser Zusammenhang zeigt sich nicht für die KG.

Tab. 28: SARS-CoV-2 und Angstsymptomatik: Pearson-Produkt-Moment-Korrelation; PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe

PG (n = 72)		Item Recherche	Skala Angst
Item Recherche	Pearson-Korrelation	1	0,594
	Signifikanz (2-Seitig)		<0,001
Skala Angst	Pearson-Korrelation	0,594	1
	Signifikanz (2-Seitig)	<0,001	
KG (n=24)		Item Recherche	Skala Angst
Item Recherche	Pearson-Korrelation	1	-0,037
	Signifikanz (2-Seitig)		0,865
Skala Angst	Pearson-Korrelation	-0,037	1
	Signifikanz (2-Seitig)	0,865	

4 Diskussion

4.1 Überblick

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die psychische Belastung durch die SARS-CoV-2-Pandemie ebenso wie der durch die Regierung erlassenen nicht-pharmakologischen Maßnahmen auf die drei Vergleichsgruppen (PG mit PTBS, PG ohne PTBS und KG) zu untersuchen. Für acht der neun untersuchten Kategorien wies die PG mit PTBS im Vergleich die stärkste und die KG die geringste psychische Belastung auf. Im Folgenden werden die signifikanten Gruppeneffekte, die in den Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Selbstschädigendes Verhalten“, „Veränderung des Schlafverhaltens“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ zu finden sind, beginnend mit der Kontrollgruppe, der Patient*innengruppe im Gesamten und schließlich der Subgruppe der PTBS-Patient*innen diskutiert und in den Kontext der vorhandenen Studienlage einsortiert.

In einer weiteren Analyse wurde die Interaktion der unabhängigen Variablen Maßnahmenscore und Tagesinzidenz mit den Gruppenergebnissen untersucht. Der signifikante Einfluss der Tagesinzidenz auf die Skala „Allgemeine psychische Belastung“ für das dichotome Modell sowie der signifikante Einfluss des Maßnahmenscores auf die Skalen „Gesundheitliche Ängste“ für die dreigliedrige Unterteilung und „Sozialer Rückzug“ für die dreigliedrige und die dichotome Unterteilung wird erörtert.

Zuletzt wurden die neun Items, die sich mit der Thematik der SARS-CoV-2-Impfung befassen, gesondert und einzeln ausgewertet.

4.2 Belastungserleben bei Patient*innen und gesunden Kontrollproband*innen

Die Auswertung der deskriptiven Statistik zeigt, dass die Patient*innengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe für den überwiegenden Teil der Skalen über alle drei Messzeiträume in der Sars-CoV-2 Pandemiesituation höhere durchschnittliche Werte des Belastungsempfindens angegeben hat. Dasselbe Ergebnis zeigt auch die Auswertung

des ersten Modells für die dichotome Unterteilung (PG und KG), die für die Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Selbstschädigendes Verhalten“, „Veränderung des Schlafverhaltens“ sowie „Wirtschaftliche Ängste“ einen signifikanten Unterschied zwischen der Patient*innengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweist. Diese Ergebnisse können auch in der Literatur nachvollzogen werden, müssen jedoch in den zeitlichen Kontext des Pandemieverlaufs eingeordnet werden. Nischk und Voss (2021) haben in einer Studie die Auswirkungen des Corona-Shutdowns auf das Alltagsverhalten und die generelle psychische Belastung von psychisch vorerkrankten sowie psychisch gesunden Proband*innen im Zeitraum zwischen dem sechsten April und dem ersten Mai 2020 untersucht. Resultat der Studie war neben einer stärkeren psychischen Belastung der psychisch vorerkrankten Proband*innen eine Zunahme der Symptombelastung im Vergleich zur präpandemischen Zeit (Nischk und Voss, 2021). Der erste Erhebungszeitraum T0 (15.04.2020-17.05.2021) der vorliegenden Studie fällt in einen ähnlichen zeitlichen Rahmen. In dieser findet sich in der Skala „Allgemeine psychische Belastung“, die unter anderem Fragen zur Progression der Symptomatik umfasst, zu T0 die geringste durchschnittliche Zustimmung zu den abgefragten Items (MW = 3,21; SD = 2,01). Dies steht zwar in Kontrast zum Ergebnis der Studie von Nischk und Voss (2021), die einen „starken Trend“ in ihrem Ergebnis sahen, jedoch stieg in der Skala „Allgemeine psychische Belastung“ der durchschnittliche Wert in der Patient*innengruppe zu T2 an und impliziert damit eine Zunahme der wahrgenommenen psychischen Belastung im zeitlichen Verlauf. Die durchschnittlichen Werte in der Patient*innengruppe übersteigen zu allen Erhebungszeiträumen die Mittelwerte der Kontrollgruppe, zudem zeigt das erste Modell, dass die Patient*innengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe einen höheren Wert in der Skala „Allgemeine psychische Belastung“ angegeben hat. Da Nischk und Voss (2021) nur einen Erhebungszeitraum betrachtet haben, war ein erneuter Vergleich für einen späteren Zeitraum nicht möglich.

Die Auseinandersetzung mit der SARS-CoV-2 Thematik trug Untersuchungen zufolge dazu bei, dass psychisch gesunde Menschen durch den Wissenszuwachs im Sinne einer Reduktion der Angstsymptomatik eher profitierten, wohingegen psychisch vorerkrankte Patient*innen häufig einen Zuwachs der Angstsymptomatik verspürten (Skoda et al.,

2020; Dahmen et al., 2023). Die signifikante Korrelation des Items „Ich verbringe am Tag viel Zeit mit Gedanken bzw. Recherchen um die Coronavirus-Pandemie“ (entnommen aus der Skala „Einschränkung der Lebensqualität“) mit der Skala „Gesundheitliche Ängste“ bestätigt diese Aussage für die Patientengruppe der vorliegenden Studie. Für die Kontrollgruppe fand sich passenderweise eine negative Korrelation, die jedoch nicht signifikant wird. Dahmen et al. (2023) konnten anhand einer Befragung von psychisch vorerkrankten Patient*innen eine signifikant positive Korrelation zwischen vermehrtem Fernseh- und Internetkonsum sowie empfundener Angstsymptomatik während der SARS-CoV-2-Pandemiesituation nachweisen. In diesem Zusammenhang konnte anhand einer Befragung der Universität Bielefeld in der deutschen Bevölkerung zudem ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung und Informationsbezug aus Quellen wie den sozialen Medien und eine signifikant geringere Belastung bei Informationsbezug aus Quellen wie Radio beziehungsweise Fernsehen hergestellt werden (Rees et al., 2020). Darüber hinaus konnte eine Studie der Universität Mannheim zeigen, dass psychische Vorerkrankungen einen signifikanten Prädiktor für Vermeidungsverhalten in Bezug auf Informationen über SARS-CoV-2 darstellen (Siebenhaar et al., 2020). An anderer Stelle konnte signifikant erhöhte Ungewissheitsintoleranz zu Pandemiebeginn mit gesteigerter Angst bezüglich SARS-CoV-2 im Verlauf des pandemischen Geschehens in Verbindung gebracht werden (Breux et al., 2024). Das Konzept der Intoleranz gegenüber Ungewissheit (IU) beschreibt ein Persönlichkeitsmerkmal, das die Ungewissheit einer Situation nur schwer aushaltbar macht (Spitzer, 2019, S. 24).

In der Skala „Selbstschädigendes Verhalten“ ist über den zeitlichen Verlauf eine Reduktion der durchschnittlichen Werte zu sehen, sowohl Patient*innen als auch Kontrollproband*innen gaben zu allen drei Erhebungseiträumen im Durchschnitt eine eher geringe Zustimmung zu den Items, die unter anderem verstärkten Konsum von Noxen abgefragt haben. Die Patient*innen gaben im Vergleich zu den Kontrollproband*innen insgesamt signifikant höhere Werte an. Wie in Abb. 2 dargestellt, war der erste Erhebungszeitraum T0, zu dem die höchsten durchschnittlichen Werte in dieser Skala angegeben wurden, durch hohe Einschränkungen geprägt, die mit der zeitgleich

vorherrschenden Ungewissheit und Bedrohungssituation, die die Pandemie insbesondere zu Anfang bot, dazu geführt haben könnte, dass beispielweise erhöhter Alkoholkonsum als maladaptive Coping-Strategie eingesetzt wurde (Thielmann et al., 2022). Unterstützt wird diese Hypothese durch eine Untersuchung von Winkler et al. (2020), die bei fünf von 36 zuvor abstinenten alkoholabhängig Erkrankten in Folge der Corona-Pandemie ein Trinkrezidiv feststellen konnten. Einen besorgniserregenden Trend konnten auch Erbas und Strauch (2021) in ihrem Review feststellen: nach einer Befragung der Global Drug Survey (GDS) während der SARS-CoV-2-Pandemie gaben 25,3 % der Teilnehmenden einen gesteigerten Alkoholkonsum aufgrund von Angst, Sorge oder Stress an, Hochkonsumierende steigerten ihren Konsum zudem häufiger. Eine Studie der Berliner Charité, die eine Veränderung der psychischen Belastung sowie den Einfluss protektiver und risikobehafteter Faktoren auf Angst- und Depressionssymptomatik in den ersten drei Monaten der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland untersucht hat, stellte heraus, dass übermäßiger Substanzkonsum signifikant mit gesteigerter psychischer Belastung assoziiert war (Bendau et al., 2021).

Ein weiterer, in der vorliegenden Studie untersuchter und für mentales Wohlbefinden bedeutender Faktor ist ausreichend erholsamer Schlaf (Scott et al., 2021). Die Ergebnisse zeigen über alle Erhebungszeiträume stärkere Veränderungen des Schlafverhaltens in der Patient*innengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe und in beiden Gruppen folgt auf einen initialen Abfall der Werte zu T1 ein erneuter Anstieg zu T2. Die höchsten durchschnittlichen Werte beider Gruppen lassen sich zum letzten Erhebungszeitraum T2 feststellen, was auf eine Veränderung des Schlafverhaltens im Verlauf der Pandemie hindeutet. Dauerhafte Schlafdefizite bzw. qualitativ schlechter Schlaf erhöhen nicht nur das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Parthasarathy et al., 2015), sondern verschlechtern auch Lebensqualität und Leistungsfähigkeit (Fietze und Penzel, 2021; Hafner et al., 2017). Daten der DESG1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) bezifferten die Prävalenz von Ein- und/oder Durchschlafstörungen mit potenziell klinischer Relevanz in der deutschen Allgemeinbevölkerung bereits in der präpandemischen Zeit mit etwa einem Drittel (Schlack et al., 2013). Bekannt ist zudem, dass Schlafstörungen, speziell Ein- und Durchschlafstörungen sowie resultierende Tagesmüdigkeit, häufige Komorbiditäten

psychischer Erkrankungen sind (Pollmächer, 2016, S. 14). Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemiesituation konnte bereits an anderer Stelle eine starke Zunahme von Schlafstörungen beobachtet werden (Müller, 2022). Beschrieben sind neben Einbußen der Schlafqualität aufgrund der Belastung durch coronaassoziierte Ungewissheit und Ängste sowie soziale Isolation (Richter und Kellner, 2021) eine Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus, insbesondere bei Menschen, die erhöhte Angst- und Stresssymptome aufwiesen (Cellini et al., 2020). Demgegenüber wirkt sich einer Befragung von Staller und Randler (2020) in der deutschen Bevölkerung zufolge die Umstellung auf Arbeit im „Homeoffice“ positiv auf die Schlafqualität aus. Es kann folglich nicht von einer grundsätzlichen Verschlechterung der Schlafqualität in der SARS-CoV-2-Pandemiesituation ausgegangen werden.

Unter die mannigfaltigen Auswirkungen, die die Pandemiesituation auf viele Lebensbereiche der Gesellschaft hatte, fallen auch erhebliche ökonomische Folgen: bis Juni 2020 wurde für circa zwölf Millionen Menschen in Deutschland Kurzarbeit angemeldet, Planungen zu Stellenabbau und Sorgen um Insolvenz waren allgegenwärtig (Dörre, 2020). Die Deskription der Skala „Wirtschaftliche Ängste“ zeigt höhere durchschnittliche Werte der Patient*innengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe über alle drei Erhebungszeiträume, was auf eine höhere Belastung durch finanzielle Sorgen schließen lässt. Bereits aus der SARS-CoV-1-Epidemie ist bekannt, dass sich ein geringes Einkommen negativ auf die psychische Gesundheit von unter Quarantäne gestellten Menschen auswirkt (Hawryluck et al., 2004). Röhr et al. (2020) erfassten mittels eines Reviews die psychosozialen Folgen der Quarantänemaßnahmen und kamen zu dem Ergebnis, dass diverse Studien eine Assoziation zwischen Einkommensverlusten mit stärkerer PTBS-Symptomatik, depressiver Symptomatik und dem Risiko für die Ausbildung psychischer Störungen herstellen konnten. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv mit Erwerbsstatus sowie Sozialstatus korreliert (Peters et al., 2020). Dies ist für psychisch Vorerkrankte insofern problematisch, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung häufig ohnehin beruflich eingeschränkt sind (Heyde und Macco, 2009), über ein geringeres Einkommen verfügen (Richter et al., 2006) oder gar nicht erst einer Erwerbstätigkeit nachgehen können (Kertzscher et al., 2022). Im

Gesamtkontext der Pandemie, speziell in der Quarantänesituation, muss zudem beachtet werden, dass der Wegfall der Tagesstruktur, gewohnter Routinen und fehlende Sozialkontakte für psychisch vorerkrankte Patient*innen besonders schwer zu kompensierende Faktoren waren, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass, wie eingangs der Arbeit bereits erwähnt, viele Therapieangebote schlicht nicht mehr beziehungsweise nur sehr eingeschränkt zur Verfügung standen (Nischk und Voss, 2021). Bewältigungsstrategien in der SARS-CoV-2-Pandemie, die hingegen signifikant positiv mit gesundheitsbezogener Lebensqualität korreliert haben, waren nach Peters et al. (2020) neben sozialer Unterstützung Selbstwirksamkeit sowie körperliche Aktivität.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die eingangs dieser Arbeit formulierte Hypothese, dass psychisch vorerkrankte Patient*innen im Vergleich zu Kontrollproband*innen im Rahmen der Beschränkungen durch die Pandemiesituation einer stärkeren psychischen Belastung ausgesetzt waren, bestätigt werden kann.

4.3 Belastungsempfinden bei PTBS-Patient*innen

Eine weitere Hypothese dieser Arbeit ist die Annahme, dass PTBS-Patient*innen im Rahmen des Pandemiegeschehens im Vergleich zu anderweitig psychisch vorerkrankten Patient*innen sowie gesunden Kontrollproband*innen die höchste psychische Belastung erfahren haben.

Viele Studien setzen sich mit der Prävalenz der Symptomatik der PTBS insbesondere in Risikogruppen, wie beispielsweise Mitarbeitenden im Gesundheitswesen auseinander (Rice et al., 2023), bedeutend weniger beschäftigen sich jedoch mit den Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie sowie den Folgen der eingeführten Maßnahmen auf psychisch vorerkrankte Patient*innen, die bereits eine diagnostizierte PTBS haben. Die Auswertung des ersten Modells für die dreigliedrige Unterteilung der vorliegenden Studie ergab signifikante Effekte für die Gruppierung zwischen der PG mit PTBS, der PG ohne PTBS und der Kontrollgruppe in den Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Selbstschädigendes Verhalten“, „Veränderung des Schlafverhaltens“ sowie

„Wirtschaftliche Ängste“. Der direkte Gruppenvergleich ergab für alle vier Skalen signifikant höhere Werte der PG mit PTBS im Vergleich zur Kontrollgruppe und in der Skala „Selbstschädigendes Verhalten“ verzeichnete die PG mit PTBS im Vergleich zur PG ohne PTBS ebenfalls einen signifikant höheren Wert. Dies erlaubt die Annahme, dass posttraumatisch belastete Patient*innen ein besonders vulnerables Kollektiv in der Pandemiesituation darstellen. Ähnlich zu der Untersuchung der vorliegenden Studie wurden im Rahmen einer Studie in Göttingen 213 Patient*innen diverser psychischer Erkrankungen, darunter auch Patient*innen mit einer diagnostizierten PTBS, im Zeitraum zwischen dem 24. April und dem elften Mai 2020 retrospektiv zur präpandemischen Zeit, zu Beginn der Pandemie und zu ihrem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Zustand befragt (Belz et al., 2021). Hierzu wurde, analog zur vorliegenden Studie, ein Fragebogen (GoeBSI, Goettingen psychosocial Burden and Symptom Inventory) mit 77 Items erstellt, der unter anderem die Veränderung der Symptomatik, die Stärke der Resilienz sowie Symptome einer Anpassungsstörung erfasst hat. Es konnte gezeigt werden, dass die psychosoziale Belastung im Vergleich zur präpandemischen Zeit erhöht gewesen ist. Weitere Resultate waren eine erhöhte Depressivität und Impulsivität der Patient*innen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, darunter auch PTBS-Patient*innen, sowie die signifikant höhere Belastung im direkten Vergleich zu Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Belz et al., 2021). Eine Follow-Up Untersuchung dieser Studie im Winter 2020, zur Zeit des zweiten Lockdowns in Deutschland, konnte im direkten Vergleich von PTBS-Patient*innen zu Patient*innen ohne PTBS eine signifikant höhere psychosoziale Belastung zeigen (Treptow et al., 2025). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der vorliegenden Studie wider: die höchsten durchschnittlichen Werte in der Skala „Allgemeine psychische Belastung“, die unter anderem eine Exazerbation der bestehenden Symptomatik erfasst, gaben zu allen drei Erhebungszeiträumen die PTBS-Patient*innen an. Der zeitliche Rahmen der ersten Untersuchung der zuvor vorgestellten Studie ist mit dem ersten Erhebungszeitraum T0 (15.04.2020-17.05.2020) der vorliegenden Studie in etwa übereinstimmend. Wie in Abbildung 2 (exemplarisch für NRW) zu sehen, umfassen die Untersuchungszeiträume beider Studien einen Zeitraum zu Anfang der Pandemie mit hohen Einschränkungen und einer im Vergleich dazu relativ geringen 7-Tage-Inzidenz.

Von Relevanz für die Schwere der PTBS-Symptomatik ist unter anderem das Schlafverhalten (Colvonen et al., 2019). Wie eingangs bereits erwähnt, hat die PG mit PTBS im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höhere Werte in der Skala „Veränderung des Schlafverhaltens“ angegeben, zu T0 und T1 verzeichnet die PG mit PTBS im Vergleich zur Kontrollgruppe sowie zur PG ohne PTBS die höchsten durchschnittlichen Werte. Negativen Einfluss auf Schlafverhalten und -qualität kann das „Hyperarousal“, eines der drei Hauptsymptome der PTBS, nehmen. Der Begriff „Hyperarousal“ beschreibt eine Übererregung des autonomen Nervensystems, infolgedessen auch Belastungen geringer Intensität eine starke Erregung hervorrufen (Maercker, 2013, S. 17, 19). Diese permanente Anspannung beziehungsweise „Hab-Acht-Stellung“ (Matten und Pausch, 2017, S. 31) könnte vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie, in der jeder Mitmensch, wahrgenommen als potenzielle Virusquelle, zur Bedrohung wurde (Spitzer, 2020), nochmals verstärkt worden sein. Ebenfalls zu den Hauptsymptomen der PTBS gehörig sind Intrusive Erinnerungen, die sich beispielweise in Form von Alpträumen manifestieren können. Diese „abgelegten Erinnerungen“ bilden ein sogenanntes „Traumanetzwerk“, welches sowohl durch internale als auch externale Trigger reaktiviert werden kann (Matten und Pausch 2017, S. 29). Nach Horesh und Brown (2020) ist die SARS-CoV-2-Pandemie selbst als traumatisches Ereignis zu verstehen: Das plötzliche Hereinbrechen der Pandemie, Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins mit Kontrollverlust sowie ein unklarer Ausgang können als typische traumaassoziierte Merkmale aufgefasst werden. Beschrieben ist zudem eine Assoziation zwischen der Pandemie und dem Auftreten von Traumafolgesymptomen (Bach und Bitterlich, 2021). Insbesondere SARS-CoV-2-Infizierte zeigten einer Übersichtsarbeit von Strauß et al. (2021) zufolge im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und Beschäftigten im Gesundheitswesen eine sehr hohe Prävalenz für eine PTBS-Symptomatik.

Zu den häufigsten Komorbiditäten der posttraumatischen Belastungsstörung zählen neben Schlafstörungen auch Suchterkrankungen bzw. missbräuchlicher Konsum von Medikamenten, Alkohol und anderen Drogen (Maercker, 2013, S. 30). In der Skala „Selbstschädigendes Verhalten“ hat die PG mit PTBS die höchsten durchschnittlichen Werte über alle drei Erhebungszeiträume im Vergleich zur PG ohne PTBS sowie zur

Kontrollgruppe angegeben. Bekannt ist, dass die Koexistenz der PTBS mit Substanzkonsumstörungen neben einem aggravierten Beschwerdebild und einem komplikationsreicheren Verlauf auch mit geringeren Ansprechraten auf therapeutische Konzepte sowie eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität einhergeht (Kapfhammer, 2021).

Für die Skala „Wirtschaftliche Ängste“ konnte bereits im dichotomen Modell gezeigt werden, dass psychisch vorerkrankte Patient*innen eine höhere Belastung durch die berufliche und infolgedessen finanziell unsichere Situation empfunden haben. Die Deskription für die dreigliedrige Unterteilung unterstützt auch in dieser Skala die Annahme, dass PTBS-Patient*innen ein besonders vulnerables Kollektiv darstellen: über alle drei Erhebungszeiträume haben die PTBS-Patient*innen im Vergleich zur PG ohne PTBS und der Kontrollgruppe die höchsten durchschnittlichen Werte angegeben, auffällig ist der Anstieg von T0 zu T1, auf den ein leichter Abfall zu T2 folgt. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass (möglicherweise) existenzbedrohende finanzielle Sorgen sowie Ängste um die Sicherstellung der Versorgung im Verlauf der Pandemie insbesondere für Patient*innen mit einer bestehenden PTBS zumindest phasenweise eine zunehmende Belastung darstellten. Wirtschaftliche Ängste scheinen sich insgesamt erst mit einer gewissen Verzögerung eingestellt zu haben (Maximalwert zu T1). Demgegenüber konnten Bendau et al. (2021) anhand einer longitudinalen Untersuchung in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit vier Erhebungszeiträumen zwischen dem 27. März 2020 und dem 15. Juni 2020, die den Verlauf coronaspezifischer Ängste untersucht hat, insgesamt eine Reduktion der Angst vor ökonomischen Folgen im Verlauf zeigen.

Anhand dieser Ergebnisse kann folglich auch die zu Beginn dieses Absatzes genannte Hypothese bestätigt werden.

4.4 Gesamteffekte von Maßnahmenscore und Tagesinzidenz

Herausforderungen im Rahmen der Berichterstattung während der SARS-CoV-2-Pandemiesituation, auch als „Risikokommunikation“ bezeichnet, bestanden einerseits in der Notwendigkeit der Bereitstellung sowie Einordnung verständlicher, sachlicher Informationen, auch mittels epidemiologischer Parameter wie der 7-Tage-Inzidenz pro

100.000 Einwohner, sowie andererseits in der Vermeidung von unnötigen Ängsten und Sorgen in der Bevölkerung (Loss et al., 2021). Der Risikokommunikation wurde von Beginn an eine hohe Relevanz für die Akzeptanz der eingeführten Einschränkungen des öffentlichen Lebens beigemessen (Wegwarth et al., 2020). Nach Hubenschmid et al. (2022) waren „Medien-Corona Berichte“ jedoch auch einer der Corona-spezifischen Hauptstressoren dieser Zeit. In den Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Gesundheitliche Ängste“, „Einschränkung der Lebensqualität“ sowie „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“ konnte insgesamt jeweils ein signifikant positiver Einfluss der Tagesinzidenz festgestellt werden. Steigende Tagesinzidenzen führten im dreigliedrigen Modell über alle drei Vergleichsgruppen hinweg zu einem Anstieg der empfundenen Belastung. In diesen Skalen haben Patient*innen mit PTBS und Patient*innen ohne PTBS, adjustiert für die Tagesinzidenz, im Vergleich zur Kontrollgruppe im Schnitt höhere Werte angegeben.

In der Skala „Allgemeine psychische Belastung“ fand sich ein signifikanter Interaktionseffekt Tagesinzidenz*Gruppierung für die dichotome Unterteilung: steigt die Tagesinzidenz, fällt die allgemeine psychische Belastung in der Kontrollgruppe signifikant höher aus als in der Patient*innengruppe, somit zeigt sich die Kontrollgruppe in dieser Skala „vulnerabler“ für die Berichterstattung der 7-Tage-Inzidenz. Grundsätzlich war diese seit der dritten Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 18. November 2021 einer der ausschlaggebenden Parameter, die durch die Regierung herangezogen wurden, um Einschränkungen zu begründen bzw. deren Ausmaß festzulegen (Bundestag, 2021).

Ein signifikanter Effekt des Maßnahmenscores findet sich in der Skala „Einschränkung der Lebensqualität“ des ersten Modells für die dreigliedrige Unterteilung über alle Gruppen. Die Tendenz dieses Ergebnisses ist auch in einer Befragung von Peters et al. (2021) von April 2020, einer Zeit zu Pandemiebeginn mit hohen Einschränkungen zu finden, der zufolge sich eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbesondere bei Personen mit bestehenden psychischen Vorerkrankungen, hier vor allem bei vorbestehender Depression, fand. Signifikante Effekte der Interaktion Maßnahmenscore*Gruppierung zeigten sich für die dichotome Unterteilung in der Skala „Sozialer Rückzug“ und für die dreigliedrige Unterteilung in den Skalen „Gesundheitliche Ängste“ sowie ebenfalls „Sozialer Rückzug“. Steigt der

Maßnahmenscore, fällt in diesen Skalen die Belastung der Patient*innengruppe im dichotomen Modell und der Patient*innengruppe mit PTBS im dreigliedrigen Modell signifikant höher aus als in den jeweiligen Vergleichsgruppen. In der dreigliedrigen Unterteilung findet sich in den Skalen „Gesundheitliche Ängste“ sowie „Sozialer Rückzug“ sogar eine signifikant höhere Belastung der PG mit PTBS bei gravierenderen Maßnahmen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in einzelnen Kategorien sowohl die Tagesinzidenz als auch die Maßnahmenintensität einen nachweisbaren Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. Hierbei ist auffällig, dass eine erhöhte Tagesinzidenz eher die Kontrollgruppe und eine erhöhte Maßnahmenintensität eher die Patient*innengruppe, insbesondere mit PTBS, affiziert hat.

4.5 SARS-CoV-2-Impfung

Offizieller Start der SARS-CoV-2-Impfung in der Bundesrepublik Deutschland war der 27. Dezember 2020 (RKI-Covid-19-Lagebericht, 27.12.20, 2020). Auf Empfehlung der STIKO erfolgte mittels eines sechsstufigen Plans, unter anderem anhand der Parameter Alter, Vorerkrankungen und berufliches Expositionsrisiko, die Priorisierung der Impfung (RKI, 2021).

Im Gruppenvergleich konnte für die Items, die die Skala „SARS-CoV-2-Impfung“ bilden, sowohl in der dichotomen als auch in der dreigliedrigen Unterteilung im Mittel kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Folglich kann die eingangs dieser Arbeit aufgestellte Hypothese, dass sich Unterschiede zwischen den drei Vergleichsgruppen hinsichtlich Erwartungen, Ängsten und Motivation bezüglich der SARS-CoV-2-Impfung finden, nicht bestätigt werden.

Das RKI untersuchte die Impfbereitschaft und -akzeptanz in der deutschen Bevölkerung ab Januar 2021 durch regelmäßige Telefonumfragen im Rahmen der sogenannten COVIMO-Studie und stellte neben einer grundsätzlich hohen Impfbereitschaft auch eine große Unsicherheit hinsichtlich der Impfung in der Allgemeinbevölkerung fest (RKI-COVIMO, Report 6, 2021). Zu Zögerlichkeit führten insbesondere Sorgen um Nebenwirkungen und Bedenken bezüglich der Sicherheit der Impfstoffe (Neumann-Böhme et al., 2020). Einer dänischen Studie zufolge, die die Impfbereitschaft psychisch

vorerkrankter Menschen untersucht hat, wurde im Falle einer Ablehnung der Impfung diese mit Sicherheitsbedenken, Infragestellen der Notwendigkeit sowie einem Mangel an Vertrauen in die Behörden begründet (Jefsen et al., 2021). Darüber hinaus konnte im Rahmen einer Untersuchung der Impfbereitschaft psychisch vorerkrankter Patient*innen in Belgien gezeigt werden, dass diese in dieser Gruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sowie unabhängig von spezifischen Diagnosen nicht grundsätzlich geringer ausgeprägt ist (Mazereel et al., 2021). Da die vorliegende Studie im Mai 2021 endet und die Impfkampagne zu dieser Zeit noch nicht abgeschlossen war, fehlt eine belastbare Angabe zur tatsächlichen Impfbereitschaft der Teilnehmenden der vorliegenden Studie.

4.6 Limitationen

Zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 wurde der für ursprünglich zwei Erhebungszeiträume (T0, T1) geplante Bonner Pandemiefragebogen entwickelt und, sobald sich eine längere Dauer des Pandemiegeschehens abzeichnete, auf einen dritten Erhebungszeitraum (T2) erweitert. Der Fragebogen erlaubte hierbei neben einer Erfassung des jeweils aktuellen Befindens auch eine Veränderung im Sinne einer Abschwächung bzw. eines Anstiegs der Symptomatik im Vergleich zur präpandemischen Zeit bzw. im Pandemieverlauf.

Die im Verlauf der Pandemiesituation eingeführten Kontaktbeschränkungen haben sowohl Proband*innenrekrutierung als auch Datenerhebung erschwert, was sich in einem geringen auswertbaren Proband*innenkollektiv widerspiegelt: von ursprünglich 115 eingegangenen Fragebögen zu T0 konnten letztendlich 96 ausgewertet werden, zudem war eine vermutlich dem langen Erhebungszeitraum zwischen März 2020 und Mai 2021 geschuldeten relativ hohe Drop-out-Rate der Proband*innen zu verzeichnen. Hinsichtlich des Proband*innenkollektivs stellt sich ein unausgewogenes Verhältnis zugunsten des weiblichen Geschlechtes dar. Hier sei jedoch angemerkt, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland in der weiblichen Bevölkerung ohnehin erhöht ist (Jacobi et al., 2014). Ebenfalls kritisch zu diskutieren ist die Erfassung der PTBS-Symptomatik innerhalb der Patient*innengruppe in Form einer subjektiven Selbstauskunft mittels des

Essener Trauma Inventars (ETI), das vor allem ein Screeninginstrument darstellt und keine sichere Diagnosestellung zulässt. Weiterhin konnte innerhalb der Kontrollgruppe eine PTBS-Symptomatik zwar ausgeschlossen werden, ein sicherer Ausschluss anderer relevanter psychischer Erkrankungen durch ein standardisiertes Interview (z.B. MINI-DIPS) konnte jedoch nicht erfolgen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es mittels des Bonner Pandemiefragebogens zu drei Erhebungszeiträumen die besondere Belastung psychisch vorerkrankter Patient*innen, insbesondere mit vorbestehender PTBS-Symptomatik, im Vergleich zu gesunden Kontrollproband*innen durch die SARS-CoV-2 Pandemie und die damit einhergehenden Einschränkungen herauszustellen. Mithilfe des Bonner Pandemiefragebogens konnte anhand der neun Skalen „Allgemeine psychische Belastung“, „Berufliche Belastung“, „Einschränkung der Lebensqualität“, „Gesundheitliche Ängste“, „Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien“, „Selbstschädigendes Verhalten“, „Sozialer Rückzug“, „Veränderung des Schlafverhaltens“, „Wirtschaftliche Ängste“ sowie der gesondert und einzeln ausgewerteten Skala „SARS-CoV-2-Impfung“ ein breites Spektrum des Belastungserlebens erfasst werden. In allen Skalen, mit Ausnahme der Skala „Berufliche Belastung“, hat die PG mit PTBS im Vergleich zur Patient*innengruppe ohne PTBS sowie zur gesunden Referenzgruppe höhere Belastungswerte angegeben, ein signifikanter Effekt konnte in den Skalen „Allgemeine psychische Belastung“ ($p < ,001$), „Veränderung des Schlafverhaltens“ ($p = ,004$), „Selbstschädigendes Verhalten“ ($p = ,002$) sowie „Wirtschaftliche Ängste“ ($p = ,006$) festgestellt werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass sowohl die 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner als auch die ergriffenen Maßnahmen teilweise einen signifikanten Einfluss auf das Belastungserleben und dessen Intensität zwischen den Vergleichsgruppen hatte, wobei die Tagesinzidenz eher die Kontrollgruppe und der Maßnahmen score eher die Patient*innengruppen affiziert hat. Ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Vergleichsgruppen bezüglich Erwartungen, Ängsten und Motivation hinsichtlich der SARS-CoV-2-Impfung ergab sich nicht. Nebenbefundlich konnte festgestellt werden, dass sich die Beschäftigung mit der SARS-

CoV-2-Thematik bei psychisch vorerkrankten Patient*innen signifikant negativ auf die Angstsymptomatik ausgewirkt hat. Insgesamt konnten somit drei der vier eingangs dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen bestätigt werden.

Die Kernaussage der vorliegenden Studie, dass psychisch vorerkrankte Patient*innen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemiesituation ein besonders belastetes Kollektiv darstellen, ist bereits in mehreren Studien beschrieben worden. Relativ wenig Literatur findet sich hingegen zur Subgruppe von Patient*innen mit vorbestehender PTBS-Symptomatik im Kontext des pandemischen Geschehens. Diesbezüglich bedarf es insbesondere auch hinsichtlich zukünftiger Krisensituationen vermehrter Forschungsintensität, um den Bedürfnissen dieses vulnerablen Kollektivs gerecht werden zu können.

6 Anhang

6.1 Fragebögen Bonner Pandemiefragebogen

6.1.1 Bonner Pandemiefragebogen T0

Psychiatrische Symptome in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie Bonner Pandemiefragebogen Psychiatrie [T0]

Pseudonym:

Datum:

Bitte beantworten Sie die Fragen anhand einer Skala von 0 bis 10:

(Bitte ankreuzen: 0 → trifft gar nicht zu bis 10 → trifft vollständig zu)

1. Ich habe Angst an dem neuen Coronavirus zu erkranken. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

2. Ich habe Angst nach einer möglichen Infektion bleibende Schäden beizubehalten. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

3. Ich habe Angst, an dem neuen Coronavirus zu versterben. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

4. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus erkranken. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

5. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus versterben. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

6. Ich habe Angst vor persönlichen finanziellen/ wirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

7. Ich habe Angst vor politischen, gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

8. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Lebensmittelversorgung nicht mehr sichergestellt sein wird. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

9. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Versorgung mit sonstigen Artikeln des täglichen Bedarfs nicht mehr sichergestellt sein wird. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

10. Ich trage derzeit, wenn möglich, einen Mund-Nasen-Schutz.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

11. Aktuell fühle ich mich unwohler als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie, wenn mir andere Menschen zu nahekommen (näher als ca. 2 Meter).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
12. Aktuell bin ich vorsichtiger im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
13. Aktuell bin ich unsicherer im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
14. Aktuell habe ich mehr Angst vor Ablehnung durch andere Menschen (z.B. beim Räuspern/ Husten in der Öffentlichkeit) als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
15. Aktuell habe ich mehr Angst das Haus zu verlassen als vor Beginn der Corona-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
16. Seit Beginn der Coronavirus-Pandemie hatte ich bereits panikartige Angstanfälle bzw. aktuell habe ich mehr Panikattacken als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
17. Seit Beginn der Coronavirus-Pandemie habe ich angefangen mich intensiver um meine Körperhygiene zu bemühen (z.B. Händewaschen) auch über das aktuell empfohlene Maß hinaus.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
18. Ich habe mich vor Beginn der Kontaktsperre insgesamt leistungsfähiger und gesünder gefühlt.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
19. Ich habe das Gefühl, dass ich aktuell angespannter bzw. leichter reizbar bin als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
20. Ich verbringe am Tag viel Zeit mit Gedanken bzw. Recherchen um die Coronavirus-Pandemie.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
21. Ich bin davon überzeugt (auch ohne positives Testergebnis) bereits an der aktuellen Coronavirus-Infektion erkrankt zu sein oder erkrankt gewesen zu sein (wenn Sie bereits positiv getestet wurden, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
☐ nicht zutreffend
22. Ich habe mir seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schon Erkältungssymptome oder „spezifische“ Symptome einer Infektion mit SARS-CoV-2 eingebildet.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
23. Meine psychischen Symptome sind aktuell stärker als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
☐ nicht zutreffend
24. Meine psychischen Symptome sind aktuell schwächer als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
☐ nicht zutreffend
25. Ich habe seit Beginn der Coronavirus-Pandemie häufiger lebensmüde Gedanken bzw. ich habe lebensmüde Gedanken entwickelt. Dies bringe ich mit den Belastungen durch die Coronavirus-Pandemie in Verbindung (wenn solche Gedanken nicht vorkommen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
☐ nicht zutreffend
26. Seit Bekanntwerden der Corona-Pandemie schlafe ich mehr als davor.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

A

27. Seit Bekanntwerden der Corona-Pandemie schlafe ich weniger als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
28. Ich träume aktuell öfter bzw. erinnere mich häufiger an meine Träume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
29. Ich träume aktuell schlechter bzw. ich habe aktuell mehr Alpträume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
30. Seit Bekanntwerden der Corona-Pandemie schlafe ich schlechter als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
31. Ich stehe bei der Organisation meiner alltäglichen Aufgaben privat seit Beginn der Kontaktsperre unter verstärktem psychischem Druck.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
32. Ich stehe beruflich seit Beginn der Kontaktsperre unter verstärktem psychischem Druck.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
33. Ich würde mich wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie aktuell am liebsten krankschreiben lassen (wenn Sie aus anderen Gründen bereits krankgeschrieben sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
34. Ich mache wegen der Coronavirus-Pandemie aktuell mehr Homeoffice (wenn Sie kein Homeoffice machen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
35. Ich habe seit Bekanntwerden der Corona-Pandemie mehr Angst um meinen Arbeitsplatz.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
36. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als belastend.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
37. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als beruhigend.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
38. Es fällt mir schwer, mich an die aktuelle Kontaktsperre in meinem Bundesland zu halten.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
39. Ich halte die aktuellen Regelungen in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie für übertrieben.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
40. Ich halte die aktuellen Regelungen in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie als nicht weitreichend genug.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
41. Seit Beginn der Kontaktsperre habe ich mehr geraucht (wenn Sie Nichtraucher sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
42. Seit Beginn der Kontaktsperre habe ich mehr Alkohol getrunken (wenn Sie keinen Alkohol trinken, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend

43. Seit Beginn der Kontaktsperre habe ich mehr Drogen konsumiert (wenn Sie keine Drogen konsumieren, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
□ nicht zutreffend
44. Seit Beginn der Kontaktsperre bin ich körperlich aktiver als davor.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
45. Seit Beginn der Kontaktsperre bin ich körperlich inaktiver als davor.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
46. Ich bin davon überzeugt, dass mein Verhalten gegenüber anderen Menschen auch nach der Corona-Pandemie distanzierter sein wird.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
47. Seit Beginn der Kontaktsperre hat sich meine allgemeine Lebensqualität verschlechtert.
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

6.1.2 Bonner Pandemiefragebogen T1

Psychiatrische Symptome in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie**Bonner Pandemiefragebogen Psychiatrie [T1]****Pseudonym:****Datum:**Bitte beantworten Sie die Fragen anhand einer Skala von 0 bis 10:**(Bitte ankreuzen: 0 → trifft gar nicht zu bis 10 → trifft vollständig zu)**

48. Ich habe Angst an dem neuen Coronavirus zu erkranken.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

49. Ich habe Angst nach einer möglichen Infektion bleibende Schäden beizubehalten.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

50. Ich habe Angst, an dem neuen Coronavirus zu versterben.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

51. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus erkranken.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

52. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus versterben.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

53. Ich habe Angst vor persönlichen finanziellen/ wirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

54. Ich habe Angst vor politischen, gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

55. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Lebensmittelversorgung nicht mehr sichergestellt sein wird.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

56. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Versorgung mit sonstigen Artikeln des täglichen Bedarfs nicht mehr sichergestellt sein wird.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

57. Ich trage derzeit, wenn möglich, einen Mund-Nasen-Schutz.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

58. Aktuell fühle ich mich unwohler als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie, wenn andere Menschen mir zu nahe kommen (näher als ca. 2 Meter).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

59. Aktuell bin ich vorsichtiger im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
60. Aktuell bin ich unsicherer im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
61. Aktuell habe ich mehr Angst vor Ablehnung durch andere Menschen (z.B. beim Räuspern/ Husten in der Öffentlichkeit) als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
62. Aktuell habe ich mehr Angst das Haus zu verlassen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
63. Seit dem Ende der Kontaktssperre habe ich weniger panikartige Angstanfälle als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
64. Seit dem Ende der Kontaktssperre habe ich mich weniger intensiv um meine Körperhygiene (z.B. Händewaschen) bemüht als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
65. Ich fühle mich seit Beendigung der Kontaktssperre insgesamt leistungsfähiger und gesünder.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
66. Ich habe das Gefühl, dass ich aktuell insgesamt angespannter bzw. leichter reizbar bin als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
67. Ich verbringe am Tag viel Zeit mit Gedanken bzw. Recherchen um die Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
68. Ich bin davon überzeugt (auch ohne positives Testergebnis) bereits an der aktuellen Coronavirus-Infektion erkrankt zu sein oder erkrankt gewesen zu sein (wenn Sie bereits positiv getestet wurden, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
69. Ich habe mir seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schon Erkältungssymptome oder „spezifische“ Symptome einer Infektion mit SARS-CoV-2 eingebildet.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
70. Meine psychischen Symptome sind aktuell stärker als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
71. Meine psychischen Symptome sind aktuell schwächer als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
72. Ich habe seit Beginn der Coronavirus-Pandemie häufiger lebensmüde Gedanken bzw. ich habe lebensmüde Gedanken entwickelt. Dies bringe ich mit den Belastungen durch die Coronavirus-Pandemie in Verbindung (wenn solche Gedanken nicht vorkommen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
73. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich mehr als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
74. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich weniger als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
75. Ich träume aktuell öfter bzw. erinnere mich häufiger an meine Träume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

76. Ich träume aktuell schlechter bzw. ich habe aktuell mehr Alpträume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
77. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich schlechter als davor.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
78. Ich stehe bei der Organisation meiner alltäglichen Aufgaben privat seit dem Ende der Kontaktssperre unter verstärktem psychischem Druck.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
79. Ich stehe beruflich seit dem Ende der Kontaktssperre unter verstärktem psychischem Druck.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
80. Ich würde mich wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie am liebsten krankschreiben lassen (wenn Sie aus anderen Gründen bereits krankgeschrieben sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
81. Ich mache wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie aktuell mehr Homeoffice (wenn Sie kein Homeoffice machen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
82. Ich habe seit Bekanntwerden der Corona-Pandemie mehr Angst um meinen Arbeitsplatz.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
83. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als belastend.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
84. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als beruhigend.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
85. Es fällt mir außerhalb meines Zuhauses schwer, mich wieder wie vor der Kontaktssperre zu verhalten.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
86. Ich halte die aktuellen Regelungen seit dem Ende der Kontaktssperre in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie für übertrieben.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
87. Ich halte die aktuellen Regelungen seit dem Ende der Kontaktssperre in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie als nicht weitreichend genug.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
88. Seit dem Ende der Kontaktssperre habe ich mehr geraucht (wenn Sie Nichtraucher sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
89. Seit dem Ende der Kontaktssperre habe ich mehr Alkohol getrunken (wenn Sie keinen Alkohol trinken, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
90. Seit dem Ende der Kontaktssperre habe ich mehr Drogen konsumiert (wenn Sie keine Drogen konsumieren, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
91. Seit dem Ende der Kontaktssperre bin ich körperlich aktiver.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

92. Seit dem Ende der Kontaktsperre bin ich körperlich inaktiver. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
93. Seit dem Ende der Kontaktsperre ist mein Verhalten gegenüber anderen Menschen auch weiterhin distanzierter. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
94. Seit dem Ende der Kontaktsperre hat sich meine allgemeine Lebensqualität verbessert. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

6.1.3 Bonner Pandemiefragebogen T2

Psychiatrische Symptome in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie
Bonner Pandemiefragebogen Psychiatrie [T2]

Pseudonym:**Datum:**

Bitte beantworten Sie die Fragen anhand einer Skala von 0 bis 10:

(Bitte ankreuzen: 0 → trifft gar nicht zu bis 10 → trifft vollständig zu)

95. Ich habe Angst an dem neuen Coronavirus zu erkranken.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

96. Ich habe Angst nach einer möglichen Infektion bleibende Schäden beizubehalten.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

97. Ich habe Angst, an dem neuen Coronavirus zu versterben.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

98. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus erkranken.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

99. Ich habe Angst, dass Angehörige oder Bekannte an dem neuen Coronavirus versterben.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

100. Ich habe Angst vor persönlichen finanziellen/ wirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

101. Ich habe Angst vor politischen, gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Folgen der Coronavirus-Pandemie.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

102. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Lebensmittelversorgung nicht mehr sichergestellt sein wird.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

103. Ich habe Angst, dass in Deutschland im Verlauf der Coronavirus-Pandemie irgendwann die Versorgung mit sonstigen Artikeln des täglichen Bedarfs nicht mehr sichergestellt sein wird.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

104. Wenn ich die Wahl habe, entscheide ich mich für eine FFP2-Maske anstelle von einer gewöhnlichen medizinischen Maske.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

105. Aktuell fühle ich mich unwohler als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie, wenn andere Menschen mir zu nahekommen (näher als ca. 2 Meter).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

106. Aktuell bin ich vorsichtiger im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

107. Aktuell bin ich unsicherer im Umgang mit anderen Menschen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
108. Aktuell habe ich mehr Angst vor Ablehnung durch andere Menschen (z.B. beim Räuspern/ Husten in der Öffentlichkeit) als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
109. Aktuell habe ich mehr Angst das Haus zu verlassen als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
110. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) habe ich weniger panikartige Angstanfälle als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
111. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) habe ich mich weniger intensiv um meine Körperhygiene (z.B. Händewaschen) bemüht als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
112. Ich fühle mich seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) insgesamt leistungsfähiger und gesünder.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
113. Ich habe das Gefühl, dass ich aktuell insgesamt angespannter bzw. leichter reizbar bin als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
114. Ich verbringe am Tag viel Zeit mit Gedanken bzw. Recherchen um die Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
115. Ich bin davon überzeugt (auch ohne positives Testergebnis) bereits an der aktuellen Coronavirus-Infektion erkrankt zu sein oder erkrankt gewesen zu sein (wenn Sie bereits positiv getestet wurden, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
116. Ich habe mir seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schon Erkältungssymptome oder „spezifische“ Symptome einer Infektion mit SARS-CoV-2 eingebildet.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
117. Meine psychischen Symptome sind aktuell stärker als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
118. Meine psychischen Symptome sind aktuell schwächer als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie (wenn keine Symptome vorliegen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
119. Ich habe seit Beginn der Coronavirus-Pandemie häufiger lebensmüde Gedanken bzw. ich habe lebensmüde Gedanken entwickelt. Dies bringe ich mit den Belastungen durch die Coronavirus-Pandemie in Verbindung (wenn solche Gedanken nicht vorkommen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐ nicht zutreffend
120. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich mehr als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
121. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich weniger als davor.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
122. Ich träume aktuell öfter bzw. erinnere mich häufiger an meine Träume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
123. Ich träume aktuell schlechter bzw. ich habe aktuell mehr Alpträume als vor Beginn der Coronavirus-Pandemie.
☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

124. Seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie schlafe ich schlechter als davor.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

125. Ich stehe bei der Organisation meiner alltäglichen Aufgaben privat seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) unter verstärktem psychischem Druck.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Dies umfasst auch privaten Druck, mich impfen zu lassen.

☐ Ja / ☐ Nein

126. Ich stehe beruflich seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) unter verstärktem psychischem Druck.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Dies umfasst auch beruflichen Druck, mich impfen zu lassen.

☐ Ja / ☐ Nein

127. Ich würde mich wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie am liebsten krankschreiben lassen (wenn Sie aus anderen Gründen bereits krankgeschrieben sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

☐ nicht zutreffend

128. Ich mache wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie aktuell mehr Homeoffice (wenn Sie kein Homeoffice machen, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

☐ nicht zutreffend

129. Ich habe seit Bekanntwerden der Coronavirus-Pandemie mehr Angst um meinen Arbeitsplatz.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

130. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als belastend.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

131. Ich empfinde die aktuelle mediale Berichterstattung über die Coronavirus-Pandemie als beruhigend.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

132. Es fällt mir außerhalb meines Zuhauses schwer, mich trotz eines zunehmenden Anteils geimpfter Personen weiterhin an Beschränkungen von Kontakten zu halten.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

133. Ich halte die aktuellen Regelungen seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie für übertrieben.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

134. Ich halte die aktuellen Regelungen seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) in Bezug auf die Coronavirus-Pandemie als nicht weitreichend genug.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

135. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) habe ich mehr geraucht (wenn Sie Nichtraucher sind, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

☐ nicht zutreffend

136. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) habe ich mehr Alkohol getrunken (wenn Sie keinen Alkohol trinken, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

☐ nicht zutreffend

137. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) habe ich mehr Drogen konsumiert (wenn Sie keine Drogen konsumieren, bitte „nicht zutreffend“ ankreuzen).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

☐ nicht zutreffend

138. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) bin ich körperlich aktiver.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

139. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) bin ich körperlich inaktiver.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

140. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) ist mein Verhalten gegenüber anderen Menschen auch weiterhin distanzierter. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
141. Seit dem Beginn der Impfungen in Deutschland (ca. Januar 2021) hat sich meine allgemeine Lebensqualität verbessert. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
142. Mindestens eine Person aus meiner Familie oder meinem Bekanntenkreis wurde aufgrund des neuen Coronavirus intensivmedizinisch behandelt oder ist im Zusammenhang damit verstorben. ☐ Ja / ☐ Nein
143. Ich bin wegen des neuen Coronavirus in Quarantäne bzw. Isolation gewesen. ☐ Ja / ☐ Nein
Hierbei war ich allein in meinem Haushalt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ nicht zutreffend
144. Ich bin gegen das neue Coronavirus vollständig geimpft worden. ☐ Ja / ☐ Nein
145. Seitdem ich geimpft bin, tritt das Thema Coronavirus-Pandemie für mich in den Hintergrund (ggf. „nicht zutreffend“ ankreuzen, sofern nicht geimpft). ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
146. Seitdem ich geimpft bin, fühle ich mich unbesorgter (ggf. „nicht zutreffend“ ankreuzen, sofern nicht geimpft). ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
147. Ich habe Angst, mich gegen das neue Coronavirus impfen zu lassen (ggf. „nicht zutreffend“ ankreuzen, sofern geimpft). ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
148. Ich kann es kaum erwarten, mich gegen das neue Coronavirus impfen zu lassen (ggf. „nicht zutreffend“ ankreuzen, sofern geimpft). ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
☐ nicht zutreffend
149. Ich finde die aktuelle Reihenfolge der Impfungen für verschiedene Bevölkerungsgruppen fair und angemessen ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
150. Mir ist es egal, welcher Impfstoff mir angeboten wurde bzw. wird. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
151. Wer gegen das neue Coronavirus geimpft ist, sollte seine Freiheiten schneller zurückbekommen als nicht-geimpfte. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
152. Ich habe die Sorge, dass sich aufgrund der Impfungen gegen das neue Coronavirus eine Zwei-Klassen-Gesellschaft entwickeln könnte. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
153. Ich habe Hoffnung, dass sich die Situation in Deutschland durch die Impfungen verbessert ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
154. Ich habe Angst, dass sich die Situation in Deutschland durch die Mutationen des neuen Coronavirus verschlechtert. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
155. Ich habe Vertrauen in die aktuellen politischen Entscheidungen. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
156. Ich habe Vertrauen in die aktuelle mediale Berichterstattung. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
157. Ich verlasse nahezu täglich das Haus (z.B. um Spazieren zu gehen). ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

158. Im letzten Jahr hat sich mein Antrieb aufgrund der Coronavirus-Pandemie reduziert.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

159. Ich fühle ich mich aufgrund der Coronavirus-Pandemie zunehmend erschöpft und ausgelaugt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

160. Ich habe im letzten Jahr aufgrund der Coronavirus-Pandemie den Wunsch gehabt, mir selbst körperlichen Schaden zuzufügen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

161. Ich habe mir im letzten Jahr aufgrund der Coronavirus-Pandemie körperlichen Schaden zugefügt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

162. Ich habe mich im letzten Jahr aufgrund der Coronavirus-Pandemie ohnmächtig gefühlt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

163. Ich glaube, dass die Coronavirus-Pandemie schon bald in meinem Alltag keine Rolle mehr spielen wird.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

164. Ich glaube, dass die Coronavirus-Pandemie noch lange meinem Alltag bestimmen wird.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

165. Folgende Aspekte der Coronaviruspandemie haben meine Psyche insgesamt negativ beeinflusst:

a. Das Virus bzw. die Erkrankung selbst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Die Behördlichen Maßnahmen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. Die mediale Berichterstattung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. Die Sozialen und zwischenmenschlichen Auswirkungen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

166. Folgende Aspekte der Coronaviruspandemie haben meine Psyche insgesamt positiv beeinflusst:

a. Das Virus bzw. die Erkrankung selbst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Die Behördlichen Maßnahmen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. Die mediale Berichterstattung

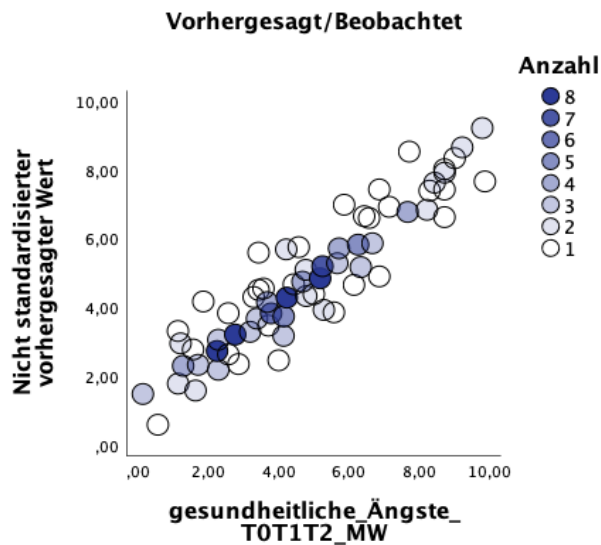
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. Die Sozialen und zwischenmenschlichen Auswirkungen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.2 Graphiken Normalverteilung Skalen Bonner Pandemiefragebogen

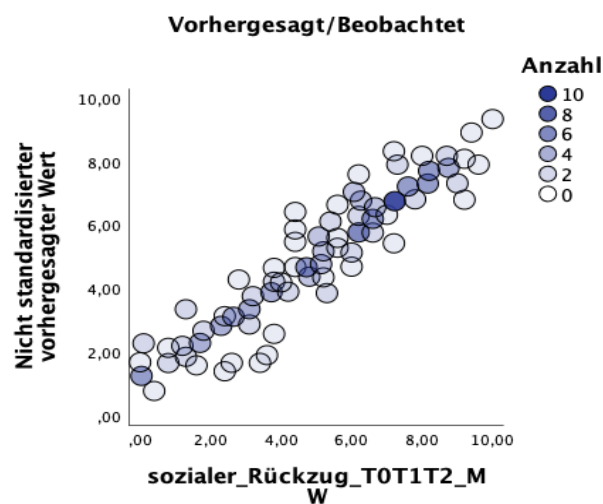
6.2.1 Gesundheitliche Ängste



MW = Mittelwerte

Abb. 4: Gesundheitliche Ängste: graphische Überprüfung Normalverteilung

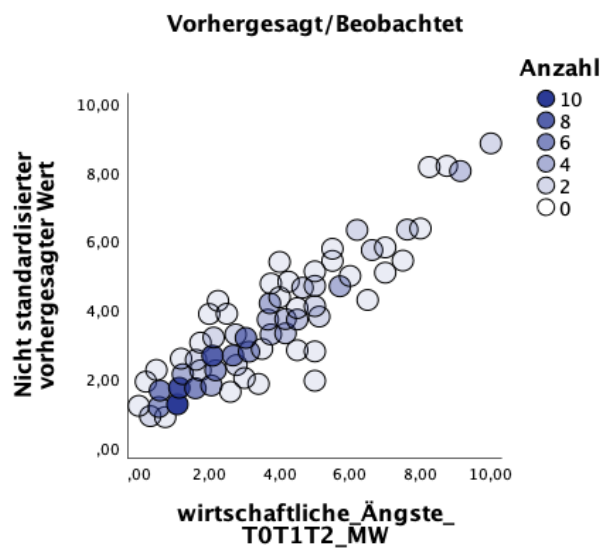
6.2.2 Sozialer Rückzug



MW = Mittelwerte

Abb. 5: Sozialer Rückzug: graphische Überprüfung Normalverteilung

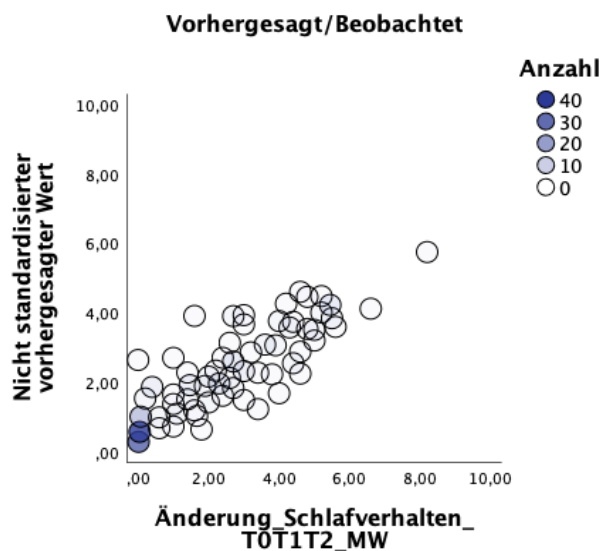
6.2.3 Wirtschaftliche Ängste



MW = Mittelwerte

Abb. 6: Wirtschaftliche Ängste: graphische Überprüfung Normalverteilung

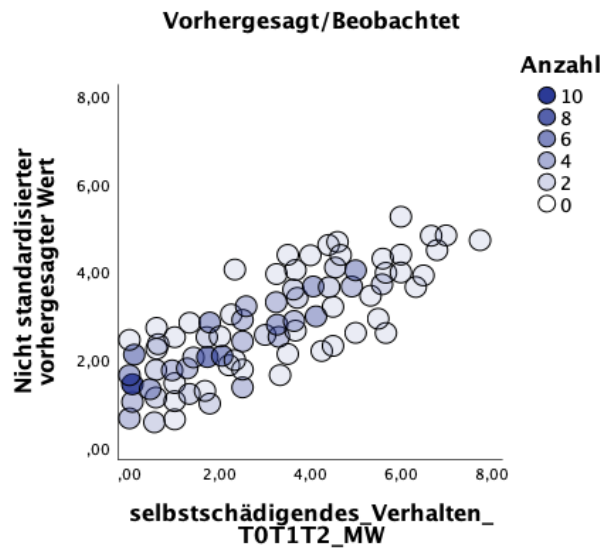
6.2.4 Veränderung Schlafverhalten



MW = Mittelwerte

Abb. 7: Veränderung Schlafverhalten: graphische Überprüfung Normalverteilung

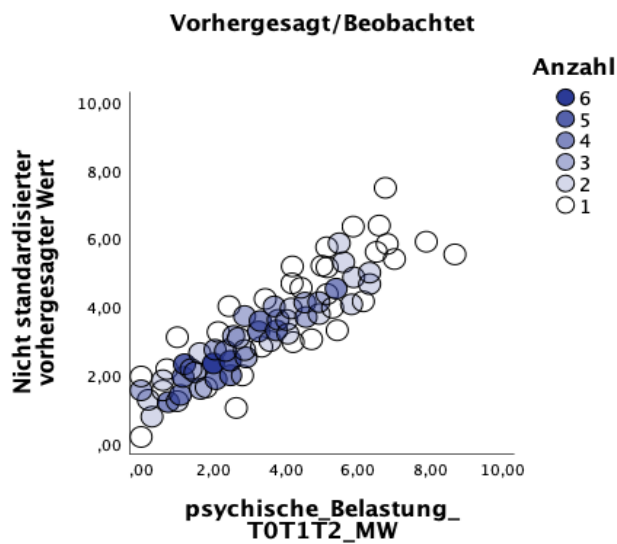
6.2.5 Selbstschädigendes Verhalten



MW = Mittelwerte

Abb. 8: Selbstschädigendes Verhalten: graphische Überprüfung Normalverteilung

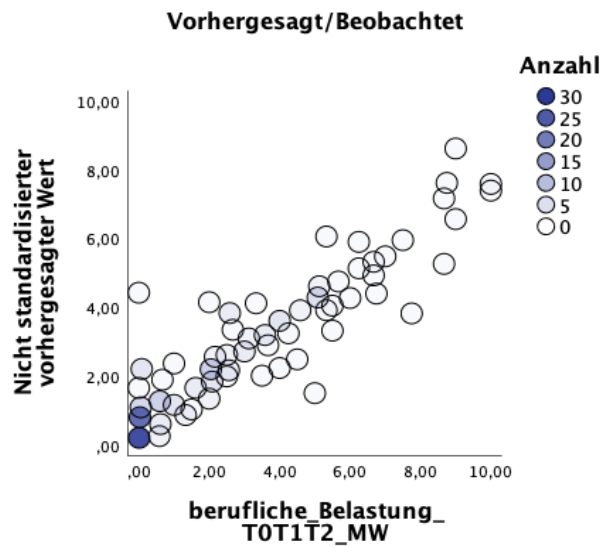
6.2.6 Allgemeine psychische Belastung



MW = Mittelwerte

Abb. 9: Allgemeine psychische Belastung: graphische Überprüfung Normalverteilung

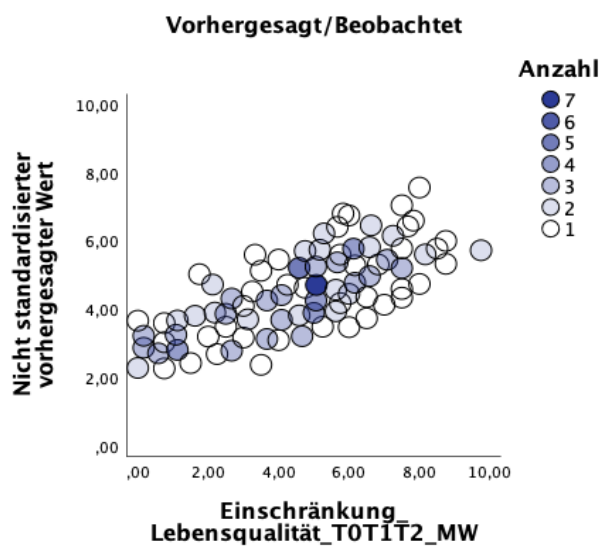
6.2.7 Berufliche Belastung



MW = Mittelwerte

Abb. 10: Berufliche Belastung: graphische Überprüfung Normalverteilung

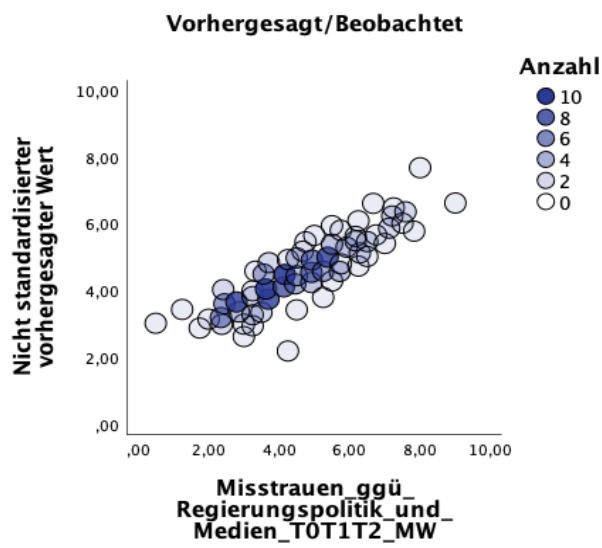
6.2.8 Einschränkung der Lebensqualität



MW = Mittelwerte

Abb. 11: Einschränkung der Lebensqualität: graphische Überprüfung Normalverteilung

6.2.9 Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien



MW = Mittelwerte

Abb. 12: Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien: graphische Überprüfung Normalverteilung

6.3 SARS-CoV-2-Impfung: weitere Angaben

Der untenstehenden Tabelle (Tab. 29) ist die Deskription der drei Entscheidungsfragen des Bonner Pandemiefragebogens zu T2 zu entnehmen. Anhand der dreigliedrigen Unterteilung sind sowohl die absoluten Werte als auch die prozentualen Anteile aufgeführt.

Tab. 29: SARS-CoV-2-Impfung: Berechnung Deskription der Entscheidungsfragen anhand der dreigliedrigen Unterteilung mit absoluten Werten und prozentualen Anteilen. PG mit PTBS: n = 12; PG ohne PTBS: n = 7; KG: n = 9; PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung, SARS-CoV-2 = Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

	Ja	Nein	Nicht zutreffend	Fehlend
Eine Person aus Familien-/Bekanntenkreis wurde intensivmed. behandelt oder ist in diesem Zusammenhang verstorben (Item 48)				
PG mit PTBS	1 (8,33 %)	10 (83,33 %)	-	1 (8,33 %)
PG ohne PTBS	1 (14,29 %)	6 (85,71 %)	-	-
KG	-	9 (100 %)	-	-
Wegen SARS-CoV-2 in Quarantäne gewesen (Item 49)				
PG mit PTBS	2 (16,67 %)	7 (58,33 %)	-	3 (25 %)
PG ohne PTBS	1 (14,29 %)	6 (85,71 %)	-	-
KG	2 (22,22 %)	7 (77,78 %)	-	-
Dabei alleine im Haushalt gewesen (Item 49_2)				
PG mit PTBS	-	1 (8,33 %)	8 (66,67 %)	3 (25 %)
PG ohne PTBS	1 (14,29 %)	-	5 (71,43 %)	1 (14,29 %)
KG	1 (11,11 %)	1 (11,11 %)	3 (33,33 %)	4 (44,44 %)
Vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft (Item 50)				
PG mit PTBS	3 (25 %)	9 (75 %)	-	-
PG ohne PTBS	-	7 (100 %)	-	-
KG	6 (66,67 %)	3 (33,33 %)	-	-

6.4 Graphik z-standardisierte Indizes und 7d-Inzidenz/100.000 EW in NRW

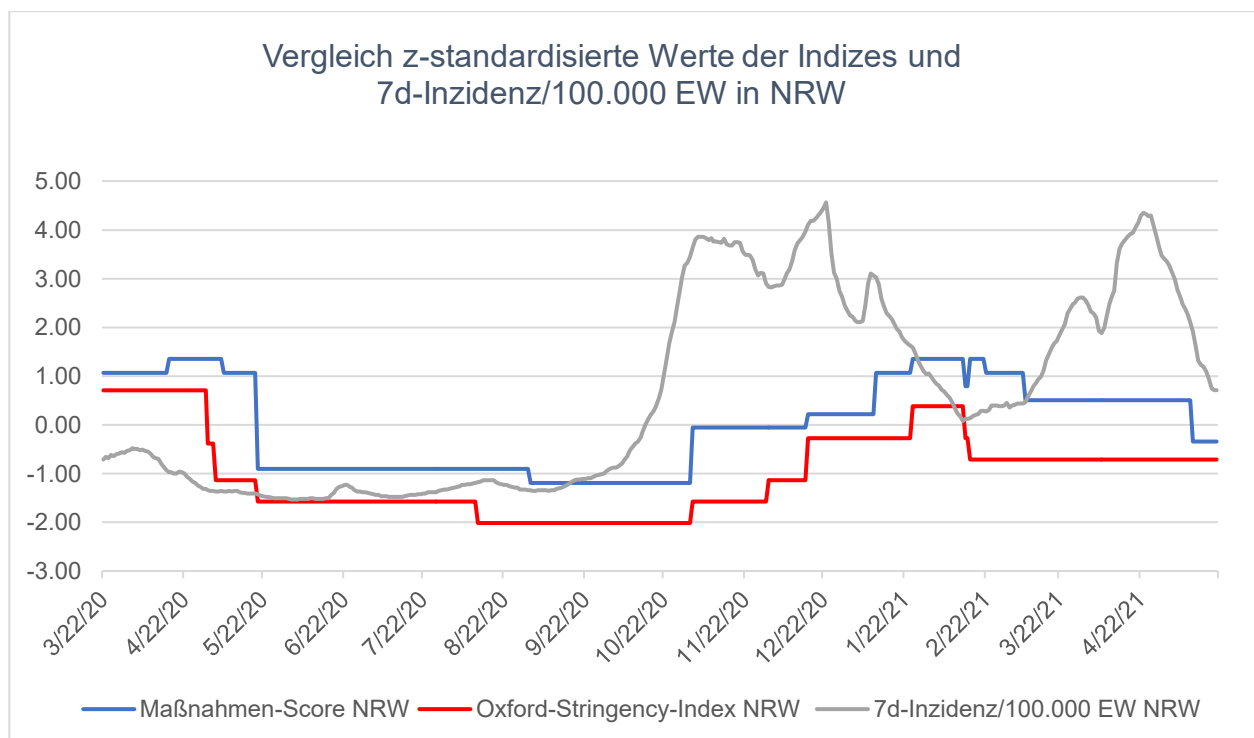


Abb. 13: Vergleich z-standardisierte Werte des Oxford-Stringency-Index für NRW sowie unserem Maßnahmenscore und der 7d-Inzidenz/100.000 Einwohner in NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und 21.05.2021. Y-Achse: z-Werte; EW = Einwohner, NRW = Nordrhein-Westfalen

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Chart über Erhebungszeiträume T0, T1, T2. KG (rechts) und PG, unterteilt in PG mit PTBS, PG ohne PTBS sowie unklarer PTBS-Status (links); PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	27
Abbildung 2: Maßnahmenscore in Zusammenhang mit der 7-Tage-Inzidenz positiver SARS-CoV-2- PCR-Tests in NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021; EW = Einwohner, NRW = Nordrhein-Westfalen	50
Abbildung 3: Maßnahmenscore und Oxford Stringency-Indizes im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021. Y1-Achse (links): Wertebereich Oxford Stringency Indizes, Y2-Achse (rechts): Wertebereich Maßnahmenscore; NRW = Nordrhein-Westfalen.....	51
Abbildung 4: Gesundheitliche Ängste: graphische Überprüfung Normalverteilung	82
Abbildung 5: Sozialer Rückzug: graphische Überprüfung Normalverteilung	82
Abbildung 6: Wirtschaftliche Ängste: graphische Überprüfung Normalverteilung.....	83
Abbildung 7: Veränderung Schlafverhalten: graphische Überprüfung Normalverteilung	83
Abbildung 8: Selbstschädigendes Verhalten: graphische Überprüfung Normalverteilung	84
Abbildung 9: Allgemeine psychische Belastung: graphische Überprüfung Normalverteilung	84
Abbildung 10: Berufliche Belastung: graphische Überprüfung Normalverteilung	85
Abbildung 11: Einschränkung der Lebensqualität: graphische Überprüfung Normalverteilung	85
Abbildung 12: Misstrauen ggü. Regierungspolitik und Medien: graphische Überprüfung Normalverteilung	86
Abbildung 13: Vergleich z-standardisierte Werte des Oxford-Stringency-Index für NRW sowie unserem Maßnahmenscore und der 7d-Inzidenz/100.000 Einwohner in NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und 21.05.2021. Y-Achse: z-Werte; EW = Einwohner, NRW = Nordrhein-Westfalen	88

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Skalen des Bonner Pandemiefragebogens und Zuteilung der Items	20
Tabelle 2: Parameter und Punktesystem des Maßnahmenscores auf Grundlage der SARS-CoV-2-Schutzverordnungen des Bundeslandes NRW im Zeitraum zwischen dem 22.03.2020 und dem 21.05.2021; FFP = Filtering Face Piece	22
Tabelle 3: Interne Konsistenz der Skalen des Bonner Pandemiefragebogens.....	28
Tabelle 4: Deskription dichotome Unterteilung (PG, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe.....	30
Tabelle 5: Deskription dreigliedrige Unterteilung (PG mit PTBS, PG ohne PTBS, KG) über T0, T1, T2; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	31
Tabelle 6: Gesundheitliche Ängste: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung (Modell 1); KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	33
Tabelle 7: Gesundheitliche Ängste: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung (Modell 2); KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	33
Tabelle 8: Sozialer Rückzug: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	34
Tabelle 9: Sozialer Rückzug: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	35
Tabelle 10: Wirtschaftliche Ängste: gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	36
Tabelle 11: Wirtschaftliche Ängste: gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	36

Tabelle 12: Veränderung des Schlafverhaltens: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	37
Tabelle 13: Veränderung des Schlafverhaltens: gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	38
Tabelle 14: Selbstschädigendes Verhalten: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	38
Tabelle 15: Selbstschädigendes Verhalten: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	39
Tabelle 16: Allgemeine psychische Belastung: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	40
Tabelle 17: Allgemeine psychische Belastung: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	41
Tabelle 18: Berufliche Belastung: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	42
Tabelle 19: Berufliche Belastung: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.....	42
Tabelle 20: Einschränkung der Lebensqualität: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	43
Tabelle 21: Einschränkung der Lebensqualität: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	44

Tabelle 22: Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien: Gemischt lineares Modell ohne Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	45
Tabelle 23: Misstrauen gegenüber Regierungspolitik und Medien: Gemischt lineares Modell mit Interaktionsberechnung; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	45
Tabelle 24: Gemischt lineares Modell ohne Interaktion: Post-hoc-Test; KG = Kontrollgruppe, PG = Patient*innengruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung	48
Tabelle 25: Maßnahmenscore und Oxford Stringency Index NRW: Pearson-Produkt-Moment-Korrelation; NRW = Nordrhein-Westfalen, Sig. = Signifikanz.....	51
Tabelle 26: SARS-CoV-2-Impfung: t-Test für ungepaarte Stichproben; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe.....	52
Tabelle 27: SARS-CoV-2-Impfung: Einfaktorielle ANOVA.....	53
Tabelle 28: SARS-CoV-2 und Angstsymptomatik: Pearson-Produkt-Moment-Korrelation; PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe.....	54
Tabelle 29: SARS-CoV-2-Impfung: Berechnung Deskription der Entscheidungsfragen anhand der dreigliedrigen Unterteilung mit absoluten Werten und prozentualen Anteilen. PG mit PTBS: n = 12; PG ohne PTBS: n = 7; KG: n = 9; PG = Patient*innengruppe, KG = Kontrollgruppe, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung, SARS-CoV-2 = Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2	87

9 Literaturverzeichnis

Adorjan K, Pogarell O, Pröbstl L, Rüb M, Wiegand HF, Tüscher O, Lieb K, Wassiliwizky M, Gerlinger G, Heinz A, Falkai P. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2021; 92: 562–570

Ahrens KF, Neumann RJ, Kollmann B, Brokelmann J, Werthern NM von, Malyschau A, Weichert D, Lutz B, Fiebach CJ, Wessa M, Kalisch R, Plichta MM, Lieb K, Tüscher O, Reif A. Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Transl Psychiatry* 2021; 11: 392

Al-Rohaimi AH, Al Otaibi F. Novel SARS-CoV-2 outbreak and COVID19 disease; a systemic review on the global pandemic. *Genes & Diseases* 2020; 7: 491–501

Bach M, Bitterlich W. COVID-19 und Traumafolgesymptome: repräsentative Daten aus Österreich. *psychopraxis. neuropraxis* 2021; 24: 299–303

Ballenger JC, Barlow DH, Davidson J, Foa E, Fyer A, Liebowitz MR. Anxiety Disorders. in: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994: 431-432

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Robert Koch-Institut. Beschreibung des bisherigen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland (Stand: 12. Februar 2020), 2020; *Epid Bull*; 7:3 – 4

Bayerische Staatskanzlei, 2020: Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Vorläufige Ausgangsbeschränkung anlässlich der Corona-Pandemie Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 20. März 2020, Az. Z6a-

G8000-2020/122-98. <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymbl/2020/152/baymbl-2020-152.pdf> (Zugriffsdatum: 03.12.2023)

Belz M, Hessmann P, Vogelgsang J, Schmidt U, Ruhleder M, Signerski-Krieger J, Radenbach K, Trost S, Schott BH, Wiltfang J, Wolff-Menzler C, Bartels C. Evolution of psychosocial burden and psychiatric symptoms in patients with psychiatric disorders during the Covid-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2022; 272: 29–40

Bendau A, Petzold MB, Wyka S, Pyrkosch L, Plag J, Ströhle A. Ängste in Zeiten von COVID-19 und anderen Gesundheitskrisen. *Der Nervenarzt* 2021a; 92: 417–425

Bendau A, Plag J, Kunas S, Wyka S, Ströhle A, Petzold MB. Longitudinal changes in anxiety and psychological distress, and associated risk and protective factors during the first three months of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior* 2021b; 11: e01964

Brakemeier E-L, Wirkner J, Knaevelsrud C, Wurm S, Christiansen H, Lueken U, Schneider S. Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2020; 49: 1–31

Breaux R, Naragon-Gainey K, Katz BA, Starr LR, Stewart JG, Teachman BA, Burkhouse KL, Caulfield MK, Cha CB, Cooper SE, Dalmaijer E, Kriegshauser K, Kusmierski S, Ladouceur CD, Asmundson GJG, Davis Goodwine DM, Fried EI, Gratch I, Kendall PC, Lissek S, Manbeck A, McFayden TC, Price RB, Roecklein K, Wright AGC, Yovel I, Hallion LS. Intolerance of uncertainty as a predictor of anxiety severity and trajectory during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders* 2024; 106: 102910

Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* (London, England) 2020; 395: 912–920

Bundesministerium der Justiz, 2020: Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz).

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s0580.pdf (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

Bundesministerium der Justiz, 2020: Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s2397.pdf (Zugriffsdatum: 05.11.2023)

Bundesministerium der Justiz, 2020: Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite Vom 27. März 2020.

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s0587.pdf (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

Bundesministerium der Justiz, 2020: Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV).

<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/uiOU7Q0UIHTjQ7Uk9S2/content/uiOU7Q0UIHTjQ7Uk9S2/BAanz%20AT%2021.12.2020%20V3.pdf?inline>

(Zugriffsdatum: 05.11.2023)

Bundesregierung, 2020: Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 25. November 2020.

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1820174/fd9794fa8b8e0ec555f0>

05677509c242/2020-11-25-mpk-beschluss-data.pdf?download=1 (Zugriffsdatum: 21.12.2023)

Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science* 2015; 10: 238–249

Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research* 2020; 29: e13074

Bundesministerium für Gesundheit, 2020: Chronik zum Coronavirus SARS-CoV-2. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus> (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

Colvonen PJ, Straus LD, Acheson D, Gehrman P. A Review of the Relationship Between Emotional Learning and Memory, Sleep, and PTSD. *Current psychiatry reports* 2019; 21: 2

Dahmen A, Derksen C, Keller FM, Lippke S. Risikokommunikation während Corona: Informationssammlung und Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen. *Monitor Versorgungsforschung* 05/2023; 16: 50-56

Deutsches Krankenhausinstitut, 2020/2021: Psychiatrie Barometer. https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/202106_Final_Psych-Barometer_komprimiert_0.pdf (Zugriffsdatum: 20.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Leitlinien zum Kampf gegen die Corona-Epidemie vom 16.03.2020. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg->

de/themen/coronavirus/leitlinien-zum-kampf-gegen-die-corona-epidemie-vom-16-03-2020-1730942 (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248> (Zugriffsdatum: 04.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 29. September 2020. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-29-september-2020-1792240> (Zugriffsdatum: 05.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Bund und Länder beschließen stufenweise Lockerungen. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/bund-laender-beschluss-1872126> (Zugriffsdatum: 27.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Bund und Länder verlängern Corona-Maßnahmen bis 14. Februar. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/bund-laender-beschluss-1841048> (Zugriffsdatum: 27.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Corona: Das haben Bund und Länder beschlossen. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/corona-beschluss-1852766> (Zugriffsdatum: 27.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Verlängerung der Corona-Auflagen. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/lockdown-verlaengert-1824632> (Zugriffsdatum: 27.11.2023)

Die Bundesregierung informiert | Startseite. Bund-Länder-Beschluss: Neue Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bund-laender-beschluss-1804936> (Zugriffsdatum: 21.12.2024)

Dörre K. Die Corona-Pandemie – eine Katastrophe mit Sprengkraft. *Berliner journal für Soziologie* 2020; 30: 165–190

Erbas B, Strauch H. Suchtkrank in der Pandemie? – COVID-19 und Abhängigkeitserkrankungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2022; 84: 19–26

Fietze I, Penzel T. Schlafstörungen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. in: Tiemann M, Mohokum M, eds. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2021: 947–954

Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 2020; 63: e32

Freyberger HJ, Dilling H. *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, Reg. Bern: Hogrefe, 2019

Hafner M, Stepanek M, Taylor J, Troxel WM, van Stolk C. Why Sleep Matters-The Economic Costs of Insufficient Sleep: A Cross-Country Comparative Analysis. *Rand health quarterly* 2017; 6: 11

Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, Kira B, Petherick A, Phillips T, Webster S, Cameron-Blake E, Hallas L, Majumdar S, Tatlow H. A global panel database of pandemic policies

(Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature human behaviour* 2021; 5: 529–538

Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases* 2004; 10: 1206–1212

Heyde K, Macco K. Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen — Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K, Hrsg. Fehlzeiten-Report 2009. Dordrecht: Springer, 2009: 31–40

Horesh D, Brown AD. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy* 2020; 12: 331–335

Hubenschmid L, Helmreich I, Köber G, Gilan D, Frenzel SB, van Dick R, Lieb K. Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 991292

ICD-10-GM-2023: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung - [icd-code.de](https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html). Verfügbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; 85: 77–87

Jefsen OH, Kølbæk P, Gil Y, Speed M, Dinesen PT, Sønderskov KM, Østergaard SD. COVID-19 vaccine willingness amongst patients with mental illness compared with the general population. *Acta neuropsychiatrica* 2021; 33: 273–276

Kapfhammer H-P. Zur Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht in biopsychosozialer Perspektive. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 2022; 36: 1–18

Kertzsch L, Kohls E, Baldofski S, Moeller R, Schomerus G, Rummel-Kluge C. Managing the COVID-19 pandemic in people with mental disorders: An exploratory telephone interview study in a psychiatric outpatient department. *Comprehensive psychiatry* 2022; 116: 152313

Kesner L, Horáček J. Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2020; 217: 475–476

Kreis Heinsberg wird zur Erstregion: Wissenschaftsteam um Prof. Hendrik Streeck erforscht Infektionsgeschehen des Corona-Virus in Heinsberg | Land.NRW. Verfügbar unter <https://www.land.nrw/pressemitteilung/kreis-heinsberg-wird-zur-erstregion-wissenschaftsteam-um-prof-hendrik-streeck> (Zugriffsdatum: 21.11.2023)

Loss J, Boklage E, Jordan S, Jenny MA, Weishaar H, El Bcheraoui C. Risikokommunikation bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen und Erfolg versprechende Ansätze. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64: 294–303

Maercker A, Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. in: Maercker A, Hrsg, Posttraumatische Belastungsstörungen. Reg. Berlin, Heidelberg: Springer, 2013: 13-32
Maercker A, Augsburger M. Die posttraumatische Belastungsstörung. in: Maercker A, Hrsg. Traumafolgestörungen: Berlin, Heidelberg: Springer, 2019: 13–45

Mazereel V, Vanbrabant T, Desplenter F, Detraux J, Picker L de, Thys E, Popelier K, Hert M de. COVID-19 Vaccination Rates in a Cohort Study of Patients With Mental Illness in Residential and Community Care. *Frontiers in psychiatry* 2021; 12: 805528

Mheidly N, Fares J. Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. *Journal of public health policy* 2020; 41: 410–420

Müller M. Schlafstörungen aus psychiatrischer Sicht. *psychopraxis. neuropraxis* 2022; 25: 16–25

Neumann-Böhme S, Varghese NE, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, Schreyögg J, Stargardt T. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 2020; 21: 977–982

Nischk D, Voss M. Die Auswirkungen des Corona-Shutdowns im März/April 2020: Der Zusammenhang zwischen Alltagsverhalten und psychischer Belastung bei psychisch Vorerkrankten und Gesunden. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2021; 89: 302–307

Parthasarathy S, Vasquez MM, Halonen M, Bootzin R, Quan SF, Martinez FD, Guerra S. Persistent insomnia is associated with mortality risk. *The American journal of medicine* 2015; 128: 268-75.e2

Pausch MJ, Matten SJ. Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte Trauma und Traumafolgestörung. in: Pausch MJ, Matten SJ, Hrsg, Trauma und Traumafolgestörung. Wiesbaden: Springer, 2018: 3–12

Pausch MJ, Matten SJ. Symptome der PTBS. in: Pausch MJ, Matten SJ, Hrsg, Trauma und Traumafolgestörung. Wiesbaden: Springer, 2018: 27-51

Peters E, Hübner J, Katalinic A. Stress, Copingstrategien und gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Corona-Pandemie im April 2020 in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 2021; 146: e11-e20

Petzold MB, Bendau A, Plag J, Pyrkosch L, Mascarell Maricic L, Betzler F, Rogoll J, Große J, Ströhle A. Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. Brain and behavior 2020; 10: e01745

Pollmächer T. Insomnien. in: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Reg. Berlin, Heidelberg: Springer 2016: 11-27

Rees J, Papendick M, Rees Y, Wäschle F, Zick A. Erste Ergebnisse einer Online-Umfrage zur gesellschaftlichen Wahrnehmung des Umgangs mit der Corona-Pandemie in Deutschland. Forschungsbericht IKG. Bielefeld: Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung (IKG); 2020

Rice EN, Xu H, Wang Z, Webb L, Thomas L, Kadhim EF, Nunes JC, Adair KC, O'Brien EC. Post-traumatic stress disorder symptoms among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Analysis of the HERO Registry. PLOS ONE 2023; 18: e0293392

Richter D, Eikermann B, Reker T. Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2006; 68: 704–707

Richter K, Kellner S. „Coronasomnia“ – Resilienzförderung durch Insomniebehandlung. Somnologie : Schlafforschung und Schlafmedizin = Somnology : sleep research and sleep medicine 2021; 25: 170–175

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 17.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-17-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 04.11.2023)

RKI, 2021: Stufenplan der STIKO zur Priorisierung der Covid-19-Impfung.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Stufenplan.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 31.12.2023)

RKI, 2021. COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO).
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_6.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 31.12.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 18.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-18-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 04.11.2023)

RKI, 2021: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 07.03.2021.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-07-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 27.11.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit 2019 28.04.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-28-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 04.11.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 04.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-04-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 20.11.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit 2019 07.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-07-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 27.12.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-27-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 31.12.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 16.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-16-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 03.11.2023)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit- 2019 31.12.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-31-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 01.12.2024)

RKI, 2020: Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 22.03.2020.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-22-de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 04.11.2023)

RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten im Zeitraum von 2020 - 2022. Verfügbar unter
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html?nn=13490888 (Zugriffsdatum: 02.11.2023)

Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. Psychiatrische Praxis 2020; 47: 179–189

Reinemann C, Maurer M, Kruschinski S, 2021: Einseitig, unkritisch, regierungsnah? Eine empirische Studie zur Qualität der journalistischen Berichterstattung über die Corona-Pandemie. 10.13140/RG.2.2.18680.11524. <https://rudolf-augstein-stiftung.de/wp-content/uploads/2021/11/Studie-einseitig-unkritisch-regierungsnah-reinemann-rudolf-augstein-stiftung.pdf>

Schilling J, Buda S, Fischer M, Goerlitz L, Grote U, Haas W, Hamouda O, Prahm K, Tolksdorf K. Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021 2021a

Schilling J, Buda S, Tolksdorf K. Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland“. Epid Bull, 2022;10:3-5

Schilling J, Tolksdorf K, Marquis A, Faber M, Pfoch T, Buda S, Haas W, Schuler E, Altmann D, Grote U, Diercke M. Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. Bundesgesundheitsbl 2021b; 64: 1093–1106

Schlack R, Hapke U, Maske U, Busch M, Cohrs S. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 740–748

Schneider F, Habel U: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). in: Schneider F, Hrsg. Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer, 2017: 387-396

Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep medicine reviews 2021; 60: 101556

Siebenhaar KU, Köther AK, Alpers GW. Dealing With the COVID-19 Infodemic: Distress by Information, Information Avoidance, and Compliance With Preventive Measures. *Frontiers in Psychology* 2020; 11: 567905

Skoda E-M, Teufel M, Stang A, Jöckel K-H, Junne F, Weismüller B, Hetkamp M, Musche V, Kohler H, Dörrie N, Schweda A, Bäuerle A. Psychological burden of healthcare professionals in Germany during the acute phase of the COVID-19 pandemic: differences and similarities in the international context. *Journal of public health (Oxford, England)* 2020; 42: 688–695

Spitzer M. Psychologie und Pandemie. *Nervenheilkunde* 2020; 39: 274–283

Spitzer N: Geringe Toleranz gegenüber dem Ungewissen-Definitionen und mögliche Ursachen. in: Spitzer N, Hrsg. Ungewissheitsintoleranz und die psychischen Folgen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2019: 17-39

Staller N, Randler C. Changes in sleep schedule and chronotype due to COVID-19 restrictions and home office. *Somnologie : Schlafforschung und Schlafmedizin = Somnology : sleep research and sleep medicine* 2021; 25: 131–137

Strauß B, Berger U, Rosendahl J. Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut* 2021; 66: 175–185

Streeck H, Schulte B, Kümmerer BM, Richter E, Höller T, Fuhrmann C, Bartok E, Dolscheid-Pommerich R, Berger M, Wessendorf L, Eschbach-Bludau M, Kellings A, Schwaiger A, Coenen M, Hoffmann P, Stoffel-Wagner B, Nöthen MM, Eis-Hübinger AM, Exner M, Schmithausen RM, Schmid M, Hartmann G. Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. *Nature communications* 2020; 11: 5829

Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ* 2018; 48: 1273–1296

Tagay S., Erim Y., Stoelk B., Möllering A., Mewes R., Senf W. Das Essener Trauma Inventar (ETI) - Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 2007, 1: 75-89

Tagesschau, 2022: WHO: Starker Anstieg bei psychischen Krankheiten durch Corona. <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/who-corona-anstieg-psychische-krankheiten-101.html> (Zugriffsdatum: 07.11.2023)

Thielmann B, Böckelmann I, Schumann H. Entwicklung des Alkoholkonsums zu Beginn und während der ersten Wellen der SARS-CoV-2-Pandemie: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. *Notfall & rettungsmedizin* 2022: 1–7

Treptow M, Bartels C, Ruhleder M, Kratzenberg A, Reh-Bergen T, Abdel-Hamid M, Heß L, Signerski-Krieger J, Radenbach K, Schott B-H, Wiltfang J, Wolff-Menzler C, Schmidt U, Belz M. Divergent psychological stress response patterns to the COVID-19 pandemic in psychiatric patients with vs. without PTSD: A real-world exploratory study. *PLOS ONE* 2025; 20: e0318839

Veer IM, Riepenhausen A, Zerban M, Wackerhagen C, Puhlmann LMC, Engen H, Köber G, Bögemann SA, Weermeijer J, Uściłko A, Mor N, Marciniak MA, Askelund AD, Al-Kamel A, Ayash S, Barsuola G, Bartkute-Norkuniene V, Battaglia S, Bobko Y, Bölte S, Cardone P, Chvojková E, Damnjanović K, Calheiros Velozo J de, Thurah L de, Deza-Araujo YI, Dimitrov A, Farkas K, Feller C, Gazea M, Gilan D, Gnjidić V, Hajduk M, Hiekkaranta AP, Hofgaard LS, Ilen L, Kasanova Z, Khanpour M, Lau BHP, Lenferink DB, Lindhardt TB, Magas DÁ, Mituniewicz J, Moreno-López L, Muzychka S, Ntafouli M, O'Leary A, Paparella I, Pöldver N, Rintala A, Robak N, Rosická AM, Røysamb E, Sadeghi S, Schneider M, Siugzdaite R, Stantić M, Teixeira A, Todorovic A, Wan WWN, van Dick R, Lieb K, Kleim B,

Hermans EJ, Kobylińska D, Hendler T, Binder H, Myin-Germeys I, van Leeuwen JMC, Tüscher O, Yuen KSL, Walter H, Kalisch R. Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Transl Psychiatry* 2021; 11: 67

Wang CC, Prather KA, Sznitman J, Jimenez JL, Lakdawala SS, Tufekci Z, Marr LC. Airborne transmission of respiratory viruses. *Science* (New York, N.Y.) 2021; 373

Wegwarth O, Wagner GG, Spies C, Hertwig R. Assessment of German Public Attitudes Toward Health Communications With Varying Degrees of Scientific Uncertainty Regarding COVID-19. *JAMA network open* 2020; 3: e2032335

WHO: A timeline of WHO's COVID-19 Response in the WHO European Region: a living document (version 3.0, from 31 December 2019 to 31 December 2021). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Winkler JG, Jalilzadeh Masah D, Moran JK, Bretz J, Tsagkas I, Goldschmidt T, Schouler-Ocak M. Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Der Nervenarzt* 2021; 92: 243–251

Zimmermann K, AFP, dpa. Robert Koch-Institut: RKI sieht Verschlechterung der psychischen Gesundheit. *Die Zeit*; <https://www.zeit.de/gesundheit/2022-10/rki-psychische-gesundheit-corona-pandemie-studie> (Zugriffsdatum: 07.11.2023)

10 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Bonn unter Betreuung von Frau Prof. Alexandra Philipsen durchgeführt. Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. med. Max Christian Pensel. Das zur Auswertung verwendete Datenmaterial wurde in Zusammenarbeit mit Frau Dr. med. dent. Johanna Siems, Herrn Dr. med. dent. Alexander Blazejak und Frau Jana Fink generiert. Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch Frau Dr. Marie-Therese Schmitz des Instituts für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie durch mich.

Ich versichere die Dissertationsschrift selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

11 Danksagung

Zunächst möchte ich Frau Prof. Alexandra Philipsen aus der Klinik für Psychiatrie für die Überlassung dieses spannenden Themas danken. Für die sehr gute Betreuung möchte ich mich ganz herzlich bei Dr. Max Pensel bedanken, der durch seine motivierende Art, sein stets offenes Ohr und seine fachliche Expertise maßgeblich zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen hat. Mein weiterer Dank gilt meiner Arbeitsgruppe, bestehend aus Alexander Blazejak, Johanna Siems und Jana Fink, die mir von Beginn an mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben. Darüber hinaus möchte ich mich bei Frau Dr. Marie-Therese Schmitz vom Institut für medizinische Biometrie, Informatik und Statistik für ihre gute statistische Beratung und ihre Hilfsbereitschaft im weiteren Verlauf bedanken.

Zuletzt gilt mein besonderer Dank meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, die mir durch ihre fortwährende Unterstützung und ihren liebevollen Rückhalt ermöglicht haben, mich voll und ganz auf mein Studium und meine wissenschaftlichen Interessen konzentrieren zu können.