



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

Kann die COVID-19 Pandemie als Auslösebedingung für das Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie attribuiert werden? – Eine retrospektive Befragung von Patienten und Patientinnen des Instituts für Psychotherapie (IfP).

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 27. April 2022

Vorgelegt von: Katharina Schulze



Gutachter/innen:

Prof. Dr. med. Ralf Reintjes, M.Sc., M.Sc.

Betreuender Prüfer

Dr. rer. nat. Klaus Michael Reiningger, M.Sc., M.A.

Zweiter Prüfer

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ZUSAMMENFASSUNG	1
1. EINLEITUNG	2
1.1. HINTERGRUND DES THEMAS	5
1.1.1. Zunahme psychischer Störungen und die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage in Deutschland.....	5
1.1.2. COVID-19-Pandemie.....	8
1.1.2.1. Erreger und Krankheit.....	8
1.1.2.2. Zeitlicher Verlauf der Lockdowns in Deutschland.....	9
1.1.3. Psychotherapeutische Versorgungslage in Kombination mit der COVID-19-Pandemie.....	11
1.2. FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG.....	14
2. METHODE.....	15
2.1. FORSCHUNGSDESIGN	16
2.2. OPERATIONALISIERUNG	16
2.2.1. FRAGEBOGENENTWICKLUNG UND MESSINSTRUMENTE	17
2.2.1.1. Soziodemografische Merkmale.....	17
2.2.1.2. Lebensbereiche.....	17
2.2.1.3. Messung psychopathologischer Symptome	19
2.3. STICHPROBENGEWINNUNG UND DATENERHEBUNGSMETHODE	20
2.4. VORGEHENSWEISE BEI DER DATENANALYSE.....	22
2.4.1. Datenaufbereitung	22
2.4.2. Datenauswertung.....	23
3. ERGEBNISSE	25
3.1. STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	26
3.2. ERGEBNISSE DER A PRIORI HYPOTHESEN	28
3.2.1. Ergebnisse der Hypothese I.....	28
3.2.2. Ergebnisse der Hypothese II.....	29
3.2.2.1. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich körperliche Gesundheit und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen.....	33
3.2.2.2. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich finanzielle Angelegenheiten und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen.....	33
3.2.2.3. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Freizeitaktivitäten und Hobbys und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen.....	34
3.2.2.4. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Freundschaften und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen	34
3.2.2.5. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Spiritualität/ Religion und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen.....	34
3.2.3. Ergebnisse der Hypothese III.....	35
3.3. EINFLUSS WEITERER VARIABLEN	39
4. DISKUSSION	39
4.1. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESE I.....	40
4.2. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESE II	41
4.3. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESE III	43
4.4. LIMITATIONEN.....	44
5. FAZIT UND AUSBLICK	45
LITERATUR.....	I

ANHANG	VII
ANHANG 1: BEWERTUNG DER ETHIKKOMMISSION	VII
ANHANG 2: GESAMTER FRAGEBOGEN	VIII
ANHANG 3: INFORMATIONSBLETT	XIV
ANHANG 4: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	XV
ANHANG 5: UNTERSCHIEDSSTATISTIK FÜR HYPOTHESE II.....	XVI
ANHANG 6: KORRELATIONEN FÜR HYPOTHESE II (ANLASS PSYCHOTHERAPIE: ANDERE FAKTOREN).....	XVII
ANHANG 7: UNTERSCHIEDSSTATISTIK FÜR HYPOTHESE III	XVIII
ANHANG 8: KORRELATIONEN FÜR HYPOTHESE III (ANLASS PSYCHOTHERAPIE: ANDERE FAKTOREN)	XIX
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	XX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf der durch die Bundesregierung erlassenen COVID-19-Maßnahmen (in Anlehnung an Bundesregierung, 2022). -----	10
Abbildung 2: Relevante Lebensbereiche aufgrund der Maslowschen Bedürfnispyramide (in Anlehnung an Ipb, o. J.; Maslow, 1943). -----	19
Abbildung 3: Anlass der Patienten für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie am IfP. -----	28
Abbildung 4: Durchschnittswerte der Gefühle in den unterschiedlichen Lebensbereichen innerhalb der Patientengruppen. -----	30
Abbildung 5: Durchschnittswerte der Gefühle in den Lebensbereichen und der Zurückführung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).-----	31
Abbildung 6: Durchschnittswerte der DASS-Skalen innerhalb der Patientengruppen. ---	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Studienteilnehmer -----	27
Tabelle 2: Spearman-Korrelationen zwischen den Gefühlen der einzelnen Lebensbereiche und dessen Zurückführung auf die COVID-19-Pandemie (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).-----	32
Tabelle 3: Spearman-Korrelationen zwischen den Lebensbereichen und den DASS-Skalen (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen). -----	38
Tabelle 4: Mann-Whitney-U-Test zwischen den einzelnen Lebensbereichen (differenziert nach dem Anlass der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie). -----	XVI
Tabelle 5: Spearman-Korrelationen zwischen den Gefühlen der einzelnen Lebensbereiche und dessen Zurückführung auf die COVID-19-Pandemie (Patienten, die nur aufgrund anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen). -----	XVII
Tabelle 6: Mann-Whitney-U-Test zwischen den DASS-Skalen (differenziert nach dem Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie).-----	XVIII
Tabelle 7: Spearman-Korrelationen zwischen den Lebensbereichen und den DASS-Skalen (Patienten, die nur aufgrund anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).-----	XIX

Abkürzungsverzeichnis

CIDI.....	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
DASS	<i>Depression-Angst-Stress-Skala</i>
DASS_A	<i>DASS-Angstskala</i>
DASS_D	<i>DASS-Depressionsskala</i>
DASS_global.....	<i>DASS-Gesamtskala</i>
DASS_S.....	<i>DASS-Stressskala</i>
DEGS.....	<i>Studie zur Deutschen Erwachsenenengesundheit</i>
DGEpi.....	<i>Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie</i>
DPtV	<i>Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung</i>
GAD-7.....	<i>Generalized Anxiety Disorder Scale</i>
GEDA	<i>Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell</i>
IfP	<i>Institut für Psychotherapie</i>
IfSG	<i>Infektionsschutzgesetz</i>
KBV.....	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
lpb	<i>Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg</i>
NAKO.....	<i>Nationale Kohortengesundheitsstudie</i>
PCR Test.....	<i>Polymerase-Kettenreaktion Test</i>
PHQ-9.....	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PHQ-D.....	<i>Patient Health Questionnaire Stressmodul</i>
RKI	<i>Robert Koch Institut</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrom coronavirus type 2</i>
SOC	<i>sense of coherence</i>
UKE	<i>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</i>
WHO.....	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>

Zusammenfassung

Aufgrund der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020, musste die Bundesregierung Deutschland Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen ergreifen. Untersuchungen zeigen, dass die Pandemie den existenten Bedarf an psychotherapeutischer Inanspruchnahme gesteigert hat. Offen bleibt, ob ambulante Psychotherapie-Patienten¹ aufgrund der COVID-19-Pandemie eine ambulante Psychotherapie aufgesucht haben und welche Lebensbereiche von der Pandemie in welcher Art und Weise betroffen waren. In der retrospektive Querschnittstudie wurden Patienten des Instituts für Psychotherapie (IfP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ($N = 56$) befragt. In einem Fragebogen wurde der Therapieanlass der Patienten erhoben. Sie wurden zu ihren Gefühlen in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie dessen Rückführung auf die COVID-19-Pandemie befragt. Ergänzend wurden Depressions-, Angst-, Stresssymptome mittels einer gekürzten Fragebogenversion des DASS-21 erhoben. In der Datenanalyse wurden sowohl Unterschiedsstatistiken als auch Korrelationen berechnet. 42.6% der Patienten am IfP suchten aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie auf. Für diese Patientengruppe konnten signifikante Zusammenhänge zwischen den Pandemiemaßnahmen und den Lebensbereichen körperliche Gesundheit, finanzielle Angelegenheiten, Freizeitaktivitäten, Freundschaften sowie Religion nachgewiesen werden. Es geht diesen Patienten nicht signifikant schlechter als Patienten, die sich ausschließlich aufgrund anderer Faktoren zur Psychotherapie anmelden. In beiden Patientengruppen sind vereinzelt Zusammenhänge mit psychopathologischen Symptomen der DASS-Skalen ersichtlich. Patienten, die aufgrund der Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren zur Psychotherapie kommen, empfinden Gefühle in den Lebensbereichen umso negativer, je mehr sie ihre Gefühle auf die COVID-19-Pandemie zurückführen. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs lassen sich keine fundierten Rückschlüsse auf Zusammenhänge der Gefühle in den Lebensbereichen und psychopathologischen Symptomen ziehen. Die Durchführung von weiteren Studien im Längsschnittdesign sowie einem größeren Stichprobenumfang ist empfehlenswert.

Schlüsselwörter: COVID-19-Pandemie, ambulante Psychotherapie, Public Health, Psychotherapieanlass, Lebensbereiche, DASS

¹ In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

1. Einleitung

Eine wichtige Rahmentheorie der Gesundheitswissenschaften stellt die Salutogenese dar. In dieser von Aron Antonovsky entwickelten Theorie steht die Frage, was den Menschen gesund halte, im Mittelpunkt. Antonovsky begreift Gesundheit nicht allein als die Abwesenheit von Krankheit, sondern vielmehr als ein sich wandelnder Zustand, den er als „Heterostase“ bezeichnet. Seiner Theorie zufolge fühle sich das Individuum mal mehr und mal weniger gesund und bewege sich auf einem sogenannten „Gesundsein- und Kranksein-Kontinuum“ auf und ab (Blättner & Waller, 2018, S. 12 ff.). Aus seiner Sichtweise stehe die Frage im Mittelpunkt: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums [...]?“ (Antonovsky, 1997, S. 15). Er geht davon aus, dass der Mensch seine Gesundheit und damit sein „Gesundsein[s]- und Kranksein[s]-Kontinuum“ mit Widerstandressourcen positiv beeinflussen und Stressoren abfedern kann (Blättner & Waller, 2018, S. 16). Als wichtige individuelle Widerstandressourcen können beispielsweise eine gute psychische und körperliche Verfassung sowie soziale Integration oder die Verfügbarkeiten von Dienstleistungen gesehen werden. Auch gesellschaftliche Aspekte wie intakte Sozialstrukturen, funktionierende gesellschaftliche Netze und Frieden können als Ressourcen aufgefasst werden. Je mehr Ressourcen einem Menschen zur Verfügung stehen, desto stärker sei sein Kohärenzgefühl (sense of coherence [SOC]) ausgeprägt (Blättner & Waller, 2018, S. 16; Franke, 2015, S. 878 ff.). Das Vorhandensein eines gut ausgeprägten Kohärenzgefühls stellt nach Antonovsky eine unabdingbare Grundvoraussetzung dar, um den Lebensbedingungen gerecht zu werden und selbstbestimmt zu leben. Es sei ein Zusammenspiel dreier unterschiedlicher Komponenten, die zu einem andauernden Gefühl des Vertrauens zum Leben führen. Dazu gehören erstens die Verstehbarkeit von Zusammenhängen, zweitens die Handhabbarkeit des Lebens und drittens das Empfinden von Sinnhaftigkeit für das eigene Leben. Unter Einwirkung des Kohärenzgefühls können Menschen angemessene Bewältigungsstrategien auswählen und krankmachenden Stressoren entgegenwirken, um das „Gesundsein- und Kranksein-Kontinuum“ positiv zu beeinflussen (Blättner & Waller, 2018, S. 17 f.; Franke, 2015, S. 878 ff.). Antonovsky verdeutlicht, dass „Die Hauptthese des Salutogenese-Modells ist, dass ein starkes SOC entscheidend für erfolgreiches Coping mit den allgegenwärtigen Stressoren des Lebens und damit für den Erhalt der Gesundheit ist“ (Antonovsky, 1997, S. 150). Damit wird deutlich, dass eine gute psychische Verfassung für die Bewältigung von Stressoren, welche

die Gesundheit negativ beeinflussen, einen wichtigen Bestandteil des Gesundheitsprozesses abbildet. Diese Sichtweise auf Gesundheit, welche die Public Health vertritt, zeigt auch, welchen tiefgreifenden Dimensionen Gesundheit unterliegt.

Mit der in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation formulierten Definition von Gesundheit wird der Begriff Gesundheit ebenfalls als ein Zusammenspiel differenter Faktoren deklariert. Hier heißt es: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [...] und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

(Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1948 zitiert nach Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, S. 176). Dazu zählen sowohl körperliche, soziale als auch seelische und geistige Dimensionen. Die seelische sowie geistige Gesundheit soll auch hier als ein Stadium erfasst werden, indem jeder Mensch die Fähigkeit besitzt, mit anfallenden Alltagsbelastungen umzugehen, sich selbst verwirklichen zu können und somit einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten. Das psychische Wohlbefinden stellt somit einen wichtigen Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand einer Person dar (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, S. 176 f.).

Die Todesursachen Statistik ist weltweit von übertragbaren als auch nicht-übertragbaren Krankheiten dominiert. Dabei handelt es sich vor allem um chronische Leiden, die zu tiefgreifenden sozioökonomischen Effekten führen. Dazu zählen Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und eine Zunahme von krankheitsbedingten Fehlzeiten bei der Erwerbstätigkeit (Scheidt-Nave, 2010). Somit kristallisieren sich infolge gesellschaftlicher Umbrüche im 20. Jahrhundert neue gesundheitliche Problematiken heraus, welche die Gesundheitsakteure zu bewältigen erstreben. Die Public Health versucht diese Problematiken zu spezifizieren, um daraus Handlungsimplicationen abzuleiten. Zu diesen Herausforderungen zählen der Anstieg der Lebenserwartung, die Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit wie auch die Zunahme von chronisch degenerativen Erkrankungen. Unter dem Anstieg von chronisch degenerativen Erkrankungen lässt sich auch ein vermehrtes Auftreten von den sogenannten „big crippers“ verzeichnen. Zu diesen gehören Erkrankungen wie Diabetes mellitus, degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen als auch psychisch manifestierte Leiden (Rosenbrock, 2001, S. 755).

Untersuchungen zeigen, dass sich die psychotherapeutische Inanspruchnahme seit den 1980er-Jahren in Deutschland verdoppelt hat. Im Jahr 2005 waren bereits 15 Millionen Menschen von klinisch relevanten Symptomen betroffen. Jeder dritte bis vierte Erwachsene erkrankte einmal in zwölf Monaten an einem psychischen Störungsbild. Darunter fielen vor allem affektive und somatoforme Störungen (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S. 194 ff.).

Aus Daten der Bundesrepublik Deutschland geht hervor, dass die COVID-19-Pandemie mit einer Zunahme von psychosozialen Störungen einhergeht (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung [DPTV], 2021, S. 21). Am 11. März 2020 deklarierte der WHO-Generalsekretär den Ausbruch von COVID-19 zu einer Pandemie (WHO, 2022). Diese Pandemie kann für einen Großteil der Bevölkerung als ein „kritisches Lebensereignis“ angesehen werden, welches mit einem erhöhtem Stresslevel einhergeht und infolgedessen zu einer Manifestation von klinisch bedeutenden Angst- und Depressionssymptomen führen kann (Strauß et al., 2021, S. 178 ff.).

Die Fachdisziplin Public Health betrachtet die Population und ihre gesellschaftlichen Systeme als Ganzes. Davon ausgehend revidiert sowie modifiziert diese Disziplin in einem interdisziplinären Handlungsrahmen Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie kollektive Versorgungsstrukturen. Tiefgehend werden auch psychische und gesellschaftliche Verhältnisse betrachtet, welche einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen ausüben. Die Aufgabe besteht darin, die Konsequenzen für das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem genauer zu beschreiben (Franzkowiak, 2015, S. 550). Da die COVID-19-Pandemie mit erheblichen Einschränkungen im Alltag der Menschen einhergeht (Bundesregierung, 2022), ist es von Interesse der Public Health die Konsequenzen und Auswirkungen dieser Pandemie genauer zu untersuchen. Denn, bisherige Untersuchungen zeigen, dass während der COVID-19-Pandemie der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung angestiegen ist und die Pandemie einen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben könnte (u.a. Skoda et al., 2021; Winkler et al, 2021).

In bisherigen Untersuchungen bleibt offen, ob die COVID-19-Pandemie als Auslösebedingung für das Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie attribuiert werden kann. Diese Arbeit befasst sich mit den Hintergründen der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie. In einer retrospektiven Querschnittstudie werden die individuellen Beweggründe der Patienten für das Aufsuchen von Psychotherapie in einer Ambulanz eines Aus- und Weiterbildungsinstituts in Hamburg untersucht.

Die Arbeit gliedert sich in vier Teile. In Teil 1 werden anhand ausgewählter empirischer Studien epidemiologische Daten zu dem Vorkommen psychischer Erkrankungen vor der Pandemie vorgestellt. In einem weiteren Schritt werden Hintergründe zu der COVID-19-Pandemie umrissen. Daran schließt die überblicksartige Darstellung von bisherigen Prävalenzbefunden in Bezug zu psychischen Störungen, die mit der COVID-19-Pandemie assoziiert werden können, an. In Teil 2 wird die methodische Herangehensweise erläutert, sodass in Teil 3 die Ergebnisse der Umfrage dargestellt werden können. Schließlich schließt die Arbeit mit einer Diskussion sowie einem Ausblick in Teil 4 ab.

1.1. Hintergrund des Themas

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Aspekte und Relationen des theoretischen Hintergrundes erläutert. Aus diesen Zusammenhängen wird abschließend die Relevanz und Fragestellung der Studie abgeleitet.

1.1.1. Zunahme psychischer Störungen und die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage in Deutschland

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass in Deutschland ein Anstieg psychischer Leiden zu verzeichnen und ein erhöhter Bedarf an Psychotherapeuten zu vermerken ist (DPtV, 2021). Im Folgenden werden ausgewählte relevante Untersuchungen vorgestellt, welche dies verdeutlichen.

Jacobi et al. (2016) konnten im Rahmen der Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ein vermehrtes Auftreten von psychopathologischen Symptomen beobachten. Bundesweit wurden Erwachsene aus der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren zwischen 2009 und 2012 befragt. Für die Befragung wurden ein strukturiertes klinisches Interview für psychische Störungsbilder, das Composite International Diagnostic Interview (CIDI), eine klinische Bewertung sowie quantitative Fragebögen eingesetzt (Jacobi et al., 2013a). Es ergab sich, dass 27.8% ($N = 5.303$) der deutschen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres an psychischen Krankheiten erkrankten. Es stellte sich heraus, dass jährlich 9.9 Millionen Einwohner von 64.1 Millionen Einwohnern an Angststörungen erkrankten. Mit einer 12-Monatsprävalenz von 15.4% entspricht dies der größten Diagnosegruppe. Weiterhin wird deutlich, dass affektive Störungen mit einer 12-Monatsprävalenz von 9.8% am häufigsten vorkommen. Dies entspricht einem Krankheitszuwachs von jährlich 6.3 Millionen Einwohnern (Jacobi et al., 2016).

Gerdau-Heitmann et al. untersuchten im Jahr 2017 die administrative Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter bei AOK-Versicherten Patienten in Niedersachsen. Es zeigte sich, dass im Jahr 2013 bei 33.3% der AOK-Versicherten einmal im Untersuchungsjahr eine psychische Diagnose gestellt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass die altersstandardisierte Prävalenz zwischen 2010 und 2013 um 2.9 Prozentpunkte angestiegen ist. So lag sie im Jahr 2010 noch bei 27.6% und stieg bis zum Jahr 2013 stetig auf 30.5% an. Deutlich wurde, dass Frauen häufiger betroffen waren als Männer und das Risiko für eine Diagnosestellung für psychische oder Verhaltensstörungen mit steigendem Alter zunahm. An Daten aus dem Jahr 2012 zeigte sich, dass die AOK-Patienten vor allem an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen litten. Von insgesamt $N = 1.578.921$ in der Auswertung miteingeschlossenen Patienten litten 20.5% an einer der zuvor aufgezählten Diagnosen. Auch affektive Störungen konnten mit erheblichem Anteil erfasst werden. So litten 14.3% der Patienten an irgendeiner affektiven Störung, wobei es sich bei 13.7% davon um eine depressive Störung handelte. Bei Betrachtung der administrativen Inzidenz zeigte sich eine Neuerkrankungsrate innerhalb der Kategorie psychischer Störungen der ICD-10 Klassifikation von 11 pro 100 der AOK-Versicherten im Jahr 2012. Diese Inzidenz bezieht sich auf eine gesunde Ausgangskohorte von insgesamt 789.812 Versicherten (Gerdau-Heitmann et al., 2017).

Ein epidemiologischer Bericht aus dem Jahr 2017 konnte zeigen, dass das Vorkommen psychischer Erkrankungen trotz des Ausbaus der Versorgungsstrukturen konstant geblieben ist. Weiter zeigte sich an Daten der BARMER Krankenkasse, dass der Anteil der gesetzlich versicherten Patienten mit einer Diagnose aus der ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen angestiegen ist. Zwischen 2008 und 2012 stieg der Anteil der Versicherten (der BARMER Krankenkasse) in Deutschland mit psychischen Diagnosen von 29% auf 36%. Ebenso verzeichneten Daten der DAK einen Zuwachs von psychisch bedingten Arbeitsausfällen. So waren 1997 5% der Versicherten der DAK von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen betroffen und in Folge bei der Arbeit ausgefallen. Im Jahr 2015 lag dieser Anteil bei 12% (Thom, 2019).

Auch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen hat in Deutschland zugenommen. Das wird an Daten aus den unterschiedlichen Erhebungswellen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) deutlich. Die GEDA Studie ist eine wiederkehrende, vom Robert-Koch-Institut durchgeführte deutschlandweite Erhebung zu dem Gesundheitszustand der erwachsenen

Allgemeinbevölkerung. Es zeigte sich, dass im Erhebungszeitraum 2014 bis 2015 11.3% (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] [10.6, 12.1] der Frauen und 8.1% (95%-KI: [7.5, 8.8]) der Männer einmal in 12 Monaten psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen in Anspruch nehmen (Rommel et al., 2017, S. 6-11). In der Folgeerhebung aus dem Jahr 2019 bis 2020 verzeichnete sich, im Vergleich zu der Erhebungswelle aus dem Jahr 2014 bis 2015, ein Anstieg in dieser Behandlungskategorie. Bei den Frauen ($n = 11.953$) stieg der prozentuale Anteil der Inanspruchnahme psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlungen innerhalb von 12 Monaten um 1.4 Prozentpunkte auf 12.7% an. Bei den Männern ($n = 10.682$) stieg dieser um 0.8 Prozentpunkte auf insgesamt 8.9% (Prütz et al., 2021, S. 54).

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gibt einen Zuwachs bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen bei gesetzlich Versicherten an. Im Jahr 2015 waren 3.4% mit einer psychotherapeutischen Behandlung in Kontakt getreten. Der Anteil erhöhte sich stetig auf 4% im Jahr 2019 (Bundesregierung, September 2020b).

Diese Studien zeigen, dass die Häufigkeit der Diagnosestellung von psychischen Leiden zugenommen hat (u.a. Gerdau-Heitmann et al., 2017, S. 1346).

Um den Zuwachs an psychologischen Störungsbildern zu erklären, gibt es nach Thom et al. (2019) drei unterschiedliche Erklärungsansätze. Darunter nennen sie (1) eine mangelhafte Prävention, (2) eine wachsende Morbidität und (3) einen psychologischen Kulturwandel. Unter dem zweiten Erklärungsansatz sehen sie unter anderem das Auftreten von schädlichen Gesellschaftsstrukturen als einen verursachenden Aspekt. Dazu zählen eine heutzutage ausgeprägte Selbstbezogenheit und der Rückgang gesellschaftlicher Strukturen hin zur Einsamkeit. Weiterhin nennen sie als verursachenden Aspekt das Eintreten von „kollektiven kritischen Lebensereignissen“ wie das Eintreten von Naturkatastrophen oder Krisen (Thom et al., 2019, S. 131 ff.).

Mit der Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus im Dezember 2019 wurde am 20. März 2020 nach § 5 des Infektionsschutzgesetz (IfSG) die epidemische Lage ausgerufen, vor dessen Hintergrund erhebliche Einschränkungen im öffentlichen Leben beschlossen wurden (Skoda et al., 2021, S. 322). Die Konsequenzen und Einschränkungen, welche mit der COVID-19-Pandemie einhergehen, können nach der Definition von Thom et al. (2019) sowie Strauß et al. (2021) als eine einschneidende Krise mit negativen Folgen für die Gesundheit gesehen werden.

Im Folgenden sollen die Hintergründe und psychischen Auswirkungen dieser Krise kurz umrissen werden.

1.1.2. COVID-19-Pandemie

Bereits Ende 2019 wurden der WHO Krankheitsfälle von Pneumonien, die mit der Lungenkrankheit COVID-19 einhergehen, aus der chinesischen Stadt Wuhan gemeldet. Aufgrund der rasanten weltweiten Verbreitung des Virus rief Dr. Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO, am 30. Januar 2020 die gesundheitliche Notlage mit internationalem Ausmaß aus. Auf Basis der exponentiellen Ausbreitungsdynamik und der von dem Ausbruch mittlerweile 114 betroffenen Ländern, deklarierte der WHO-Generalsekretär den Ausbruch am 11. März 2020 zu einer Pandemie. Die Europäische Union stellte mit 40% der positiven registrierten Fälle am 15. März 2020 das Zentrum der Pandemie dar. Bereits Ende April 2020 waren 63% der Todesfälle, welche mit dem Virus assoziiert waren, in der Europäischen Union zu verzeichnen (WHO, 2022).

Im Folgenden werden das Virus und die damit einhergehende Krankheit genauer erläutert. In einem weiteren Kapitel werden die zeitlichen Verläufe und die mit der Pandemie einhergehenden Maßnahmen speziell für Deutschland beschrieben.

1.1.2.1. Erreger und Krankheit

Die Lungenkrankheit COVID-19 wird von dem Virus SARS-CoV-2 ausgelöst. Der Erreger wird hauptsächlich über eine Schmier- oder Tröpfcheninfektion übertragen. Die Aufnahme von virushaltigen Aerosolen, die sich beim Atmen, Sprechen, Singen oder Niesen bilden und über die Atemwege in den Körper gelangen, gilt als Hauptübertragungsweg. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von Viruspartikeln nimmt im Radius von ein bis zwei Metern um eine infektiöse Person zu. Gleiches passiert in kleinen und wenig belüfteten Räumen. Das Virus geht mit einer Inkubationszeit von vier bis sechs Tagen bei Menschen überwiegend mit leichten Erkältungssymptomen einher. Die häufigsten Symptome sind Husten, Fieber, Schnupfen und eine Störung des Geschmacks- und Riechsinns. In Einzelfällen kommt es zu einem schweren Verlauf, der sich in einer schweren Pneumonie zeigt. Ältere Menschen und vorerkrankte Personen gelten als besonders vulnerabel. Im unterschiedlichen Ausmaß sind Personen nach überstandener Infektion über Wochen hinaus von Müdigkeit, Erschöpfung oder Kurzatmigkeit betroffen. Bisweilen gibt es kein evidenzbasiertes Krankheitsbild. Mögliche Langzeitfolgen werden derzeit erforscht. Da das Symptombild der Erkrankung sowie dessen Intensität stark divergieren, kann das Virus SARS-CoV-2 am sichersten über die virologische Diagnostik

nachgewiesen werden (Robert Koch Institut [RKI], 2021). Mittels eines Abstriches wird Probenmaterial aus dem oberen Respirationstrakt entnommen und folglich mit dem sogenannten Polymerase-Kettenreaktion Test (PCR Test) ein Erregernachweis durchgeführt. Diese Test-Strategie wird als Mittel der Wahl verwendet. Die Therapie der COVID-19-Infektion richtet sich nach der Schwere des Verlaufs. Nur ein geringer Teil der Infizierten leidet unter einem schweren Verlauf. In Deutschland mussten 10% der gemeldeten COVID-19-Fälle ins Krankenhaus aufgenommen werden (Stand Februar 2021). Zu den grundlegendsten Therapiemethoden zählen unterstützende Maßnahmen wie eine Sauerstoff-, Flüssigkeits- und Antibiotikagabe. Eine Überwachung von essenziellen Vorerkrankungen ist ebenfalls notwendig. Spezifische Therapieansätze werden in den S3-Leitlinien zur stationären Therapie von COVID-19-Patienten erörtert (RKI, 2021). Weitere umfassendere Informationen zu den Grundlagen der COVID-19-Erkrankung finden sich bei RKI, 2021.

1.1.2.2. Zeitlicher Verlauf der Lockdowns in Deutschland

Im Februar 2020 wurden weltweit Fälle von COVID-19-Infizierten registriert, unter anderem auch in Deutschland (Bundesgesundheitsministerium, 2022). Da das SARS-CoV-2 Virus als hochansteckend gilt und eine exponentielle Ausbreitungsdynamik in Deutschland zu verzeichnen war (RKI, 2021; WHO, 2022), musste die Bundesregierung in Deutschland Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen ergreifen (Bundesgesundheitsministerium, 2022). Die Vorschriften in den einzelnen Bundesländern variierten. Abbildung 1 zeigt einen groben Überblick über den zeitlichen Verlauf der notwendigen Eindämmungsmaßnahmen, welche die Bundesregierung in Deutschland verabschiedet hat. Die Grafik nimmt insbesondere Bezug auf die so genannten Teillockdowns und Lockdowns, die zu weitreichenden Einschränkungen im privaten und öffentlichen Leben geführt haben (Bundesregierung, 2022). Nachkommend werden die Maßnahmen kurz erläutert. Weitere detailliertere Informationen zu den Beschränkungen und Beschlüssen finden sich bei der Bundesregierung, 2022.

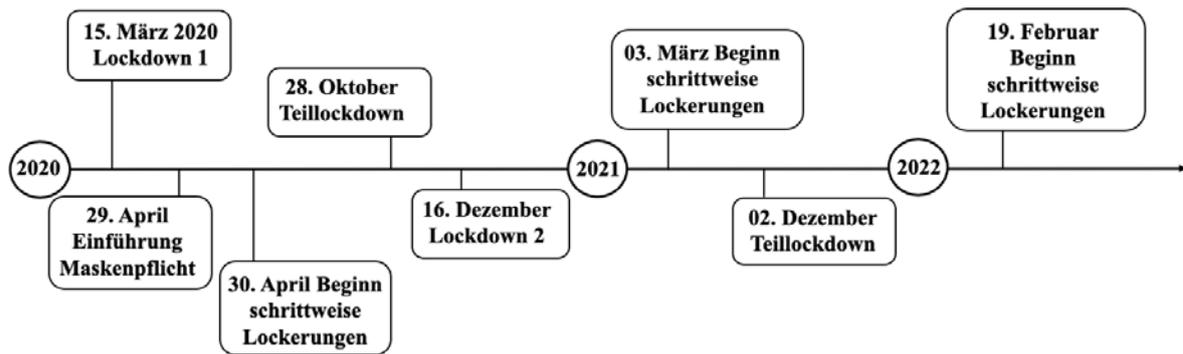


Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf der durch die Bundesregierung erlassenen COVID-19-Maßnahmen (in Anlehnung an Bundesregierung, 2022).

Im Rahmen eines *Lockdowns* (im März 2020) mussten Bars, Diskotheken, Clubs und Kneipen geschlossen werden. Weiterhin mussten Veranstaltungen in kulturellen Institutionen wie zum Beispiel in Theater, Kinos oder Freizeitparks eingestellt werden. Dazu zählten ebenfalls Spielhallen und jegliche Freizeitaktivitäten, die draußen oder drinnen stattfinden. Der Sportbetrieb wurde in allen öffentlichen und privaten Einrichtungen eingestellt. Weiterhin wurden Prostitutionsstätten geschlossen. Bis auf Ausnahmen, zu denen beispielsweise Apotheken, Supermärkte, Tankstellen, Banken, Poststellen oder Baumärkte zählten, musste der gesamte Einzelhandel schließen. Auch religiöse Zusammenkünfte jeglicher Art wurden verboten. Ebenfalls kam es zu Einschränkungen im Gastronomie- und Dienstleistungsbetrieb im Bereich der Körperpflege. Menschenansammlungen in Gruppen wurden im Innen- sowie im Außenbereich untersagt. Alle Bürger waren dazu angehalten, Kontakte zu anderen Personen, die nicht im selben Haushalt wohnten, auf das Nötigste zu reduzieren. Es galt ein Mindestabstand von 1.5 Metern zu anderen Personen im öffentlichen Leben einzuhalten. Unter Berücksichtigung dieser Verbote durfte eine weitere, nicht dem Haushalt zugehörige Person im öffentlichen Raum getroffen werden (Bundesregierung, 2022). Weiterhin wurde in Deutschland das Tragen von Schutzmasken im Nahverkehr, in jeglichen Institutionen und beim Einkaufen verpflichtend (Bundesregierung, April 2020a).

Die Maßnahmen bei dem ersten *Teillockdown* ab Oktober 2020 bezogen sich zunächst darauf, private Kontakte erneut zu verringern. Nur zwei Haushalte und maximal zehn Personen durften zu einem privaten Treffen zusammenkommen. Institutionen der Freizeitgestaltung, der Gastronomiebetrieb als auch Dienstleistungsbetriebe der Körperpflege mussten erneut schließen. Bei dem zweiten Teillockdown ab Dezember 2021

mussten Bars und Diskotheken ab einer Inzidenz von über 350 schließen. Strenge Kontaktbeschränkungen für Ungeimpfte wurden verabschiedet. Der Besuch im Gastronomiebetrieb sowie im Einzelhandel war unter der 2G oder 2G+ Regelung möglich (Bundesregierung, 2022).

Die *schrittweisen Lockerungen* bezogen sich unter anderem auf die schrittweise Öffnung von Schulen, dem Einzelhandel oder dem Zulassen von der Ausübung von Freizeitsport unter freiem Himmel. Weitere Öffnungsschritte für den Einzelhandel und kulturelle Institutionen etc. wurden unter der Berücksichtigung der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner vereinbart. Weitere Lockerungen wurden mit der Konferenz zwischen dem Bundeskanzler und der Regierungschefinnen und Chefs der Länder beschlossen. Siehe dafür Videokonferenz von Bundeskanzler, Regierungschefinnen & Regierungschefs der Länder vom 24. Januar 2022.

Es wird deutlich, in welchem Ausmaß die notwendigen COVID-19-Pandemiemaßnahmen einen Einfluss auf den Alltag der Bevölkerung genommen haben. Thom et al. (2019) und Strauß et al. (2021) sehen Einschränkungen des öffentlichen und sozialen Lebens als einen beeinflussenden Faktor für das Entstehen psychischer Erkrankungen. Demnach könnten die Restriktionen und Beschränkungen im öffentlichen Leben, welche im Zuge der COVID-19-Pandemie beschlossen wurden, einen negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Menschen genommen haben.

1.1.3. Psychotherapeutische Versorgungslage in Kombination mit der COVID-19-Pandemie

Bereits im Mai 2020 berichtete der Generalsekretär der WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, über beunruhigende, mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Konsequenzen für das psychische Befinden der Menschen. So indizieren Studien aus unterschiedlichen Ländern, dass Ängste vor einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 Virus, soziale Isolation oder der Verlust von Angehörigen zu einer Zunahme von Depressions- und Angstsymptomaten führen. Als besonders gefährdet gelten Frauen, die Homeoffice, Homeschooling und Haushaltsaufgaben koordinieren müssen sowie Menschen, die vor der Pandemie bereits eine psychische Störung aufwiesen (WHO, 2020).

In einem Review konnten Manchia et al. (2022) einen Überblick über die unterschiedlichen Effekte und Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit liefern. In der Überblicksarbeit wurden Studien zusammengefasst, die Daten über psychopathologische Symptome, die mit der COVID-19-Pandemie einhergingen, aufzeigen. Mit eingeschlossen wurden Studien aus der ganzen Welt, unter anderem auch

aus Ländern wie Großbritannien, der Niederlande oder Deutschland. Beleuchtet wurden unterschiedliche vulnerable Personengruppen. Dazu zählten die Allgemeinbevölkerung, medizinisches Personal, Schwangere, ältere Menschen oder psychisch vorerkrankte Personen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass vor allem in der ersten Lockdownphase in der Allgemeinbevölkerung erhöhte Depressions- und Angstsymptomwerte zu verzeichnen waren. Weiterhin war das Gesundheitspersonal einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an stressbedingten psychopathologischen Krankheiten zu erkranken. Zudem stellte sich heraus, dass Personen mit einem bestehenden psychischen Leiden vulnerabler auf die COVID-19 spezifischen Maßnahmen reagierten. Das Ausmaß, das die Pandemie auf die psychische Gesundheit nimmt, hängt von individuellen biologischen, psychischen und umweltbedingten Ressourcen und Stressoren ab (Manchia et al., 2022).

Aus Daten der DPtV geht ebenfalls hervor, dass in der Bundesrepublik Deutschland die COVID-19-Pandemie mit einer Zunahme von psychosozialen Störungen einhergeht (DPtV, 2021, S. 21). Im weiteren Verlauf werden ausgewählte Studien vorgestellt:

So kommen Peters et al. im Mai 2020 zu dem Ergebnis, dass psychische Störungsbilder ausgeprägter sind als vor der Pandemie. Im Rahmen einer Zusatzbefragung zu der NAKO Gesundheitsstudie in Deutschland konnten unter Einfluss der COVID-19 Pandemie psychopathologische Indikatoren erhoben werden. Befragt wurden Probanden, die im Zuge der Basiserhebung zwischen 2014 und 2019 an der Studie teilgenommen haben und zu diesem Zeitpunkt zwischen 20 und 74 Jahre alt waren. Die Patienten schätzten ihren Gesundheitszustand mittels eines aus 42 Items bestehenden Fragebogens selbst ein. Belastungen bezüglich der psychischen Gesundheit wurden gemäß des *Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Depressionssymptomatik)* (u.a. Kocalevent et al., 2013), der *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7, Angstsymptomatik)* (u.a. Hinz et al., 2017) sowie des *PHQ-Stressmoduls (PHQ-D, Stresssymptomatik)* (u.a. Gräfe et al., 2004) erhoben. Ein Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte zeigt einen Anstieg von mittel bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomen. Dieser Anstieg liegt über alle Altersgruppen hinweg bei 2.4% ($N = 113.928$) und ist am stärksten bei Frauen in einer Altersspanne zwischen 30 bis 59 Jahren ausgeprägt. Weiterhin ist eine Zunahme von der subjektiv wahrgenommenen Stresssymptomatik (gemäß des *PHQ-D*) zu verzeichnen. Im Durchschnitt steigt diese um 1.14 Skalenpunkte ($SD = 0.02$) über alle Altersgruppen hinweg an.

Zudem konnten auch Skoda et al. (2021) mittels einer retrospektiven Querschnittsuntersuchung in der deutschen Allgemeinbevölkerung erhöhte

Depressionsprävalenzwerte nachweisen. Befragt wurden mittels einer Online-Umfrage von März bis Juli 2020 in Deutschland lebende Personen, die 18 Jahre und älter waren. In die Auswertung konnten 16.918 Personen mit eingeschlossen werden. Herangezogen wurden ebenfalls Fragebögen, in denen Patienten ihren psychischen Gesundheitszustand selbst einschätzten. Dazu zählten der *GAD-7* (u.a. Hinz et al., 2017), der *PHQ-2* (u.a. Löwe et al., 2005) sowie das *Distressthermometer* (u.a. Hinz et al., 2019). Um die erhobenen Prävalenzwerte zu bewerten, wurden die Daten mit äquivalenten Prä-COVID-19-Stichproben verglichen. Skoda et al. (2021) belegen, dass während der Pandemie die Depressionsprävalenz bei 17% bis 22% lag. Aus der herangezogenen Prä-COVID-19-Stichprobe von Spangenberg et al. (2012), die sich ebenfalls auf die deutsche Allgemeinbevölkerung bezieht, geht unter Verwendung des *GAD-7* (u.a. Hinz et al., 2017) sowie des *PHQ-2* Fragebogens (u.a. Löwe et al., 2005) eine Depressionsprävalenz von nur 5.6% ($N = 2.524$) hervor. Skoda et al. (2021) beschreiben damit eine Zunahme von Depressionssymptomen zwischen den Zeitpunkten vor und während der COVID-19-Pandemie von über 10%. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass in der Stichprobe von Skoda et al. (2021) eine Distresssymptomatik bei 63% der Teilnehmer vorlag. In der Prä-COVID-19-Vergleichsstichprobe von Hinz et al. (2019) wurde die erwachsene deutsche Allgemeinbevölkerung ($N = 2.437$) im Jahr 2015 befragt. Anhand des Distressthermometers lässt sich eine Distresssymptomatik bei nur 39% der Teilnehmer beobachten. Der Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten liegt damit nach Skoda et al. bei 24% in der Distresssymptomatik.

Eine weitere Querschnittsstudie von Bäuerle et al. (2020) konnte ebenfalls in der deutschen Allgemeinbevölkerung für die Psychotherapie bedeutsame Symptome beobachten. Eine Untersuchung von 15.037 Erwachsenen in Deutschland (März bis Mai 2020) ergab unter anderem, dass gemäß des *GAD-7* Fragebogens 44.7% der Teilnehmer allgemeine Angstsymptome aufwiesen. 59% der Teilnehmenden gaben eine COVID-19 assoziierte Angst an und 65.2% zeigten laut des *Distressthermometers* allgemeine psychosoziale Stresssymptome. Als vulnerabel für diese Störungsbilder gelten vor allem vorerkrankte Patienten, die an affektiven Störungsbildern, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen leiden.

Eine Untersuchung von Winkler et al. (2021), welche Patienten in psychiatrischen Institutsambulanzen und der psychotherapeutischen Versorgung untersuchte, konnte die COVID-19 spezifischen Sorgen und Gedanken beschreiben. So konnte Winkler et al. in einer retrospektiven Auswertung von Krankenakten einer Institutsambulanz in Berlin eine

Zunahme von subjektiv empfundenen Belastungen sowie Grübelgedanken verzeichnen. In der Sekundärdatenanalyse, welche alle 682 im April 2020 behandelten Patienten miteinschloss, zeigte sich bei 60% der Behandelten eine psychische Belastung, welche mit der COVID-19-Pandemie assoziiert werden kann. Bei 20.8% der Patienten war eine starke therapiebedürftige Verhaltensänderungen zu verzeichnen. Weiter kristallisierten sich bei 25.5% der Patienten eine psychische Belastung aufgrund der mit den Maßnahmen einhergehenden Konsequenzen heraus. Patienten, die von diesem Symptombild wenig oder stark betroffen waren, erhielten im April 2020 signifikant mehr Psychotherapie als nicht betroffene Patienten ($p = .03$).

Die COVID-19 Pandemie kann für einen Großteil der Bevölkerung als ein „kritisches Lebensereignis“ angesehen werden, welches mit einem erhöhten Stresslevel einhergeht und infolgedessen zu einer Manifestation von klinisch bedeutenden Angst- und Depressionssymptomen führen kann. Eine solche Lebenskrise erfordert individuelle Adaptions- und Coping-Strategien, welche unter anderem von sozialen, sozioökonomischen oder auch gesellschaftlichen Determinanten abhängen. Auf diese unterschiedlichen Dimensionen, durch welche der Mensch beeinflusst wird, können Determinanten sowohl als Ressourcen als auch als Risikofaktor Einfluss nehmen. Aus bisherigen Untersuchungen gehen beispielsweise ein niedriges Einkommen, ein Arbeitsplatzverlust, Alleinleben wie auch das Vorbestehen psychischer Erkrankungen oder Quarantäneerfahrungen als Risikofaktor hervor. Dementgegen können ein hoher Bildungsstatus, ein gutes soziales Netzwerk, ausreichende medizinische Versorgung, eine hohe Selbstwirksamkeit oder Resilienz als Schutzfaktoren beschrieben werden (Strauß et al., 2021, S. 178 ff.).

1.2. Fragestellung und Zielsetzung

Überzeugende Erhebungen deuten darauf hin, dass vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung zugenommen hat und die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgungseinrichtungen angestiegen ist (u.a. Skoda et al., 2021; Winkler et al., 2021). Differenziert betrachtet zeigt sich vor allem ein Prävalenzanstieg bei affektiven Störungen sowie Angststörungen (u.a. Bäuerle, 2021; Strauß et al., 2021). Allerdings ist bisher nicht klar, ob ambulante Psychotherapie-Patienten aufgrund der COVID-19-Pandemie eine ambulante Psychotherapie aufgesucht haben oder ob die Pandemie (nur) einen von mehreren auslösenden Faktoren (oder gar keinen Einflussfaktor) darstellt. Offen bleibt weiterhin,

welche Lebensbereiche genau von der Pandemie in welcher Art und Weise betroffen waren und ob explorativ Zusammenhänge zwischen dem Einfluss der Pandemie auf bestimmte Lebensbereiche und dem psychischen Erleben der Patienten beobachtbar sind. Das wirft folgende Fragen auf: Welche Bedeutung und Konsequenzen hat die COVID-19-Pandemie für psychisch erkrankte Menschen in ambulanter Psychotherapie? Behaupten Patienten, dass die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen und Konsequenzen verantwortlich sind für das Aufsuchen eines Psychotherapeuten? Und falls ja, in welcher Art und Weise äußert sich die mentale Belastung? Ermittelt werden soll, welche Lebensbereiche zum Zeitpunkt des Aufsuchens eines Psychotherapeuten betroffen waren. Differenziert soll es darum gehen, auf welche Lebensbereiche die COVID-19-Pandemie (vermehrt) Einfluss nimmt und welche Auswirkungen die unterschiedlich stark ausgeprägten Belastungen (in den Lebensbereichen) auf das Symptombild der Patienten in der ambulanten Psychotherapie haben.

Zusammengefasst ist das Ziel der Studie zu überprüfen, ob die COVID-19-Pandemie als Auslösebedingung für das Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie gesehen werden kann und wie sich die Pandemie auf das psychopathologische Symptombild und die Lebensbereiche der Patienten auswirkt.

Auf Grundlage der oben erläuterten Problematik lassen sich folgende, der Untersuchung zugrunde liegende, Hypothesen ableiten:

I. Die COVID-19-Pandemie war für einige Patienten der Anlass für die Anmeldung zu der ambulanten Psychotherapie.

II. Es gibt bei denjenigen, für welche die COVID-19-Pandemie der Anlass für die Anmeldung zur Psychotherapie war, einen Zusammenhang zwischen den Gefühlen in den relevanten Lebensbereichen und der Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemie.

III. Bei denjenigen, für welche die COVID-19-Pandemiemaßnahmen der Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie war, sind psychopathologische Symptome (Stress-, Angst-, Depressionssymptomatik) zum Zeitpunkt der Therapieanmeldung stärker ausgeprägt, umso negativer die Gefühle in den relevanten Lebensbereichen sind.

2. Methode

In diesem Kapitel soll das methodische Vorgehen der Studie erläutert werden.

2.1. Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantitative empirische Datenerhebung, die in Form einer retrospektiven Querschnittstudie erhoben wurde. Bei der Gruppenuntersuchung wurde die Subpopulation *Patienten in ambulanter Psychotherapie* untersucht. Die Stichprobe setzte sich aus Patienten des Instituts für Psychotherapie (IfP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zusammen. Die quantitativen Daten wurden zwischen dem 01. November 2021 und dem 26. März 2022 erhoben. Dabei handelte es sich um eine Paper-Pencil Befragung. Die Untersuchung wurde vorab dem lokalen Ethikkommission des UKE vorgestellt und nach einer positiven Bewertung durchgeführt (siehe Anhang 1). Die Planungs-, Durchführungs- und Auswertungselemente orientierten sich an den Richtlinien der guten epidemiologischen Praxis (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie [DGEpi], 2018).

2.2. Operationalisierung

Für die Konzeptualisierung und Operationalisierung der oben genannten Hypothesen bediente sich die Arbeit an der der quantitativen Sozialforschung zugrunde liegenden Wissenschaftstheorie, dem sogenannten „Kritischen Rationalismus“. Dabei soll die „soziale Wirklichkeit“ anhand der Beschreibung von einzelnen Variablen und deren Zusammenhängen differenziert dargestellt werden. Die Operationalisierung erfolgte gemäß des deduktivem „top-down“ Konzeptes und schloss bereits bestehende sowie neue, individuell entwickelte Messinstrumente mit ein (Döring & Bortz, 2016, S. 223). Die Messinstrumente sollten den in der Literatur üblichen genannten Testgütekriterien entsprechen. Neben den Kriterien wie Objektivität, Validität und Reliabilität zählen hier unter anderem auch die Testökonomie und die Zumutbarkeit hinzu (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 8).

Es wurde eine schriftliche Patientenbefragung gewählt, damit möglichst viele Patienten des IfP an der Studie teilnehmen. Außerdem gehört die schriftliche Befragung zu den am weitesten verbreiteten Datenerhebungsinstrumenten und ermöglicht durch einen hohen Standardisierungsgrad eine starke Durchführungs- und Auswertungsobjektivität. Weiterhin eignet sie sich für den Vergleich von Merkmalen zwischen einer Vielzahl an Personen (Eid et al., 2017, S. 60 f.). Die Zusammenstellung der Messinstrumente erfolgte durch die drei Studienleitenden im Zeitraum vom 01. September 2021 bis zum 30. Oktober 2021.

Der finale Fragebogen beinhaltete inklusive der soziodemografischen Daten insgesamt 25 Variablen (siehe Anhang 2). Aufgrund begrenzter zeitlicher Kapazitäten im Rahmen der psychotherapeutischen Sitzung am IfP wurde der Fragebogen für eine Bearbeitungszeit von acht Minuten konzipiert.

2.2.1. Fragebogenentwicklung und Messinstrumente

Unter der Annahme, dass die Patienten über die Fähigkeit verfügen, ihr psychisches Wohlbefinden selbst einzuschätzen und dieses dem Studienleiter weitergeben wollen (Eid et al., 2017, S. 59 f.), wurde ein Fragebogen entwickelt, der in vier Abschnitte unterteilt ist. Zu diesen zählen (1) der soziodemografische Teil, (2) der Abschnitt der Lebensbereiche, (3) die Kategorie der psychopathologischen Symptome sowie (4) einzelne für das Forschungsthema interessante Hintergrundfragen. Im Folgenden wird die Herleitung der ausgewählten Indikatoren und Messinstrumente genauer beschrieben.

2.2.1.1. Soziodemografische Merkmale

Zu Beginn des Fragebogens wurden die üblichen soziodemografischen Daten erhoben. Diese manifesten Variablen ermöglichen es, die Stichprobe zu beschreiben und sind Voraussetzung, um relevante Ergebnisse besser in den empirischen Kontext einzuordnen (Döring & Bortz, 2016, S. 256). Sie zählen außerdem zu den vielfach vorkommenden und wesentlichen Confoundern und ermöglichen durch ihre Berücksichtigung in der statistischen Datenanalyse eine Minimierung einer Unter- oder Überschätzung der Ergebnisse (Dreier et al., 2012, S. 427). Weitere manifeste Merkmale, die im Kontext mit dem Thema der COVID-19-Pandemie stehen, wie zum Beispiel das Vorkommen einer COVID-19-Infektion oder das Vorhandensein einer COVID-19-Schutzimpfung, wurden ebenfalls erfasst. Diese erweitern die Stichprobenbeschreibung (Döring & Bortz, 2016, S. 256).

2.2.1.2. Lebensbereiche

Um herauszustellen, welche Auswirkungen die COVID-19-Pandemie auf die unterschiedlichen Lebensbereiche der Patienten hat und ob diese in Verbindung mit der Pandemie stehen, musste im Rahmen der Konzeptualisierung festgelegt werden, anhand welcher beobachtbaren Merkmale sich dieses latente Konstrukt darstellen lässt (Döring & Bortz, 2016, S. 228).

Die Bedürfnispyramide von Maslow befasst sich mit den Beweggründen und Bedarfen, die Menschen grundsätzlich im Leben haben und für die Bewältigung des Lebens zu befriedigen erstreben. Den Bedürfnissen sind unterschiedliche Gewichtungen

und Stellenwerte beigemessen. Maslow unterteilte die Pyramide in fünf Kategorien. Dabei repräsentiert die unterste Kategorie die Grundbedürfnisse des Menschen und stellt die erforderlichsten Bedürfnisse für die Lebensbewältigung dar. Mit abnehmender Wichtigkeit für die Lebensbewältigung und -zufriedenheit ordnet er das Sicherheitsbedürfnis, das soziale Bedürfnis, das Bedürfnis nach Wertschätzung sowie das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung über den Grundbedürfnissen an (Maslow, 1943, S. 370 ff.; Troger, 2018, S. 82 f.).

Unter Berücksichtigung der Maslowschen Bedürfnispyramide lassen sich die in Abbildung zwei dargestellten relevante Lebensbereiche ableiten. So gehen aus den so genannten „Defizitbedürfnissen“, zu denen die Grund-, Sicherheits- und sozialen Bedürfnisse zählen, jeweils zwei bis drei Lebensbereiche hervor. Die Bedürfnisse nach Wertschätzung und Selbstverwirklichung zählen zu den „Wachstumsbedürfnissen“, nach denen jeder Mensch strebe (Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg [lpb], o. J.).

Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung kann von jedem Menschen unterschiedlich gestaltet sein. So nutzt jeder Mensch unterschiedliche Potenziale und Möglichkeiten, sich selbst zu verwirklichen. Demnach können die Lebensbereiche Freizeit, Hobbys sowie Religion und Spiritualität gefasst werden, um diese Bedürfnisse abzubilden dennoch durch die Menschen unterschiedlich ausgestaltet sein. Definitionsgemäß gehe nach Maslow aus dem Bedürfnis nach Wertschätzung ein Streben nach Anerkennung, Wertschätzung und Ansehen einher (lpb, o. J.).

Im Rahmen dieser Studie wurde davon ausgegangen, dass sich dieses Bedürfnis in anderen Lebensbereichen wiederfindet. So kann ein Mensch beispielsweise in seiner Partnerschaft oder Freundschaft als auch im Beruflichen Kontext nach Anerkennung suchen. Demnach wurde aus dem Bedürfnis Wertschätzung kein für sich alleinstehender Lebensbereich abgeleitet.



Abbildung 2: Relevante Lebensbereiche aufgrund der Maslowschen Bedürfnispyramide (in Anlehnung an Ipb, o. J.; Maslow, 1943).

Eine ähnliche Aufteilung und Kategorisierung der für die Menschen relevantesten Lebensbereiche lassen sich in anderen vorangegangenen Studien finden (u.a. Albani et al., 2011; Kulzer et al., 2015).

Mit der Festlegung der relevanten Lebensbereiche und den damit einzeln zu betrachtenden Indikatoren erfolgte in einem weiteren Schritt die Festlegung der statistischen Skala (Döring & Bortz, 2016, S. 228). Für die Erfassung der Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen wurde ein psychometrisches Testinstrument, die bipolare Ratingskala, gewählt. Dieses basiert auf der subjektiven Selbsteinschätzung der Patienten. Die Skala eignet sich vor allem aufgrund der Intervallskalierung gut, da die bewährten parametrischen Hypothesentests diese als Voraussetzung festlegen (Döring & Bortz 2016, S. 244 f.). Die siebenstufige Skala bildet die unterschiedlichen Ausprägungsstärken des Wohlbefindens in den relevanten Lebensbereichen der Patienten ab. Von *sehr unangenehm bis negativ* (-3) über *weder angenehm noch unangenehm* (0) bis *sehr angenehm bis positiv* (+3) werden die subjektiv empfundenen Gefühle in den Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie der Patienten erfasst. Um den Indikator *Zuschreibung dieser Gefühle auf die COVID-19-Pandemie und deren Folgen* zu erfassen, wurde ebenfalls eine sieben-stufige (bipolare) Ratingskala ausgewählt. Diese ist von *trifft überhaupt nicht zu* (-3) über *weder noch* (0) bis *trifft voll zu* (+3) skaliert.

2.2.1.3. Messung psychopathologischer Symptome

Um Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den relevanten Lebensbereichen, die Patienten der COVID-19-Pandemie zuschreiben, mit psychopathologischen Symptomen zu

untersuchen, musste ein geeignetes Testinstrument gewählt werden, das relevante psychopathologische Symptome gemäß der Gütekriterien erfasst. Vorgegangene Untersuchungen wie zum Beispiel von Skoda et al. (2021) und der DPtV (2021) haben gezeigt, dass vor allem psychopathologische Symptombilder, die den affektiven Störungen, dem Auftreten von vermehrten Distress sowie somatoformen Störungsbildern zuzuordnen sind, vorherrschen. Demnach erweist es sich als sinnvoll, ein Messinstrument zu wählen, das oben genannte Symptome erfasst. Prinzipiell wird in der Literatur dazu geraten, bereits etablierte und validierte Messinstrumente heranzuziehen. Dies stärkt die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen (Döring & Bortz, 2016, S. 407).

Auf dieser Grundlage wurde die *Depression-Angst-Stress-Skala (DASS-21)* ausgewählt. Die englische Originalversion der *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)* von Lovibond & Lovibond (1995) sowie dessen deutsches Äquivalent von Henry & Crawford (2005) erfasst anhand von 21 Items auf Grundlage von drei Subskalen die wesentlichsten psychopathologischen Symptome in den Bereichen Depressionen, Angst- und Stressstörungen.

Nilges & Essau (2015) konnten für die einzelnen drei Subskalen eine hohe Reliabilität nachweisen. Die Subskalen weisen gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf und können somit mehrheitlich für gut bezeichnet werden (Cronbachs $\alpha = .88$ für *Depressionskala*, Cronbachs $\alpha = .76$ für *Angst-Skala*, Cronbachs $\alpha = .86$ für *Stress-Skala*). Eine gute konvergente Validität konnte mittels dem Beck Angstinventars nachgewiesen werden (Nilges & Essau, 2015). Aufgrund der Testgütekriterien der Zumutbarkeit und Testökonomie wurden jeweils drei Items aus den Subskalen des *DASS-21* für den Fragebogen ausgewählt (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 8). Für die Auswahl wurde eine Validierungsstudie von Bibi et al. (2020) herangezogen. In dieser Studie wurde der *DASS-21* zwischen 2015 und 2017 in der deutschen Allgemeinbevölkerung ($n = 1323$) validiert. Die Merkmalsauswahl richtete sich nach der Größe der Faktorladungen, welche die einzelnen Items untereinander in den Subskalen aufwiesen (Bibi et al., 2020).

2.3. Stichprobengewinnung und Datenerhebungsmethode

Die Stichprobe bezog sich auf die Grundgesamtheit *deutschsprachiger erwachsener (≥ 18 Jahre) Patienten in ambulanter Psychotherapie*. Der DPtV zufolge entsprechen dieser Grundgesamtheit (Stand 2018) 1.480.700 Patienten (DPtV, 2021, S. 34). Die Stichprobenbasis bildeten 800 Patienten des Instituts für Psychotherapie des UKE, die aus Hamburg und Umgebung kommen. Aufgrund nicht ableitbarer Effektstärken aus

bisheriger Literatur der für diese Studie zugrundeliegende Fragestellung, konnte keine a priori Teststärkenanalyse gemacht werden. Um mittlere oder große Effekte mittels einer bivariaten Korrelation nachweisen zu können, werden in der Literatur Stichprobenumfänge von mindestens 22 (für große Effekte) und 65 (für mittlere Effekte) empfohlen (Döring & Bortz, 2016, S. 843). Aus diesem Grund wurde in der Studie ein Stichprobenumfang von 50 Teilnehmern angestrebt. Es handelte sich um eine nicht-probabilistische Gelegenheitsstichprobe, die nicht geclustert und nicht-stratifiziert wurde. Die Probanden besaßen unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeiten und unterlagen somit einem Bias (Döring & Bortz, 2016, S. 305). Die Gelegenheitsstichprobe wurde gemäß des Schneeballverfahrens in zwei Stufen zusammengestellt (Döring & Bortz, 2016, S. 308). In dem Zeitraum vom 01. November 2021 bis zum 30. März 2022 nahmen 56 Patienten an der Umfrage teil und wurden wie folgt rekrutiert:

In einem ersten Schritt wurden Psychotherapeuten des IfP, die sich in Ausbildung befanden, über das Vorhaben der Studie sowie dessen Inhalt informiert. Dies geschah an unterschiedlichen Wochentagen von Montag bis Freitag zwischen 9.00 und 18.00 Uhr in der Ambulanz. Der Fragebogen wurde an die Psychotherapeuten, die sich in der Ambulanz aufhielten, ausgeteilt. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, wo die Fragebogenpakete vorzufinden sind, sodass sich die Therapeuten diese selbstständig nehmen und an weitere Kollegen weiterleiten konnten. In einem zweiten Schritt informierten die Psychotherapeuten des IfP ihre Patienten über die Studie und teilten das Fragebogenpaket an diese aus. Die Patienten wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und diesen im Anschluss im beigelegten Umschlag im Sekretariat des IfP abzugeben oder diesen in den Briefkasten einzuwerfen.

Parallel dazu wurden Fragebogenpakete inklusive der Anmeldeunterlagen an Patienten versendet, die sich zu einer ambulanten Psychotherapie angemeldet und eine Terminbestätigung für ein Erstgespräch erhalten haben. Sie wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und zu ihrem ersten Termin mit in die Ambulanz zu bringen.

Zu den Einschlusskriterien für die Studienteilnahme zählten ein Mindestalter von 18 Jahren, fließende Deutschkenntnisse sowie der Beginn oder die Fortführung einer ambulanten Psychotherapie am IfP. Darüber hinaus gab es keine weiteren Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Umfrage.

Die Fragebogenpakete bestanden aus jeweils einem Informationsblatt, einer Einverständniserklärung sowie einem Fragebogen, welcher mit einer Seriennummer versehen war. Die Teilnahme an der Studie erfolgte auf freiwilliger und pseudonymer

Basis gemäß dem „informed consent“ (Döring & Bortz, 2016, S. 124). Dem Fragebogenpaket beigelegten Informationsblatt konnten die Patienten Hinweise zu Inhalt und Dauer der Studie sowie datenschutzrechtlichen Anmerkungen entnehmen (siehe Anhang 3). Weiterhin wurden die Teilnehmer in einer Einverständniserklärung informiert, dass unter Angabe der Seriennummer jederzeit die Möglichkeit bestand, einen Widerruf zu der eigenen Studienteilnahme einzulegen (siehe Anhang 4).

2.4. Vorgehensweise bei der Datenanalyse

Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels IBM SPSS für Mac OS (Version 27). Die Studie wurde als explanative Querschnittsstudie realisiert und gemäß der folgend beschriebenen Analyse getrennt nach der univariaten und bivariaten Datenanalyse ausgewertet.

2.4.1. Datenaufbereitung

Um die Datenqualität sicher zu stellen, erfolgte die Datenaufbereitung anhand der sechs Zielkriterien: (1) Vollständigkeit, (2) Einheitlichkeit, (3) Ausschluss doppelter Werte, (4) sachgerechte Behandlung fehlender Werte, (5) Erkennung von Ausreißerwerten sowie (6) Plausibilität der Antwortmuster (Döring & Bortz, 2016, S. 585). Alle rückläufigen Fragebögen wurden in den Datensatz aufgenommen und unter Zuordnung einer Seriennummer pseudonymisiert verarbeitet. Die Erstellung des Datensatzes sowie die Dateneingabe erfolgte durch eine Studienleiterin.

Zunächst wurde für jeden Indikator eine einzelne Variable erstellt und diese einheitlich für die Berechnungen numerisch codiert. Um Verzerrungen von späteren Ergebnissen zu vermeiden, wurde im Zuge der Datenbereinigung folgendes geprüft: Plausibilität der Wertebereiche sowie eine erste Sichtung der Häufigkeitsverteilung, um Ausreißervariablen zu identifizieren (Döring & Bortz, 2016, S. 589 f.). Fehlende Werte wurden mit der Codierung 999 kenntlich gemacht und bei den Berechnungen gemäß des Fallweisen Ausschluss behandelt. Das heißt, Probanden wurden bei den Berechnungen nur berücksichtigt, wenn sie in den entsprechenden Berechnungen Variablen mit gültigen Werten aufwiesen (Döring & Bortz, 2016, S. 591). Infolgedessen variiert die Anzahl an Freiheitsgraden zwischen den Berechnungen.

In einem weiteren Schritt wurden übergeordnete Variablen generiert. Aus den hier neun verwendeten Indikatoren des *DASS-21* wurden vier neue Variablen gebildet, welche die Subskalen aus jeweils drei Einzelindikatoren sowie eine Gesamtskala (*DASS_global*) über alle neun Indikatoren hinweg darstellen. Die drei Subskalen erfassen die häufig

auftretenden psychopathologischen Symptome. Dazu zählen die Depressionssymptomatik (*DASS_D*), die Angstsymptomatik (*DASS_A*) sowie die Stresssymptomatik (*DASS_S*). Alle neu gebildeten DASS-Skalen wurden einer Reliabilitätsprüfung unterzogen. Mit einem Cronbachs $\alpha > .9$ wurde die Skala als hervorragend und mit einem Cronbachs $\alpha > .8$ wurden die Skalen als ausreichend bewertet (Döring & Bortz, 2016, S. 443).

Weitere übergeordnete Variablen wurden für die Berechnungen der epidemiologischen Maßzahlen gebildet. Um die Ergebnisse der Hypothese II zu quantifizieren, wurden folgende Variablen wie folgt dichotomisiert: Die Variablen der Gefühle der Lebensbereiche, die auf einer Rating Skala von *sehr unangenehm bis negativ* (-3) bis *sehr angenehm bis positiv* (+3) angegeben werden konnten, wurden von -3 bis -1 als negatives Outcome („krank“) und von 0 bis +3 als positives Outcome („nicht krank“) zusammengefasst. Die Variable der Zuschreibung dieser Gefühle auf die Covid-19-Pandemiemaßnahmen, die ebenfalls auf einer Rating Skala von *trifft überhaupt nicht zu* (-3) bis *trifft voll zu* (+3) erfasst wurde, wurde von -3 bis 0 als nicht exponiert und von +1 bis +3 als exponiert zusammengefasst. Im Rahmen der Beantwortung der Hypothese III, mussten die Variablen der DASS-Skalen dichotomisiert werden. Dazu wurden die in der Literatur empfohlenen Cutt-Off Werte herangezogen und auf die hier verwendete Itemanzahl umgerechnet. Daraus ergibt sich ein Cutt-Off Wert von 4.3 für die jeweils drei Items der *DASS_D*- (Depressionssymptomatik) sowie der *DASS_A*-Skala (Angstsymptomatik) (Cutt-Off Wert für *DASS_D* und *DASS_A* mit jeweils sieben Items: 10). Für die *DASS_S*-Skala (Stresssymptomatik) ergibt sich ein Cutt-Off Wert von 2.6 (Cutt-Off Wert für *DASS_S* mit sieben Items: 6) (Nilges & Essau, 2015). Werte, die unter dem Cutt-Off Wert lagen, wurden zu einem positiven Outcome („nicht krank“) und Werte, die über dem Cutt-Off Wert lagen, wurden zu einem negativen Outcome („krank“) zusammengefasst.

2.4.2. Datenauswertung

Die Datenanalyse erfolgt gemäß den üblichen Durchführungsschritten einer quantitativen Datenerhebung (Döring & Bortz, 2016, S. 616 f.). Im Folgenden wird das statistische Vorgehen für die Überprüfung der A-priori Hypothesen dargelegt. Dieser der Studie zugrunde liegende Fragebogen kann, über diese Datenauswertung hinaus, im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse für die Beantwortung weiterer Fragestellungen genutzt werden.

Die univariate Analyse dient der Stichprobenbeschreibung sowie der deskriptiven Darstellung und Analyse der Hypothese I: *Die COVID-19-Pandemie war für Patienten der Anlass für die Anmeldung zu der ambulanten Psychotherapie.*

Hypothese II und III befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der Zuschreibung des emotionalen Wohlbefindens auf die COVID-19-Pandemie sowie dem Zusammenhang zwischen den Gefühlen in den einzelnen Lebensbereichen und psychopathologischen Symptomen. Um die Hypothesen mittels inferenzstatistischer Tests zu beantworten, wurde der Datensatz aufgeteilt. Die Datenanalyse wurde getrennt nach der Variable *Anlass der Psychotherapie* durchgeführt. Daraus ergeben sich folgende Gruppen: (1) Probanden, die angaben, dass ausschließlich die COVID-19-Pandemie eine Rolle bei der Anmeldung für die Psychotherapie spielte, (2) Probanden, die angaben, dass die COVID-19-Pandemie sowie andere Faktoren eine Rolle bei der Anmeldung für die Psychotherapie spielte und (3) Probanden, die angaben, dass die COVID-19-Pandemie gar keine Rolle bei der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie spielte.

Um Hypothesen II zu überprüfen, wurden in einem ersten Schritt Gruppenvergleiche durchgeführt. Dazu wurden im Rahmen der deskriptiven Analyse die Mittelwerte und die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle der Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen getrennt für die Gruppen betrachtet. Weiterhin wurden die Ergebnisse nach Prüfung der Voraussetzungen mittels eines unabhängigen t-Tests querschnittlich auf Unterschiede untersucht. Waren die Voraussetzungen für einen unabhängigen t-Test (Normalverteilung der Variablen, Varianzhomogenität, Unabhängigkeit der einzelnen Mittelwerte) nicht erfüllt, wurde auf das nicht-parametrische Äquivalent, den Man-Whitney-U Test zurückgegriffen (Döring & Bortz, 2016, S. 706). In einem weiteren Schritt wurden Zusammenhangsanalysen durchgeführt und Korrelationen berechnet. Differenziert wurde für jede Patientengruppe pro Lebensbereich eine Korrelation zwischen den Gefühlen in dem jeweiligen Lebensbereich und der Zuschreibung dieser Gefühle (spezifisch in diesem Lebensbereich auftretenden Gefühle) auf die COVID-19-Pandemie berechnet. Dafür wurden, nach Überprüfung der notwendigen Voraussetzungen (Intervallskalierung, lineare Zusammenhänge, bivariate Normalverteilung), Zusammenhangsanalysen nach Bravis-Pearson durchgeführt. Auf Grundlage des zentralen Grenzwertsatzes wurde bei einer Stichprobe von $n > 30$ davon ausgegangen, dass die Mittelwerte der Stichprobe bivariat normalverteilt sind (Döring & Bortz, 2016, S. 641).

Um die Hypothese III zu testen, wurden ebenfalls in einem ersten Schritt Gruppenvergleiche durchgeführt. Dazu wurden im Rahmen der deskriptiven Analyse die

Mittelwerte und die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle der DASS-Skalen getrennt für die Gruppen betrachtet. Weiterhin wurden die Ergebnisse nach Prüfung der Voraussetzungen mittels eines unabhängigen t-Tests querschnittlich auf Unterschiede untersucht. Waren die Voraussetzungen für einen unabhängigen t-Test (Normalverteilung der Variablen, Varianzhomogenität, Unabhängigkeit der einzelnen Mittelwerte) nicht erfüllt, wurde auf das nicht-parametrische Äquivalent, den Man-Whitney-U Test zurückgegriffen (Döring & Bortz, 2016, S. 706). Im zweiten Schritt wurden ebenfalls für jede Gruppe Zusammenhangsanalysen durchgeführt und Korrelationen berechnet. Hierfür wurden die Gefühle in den jeweiligen Lebensbereichen mit den einzelnen vier *DASS-Skalen* korreliert (*DASS_global*; *DASS_A*; *DASS_S*; *DASS_D*). Unter Berücksichtigung der oben genannten Voraussetzungen wurde auch hier vorzugsweise eine Zusammenhangsanalyse nach Bravis-Pearson durchgeführt. Bei Verletzung der Voraussetzungen wurde bei allen Berechnungen auf das nichtparametrische Äquivalent, die Rangkorrelation nach Spearman, zurückgegriffen.

Allen Berechnungen liegt ein Signifikanzniveau von $p = .05$ zugrunde. Die Interpretation der Effektgröße ist angelehnt an die von Cohen (1988) aufgestellte Differenzierung, nach der $r = .1$ einem kleinen, $r = .3$ einem mittleren und $r = .5$ einem starken Effekt entspricht (Cohen, 1988, S. 79 f.). Um signifikante Ergebnisse zu quantifizieren, wurde darüber hinaus das für eine Querschnittstudie übliche Verhältnismaß, das Prävalenzratio, bestimmt (Dreier et al., 2012, S. 434). Dieses wurde für die oben erwähnten Zusammenhangsanalysen ermittelt, sofern signifikante Ergebnisse vorlagen.

Der Einfluss, der in Kapitel 2.2.1. genannten, weiterer Variablen (Confounder oder Effektmodifikatoren) wurde abschließend mittels der in der Literatur empfohlenen Prüfungsmethode, der Partialkorrelation, untersucht und berücksichtigt (Döring & Bortz, 2016, S. 658). Um die statistischen Ergebnisse folgerichtig zu interpretieren und einzuschätzen, wurden teilweise post hoc Teststärkenanalysen durchgeführt (Döring & Bortz, 2016, S. 809). Die Ergebnisse werden, sofern sie relevant sind, im Rahmen der Diskussion berichtet.

3. Ergebnisse

Ausgehend von einer Stichprobenbeschreibung werden in diesem Kapitel alle relevanten Ergebnisse vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt auf den, in Kapitel 1, hergeleiteten A priori Hypothesen.

3.1. Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen in dem Zeitraum vom 01. November 2021 bis zum 31. März 2022 56 Personen teil. Die Stichprobe bestand zu 71.4% (40 Personen) aus weiblichen und zu 26.8% (15 Personen) aus männlichen Teilnehmern. Eine Person ordnete sich dem diversen Geschlecht zu (1.8%). Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 40 Jahre alt ($SD = 18.3$). Der Großteil der Probanden gab an, ledig zu sein (76.4%). 10.9% der Teilnehmer (6 Personen) waren verheiratet und 12.7% (7 Personen) geschieden. Niemand gab an, verwitwet zu sein. Als höchsten Schulabschluss gaben 3 Personen (5.4%) einen Hauptschulabschluss an, 13 Personen (23.2%) nannten Realschule oder Mittlere Reife. Der überwiegende Teil der Teilnehmer besaß Abitur oder Fachabitur (35.7%) oder einen Fach- oder Hochschulabschluss (35.7%). Die meisten verdienten ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen von 1.001€ bis 2.000€ (19 Personen, 35.8%) oder 2.001€ bis 3.000€ (11 Personen, 20.8%). Darüber hinaus nannten 6 Personen (11.3%) ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen von kleiner gleich 450€, 8 Personen (15.1%) gaben ein monatliches Durchschnittseinkommen von 451€ bis 1.000€ an und 4 Personen (7.5%) gaben an, mehr als 3.000€ im Monat durchschnittlich zu verdienen. 5 Teilnehmer (9.4%) machten keine Aussage zu ihren Einkünften. Der überwiegende Teil der Stichprobe (52 Teilnehmer, 92.9%) gab an, eine COVID-19-Schutzimpfung zu haben. Lediglich 3 Teilnehmer (5.7%) waren nicht geimpft und 1 Person (1.8%) machte keine Angabe. Weiterhin gaben 46 Teilnehmer (82.1%) an, noch nicht an COVID-19 erkrankt zu sein. 9.9% der Probanden (5 Teilnehmer) wusste es nicht und weitere 5 Teilnehmer (9.9%) waren bereits an COVID-19 erkrankt. Im Durchschnitt mussten die Patienten 4.7 Monate ($SD = 3.1$) auf den Psychotherapieplatz am IfP warten und hatten vorher 7.8 ($SD = 6.1$) Therapeuten kontaktiert. Im Durchschnitt lag für die Teilnehmer der Schwierigkeitsgrad, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden bei -1.4 ($SD = 1.5$) (Rating Skala -3 bis +3). Die individuelle Wichtigkeit der Therapie bewerteten die Patienten im Mittel mit 2.6 ($SD = 0.6$) (Rating Skala -3 bis +3).

Table 1: Soziodemografische Daten der Studienteilnehmer

	Merkmalsausprägung	<i>n</i> *	%
Geschlecht	Männlich	15	26.8%
	Weiblich	40	71.4%
Familienstand	Anders	1	1.8%
	Ledig	42	76.4%
	Verheiratet	6	10.9%
	Geschieden	7	12.7%
	Verwitwet	0	0%
Höchster Bildungsabschluss	Hauptschule	3	5.4%
	Realschule/ Mittlere Reife	13	23.2%
	Fach-/ Abitur	20	35.7%
	Fach-/ Hochschulabschluss	20	35.7%
	Sonstiges	0	0%
Monatliches Nettoeinkommen in €	≤ 450	6	11.3%
	451 – 1 000	8	15.1%
	1 001 – 2 000	19	35.8%
	2 001 – 3 000	11	20.8%
	> 3 000	4	7.5%
	Keine Angabe	5	9.4%
COVID-19-Impfung	Ja	52	92.9%
	Nein	3	5.4%
	Keine Angabe	1	1.8%
COVID-19-Erkrankung	Ja	5	9.9%
	Nein	46	82.1%
	Weiß ich nicht	5	9.9%
Psychotherapieverfahren	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	38	86.4%
	Verhaltenstherapie	6	13.6%
Alter (in Jahren)		<i>M</i> = 40.0	<i>SD</i> = 18.3
Wartezeit auf Therapieplatz am IfP (in Monaten)		<i>M</i> = 4.7	<i>SD</i> = 3.1
Kontaktierte Therapeuten (in absoluten Zahlen)		<i>M</i> = 7.8 ^a	<i>SD</i> = 6.1 ^a
Schwierigkeitsgrad Therapieplatz zu finden (Rating Skala von -3 bis +3)		<i>M</i> = -1.4	<i>SD</i> = 1.5
Individuelle Wichtigkeit der Therapie (Rating Skala von -3 bis +3)		<i>M</i> = 2.6	<i>SD</i> = 0.6

Anmerkung. *N* = 56. *Die Anzahl an Freiheitsgraden zwischen den Häufigkeiten variiert aufgrund des Fallweisen Ausschluss (Min. = 34, Max. = 56). ^a Ausreißer (von 40 kontaktierten Therapeuten bei einer Person) wurde bei den Berechnungen ausgeschlossen.

3.2. Ergebnisse der A priori Hypothesen

Im Folgenden werden relevante deskriptive und bivariate Ergebnisse für die A priori Hypothesen vorgestellt.

3.2.1. Ergebnisse der Hypothese I

Von den insgesamt 56 Teilnehmern der Studie beantworteten 54 Patienten die Frage nach dem Anlass ihrer Anmeldung zu einer ambulanten Psychotherapie. Wie in Abbildung drei dargestellt, gaben 23 Personen (42.6%) an, aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen sowie anderen Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufzusuchen. 31 Personen (57.4%) behaupteten, dass sie sich ausschließlich aufgrund von anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie angemeldet haben. Niemand gab an, die ambulante Psychotherapie ausschließlich aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen aufzusuchen.

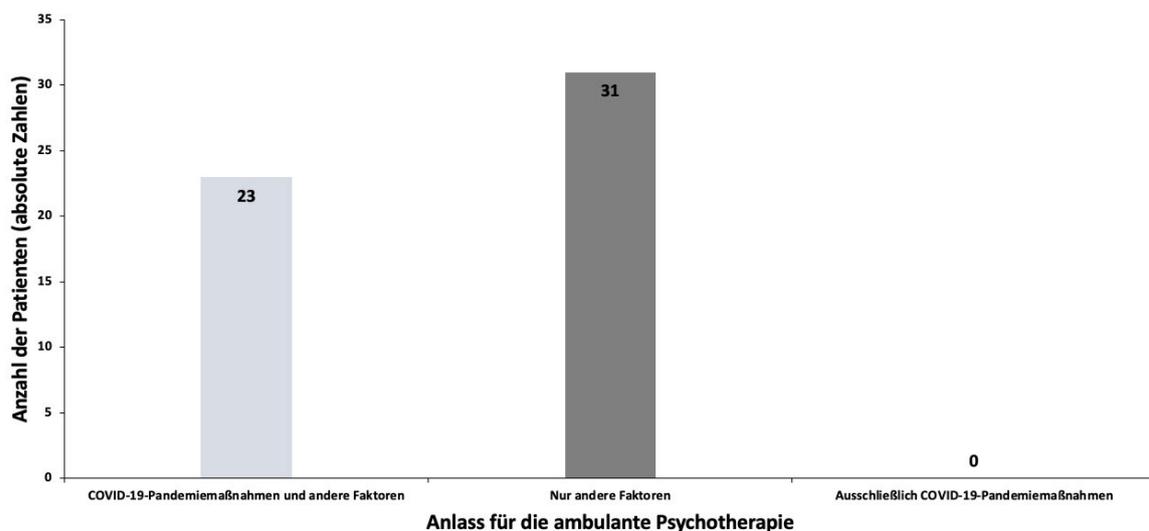


Abbildung 3: Anlass der Patienten für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie am IjP.
Anmerkung. N = 54.

3.2.2. Ergebnisse der Hypothese II

Die Hypothese II beschäftigt sich mit der Frage, ob es bei denjenigen Patienten, für welche die COVID-19-Pandemiemaßnahmen einen Grund für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie darstellten, Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den einzelnen Lebensbereichen und der individuellen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemie gibt.

Aus der Variable *Anlass Psychotherapie* bilden sich zum einen die Gruppe der Personen, die sich aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie angemeldet hat und zum anderen die Gruppe der Personen, die sich ausschließlich aufgrund anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie angemeldet hat. Zur Beantwortung oben erläuteter Hypothese wurden in einem ersten Schritt die Durchschnittswerte der Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen der beiden Gruppen (ergeben sich aus Variable *Anlass Psychotherapie*) beleuchtet. Abbildung vier verdeutlicht den Unterschied zwischen den Gefühlen in den Lebensbereichen zwischen den beiden Gruppen. Auf einer Ratingskala von -3 bis +3 sind die Mittelwerte der Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen mit den dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen dargestellt. Zu sehen ist, dass sich die Mittelwerte der Gefühlsskala in beiden Gruppen über alle Lebensbereiche hinweg in einem negativen Wertebereich befinden (Ausnahme Lebensbereich Spiritualität und Religion) und im Mittel eher unangenehme und negative Gefühle vorherrschen. In der Patientengruppe, die sich aufgrund von COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie angemeldet haben, sind negative Gefühle vor allem in den Lebensbereichen mentale Gesundheit ($M = -2.0$, $SD = 1.1$), Freizeitaktivitäten ($M = -1.0$, $SD = 1.8$), Familienumfeld ($M = -1.2$, $SD = 1.2$) und Arbeit ($M = -1.6$, $SD = 1.6$) ausgeprägt. In der Patientengruppe, die ausschließlich aufgrund anderer Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie angemeldet ist, sind unangenehme Gefühle vor allem in den Lebensbereichen körperliche ($M = -1.1$, $SD = 1.5$) sowie mentale Gesundheit ($M = -1.9$, $SD = 1.1$) ausgeprägt.

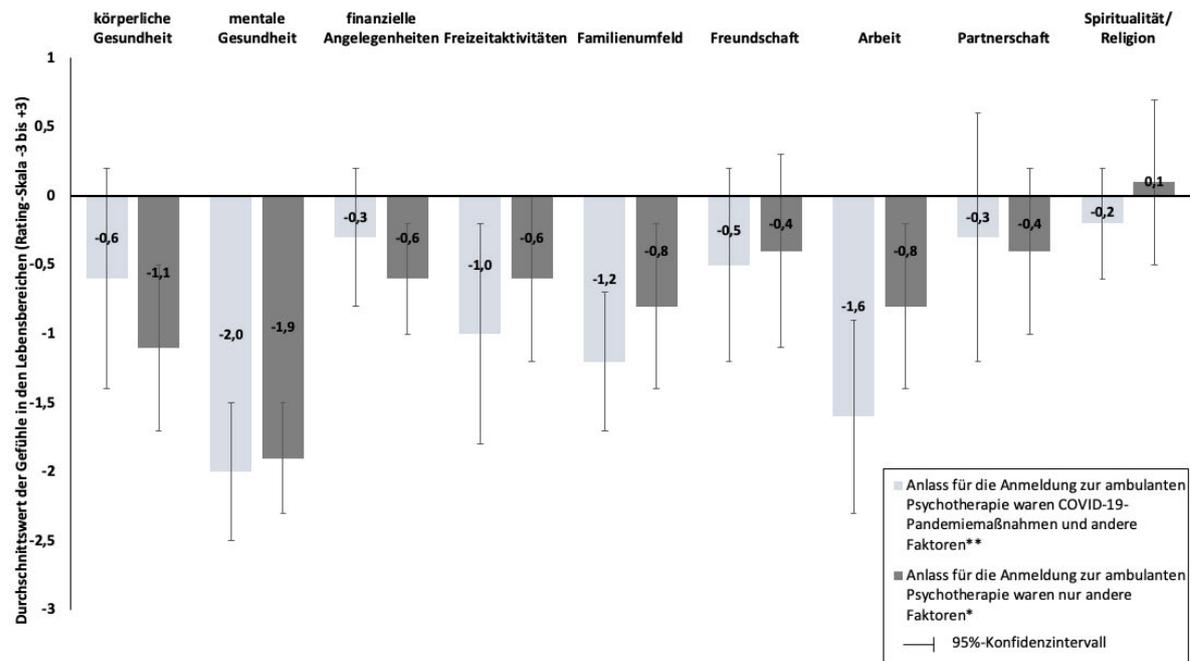


Abbildung 4: Durchschnittswerte der Gefühle in den unterschiedlichen Lebensbereichen innerhalb der Patientengruppen.
 Anmerkung. ** Die Anzahl an Freiheitsgraden zwischen den Häufigkeiten variiert aufgrund des Fallweisen Ausschluss (Min = 22, Max = 23) * Die Anzahl an Freiheitsgraden zwischen den Häufigkeiten variiert aufgrund des Fallweisen Ausschluss (Min = 29, Max = 31)

Anhand der 95%-Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 4) wird bereits grafisch deutlich, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen besteht. Um die Ergebnisse statistisch zu testen, wurde nach Überprüfung der Voraussetzungen für einen unabhängigen *t*-Test, aufgrund der nicht vorliegenden Normalverteilung der Variablen, ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Es zeigen sich in keinem Lebensbereich signifikante Unterschiede in den Gefühlen zwischen der Gruppe der Personen, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen und der Gruppe der Teilnehmer, die ausschließlich aus anderen Gründen zur ambulanten Psychotherapie kommen (siehe Anhang 5).

In einem weiteren Schritt wurden die beiden Gruppen getrennt voneinander auf Zusammenhänge zwischen den Gefühlen der einzelnen Lebensbereiche und der Zuschreibung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen betrachtet.

In Abbildung 5 wird die Gruppe der Patienten betrachtet, die angegeben haben, dass sie sich aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie angemeldet haben. Dargestellt sind die Durchschnittswerte der Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen sowie die Durchschnittswerte der Zuschreibung der jeweiligen Gefühle in den Lebensbereichen auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

(jeweils auf einer Rating Skala von -3 bis +3). Zusätzlich sind die jeweiligen 95%-Konfidenzintervalle mittels eines Fehlerbalkens zu sehen. Wie in Abbildung 4 bereits beschrieben, wird deutlich, dass die Durchschnittswerte der Gefühle über alle Lebensbereiche hinweg in einem negativen Wertebereich fallen und vor allem die Lebensbereiche mentale Gesundheit ($M = -2.0, SD = 1.1$), Freizeitaktivitäten ($M = -1.0, SD = 1.8$), Familienumfeld ($M = -1.2, SD = 1.2$) und Arbeit ($M = -1.6, SD = 1.6$) von unangenehmen Gefühlen betroffen sind. Weiterhin zeigt sich anhand der Variable *Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen*, dass die Zurückführung der Gefühle der Lebensbereiche mentale Gesundheit ($M = 1.3, SD = 1.0$), Freizeitaktivitäten ($M = 1.1, SD = 1.8$) und Arbeit ($M = 1.4, SD = 1.8$) im Mittel auf die Folgen der COVID-19-Pandemie zurückgeführt werden. Die Gefühle in den Lebensbereichen finanzielle Angelegenheiten ($M = -0.4, SD = 2.1$) sowie Religion und Spiritualität ($M = -0.2, SD = 1.3$) werden im Durchschnitt nicht auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen zurückgeführt.

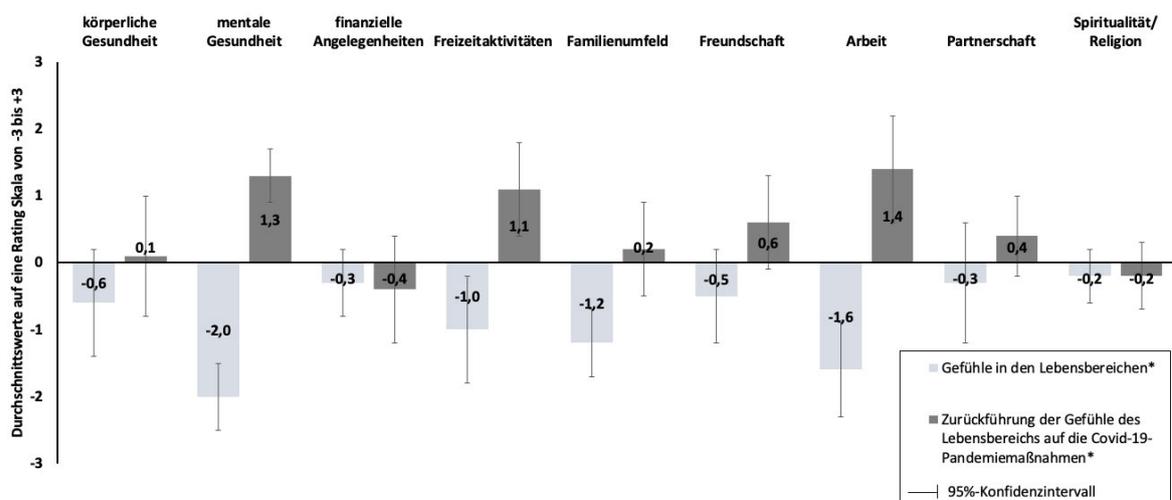


Abbildung 5: Durchschnittswerte der Gefühle in den Lebensbereichen und der Zurückführung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).
Anmerkung. * Die Anzahl an Freiheitsgraden zwischen den Häufigkeiten variiert aufgrund des Fallweisen Ausschluss (Min = 22, Max = 23)

Abbildung 5 deutet anhand der 95%-Konfidenzintervalle bereits einige signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Gefühle der Lebensbereiche und der Mittelwerte der Zuschreibung dieser Gefühle auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen an. Dazu zählen die Lebensbereiche mentale Gesundheit (Gefühle: $M = -2.0 (SD = 1.1)$; Zuschreibung auf Pandemiemaßnahmen: $M = 1.3 (SD = 1.0)$), Freizeitaktivitäten (Gefühle: $M = -1.0 (SD = 1.8)$; Zuschreibung auf Pandemiemaßnahmen: $M = 1.1 (SD = 1.8)$),

Familienumfeld (Gefühle: $M = -1.2$ ($SD = 1.2$); Zuschreibung auf Pandemiemaßnahmen: $M = 0.2$ ($SD = 1.9$)) sowie Arbeit (Gefühle: $M = -1.6$ ($SD = 1.6$); Zuschreibung auf Pandemiemaßnahmen: $M = 1.4$ ($SD = 1.8$)). In einem weiteren Schritt wurden die vorliegenden Ergebnisse auf statistisch signifikante Zusammenhänge untersucht. Es lagen keine eindeutigen lineareren Zusammenhänge zwischen den Variablen der Gefühle in den Lebensbereichen und der jeweiligen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemie vor. Weiterhin konnte eine bivariaten Normalverteilung nicht angenommen werden, da das Grenzwerttheorem bei einer Stichprobe < 30 nicht anwendbar ist. Demnach wurde für die Zusammenhangsanalyse das für die Pearson-Korrelation robustere Äquivalent, die Spearman-Korrelation berechnet. Es zeigen sich für die Gruppe der Patienten, welche aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen sowie anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen, die in Tabelle zwei dargestellten Korrelationen.

Tabelle 2: Spearman-Korrelationen zwischen den Gefühlen der einzelnen Lebensbereiche und dessen Zurückführung auf die COVID-19-Pandemie (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).

Item	Gefühle im jeweiligen Lebensbereich sind zurückzuführen auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen		
	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit	23	-.65*	.001
Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit	23	.05	.784
Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten	23	-.55*	.006
Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/ Hobbys	23	-.64*	.001
Gefühle im Bereich Familienumfeld	23	-.02	.914
Gefühle im Bereich Freundschaft	23	-.44*	.031
Gefühle im Bereich der Arbeit des Berufs	23	-.31	.110
Gefühle im Bereich der Partnerschaft	23	.13	.568
Gefühle im Bereich der Religion/ Spiritualität	22	-.73*	< .000

Anmerkung. *Auf dem Signifikanzniveau $p = .05$ zweiseitig signifikant

Es lassen sich fünf zweiseitig signifikante Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den einzelnen Lebensbereichen und der Zuschreibung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen zum Zeitpunkt der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie erkennen (Tabelle 2). Im Folgenden werden die signifikanten Korrelationen vorgestellt. Zur besseren Quantifizierung werden an dieser Stelle auch die epidemiologischen Maßzahlen angegeben.

3.2.2.1. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich körperliche Gesundheit und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

Im Lebensbereich der körperlichen Gesundheit liegen die Gefühle auf der Ratingskala von -3 bis +3 im Durchschnitt bei $M = -0.6$ ($SD = 1.8$). Auf derselben Skala führen die Patienten ihre Gefühle im Durchschnitt zu $M = 0.1$ ($SD = 2.1$) auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie zurück. Es zeigt sich zwischen den Gefühlen dieses Lebensbereichs und der Zuschreibung dieser Gefühle auf die COVID-19-Pandemie ein signifikanter Zusammenhang mit $r = -.65$ ($p = .001$; $n = 23$). Damit ist das Ergebnis wahrscheinlich nicht zufällig, die H_0 Hypothese kann abgelehnt und die H_1 Hypothese angenommen werden. Das heißt, je negativer die Gefühle im Lebensbereich der körperlichen Gesundheit sind, desto höher ist die Zuschreibung dieser Gefühle auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie und umgekehrt. Mit einem signifikanten Prävalenzratio von 3.3 (95%-KI: [1.2, 9.1]) sind Personen, die ihre unangenehmen Gefühle auf die Pandemie zurückführen, 3.3-mal häufiger von unangenehmen Gefühlen betroffen als Personen, die ihre negativen Gefühle nicht auf die Pandemie zurückführen.

3.2.2.2. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich finanzielle Angelegenheiten und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

Weiterhin zeigt sich in dem Lebensbereich finanzielle Angelegenheiten ein signifikanter Zusammenhang. Durchschnittlich liegen die Gefühle der Patienten bei $M = -0.3$ ($SD = 1.3$) (Rating Skala von -3 bis +3). Diese Gefühle werden mit durchschnittlich $M = -0.4$ ($SD = 2.1$) (Rating Skala von -3 bis +3) auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen zurückgeführt. Auch in diesem Lebensbereich zeigt sich zwischen den Gefühlen und der Zuschreibung auf die Pandemiemaßnahmen eine negative signifikante Korrelation mit $r = -.55$ ($p = .006$; $n = 23$). Damit kann auch hier die H_0 Hypothese abgelehnt werden. Dies bedeutet, je negativer die Gefühle im Lebensbereich der finanziellen Angelegenheiten sind, desto höher ist die Zuschreibung dieser Gefühle auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie und umgekehrt. Es zeigt sich ein signifikantes Prävalenzratio von 5.7 (95%-KI: [1.4, 23.3]). Das heißt, Personen, die ihre unangenehmen Gefühle auf die Pandemie zurückführen, sind 5.7-mal häufiger von unangenehmen Gefühlen betroffen als Personen, die ihre negativen Gefühle nicht auf die Pandemie zurückführen.

3.2.2.3. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Freizeitaktivitäten und Hobbys und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

Ebenso zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich der Freizeitaktivitäten und Hobbys sowie der Zurückführung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen. Im Mittel liegen die Gefühle bei $M = -1.0$ ($SD = 1.8$). Durchschnittlich führen die Patienten ihre Gefühle auf der Ratingskala (+3 bis -3) mit $M = 1.1$ ($SD = 1.9$) auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie zurück. Mit $r = -.65$ ($p = .001$; $n = 23$) wird eine signifikante negative Korrelation deutlich. Unter Ablehnung der H_0 Hypothese bedeutet das, je negativer die Gefühle im Lebensbereich der Freizeitaktivitäten und Hobbys sind, desto höher ist die Zuschreibung dieser Gefühle auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie und umgekehrt.

3.2.2.4. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Freundschaften und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

Bei Betrachtung des Lebensbereichs Freundschaften liegen die Gefühle durchschnittlich bei $M = -0.5$ ($SD = 1.9$). Auf der Ratingskala von -3 bis +3 führen die Patienten ihre Gefühle mit $M = 0.6$ ($SD = 1.8$) auf die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen zurück. Es zeigt sich eine negativ signifikante Korrelation mit $r = -.45$ ($p = .031$; $n = 23$). Damit kann die H_0 Hypothese abgelehnt werden. Demnach ist die Zuschreibung der Gefühle auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie umso höher, je negativer die Gefühle im Lebensbereich der Freundschaften sind.

3.2.2.5. Zusammenhang zwischen den Gefühlen im Lebensbereich Spiritualität/ Religion und dessen Zuschreibung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen

Im Lebensbereich Spiritualität und Religion zeigt sich ein weiterer signifikanter Zusammenhang. Im Durchschnitt liegt der Skalenwert der Gefühlsskala bei $M = -0.2$ ($SD = 0.8$). Der Durchschnittswert der Skala der Zurückführung dieser Gefühle auf die Pandemie liegt im Mittel bei $M = -0.2$ ($SD = 1.3$). Die Variablen korrelieren negativ miteinander ($r = -.73$; $p < .000$; $n = 22$). Demnach wird die H_0 Hypothese abgelehnt. Das bedeutet, je negativer die Gefühle im Lebensbereich Spiritualität und Religion sind, desto höher ist die Zuschreibung dieser Gefühle auf die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie und umgekehrt. Mit einem Prävalenzratio von 19 (95%-KI: [2.7, 128]) sind Personen, die ihre unangenehmen Gefühle in der Spiritualität und Religion auf die Pandemie zurückführen, 19-mal häufiger von unangenehmen Gefühlen betroffen als Personen, die ihre negativen Gefühle nicht auf die Pandemie zurückführen.

Als Ergänzung wurde die Gruppe der Patienten betrachtet, die angegeben hat, dass sie nur aufgrund von anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommt. Nach Prüfung der Voraussetzungen für eine Pearson-Korrelation wurde auch hier aufgrund unklarer linearer Zusammenhänge zwischen den Variablen der Gefühle in den Lebensbereichen und der Zuschreibung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen eine Spearman-Korrelation gerechnet. Es zeigten sich in dieser Gruppe in keinem Lebensbereich signifikante Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den einzelnen Lebensbereichen und der individuellen Zuschreibung dieser Gefühle auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen (siehe Anhang 6). Da kein Teilnehmer angegeben hat, er sei ausschließlich aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen bei der ambulanten Psychotherapie, konnte diese Kategorie nicht ausgewertet werden.

3.2.3. Ergebnisse der Hypothese III

Hypothese III befasst sich mit den Zusammenhängen der Gefühle in den unterschiedlichen neun Lebensbereichen und den typischen psychopathologischen Symptomen (gemäß der DASS-Skala). Die Vermutung liegt darin, dass psychopathologische Symptome wie Stress-, Depressions- oder Angstsymptome ausgeprägter sind, sofern die Patienten aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren zur Psychotherapie kommen und negative Gefühle in den einzelnen Lebensbereichen äußern.

Zur Messung der psychopathologischen Symptome wurden die Gesamtskala und die drei Subskalen des *DASS-21* verwendet. Wie in Kapitel 2.4. beschrieben, wurden die Skalen für die vorliegende Studie angepasst und wiesen folgende Werte bei der Reliabilitätsprüfung auf: Die Gesamtskala *DASS_global* erwies sich mit einem Cronbachs $\alpha = .87$ ($n = 56$; 9 Items) als reliabel. Die Subskalen wie die *DASS_D-Skala* zur Messung von depressiven Symptomen erwies sich ebenfalls mit einem Cronbachs $\alpha = .86$ ($n = 56$; 3 Items) als reliabel und war damit anwendbar. Die Subskalen *DASS_A* zur Ermittlung der Angstsymptomatik und die *DASS_S-Skala* zur Erfassung der Stresssymptomatik erwiesen sich als ausreichend reliabel (*DASS_A*: Cronbachs $\alpha = .77$, $n = 56$, 3 Items; *DASS_S*: Cronbachs $\alpha = .67$, $n = 56$, 3 Items). Alle Skalen wurden in die Berechnungen miteingeschlossen.

Zur Beantwortung der oben genannten Hypothese wurden in einem ersten Schritt die Unterschiede der beiden Patientengruppen beleuchtet, die sich aus der Variable *Anlass für die Anmeldung zur Psychotherapie* ergeben (Gruppe 1: COVID-19-Pandemiemaßnahmen

und andere Faktoren waren der Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie; Gruppe 2: Nur andere Faktoren waren der Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie). Abbildung sechs zeigt die durchschnittlichen Skalenwerte, die die Patienten dieser zwei Gruppen in den vier DASS-Skalen aufweisen.

Für die Patienten, die sich aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie angemeldet haben, zeigen sich zum Zeitpunkt der Anmeldung folgende Werte auf den DASS-Skalen (Skala von 0 bis +3): Für die *DASS_global*-Skala (Gesamtskala, 9 Items) lässt sich ein Durchschnittsskalenwert von $M = 1.6$ ($SD = 0.6$) ermitteln. Für die Subskala *DASS_D* (Subskala zu depressiver Symptomatik, 3 Items) zeigt sich ein Durchschnittswert von $M = 1.7$ ($SD = 0.8$). Die Subskala der Angstsymptomatik, *DASS_A* (3 Items) zeigt einen Durchschnittswert von $M = 1.5$ ($SD = 0.6$). Für alle drei Skalen liegt der Mittelwert zwischen den Antwortkategorien *Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal* und der Kategorie *Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft*. Die Skala *DASS_S* (Stresssymptomatik, 3 Items) lässt einen Mittelwert von $M = 2.0$ ($SD = 0.6$) erkennen. Dieser Wert liegt zwischen den Antwortkategorien *Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft* und *Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit*. Für die Patientengruppe, die sich ausschließlich aufgrund anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie angemeldet hat, zeigen sich zum Zeitpunkt der Anmeldung folgende durchschnittliche Skalenwerte (Skala von 0 bis +3): Für die *DASS_global* Skala (Gesamtskala, 9 Items) lässt sich ein Mittelwert von $M = 1.6$ ($SD = 0.8$) ermitteln, die Subskala der Depressionssymptomatik (*DASS_D*, 3 Items) weist einen Mittelwert von $M = 1.4$ ($SD = 1.0$) auf, die *DASS_A* Skala (Angstsymptomatik, 3 Items) zeigt einen durchschnittlichen Skalenwert von $M = 1.3$ ($SD = 1.0$) und die Subskala der Stresssymptomatik (*DASS_S*, 3 Items) zeigt einen Mittelwert von $M = 1.7$ ($SD = 0.8$). Für diese Gruppe liegen die Durchschnittswerte zwischen den Antwortkategorien *Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal* und der Kategorie *Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft*.

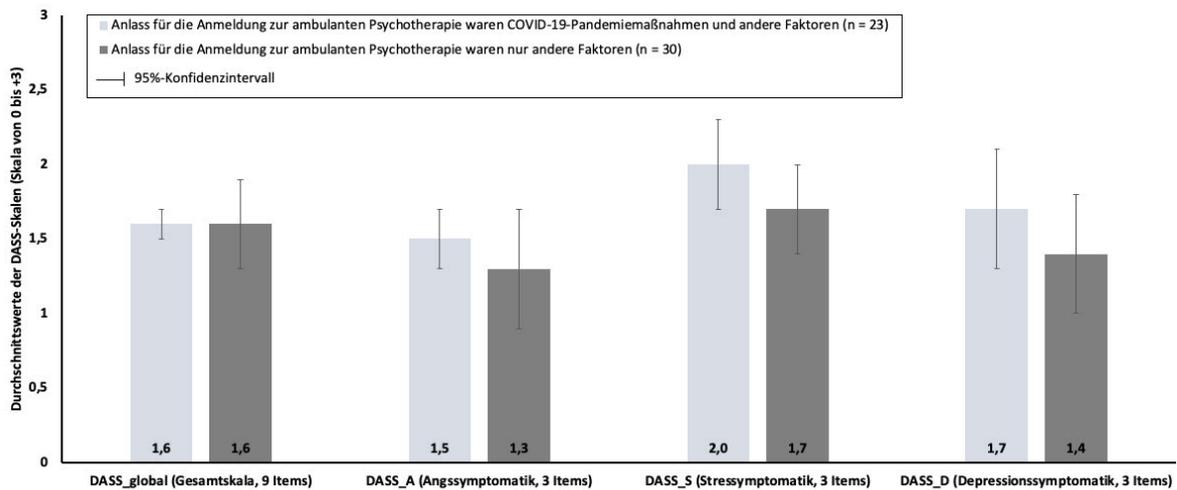


Abbildung 6: Durchschnittswerte der DASS-Skalen innerhalb der Patientengruppen.

Anhand der 95%-Konfidenzintervallen (siehe Abbildung 6) wird bereits grafisch angedeutet, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen besteht. Um die Ergebnisse statistisch zu überprüfen, wurde nach Überprüfung der Voraussetzungen für einen unabhängigen *t*-Test, aufgrund der nicht vorliegenden Normalverteilung der Variablen ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Es zeigen sich auf keiner DASS-Skala signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Personen, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen und der Gruppe, der Teilnehmer, die ausschließlich aus anderen Gründen zur ambulanten Psychotherapie kommen (siehe Anhang 7).

Aufgrund der nicht erfüllten Voraussetzungen für eine Pearson-Korrelation (lineare Zusammenhänge, bivariate Normalverteilung waren nicht gegeben), wurde die Zusammenhangsanalyse mittels einer Spearman-Korrelation durchgeführt. Es zeigten sich für die Gruppe der Patienten, die aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen sowie anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen, die in Tabelle drei dargestellten Korrelationen.

Tabelle 3: Spearman-Korrelationen zwischen den Lebensbereichen und den DASS-Skalen (Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).

Item	DASS_global (Gesamtskala)			DASS_D (Depressionsskala)			DASS_S (Stressskala)			DASS_A (Angstskala)		
	<i>n</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit	23	-.34	.117	23	-.25	.231	23	-.17	.405	23	-.28	.180
Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit	23	-.47*	.025	23	-.52*	.011	23	-.24	.277	22	-.06	.742
Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten	23	-.20	.370	23	-.34	.102	23	.22	.285	22	.13	.541
Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/ Hobbys	23	-.42	.049	23	-.45*	.032	23	-.38	.064	22	.06	.751
Gefühle im Bereich Familienumfeld	23	-.01	.924	23	-.08	.702	23	.33	.129	22	-.28	.177
Gefühle im Bereich Freundschaft	23	-.28	.189	23	-.36	.093	23	-.12	.589	22	-.13	.519
Gefühle im Bereich der Arbeit des Berufs	23	-.20	.365	23	-.21	.312	23	.05	.783	22	-.02	.885
Gefühle im Bereich der Partnerschaft	23	-.18	.425	23	-.18	.416	23	-.18	.421	22	-.09	.688
Gefühle im Bereich der Religion/ Spiritualität	22	.03	.881	22	.08	.692	22	-.03	.896	21	.15	.510

Anmerkung. *Auf dem Signifikanzniveau $p = .05$ zweiseitig signifikant

Es lassen sich drei zweiseitig signifikante Korrelationen zwischen den Gefühlen in den einzelnen Lebensbereichen und den unterschiedlichen DASS-Skalen erkennen. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben:

Es zeigt sich, dass die *Gefühle im Lebensbereich der mentalen Gesundheit* mit einem $r = -.47$ ($p = .025$; $n = 22$) zweiseitig negativ mit der *DASS_global-Skala* korrelieren und die H_0 Hypothese abgelehnt werden kann. Je kleiner (negativer) der Skalenwert der *Gefühle im Lebensbereich der mentalen Gesundheit* sind, desto höher ist der Skalensummenwert der *DASS_global-Skala*. Weitere negative Korrelationen zeigen sich zwischen der *DASS_D-Skala* (Depressionssymptomatik) und den *Gefühlen des Lebensbereichs mentale Gesundheit*. Mit einem $r = -.52$ ($p = .011$; $n = 22$) kann die H_0 Hypothese abgelehnt werden und es zeigt sich ebenso ein zweiseitig signifikanter, negativer Zusammenhang. Je kleiner (negativer) der Skalenwert der *Gefühle im Lebensbereich der mentalen Gesundheit* sind, desto höher ist der Skalensummenwert der *DASS_D-Skala*. Ebenfalls lässt sich zwischen den *Gefühlen des Lebensbereichs Freizeitaktivitäten sowie Hobbys* und dem *DASS_D* mit $r = -.45$ ($p = .032$; $n = 23$) unter Ablehnung der H_0 Hypothese eine zweiseitig negative Korrelation beschreiben. Je kleiner (negativer) der Skalenwert der *Gefühle im Lebensbereich der Freizeitaktivitäten und Hobbys* sind, desto höher ist der

Skalensummenwert der *DASS_D-Skala*. Aufgrund der niedrigen Skalensummenwerte, die die Patienten in den DASS-Skalen aufwiesen, konnten die DASS-Skalen nicht anhand der Cutt-Off Werte dichotomisiert werden. Daher konnte an dieser Stelle für keine Korrelation ein Prävalenzratio ermittelt werden.

Ebenfalls zeigten sich für die Gruppe der Patienten, die angegeben haben, dass sie sich ausschließlich aufgrund von anderen Faktoren zur ambulanten Psychotherapie angemeldet haben, zweiseitig signifikante Korrelationen. Aufgrund nicht eindeutig ableitbarer linearer Zusammenhänge zwischen den Variablen wurde ebenfalls auf die Spearman-Korrelation zugegriffen. Die Zusammenhänge bezogen sich auf den Lebensbereich *mentale Gesundheit* und der *DASS_global-Skala* ($r = -.41, p = .020, n = 30$), den Lebensbereich der *mentalenen Gesundheit* und der *DASS_D-Skala* ($r = -.42, p = .022, n = 30$) sowie den Lebensbereich *finanzielle Angelegenheiten* und der *DASS_D-Skala* ($r = -.41, p = .025, n = 30$). Diese sind im Anhang acht als Ergänzung dargestellt, allerdings für die Beantwortung der Hypothese III in erster Linie nicht relevant.

3.3. Einfluss weiterer Variablen

Da die Voraussetzungen für die Bravis-Pearson Korrelation nicht erfüllt waren, konnte keine Partialkorrelation durchgeführt werden. Durch die mangelnd vorliegende Normalverteilung der Variablen in den Untergruppen war ebenfalls keine multivariate Analyse mittels logistischer Regression realisierbar. Eine Überprüfung der relevanten Confounder war demnach in dieser Studie nicht möglich. Es wird für zukünftige Studien empfohlen, geeignete Messinstrumente und deren Voraussetzungen durch einen ausreichend großen Stichprobenumfang bereits bei der Studienplanung mit zu berücksichtigen.

4. Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden zwischen November 2021 und März 2022 insgesamt 56 Personen zu ihrem persönlichen Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie am IfP befragt. Anhand eines für diese Studie konzipierten Fragebogens beurteilten die Teilnehmer ihre Gefühle in neun unterschiedlichen Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Therapieanmeldung sowie dessen Rückführung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen. Weiterhin wurden mittels angepasster DASS-Skalen die für die psychotherapeutische Behandlung relevanten, psychopathologischen Symptome erhoben. Zu diesen zählten Depressions-, Angst- sowie Stresssymptomatiken (siehe Anhang 2 für gesamten Fragebogen). Das übergeordnete Ziel der Studie lag darin, zu überprüfen, ob die

COVID-19-Pandemiemaßnahmen als Auslösebedingung für das Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie gesehen werden können und wie sich die Pandemie auf das psychopathologische Symptombild und die neun Lebensbereiche der Patienten vom IfP auswirkt. In diesem Rahmen wurden drei A priori Hypothesen formuliert. Diese wurden mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Analysemethoden geprüft. Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Hypothesen dargestellt und diskutiert. Abschließend werden Limitationen, die mit dem Studiendesgin einhergehen, dargestellt.

4.1. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Hypothese I

Es zeigte sich, dass für 42.6% der Studienteilnehmer die COVID-19-Pandemiemaßnahmen bei der Anmeldung zur Psychotherapie eine Rolle spielten und für 57.4% Personen ausschließlich andere Faktoren den Anmeldegrund ausmachten. Niemand behauptete, sich ausschließlich aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen zur ambulanten Psychotherapie anzumelden. Dieser Befund könnte darauf hindeuten, dass die COVID-19-Pandemiemaßnahmen zwar nicht der ausschließliche Grund für das Aufsuchen eines Psychotherapeuten sind. Er weist dennoch darauf hin, dass die COVID-19-Pandemie eine für die Patienten subjektiv empfundene relevante Bedeutung hat, sodass sie eine Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie in Erwägung ziehen. In der Folge könnte der Bedarf an psychologischer Psychotherapie durch die Pandemiemaßnahmen angestiegen sein. Demnach wäre ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen (-netzwerke) und ein speziell (auf die durch Pandemie entstehenden Herausforderungen) ausgelegtes Behandlungskonzept sinnvoll. Auf ein solches niedrigschwelliges Versorgungsangebot weisen bereits Röhr (2020) in ihrer Studie hin. Demnach nennen sie die Berücksichtigung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung im Rahmen des Krisenmanagements als unabdingbaren Aspekt und verweisen auf den Ausbau der bereits ansatzweise bestehenden Behandlungskonzepte wie die Videosprechstunde, Krisen-Hotlines, Telefonseelsorge oder die psychologische Beratung (Röhr, 2020). Brakemeier et al. (2020) nennen als mögliche Präventionsstrategie die Einführung einer sogenannten „Corona-Sprechstunde“ in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Diese könne auf Patientengruppen angepasst sein, die durch die COVID-19-Pandemiemaßnahmen oder eine COVID-19-Erkrankung belastet sind. Das Angebot solle frühestmöglich eine Chronifizierung psychischer Störungen verhindern, indem sichergestellt werde, dass Patienten im Rahmen ihrer Bedürfnisse entweder einmalige Beratungsgespräche erhalten oder (sofern dieses für notwendig erachtet werde), zu

zielgruppengerechten Präventionsprogrammen sowie einer Richtlinienpsychotherapie weitergeleitet werden. Um den ohnehin schon bestehenden Mangel an psychologischen Psychotherapeuten auszugleichen, sei an dieser Stelle empfohlen, auch Psychotherapeuten ohne Kassensitz sowie Gesundheitsämter an dem Beratungsprogramm zu beteiligen (Brakemeier, 2020). Nach der gesundheitswissenschaftlichen Rahmentheorie der Salutogenese ist eine gute psychische Verfassung eine wichtige Ressource für die Stressorenbewältigung (Stressor hier: COVID-19-Pandemie), um das „Gesundsein- und Kranksein-Kontinuum“ positiv zu beeinflussen (Blättner & Waller, 2018, S. 17f.). Ein solches Beratungsangebot würde an dieser Theorie ansetzen, indem frühstmöglich Präventionsangebote geschaffen und Patienten bedarfsgerecht behandelt werden.

Das vermehrte Entstehen und der damit verbundene Versuch, psychisch manifestierte Leiden zeitnah zu erkennen und folglich zu minimieren, formuliert bereits Rosenbrock (2001) als Herausforderung für die Public Health (Rosenbrock, 2001, S. 755). Auch in diesem Kontext kann eine „Corona-Sprechstunde“ ihren Beitrag zu einer bedarfs- und zielgruppengerechten Präventionsstrategie leisten.

4.2. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Hypothese II

Zwischen den Gefühlen in den einzelnen neun Lebensbereichen der beiden Patientengruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Obwohl diese in beiden Patientengruppen im Mittel eher negativ ausgeprägt waren, scheint es den Patienten, die aufgrund der Pandemiemaßnahmen sowie anderer Gründe zur ambulanten Psychotherapie kommen, nicht signifikant schlechter zu gehen als Patienten, die ausschließlich aufgrund anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen. Es konnten einzelne starke Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den Lebensbereichen und der Zuschreibung dieser auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen für die Patientengruppe nachgewiesen werden, die aufgrund von COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderen Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie ist. Darunter fallen die Lebensbereiche körperliche Gesundheit ($r = -.65, p = .001$), finanzielle Angelegenheiten ($r = -.55, p = .006$), Freizeitaktivitäten/ Hobbys ($r = -.64, p = .001$), Freundschaften ($r = -.45, p = .031$) sowie Religion/ Spiritualität ($r = -.73, p < .000$). Signifikante starke negative Korrelationen lassen vermuten, dass, wenn Patienten aufgrund der Pandemiemaßnahmen und anderer Faktoren die ambulante Psychotherapie aufsuchen, die Gefühle in den Lebensbereichen umso negativer sind, je mehr (höher) diese Patienten diese Gefühle auf die COVID-19-Pandemie zurückführen. Und weiterhin, je niedriger die Zuschreibung der Gefühle auf die

COVID-19-Pandemiemaßnahmen ist, desto positiver sind die Gefühle in den Lebensbereichen. Für die Gefühle des Lebensbereichs körperliche Gesundheit und dessen Zurückführung auf die Pandemiemaßnahmen zeigte sich ebenso ein signifikantes Prävalenzratio von 3.3 (95%-KI: [1.2, 9.1]). Dies lässt vermuten, dass Personen, die unangenehme Gefühle auf die Pandemie zurückführen 3.3-mal häufiger von unangenehmen Gefühlen betroffen sind als Personen, die negative Gefühle nicht auf die Pandemie zurückführen. Ebenfalls konnte ein signifikantes Prävalenzratio von 5.7 (95%-KI: [1.4, 23.3]) sowie ein signifikanter Zusammenhang für die Gefühle des Lebensbereichs finanzielle Angelegenheiten und dessen Rückführung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen ermittelt werden. Hier zeigt sich unter den Personen, die sowohl aufgrund er Pandemiemaßnahmen als auch aus anderen Gründen zur Therapie kommen, dass Personen, die ihre unangenehmen Gefühle auf die Pandemie zurückführen, 5.7-mal häufiger von negativen Gefühlen betroffen sind als Personen, die ihre negativen Gefühle nicht auf die Pandemie zurückführen. In einer Studie von 2020 kamen Kühner et al. bereits zu ähnlichen Ergebnissen. Mittels einer Zufallsstichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung ($N = 721$) wurde eine schriftliche Befragung unter anderem zu den Sorgen im Bereich finanzielle Angelegenheiten, zu den Belastungen durch die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Maßnahmen sowie dem psychischen Befinden mittels des WHO-5 Fragebogen durchgeführt. Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen den Sorgen in finanziellen Angelegenheiten und den psychischen Belastungen (mittels WHO-5 Fragebogen) nachgewiesen werden (Kuehner et al., 2020, S. 365). Demnach könnte es sinnvoll erscheinen, Beratungsangebote für finanzielle Probleme und staatliche Unterstützung- und Subventionierungsprogramme auszubauen. Ein Beispiel hierfür stellt die Diakonie Hamburg dar, welche bereits Beratungs- und Hilfsangebote für Personen mit finanziellen Sorgen beispielsweise zu den Themen Kurzarbeitergeld oder Grundsicherung zur Verfügung stellt (Diakonie Hamburg, 2022). An dieser Stelle sei dennoch erwähnt, dass die Durchführung weiterer Längsschnittstudien zu den Themen der psychischen Belastungen im Zuge der COVID-19-Pandemie sinnvoll erscheinen, um wirtschaftliche und soziale Konsequenzen für die psychische Gesundheit abbilden zu können. Darauf weisen ebenfalls Kuehner et al. (2020) hin.

In der Patientengruppe, die angab, ausschließlich aufgrund anderer Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie zu sein, zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Gefühlen der Lebensbereiche und dessen Rückführung auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen. Diese Ergebnisse könnten die Annahme untermauern, dass

Patienten, die ausschließlich behaupten, aufgrund anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen, ihre Gefühle nicht auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen zurückführen und damit die COVID-19-Pandemiemaßnahmen für diese Patientengruppe in der Psychotherapie nicht ausschlaggebend von Bedeutung sind.

4.3. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Hypothese III

Weiterhin konnten zwischen den beiden Patientengruppen in den Skalenmittelwerten der DASS-Skalen keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Es fällt auf, dass die Durchschnittswerte aller DASS-Skalen unter den für diese Studie umgerechnete Cut Off Werten liegen. Bei Betrachtung der Patientengruppe, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren bei der ambulanten Psychotherapie angemeldet ist, zeigen sich vereinzelt signifikante negative Zusammenhänge. Diese beziehen sich auf den Lebensbereich mentale Gesundheit mit dem *DASS_global* ($r = -.47$, $p = .025$) und mit dem *DASS_D* ($r = -.52$, $p = .011$) als auch auf den Lebensbereich Freizeitaktivitäten/ Hobbys und dem *DASS_D* ($r = -.45$, $p = .032$). Eine post hoc Teststärkenanalyse mit der Annahme eines Alpha Fehlers von .05 und einem $n = 23$ ergab eine Power von 87% für den Zusammenhang der Gefühle des Lebensbereichs mentale Gesundheit und dem *DASS_D* sowie dem *DASS_global*. Unter gleichen Grundannahmen konnte für den Zusammenhang der Gefühle des Lebensbereichs Freizeitaktivitäten und dem *DASS_D* eine Power von 75% nachgewiesen werden. Aufgrund der geringen Teststärke lassen sich an dieser Stelle keine fundierten Rückschlüsse, für die eingangs formulierte Hypothese ableiten. Es scheint, als sei die Sensitivität für die durchgeführten Signifikanztests herabgesetzt gewesen. Das heißt, die Signifikanztests würden eher große Effekte aufdecken, geringe aber eher weniger. Im Zusammenhang mit dem p-Wert, der zwischen den anderen Lebensbereichen und der DASS-Skalen auf keinen signifikanten Zusammenhang hindeutet, lässt sich die H_0 Hypothese nicht mit Gewissheit annehmen, da dieser Effekt dem zu geringen Stichprobenumfang zugrunde liegen könnte. Ein nicht signifikantes Ergebnis in Kombination mit einer geringen Power deutet darauf hin, dass die Ergebnisse dieser Items nicht aussagekräftig sind. Jedenfalls nicht so, als dass man sie auf die Grundgesamtheit übertragen könnte (Döring & Bortz, 2016, S. 810). Ein sampling error ist an dieser Stelle nicht auszuschließen (Döring & Bortz, 2016, S. 385). Weiterhin war die Reliabilität der DASS-Subskalen mit teilweise $< .8$ eingeschränkt (siehe Kapitel 3.2.3.), sodass die Effekte gegebenenfalls nur ungenau abgebildet waren (Döring & Bortz, 2016, S. 105). Da jedoch bereits Peters et al. (2020) und Skoda et al. (2021) relevante

psychopathologische Symptome, die in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie standen, nachweisen konnten, empfiehlt es sich, eine weitere Studie zu diesem Themenfeld durchzuführen. Es wäre sinnvoll, diese mit einem größeren Stichprobenumfang sowie einer ausgeweiteten DASS-Skala zu realisieren. In diesem Rahmen könnten differenziertere Zusammenhänge zwischen den Gefühlen in den Lebensbereichen und psychopathologischen Symptomen bei Patientengruppen, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen und anderen Faktoren eine Psychotherapie aufsuchen, genauer untersucht werden. Weiterhin zeigen sich zwischen den Gefühlen der Lebensbereiche und der DASS-Skalen keine signifikanten Prävalenzratios, sodass an dieser Stelle keine Aussage über das Chancenverhältnis gemacht werden kann.

4.4. Limitationen

Grundsätzlich wurde die Studie als explanative, retrospektive Querschnittsstudie im Rahmen einer Primärdatenanalyse durchgeführt. Dieses Studiendesign dient der Hypothesengenerierung und Aufdeckung möglicher Risikofaktoren. Dennoch unterliegt es einigen Limitationen. Obwohl statistisch signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten, bleibt offen, ob diese einem kausalen Zusammenhang entsprechen. Weiterhin bleibt die zeitliche Abfolge des Eintretens von Exposition und/oder Outcome unklar (Dreier et al., 2012, S. 434). Das heißt, es ist nicht klar, ob die Patienten bereits vor der Pandemie psychisch belastet waren und bereits negative Gefühle in den Lebensbereichen verspürten und die Pandemie in der Folge nur einen weiteren Auslösefaktor für das Aufsuchen eines Therapeuten darstellte oder ob die Pandemiemaßnahmen insoweit als Exposition fungiert haben, als dass die Patienten durch diese anfänglich belastet wurden und sich in der Folge die Gefühle in den Lebensbereichen aufgrund der COVID-19-Pandemie sowie anderen Faktoren verschlechtert haben. Es bleibt offen, ob die Patienten auch ohne Auftreten der COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen eine ambulante Psychotherapie aufgesucht hätten.

Im Rahmen der Stichproben- und Datenerhebung unterlag diese Studie einigen Bias. Es ist der Einfluss eines Selection Bias zu beachten, da ausschließlich an einem Institut Studienteilnehmer rekrutiert wurden und die Rekrutierung nicht-probabilistisch, nicht-stratifiziert und nicht-geclustert durchgeführt wurde. Durch die Nichterreichbarkeit oder Teilnahmeverweigerung einiger Patienten kann es zu einer verzerrten Stichprobe gekommen sein (Döring & Bortz, 2016, S. 385). Im Rahmen der Datenerhebung mittels eines Paper pencil Fragebogens ist der Recall und der social desirability Bias zu

berücksichtigen (Döring & Bortz, 2016, S. 437). Durch die Durchführung multipler statistischer Tests bestand die Gefahr, die statistische Validität zu gefährden und damit eine Alpha-Fehler-Kumulation einzugehen. Demnach hätte das vorher festgelegte Signifikanzniveau geringer gefasst werden müssen (Döring & Bortz, 2016, S. 105).

5. Fazit und Ausblick

Die vorliegende querschnittliche Untersuchung konnte zeigen, dass 42.6% der Patienten am IfP sowohl aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen als auch aus anderen Gründen zur ambulanten Psychotherapie kommen. Es scheint diesen Patienten in ihren Gefühlen in den neun Lebensbereichen nicht signifikant schlechter zu gehen als Patienten, die ausschließlich aufgrund anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen. Damit könnten die COVID-19-Pandemiemaßnahmen, wie beispielsweise die Einschränkungen des öffentlichen Lebens während des Lockdowns oder Quarantäneerfahrungen, als Mitauslösebedingung für das Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie gesehen werden. Es hat sich gezeigt, dass sich die Pandemiemaßnahmen bei diesen Patienten vor allem auf die Gefühle in den Lebensbereichen der körperlichen Gesundheit, der finanziellen Angelegenheiten, der Freizeitaktivitäten, der Freundschaften sowie der Religion/ Spiritualität auswirken. Im Rahmen der Public Health Herausforderungen, zu denen die Minimierung und Früherkennung psychisch manifestierter Leiden gehören, empfiehlt sich ein Ausbau der speziell auf die COVID-19-Pandemie ausgelegten Beratungs- und Unterstützungsangebote. Hierzu zählen beispielsweise die „Corona Sprechstunde“, mittels welcher die durch die Pandemie belasteten Patienten angemessene Hilfsangebote im Zuge einer psychopathologischen Früherkennung erhalten könnten. Aufgrund eines starken Zusammenhangs negativer Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten, die in Verbindung mit den Pandemiemaßnahmen stehen, empfiehlt sich ebenfalls ein Ausbau finanzieller Beratungsmöglichkeiten und Unterstützungskonzepte. Diese Studie konnte keine sicheren Zusammenhänge der Gefühle in den neun Lebensbereichen mit psychopathologischen Symptomen wie Angst-, Stress- oder Depressionssymptomatiken nachweisen. Da jedoch andere Untersuchungen relevante Werte in der durch COVID-19-Pandemie bedingten Entstehung von psychopathologischen Symptomen nachweisen konnten, empfiehlt es sich, weitere Studien durchzuführen. Es empfiehlt sich, psychopathologische Symptome innerhalb der relevanten Lebensbereiche mit einem größeren Stichprobenumfang und ausgeweiteter Messinstrumente umzusetzen. Der geringe Stichprobenumfang von $n = 23$ in

der Gruppe der Patienten, die aufgrund der COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie anderer Faktoren zur ambulanten Psychotherapie kommen, gilt als relevante Limitation dieser Studie und sollte in folgenden Studien berücksichtigt bzw. ausgeweitet werden. Messinstrumente zur Erhebung psychopathologischer Symptome sollten vollständig den Evaluierungskonzepten gemäß angewendet werden. Aufgrund des nicht möglichen Kausalitätsnachweises empfiehlt es sich, in folgenden Studien ein anderes Studiendesign zu wählen. Damit könnte die zeitliche Abfolge des Eintretens von Exposition und Outcome deutlicher unterschieden und bessere Rückschlüsse gezogen werden. Es empfiehlt sich, eine Längsschnittstudie durchzuführen.

Dennoch kann festgehalten werden, dass diese Studie gezeigt hat, dass einige Patienten am IfP behaupten, dass die, im Zuge der COVID-19-Pandemie erlassenen, Maßnahmen ihre psychische Gesundheit negativ mitbeeinflussen. Nach der gesundheitswissenschaftlichen Rahmentheorie der Salutogenese ist eine gute psychische Verfassung eine wichtige Ressource für die Stressorenbewältigung, um das Gesundsein- und Kranksein-Kontinuum positiv zu beeinflussen. Dieses verdeutlicht die Relevanz von dem Ausbau und Angebot von bedarfs- und zielgruppengerechten Präventions- und Unterstützungsprogrammen in der psychotherapeutischen Versorgung, die in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie stehen oder auch mit zukünftigen Pandemien stehen könnten.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt Verlag.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56, 51–60. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0779-y>
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E.-M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a [sic] cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
- Bibi, A., Lin, M., Chi Zhang, X., & Margraf, J. (2020). Psychometric properties and measurement invariance of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 55(6), 916–925. <https://doi.org/10.1002/ijop.12671>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2022). *Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2): Chronik bisheriger Maßnahmen und Ereignisse*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> (Stand: 06.02.2022).
- Bundesregierung (Hrsg.) (2020a, April). *Ab dieser Woche: Maskenpflicht in ganz Deutschland*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/maskenpflicht-in-deutschland-1747318> (Stand: 06.02.2022).
- Bundesregierung (Hrsg.) (2020b, September). *Antwort: Drucksache 19/22034: Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie-Reform und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf die psychotherapeutische Versorgung*. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/220/1922034.pdf> (Stand: 06.02.2022).
- Bundesregierung (Hrsg.) (2022). *Bund-Länder-Beschluss: Corona -Regelungen: Das haben Bund und Länder vereinbart*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-regeln-und-einschrankungen-1734724> (Stand: 06.02.2022).
- Bundeskanzler, Regierungschefinnen, & Regierungschefs der Länder (24. Januar 2022). *Beschluss* [Videoschaltkonferenz]. Berlin, Deutschland. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000838/196ba96d5c9f415faf48dbb9178fc24f/2022-01-24-mpk-beschluss-data.pdf?download=1>

- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., & Schneider, S. (2021). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (Hrsg.) (2018). *Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP): Langversion*. https://www.dgepi.de/assets/Leitlinien-und-Empfehlungen/Leitlinien_fuer_Gute_Epidemiologische_Praxis_GEP_vom_September_2018.pdf (Stand: 06.02.2022).
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (Hrsg.). (2021). *Report Psychotherapie 2021*. primeline print Berlin GmbH.
- Diakonie Hamburg (Hrsg.) (2022). *Schulden: Schulden aus Coronazeit*. <https://www.diakonie-hamburg.de/de/rat-und-hilfe/schulden/Schulden-aus-der-Coronazeit> (Stand: 08.04.2022).
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer-Verlag.
- Dreier, M., Kramer, S., & Stark, K. (2012). Kapitel 17 - Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In Schwartz F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M.L., Busse, R., & Schneider, N. (Hrsg.), *Public Health* (3. Aufl., S. 409–449). Urban & Fischer. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-22261-0.00017-4>
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden* (5., korrigierte Aufl.). Beltz Verlag.
- Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 878–882). [elektronische Version] https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (Stand: 09.04.2022).
- Franzkowiak, P. (2015). Gesundheitswissenschaften / Public Health. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 550–559). [elektronische Version] https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (Stand: 09.04.2022).

- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K. (2018). Gesundheit. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 175–184). [elektronische Version]
https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (Stand: 09.04.2022).
- Gerdau-Heitmann, C., Mümken, S., Eberhard, S., & Koppelin, F. (2017). Psychische Störungen im Erwerbsalter: Ermittlung der administrativen Inzidenz und Prävalenz sowie regionale Unterschiede in Niedersachsen anhand von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *60*, 1346–1355. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2638-2>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, *50*(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171> (Stand: 06.02.2022).
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(2), 227–239.
<https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hinz, A., Klein, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G., Wirkner, K., & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal Of Affective Disorders*, *210*, 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.012>
- Hinz, A., Mitchell, A. J., Dégi, C. L., & Theuerkauf-Mehnert, A., (2019). Normative values for the distress thermometer (DT) and the emotion thermometers (ET), derived from a German general population sample. *Quality of Life Research*, *28*, 277–282.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-2014-1>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielsek, J., & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, *87*(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jacobi, F., & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen: Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut*, *58*, 191–206.
<https://doi.org/10.1007/s00278-013-0962-z>

- Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Höfler, M., Siegert, J., Bürkner, A., Preiss, S., Spitzer, K., Busch, M., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2013a). The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(2), 83–99.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1387>
- Kulzer, B., Lüthgens, B., Landgraf, R., & Hermanns, N. (2015). Diabetes bezogene Belastungen, Wohlbefinden und Einstellungen von Menschen mit Diabetes. Deutsche Ergebnisse der DAWN2™-Studie. *Der Diabetologe*, 11, 211–218. <https://doi.org/10.1007/s11428-015-1335-8>
- Kuehner, C., Schultz, K., Gass, P., Meyer-Lindenberg, A., & Dreßing, H. (2020). Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis*, 47(7), 361–369. <https://doi.org/10.1055/a-1222-9067>
- Kocalevent, R., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 551–555. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.04.006>
- Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (o. J.). *Die Maslowsche Bedürfnispyramide. Motivation und Bedürfnisse des Menschen*. https://www.lpb-bw.de/fileadmin/Abteilung_III/jugend/pdf/ws_beteiligung_dings/2017/ws6_17/maslowsche_beduerfnispyramide.pdf (Stand: 06.02.2022).
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Löwe, B., Kroenke, K., & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 163–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.006>
- Manchia, M., Gathier A. W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T., Bission, J. I., Cryan, J F., Howes O. D., Pinto, L., van der Wee, N. J., Domschke, K., Branchi, I., & Vinkers, C. H. (2022). The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European Neuropsychopharmacology*, 55, 22–83. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
<https://doi.org/10.1037/h0054346>

- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Springer-Verlag.
- Nilges, P., & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen: Der DASS – ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 29, 649–657.
<https://doi.org/10.1007/s00482-015-0019-z>
- Peters, A., Rospleszcz, S., Greiser, K. H., Dallavalle, M., & Berger, K. (2020). COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit: Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(50), 861–867.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0861>
- Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y., Sarganas, G., & Starker, A. (2021). Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 49–71.
<https://doi.org/10.25646/8554>
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2021). *Epidemiologischer Steckbrief zu SRAS-CoV-2 und COVID-19*.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=7A8FE063C9B95D9F406BD29DF93A1AF5.internet091?nn=2386228#doc13776792bodyText8 (Stand: 06.02.2022).
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., & Riedel-Heller, S. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein [sic] Rapid Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 179-189.
<https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>
- Rosenbrock, R. (2001). Was ist New Public Health?. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44, 753–762.
<https://doi.org/10.1007/s001030100231>
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F., & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 3–23.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111.2>
- Scheidt-Nave, C. (2010). Chronische Erkrankungen – Epidemiologisches Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Public Health Forum*, 66(18), 2–4.
<https://doi.org/10.1016/j.phf.2009.12.002>

- Skoda, E.-M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., Musche, V., Weismüller, B., Benecke, A., Kohler, H., Junne, F., Graf, J., Bäuerle, A., & Teufel, M. (2021). Veränderungen der psychischen Belastungen in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *64*, 322–333. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0>
- Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Identifying depression in the general population – a comparison of PHQ-9, PHQ-8 and PHQ-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *58*(1), 3–10. <https://doi.org/10.13109/zptm.2012.58.1.3>
- Strauß, B., Berger, U., & Rosendahl, J. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut*, *66*(3), 175–185. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>
- Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J., & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungslage nicht ab?. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *62*, 128–139. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>
- Troger, H. (2018). *Die Führungskraft als Personalmanager: Eine neue Rollenverteilung zwischen Führungskräften und HR-Management*. Springer Gabler.
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2022). *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19)*. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> (Stand: 06.02.2022).
- Winkler, J., Masah, D. J., Moran, J. K., Bretz, J., Tsagkas, I., Goldschmidt, T., & Schouler-Ocak, M. (2021). Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Nervenarzt*, *92*(3), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01056-y>
- World Health Organization (Hrsg.) (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis> (Stand: 06.02.2022).

Anhang

Anhang 1: Bewertung der Ethikkommission



Lokale Psychologische Ethikkommission
am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Lokale Psychologische Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK)

Prof. Dr. Simone Kühn
Vorsitzende der Lokalen
Psychologischen Ethikkommission
Martinistraße 52
20246 Hamburg

skuehn@uke.de

www.uke.de

Dr. Rer. Nat. Klaus Michael Reiningger
Schopstr. 10
20255 Hamburg

Hamburg, d. 14.10.2021

**LPEK-0383: Inwiefern beeinflusste die COVID-19-Pandemie das
Aufsucheverhalten einer ambulanten Psychotherapie am IfP? Eine
retrospektive Befragung von Patient:innen des IfP**

Sehr geehrte/r Dr. Rer. Nat. Klaus Michael Reiningger,

die Ethikkommission hat ihr oben bezeichnetes vorgelegtes Projekt beraten.
Das Vorhaben entspricht den ethischen und fachrechtlichen Anforderungen. Die Ethikkommission stimmt dem
Vorhaben zu.

Die Kommission weist darauf hin, dass die Verantwortung des Versuchsleiters für das Forschungsvorhaben und
seine Durchführung durch das obige Votum der Kommission nicht berührt wird.

Die Ethikkommission bittet um Unterrichtung über alle schwerwiegenden oder unerwarteten Ereignisse, die
während der Studie auftreten und die die Sicherheit der Studienteilnehmer gefährden, in Verbindung mit Ihrer
Stellungnahme.

Des Weiteren geht die Kommission davon aus, dass die personenbezogenen Daten den
datenschutzrechtlichen Vorschriften entsprechend behandelt werden. Datenschutzrechtliche Aspekte von
Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Diese Bewertung
ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen betrieblichen oder behördlichen Datenschutzbeauftragten.

Mit besten Grüßen im Auftrage der Kommission

Dieses Dokument wurde digital signiert und ist ohne Unterschrift gültig.

Gerichtsstand: Hamburg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
USt-Id: DE 21 8618 948

Bank: HSH Nordbank | BIC: HSHNDE33
BLZ: 210 500 00 | Konto: 104 364 000
IBAN: DE97 2105 0000 0104 3640 00

Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Burkhard Göke (Vorstandsvorsitzender)
Blanche Schweappach-Pignataro | Joachim Pröhl | Maria Verdel



Universitätsklinikum
Hamburg Eppendorf

Seriennummer: A120

Datum: _____

4. Sollte es Ihrer Meinung nach mehr ambulante Psychotherapieplätze in Hamburg geben?

Nein, es ist gut so wie es ist	Es ist mir egal	Ja, auf jeden Fall
<input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3		

 5. Aus welchem Anlass haben Sie sich damals für die ambulante Psychotherapie angemeldet?

- 1 Die Corona Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen lösten damals einen Leidensdruck aus und waren der Grund für die Anmeldung zu der ambulanten Psychotherapie.
- 2 Die Corona Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen sowie andere persönliche Faktoren spielten damals eine Rolle bei der Anmeldung zu der ambulanten Psychotherapie.
- 3 Die Corona Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen spielten keine Rolle bei der Anmeldung zu der ambulanten Psychotherapie.

 6. Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich damals (zum Zeitpunkt der Anmeldung) in den folgenden Lebensbereichen gefühlt haben. Wir bitten Sie weiterhin, darunter anzugeben, ob Sie diese Gefühle auf die Corona Pandemie zurückführen.

Meine damaligen Gefühle, bezogen auf mein/ e:

1. körperliche Gesundheit, waren...

Sehr unangenehm bis negativ	Weder angenehm noch unangenehm	Sehr angenehm bis positiv
<input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3		

 ↓
 Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:

Trifft überhaupt nicht zu	Weder noch	Trifft voll zu
<input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3		

2. mentale Gesundheit, waren...

Sehr unangenehm bis negativ	Weder angenehm noch unangenehm	Sehr angenehm bis positiv
<input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3		

 ↓
 Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:

Trifft überhaupt nicht zu	Weder noch	Trifft voll zu
<input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3		

Meine damaligen Gefühle, bezogen auf mein/ e:

3. finanziellen Angelegenheiten, waren...

Sehr unangenehm bis negativ	Weder angenehm noch unangenehm	Sehr angenehm bis positiv
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:
Trifft überhaupt nicht zu

Trifft überhaupt nicht zu	Weder noch	Trifft voll zu
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

4. Freizeitaktivitäten/ Hobbys, waren...

Sehr unangenehm bis negativ	Weder angenehm noch unangenehm	Sehr angenehm bis positiv
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:
Trifft überhaupt nicht zu

Trifft überhaupt nicht zu	Weder noch	Trifft voll zu
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

5. Familienumfeld, waren...

Sehr unangenehm bis negativ	Weder angenehm noch unangenehm	Sehr angenehm bis positiv
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:
Trifft überhaupt nicht zu

Trifft überhaupt nicht zu	Weder noch	Trifft voll zu
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3

Meine damaligen Gefühle, bezogen auf mein/ e:

6. Freundschaften, waren...

Sehr unangenehm bis negativ			Weder angenehm noch unangenehm			Sehr angenehm bis positiv		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:

Trifft überhaupt nicht zu			Weder noch			Trifft voll zu		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

7. Arbeit/ Beruf, waren...

Sehr unangenehm bis negativ			Weder angenehm noch unangenehm			Sehr angenehm bis positiv		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:

Trifft überhaupt nicht zu			Weder noch			Trifft voll zu		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

8. Partnerschaft, waren...

Sehr unangenehm bis negativ			Weder angenehm noch unangenehm			Sehr angenehm bis positiv		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

↓
Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:

Trifft überhaupt nicht zu			Weder noch			Trifft voll zu		
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3		

Meine damaligen Gefühle, bezogen auf mein/ e:

9. Spiritualität/ Religion, waren...

Sehr unangenehm bis negativ Weder angenehm noch unangenehm Sehr angenehm bis positiv

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

↓

Meine damaligen Gefühle waren in diesem Bereich durch die Corona Pandemie und deren Folgen beeinflusst:
Trifft überhaupt nicht zu Weder noch Trifft voll zu

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

6. Wie äußerten sich diese Belastungen damals in ihrem psychischen Befinden? Kreuzen Sie bitte an, wie zutreffend die folgenden Aussagen, bei der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie, für Sie waren.

	Traf gar nicht auf mich zu	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
1. Ich fand es schwer mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Ich konnte keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Ich empfand das Leben als sinnlos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. das Gefühl von Herzsrasen und Herzstolpern).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Seriennummer: A120

Datum: _____

7. Welche Bedeutung hat die ambulante Psychotherapie heute für Sie?

Sie ist mir gar nicht wichtig		Sie ist mir weder wichtig noch unwichtig			Sie ist mir sehr wichtig
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

8. Aus heutiger Sicht geht es mir...

deutlich schlechter als vor der Therapie	schlechter als vor der Therapie	etwas schlechter als vor der Therapie	genauso wie vor der Therapie	etwas besser als vor der Therapie	besser als vor der Therapie	deutlich besser als vor der Therapie
<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> +3

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Anhang 3: Informationsblatt



Dieser Zettel ist für Ihre
persönlichen Unterlagen bestimmt!

Die COVID-19 Umfrage am Institut für Psychotherapie (IfP)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um unseren „Covid-19-Fragebogen“ auszufüllen!

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, genauer herauszufinden, inwiefern die Corona Pandemie einen Einfluss auf Ihre ambulante Psychotherapie hat. Dafür möchten wir gerne wissen, aus welchem Anlass Sie sich bei uns angemeldet haben und wie wichtig Ihnen die Psychotherapie ist. Weiterhin fragen wir Sie auch, in welchen Lebensbereichen Sie sich möglicherweise durch die mit der Corona Pandemie einhergehenden Maßnahmen (Lockdown, Maskenpflicht, etc.) belastet fühlen und wie sich diese Belastungen bei Ihnen äußern. Wir möchten aus den gewonnenen Daten überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen den hier genannten Variablen und der Corona Pandemie gibt. Damit könnten wir auch Rückschlüsse auf den aktuellen Bedarf an Psychotherapeut:innen ziehen sowie die individuellen Folgen der Pandemie genauer beschreiben.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ihre Daten sind für die Auswertung anonymisiert, d.h. Ihr Name taucht nicht auf den Fragebögen auf und wir können zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Dennoch befindet sich auf Ihrem Fragebogen eine kleine Seriennummer, dies ist in Ihrem Fall die Seriennummer:

A80

Diese Seriennummer haben wir erstellt, damit Sie zu jeder Zeit die Möglichkeit haben, Ihre Teilnahme an der Studie zu widerrufen. Sie können uns eine E-Mail senden und dort die Seriennummer mit der Bitte um Löschung Ihrer Daten nennen. Sie können uns auch einen Brief hierfür schreiben und müssen lediglich diese Seriennummer angeben. Es entstehen Ihnen hierdurch keinerlei Nachteile. Wir würden Sie bitten, die beiliegende Einverständniserklärung auszufüllen und uns diese zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen zurückzugeben.

Wir bedanken uns sehr für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Team vom IfP

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung. Melden Sie sich hierfür bitte bei:

Dr. Klaus Michael Reiningger
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Ambulanzleitung Institut für Psychotherapie (IfP)
Martinistraße 52
Gebäude W37, Altbau, Raum 6011a
20246 Hamburg
m.reiningger@uke.uni-hamburg.de

Anhang 4: Einverständniserklärung



Einverständniserklärung zur Teilnahme an der COVID-19 Umfrage am Institut für Psychotherapie (IfP)

Mit meiner Unterschrift stimme ich der anonymisierten Verarbeitung und Auswertung der Fragebögen sowie einer anonymisierten Speicherung der Daten für 10 Jahre zu.
Weiterhin gestatte ich, dass meine Diagnose/ n in der Studie berücksichtigt werden darf/ dürfen.

Name in DRUCKBUCHSTABEN

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 5: Unterschiedsstatistik für Hypothese II

Tabelle 4: Mann-Whitney-U-Test zwischen den einzelnen Lebensbereichen (differenziert nach dem Anlass der Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie).

Item	Gruppe 2**		Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit			Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit			Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten			Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/Hobbys			Gefühle im Bereich Familienumfeld			Gefühle im Bereich Freundschaft			Gefühle im Bereich der Arbeit			Gefühle im Bereich der Partnerschaft			Gefühle im Bereich der Religion/Spiritualität		
	n	Mdn	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p
			31			31			31			30			30			30			30			29			29		
Gruppe 1*			-1			-2			-1			-1			-1			0			-1			0			0		
	n	Mdn	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p
Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit	23	-1	306	-90	369																								
Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit	23	-2				323	-61	535																					
Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten	23	0							278	-128	201																		
Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/Hobbys	23	-1										294	-92	351															
Gefühle im Bereich Familienumfeld	23	-2												277	-123	214													
Gefühle im Bereich Freundschaft	23	-1														324	-37	702											
Gefühle im Bereich der Arbeit	23	-2																260	-155	120									
Gefühle im Bereich der Partnerschaft	23	-3																			330	-56	955						
Gefühle im Bereich der Religion/Spiritualität	22	0																								258	-172	08	

Anmerkung. * COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie andere Faktoren waren der Psychotherapieanlass. ** Nur andere Faktoren waren der Psychotherapieanlass.

Anhang 6: Korrelationen für Hypothese II (Anlass Psychotherapie: Andere Faktoren)

Tabelle 5: Spearman-Korrelationen zwischen den Gefühlen der einzelnen Lebensbereiche und dessen Zurückführung auf die COVID-19-Pandemie (Patienten, die nur aufgrund anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).

Item	Gefühle im jeweiligen Lebensbereich sind zurückzuführen auf die COVID-19-Pandemiemaßnahmen		
	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit	31	04	775
Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit	31	08	621
Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten	30	- 29	126
Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/ Hobbys	30	08	676
Gefühle im Bereich Familienumfeld	30	22	251
Gefühle im Bereich Freundschaft	30	06	770
Gefühle im Bereich der Arbeit des Berufs	30	- 16	413
Gefühle im Bereich der Partnerschaft	29	05	801
Gefühle im Bereich der Religion/ Spiritualität	29	- 05	809

Anmerkung. *Auf dem Signifikanzniveau $p = 05$ zweiseitig signifikant

Anhang 7: Unterschiedsstatistik für Hypothese III

Tabelle 6: Mann-Whitney-U-Test zwischen den DASS-Skalen (differenziert nach dem Anlass für die Anmeldung zur ambulanten Psychotherapie).

Item	Gruppe 2**		DASS_global			DASS_D			DASS_A			DASS_S		
	n	Mdn	U	z	p	U	z	p	U	z	p	U	z	p
			30			30			30			30		
Gruppe 1*			1 3			1 5			1 3			1 8		
DASS_global	23	1 6	289	-1 01	314									
DASS_D	23	1 5				321	- 43	670						
DASS_A	23	1 5							320	- 44	651			
DASS_S	23	2										295	- 91	364

Anmerkung. * COVID-19-Pandemiemaßnahmen sowie andere Faktoren waren der Psychotherapieanlass. ** Nur andere Faktoren waren der Psychotherapieanlass.

Anhang 8: Korrelationen für Hypothese III (Anlass Psychotherapie: Andere Faktoren)

Table 7: Spearman-Korrelationen zwischen den Lebensbereichen und den DASS-Skalen (Patienten, die nur aufgrund anderer Faktoren eine ambulante Psychotherapie aufsuchen).

Item	DASS_global (Gesamtskala)			DASS_D (Depressionsskala)			DASS_S (Stressskala)			DASS_A (Angstskala)		
	<i>n</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Gefühle im Bereich körperliche Gesundheit	30	-10	607	30	-18	353	30	-02	920	30	-07	725
Gefühle im Bereich mentaler Gesundheit	30	-.41*	.020	30	-.42*	.022	30	-36	052	30	-33	064
Gefühle im Bereich finanzieller Angelegenheiten	30	-29	122	30	-.41*	.025	30	-27	132	30	-16	413
Gefühle im Bereich der Freizeitaktivitäten/ Hobbys	30	02	923	30	-12	530	30	04	792	30	21	272
Gefühle im Bereich Familienumfeld	30	-25	160	30	-10	563	30	-34	056	30	-15	415
Gefühle im Bereich Freundschaft	30	-32	090	30	-34	067	30	-29	127	30	-1	587
Gefühle im Bereich der Arbeit des Berufs	30	03	896	30	-13	502	30	0	993	30	08	634
Gefühle im Bereich der Partnerschaft	29	-26	180	29	-32	094	29	-27	158	29	-10	623
Gefühle im Bereich der Religion/ Spiritualität	29	-30	117	29	-35	183	29	-17	380	29	-18	324

Anmerkung. *Auf dem Signifikanzniveau $p = .05$ zweiseitig signifikant

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unt

