



**Klinik  
Wollmarshöhe**

## **Wirkimpulse und Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie und ihres Managements**

Eine Befragungs- und Beobachtungsstudie von  
stationär behandlungsbedürftig gewordenen Patienten  
in einer psychosomatischen Fachklinik

**Kilian Mehl**  
**Klinik Wollmarshöhe (Hrsg.)**

# **Wirkimpulse und Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie und ihres Managements**

Eine Befragungs- und Beobachtungsstudie von  
stationär behandlungsbedürftig gewordenen Patienten  
in einer psychosomatischen Fachklinik

**Kilian Mehl**  
**Klinik Wollmarshöhe (Hrsg.)**



**Klinik  
Wollmarshöhe**

Dr. med. Kilian Walter Mehl  
Klinik Wollmarshöhe  
Privates Fachkrankenhaus für psychosomatische  
und internistische Medizin  
[www.wollmarshoeche.de](http://www.wollmarshoeche.de)

### Abstract

Die Befragungs- und Beobachtungsstudie umfasst 420 Patienten,<sup>1</sup> die während der SARS-CoV-2-Pandemie stationär behandlungsbedürftig wurden (86 % aller Aufnahmen). Es handelt sich um eine für die Allgemeinbevölkerung nicht repräsentative Patientenstichprobe. Sie zeigt, dass die Belastungen der Patienten, die gemäß der Definition der *International Classification of Diseases 10 (ICD-10)* direkte Ursachen von Anpassungsstörungen (ICD-10, F43) sind, überwiegend mit dem Corona-Management in Zusammenhang standen.

Bei psychisch oder psychosomatisch vorbelasteten/vorerkrankten Patienten führten diese Belastungen zur Manifestation und/oder Exacerbation eines schon bestehenden Beschwerdebildes, sodass sie stationär psychisch oder psychosomatisch behandlungsbedürftig wurden. Im Wesentlichen handelte es sich um Störungen gemäß ICD-10 F3 und F4. Die so prädisponierten Patienten, vorher nur in ambulanter Behandlung, wurden durch Zusatzbelastungen, vordergründig verursacht durch das Corona-Management, stationär behandlungsbedürftig. Belastungen durch akute oder vergangene Infektion mit Covid-19 oder Angst vor einer Erkrankung daran hatten hier keine Relevanz.

In der Stichprobe kamen also fast keine Patienten ohne schon vor der Pandemie bestehende psychische Vorbelastungen/Vorerkrankungen vor; entsprechend spielten auch in der Studie solche Patienten keine signifikante Rolle. Demzufolge kann angenommen werden, dass Belastungen durch das Infektionsgeschehen samt Corona-Management bei einem gesunden und nicht psychisch oder psychosomatisch vorbelasteten/vorerkrankten Bevölkerungsklientel nicht zu stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen geführt hatten. Dies soll aber nicht heißen, dass die Pandemie und das dazugehörige Management für die Allgemeinbevölkerung keine Belastungssituation darstell(t)en.

Stationär behandlungsbedürftig durch zusätzliche Belastungen, verursacht durch die Pandemie und das Corona-Management, wurden etwa gleich viele psychisch oder psychosomatisch vorbelastete/vorerkrankte Frauen (23,51 %) und Männer (21,96 %) aller Befragten, zusammen ca. fast die Hälfte der explorierten Patienten.

Mögliche Langzeitfolgen auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung, auch durch sich verändernde gesellschaftliche Umstände, können durch diese Studie nicht beurteilt oder eingeschätzt werden; sie zu untersuchen, bleibt künftigen Forschungsstudien vorbehalten.

---

<sup>1</sup> In der männlichen Form sind alle anderen Geschlechter einbezogen; für eine bessere Lesbarkeit wird auf die Einzelnennung verzichtet.

## Einleitung

Ziel der Studie war es, in Erfahrung zu bringen, inwiefern es bei der aufgenommenen Patientenklientel durch die SARS-CoV-2-Pandemie zu einer Manifestation einer vormals latenten Erkrankung, einer Verschlimmerung eines schon bestehenden psychischen oder psychosomatischen Beschwerdebildes oder einer Dekompensation bei akzentuierter psychisch vulnerabler Persönlichkeitsstruktur gekommen war. Hierzu wurde über einen Zeitraum von ca. einem Jahr (April 2020 bis Mai 2021) eine systematische Befragung bei der Patientenaufnahme durchgeführt.

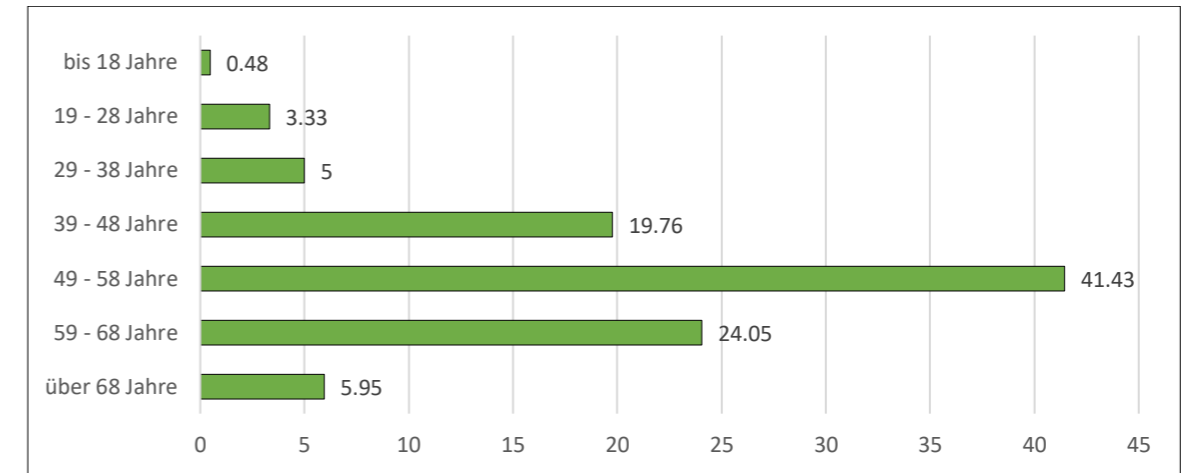
## Beschreibung der Stichprobe

N			
<b>Geschlecht</b>	420	weiblich (%)	50
<b>Alter</b>	420	M (SD)	53,01 (11,54)
<b>Diagnose</b>	420	F3 (%)	59,45
		F4 (%)	38,31
		andere (%)	2,24
<b>Familienstand</b>	415	verheiratet (%)	56,15
		ledig (%)	22,27
		andere (%)	21,58
<b>Schulbildung</b>	420	Abitur (%)	73,1
<b>Berufsabschluss</b>	420	FH/Uni (%)	67,38
<b>Problemdauer</b>	420	Unter 1 Jahr (%)	28,81
		bis 5 Jahre (%)	40,24
		über 5 Jahre (%)	30,95
<b>KPD-38-Gesamtwert<sup>2</sup></b>	420	bei Aufnahme M (SD)	2,94 (0,42)
	398	bei Entlassung M (SD)	2,36 (0,5)

Abb. 1: Zusammenfassung der Stichproben-Ergebnisse.

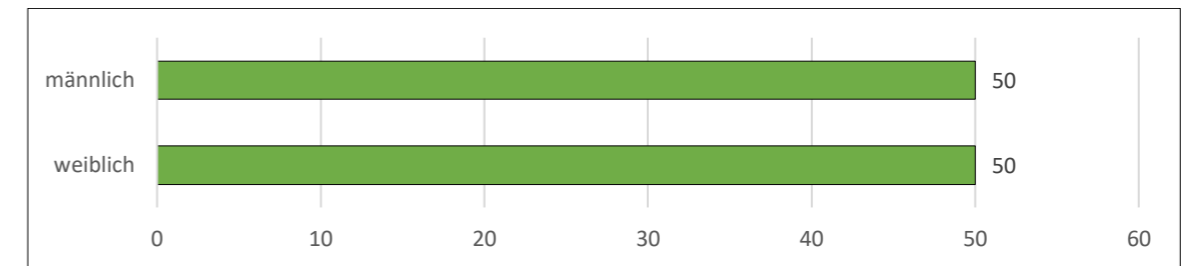
<sup>2</sup> KPD = Klinisch Psychologisches Diagnosesystem (KPD-38); vgl. zur Erläuterung Anm. 3.

## Soziodemographische Angaben



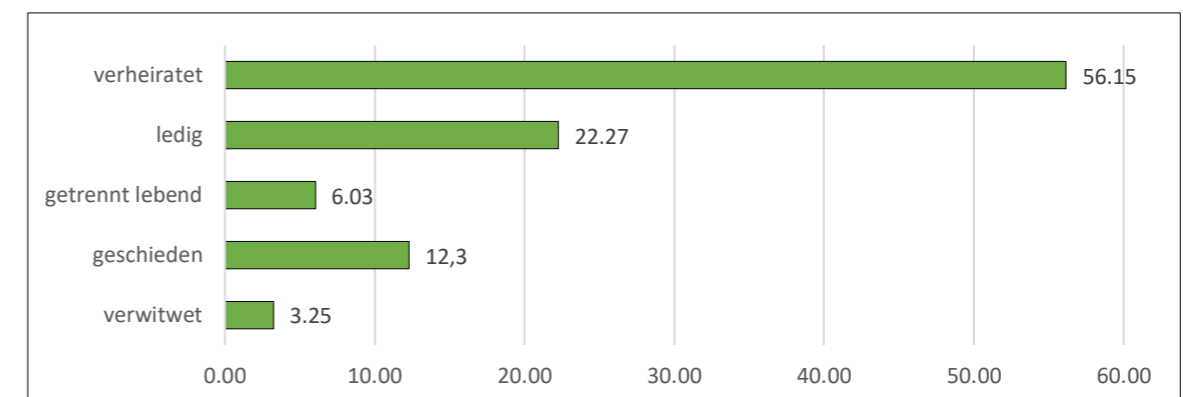
N = 420; M = 53,01; SD = 11,54

Abb. 2: Alter der Patienten laut Aufnahmebefragung (in %).



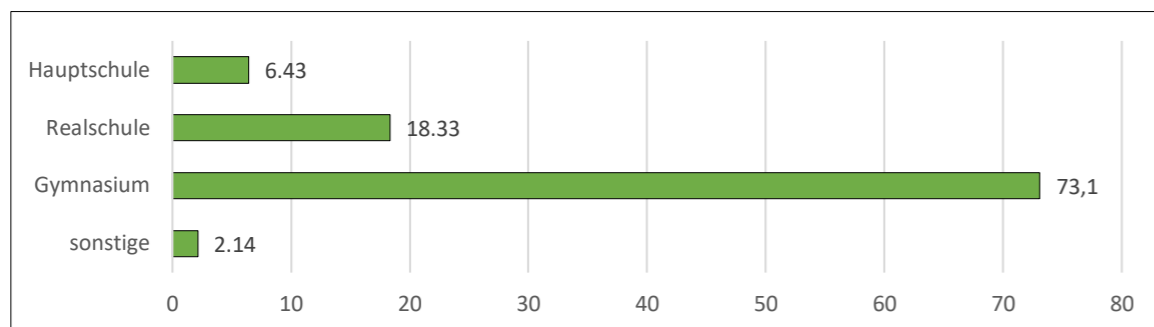
N = 420

Abb. 3: Geschlecht der Patienten laut Aufnahmebefragung (in %).

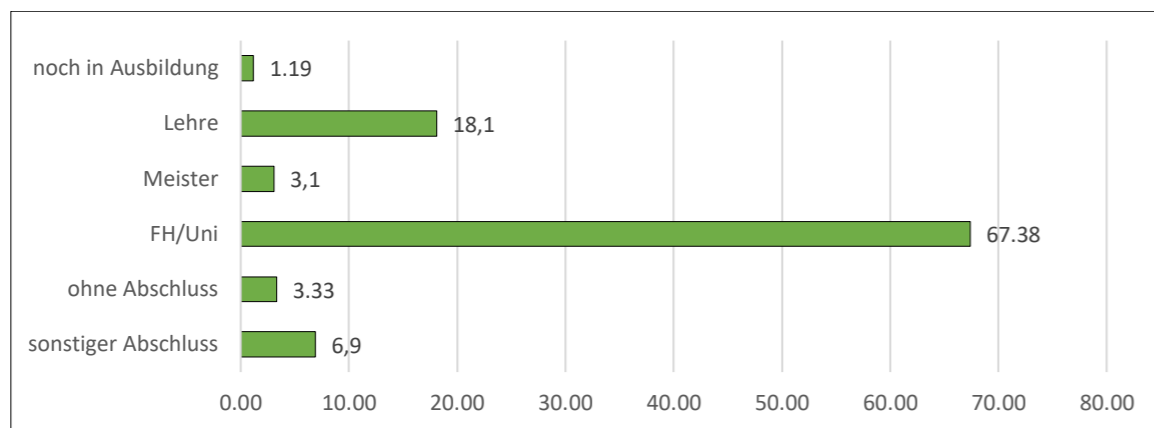


N = 415

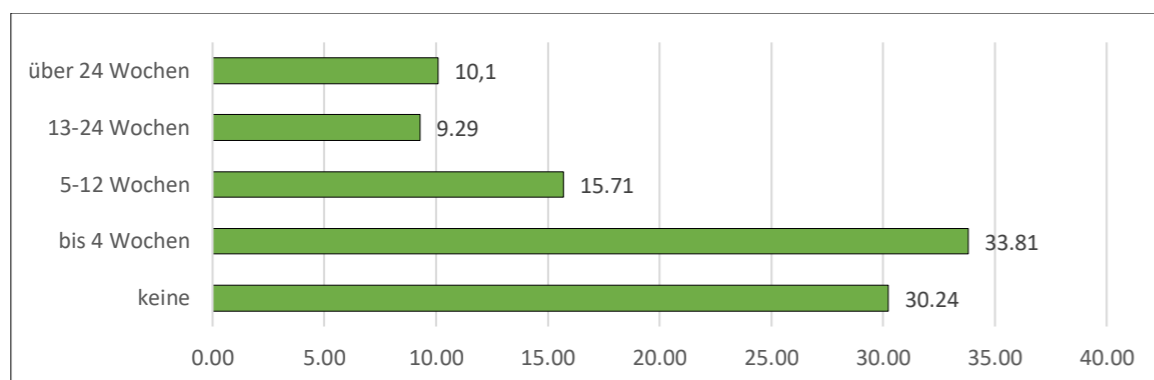
Abb. 4: Familienstand der Patienten laut Aufnahmebefragung (in %).



N = 420  
Abb. 5: Schulbildung der Patienten laut Aufnahmebefragung (in %).



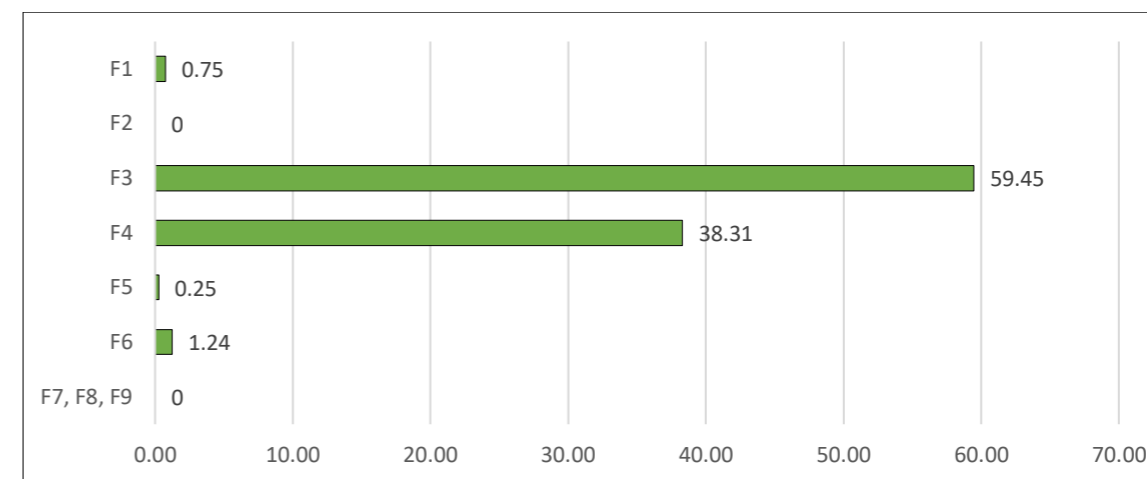
N = 420  
Abb. 6: Höchster Berufsabschluss der Patienten laut Aufnahmebefragung (in %).



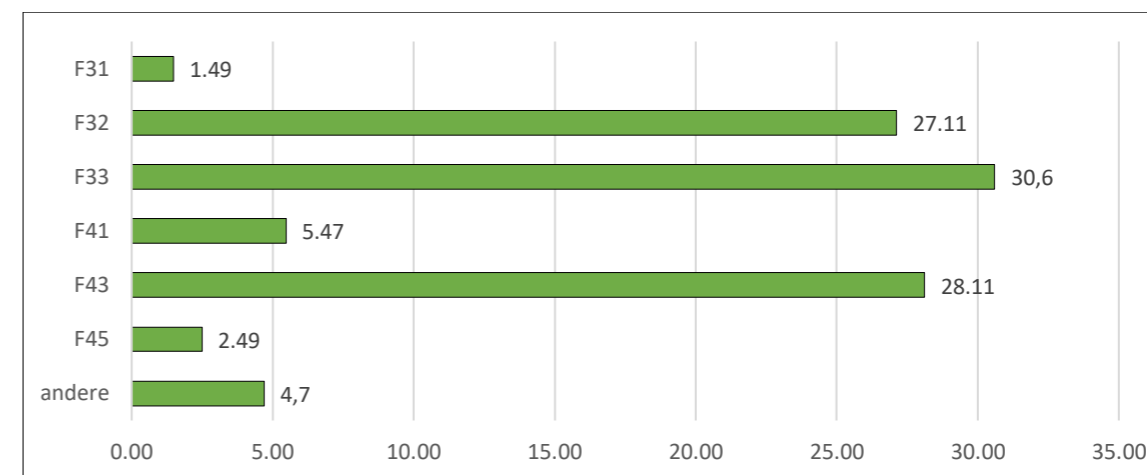
N = 420  
Abb. 7: Dauer der Arbeitsunfähigkeit der Patienten bei Aufnahme laut Befragung (in %).

Der Anteil der Patienten, die arbeitsunfähig (mit einer formellen Bescheinigung) in die Klinik kommen, liegt bei 68,91 %.

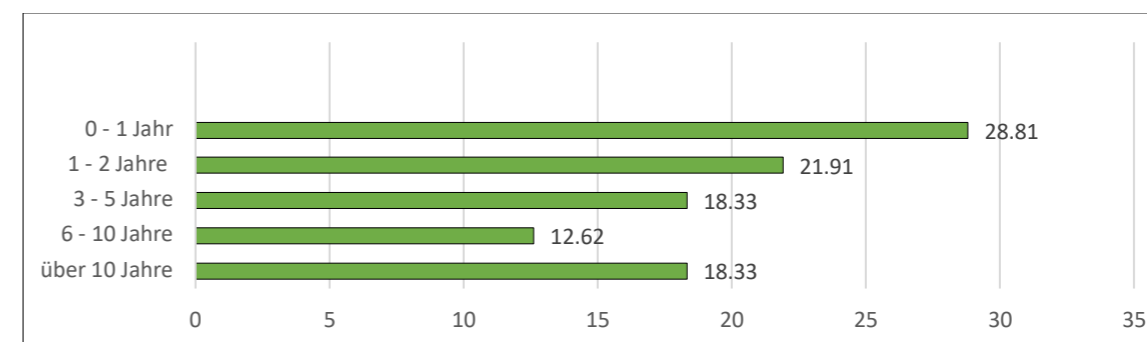
## Behandlungsdiagnosen



N = 420  
Abb. 8: Erstdiagnosen der Therapeuten bei Aufnahmebefragung (in %).



N = 420  
Abb. 9: Spezifische Erstdiagnosen der Therapeuten bei Aufnahmebefragung (in %).



N = 420  
Abb. 10: Krankheitsdauer der Patienten bei Aufnahmebefragung (in %).

KPD-38 Skala <sup>3</sup>	Aufnahme N = 420 M (SD)	Entlassung N = 398 M (SD)
Körperbezogene Beeinträchtigung	2,92 (0,7)	1,9 (0,68)
Psychische Beeinträchtigung	3,06 (0,49)	2,57 (0,59)
Soziale Probleme	2,71 (0,56)	2,42 (0,58)
Handlungskompetenz	2,83 (0,54)	2,42 (0,56)
Allgemeine Lebenszufriedenheit	3,17 (0,66)	2,47 (0,73)
<b>Gesamt</b>	<b>2,94 (0,42)</b>	<b>2,36 (0,5)</b>

Abb. 11: Beeinträchtigung der Patienten laut KPD-38.<sup>4</sup>

### Methode

Die Studienteilnehmer wurden am Folgetag der Aufnahme mit Blick auf das Frageergebnis ein zweites Mal eine halbe Stunde lang zum Grund ihrer Aufnahme und ihres Beschwerdebildes nach folgendem Schema befragt:

Erwähnten die Patienten nichts bzgl. der Corona-Pandemie oder ihres Managements gingen wir davon aus, dass die Belastungen hierdurch geringfügig, nicht vorhanden und zumindest aus Sicht des Patienten als Erkrankungsauslöser bzw. -verstärker unwesentlich waren, und sprachen sie deshalb nicht explizit darauf an. Erwähnten die Patienten jedoch von sich aus Probleme oder Belastungen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 und/oder dem Corona-Management sowie damit verbundenen Auswirkungen wurden folgende Fragen gestellt:

- Was genau belastet Sie im Zusammenhang mit Corona?
- Glauben Sie, dass dies der Hauptgrund für Ihre stationäre Aufnahme ist?
- Glauben Sie, dass Corona oder das Corona-Management einen wesentlichen Einfluss auf Ihre Erkrankung hat?
- Glauben Sie, dass ohne die Pandemie und das dazugehörige Management Sie nicht stationär behandlungspflichtig geworden wären?

<sup>3</sup> Das KPD-38 bildet das Kerninstrument für die Qualitätssicherung und das Ergebnismonitoring nach dem „Stuttgart-Heidelberger Modell“. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die fünf Subskalen „allgemeines körperliches Befinden“, „psychische Beschwerden“, „soziale Probleme“, „Handlungskompetenz“ und „Lebenszufriedenheit“ betrachtet. – Die Bewertung des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Gesundheit erfolgt nach dem bereits für die anderen Änderungsdimensionen explizierten Prinzip der „reliablen“ bzw. „klinisch bedeutsamen“ Veränderung.

<sup>4</sup> Vgl. dazu Anm. 3.

Erhobene Angaben wurden mit den soziodemographischen Angaben korreliert; dabei wurden drei Kategorien gebildet:

1. Patienten ohne Angabe von/zu Corona und der Angabe „Hatte keinen Einfluss auf meine stationäre Aufnahme“
2. Corona und/oder das Corona-Management hat/haben meine Erkrankung wesentlich beeinflusst bzw. die stationäre Aufnahme ausgelöst
3. Angaben von Frauen und Männern

Bei der Erhebung der Daten spielten erklärte Impfverweigerer oder sog. „Querdenker“ statistisch keine Rolle. Die Anzahl erfasster Frauen und Männer waren annähernd gleich groß (184/202); ihre Angaben wurden jeweils getrennt erfasst.

### Ergebnisse

In der folgenden Tabelle/Grafik sind jeweils die Frauen und Männer der Stichprobe erfasst, die angaben, Corona und/oder das Corona-Management hätte/n einen wesentlichen Einfluss auf ihre Erkrankung gehabt bzw. die stationäre Aufnahme ausgelöst.

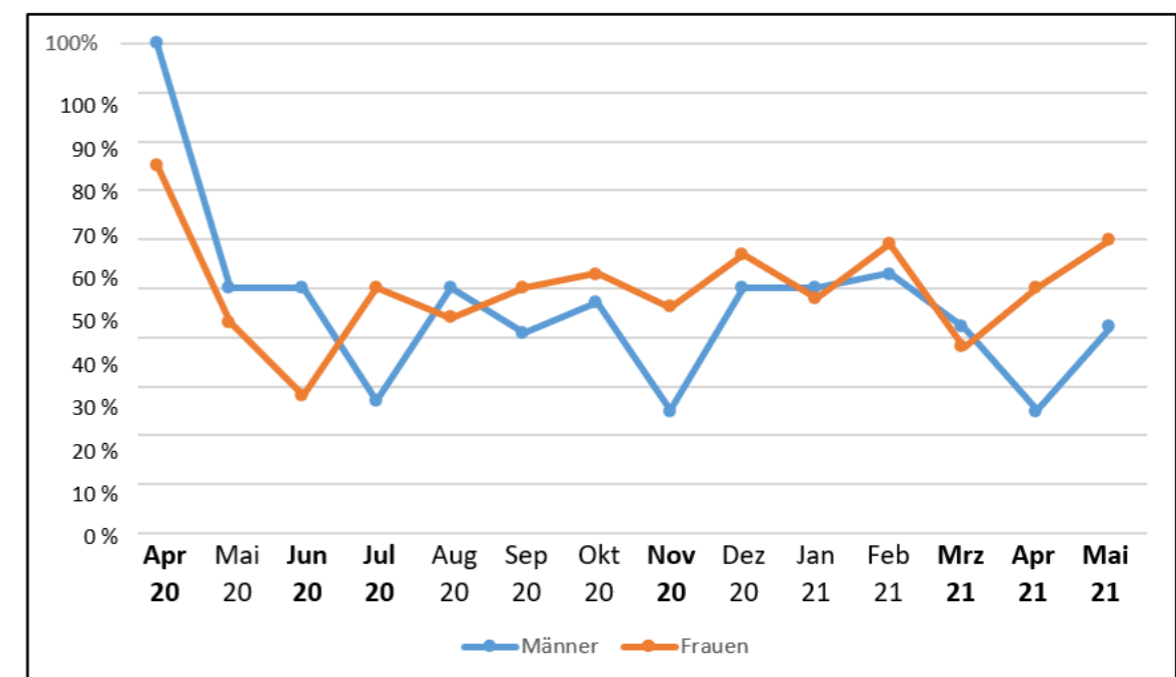


Abb. 12: Pandemie/Corona-Management als Einflussfaktor bzw. Auslöser der Erkrankung laut Aufnahmebefragung (nach Geschlecht, je Monat, in %).

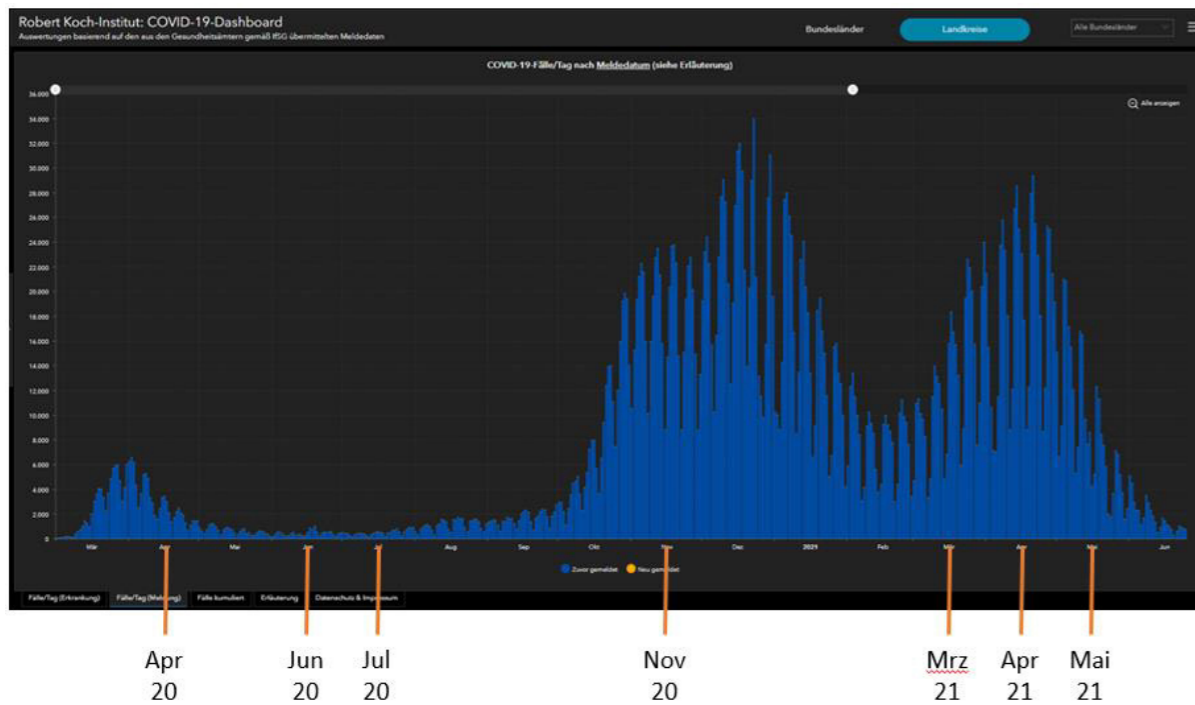


Abb. 13: COVID-19-Infektion gemeldet pro Tag (Robert-Koch-Institut) von März 2020 bis Juni 2021.<sup>5</sup>

### Interpretation der Befragungsergebnisse und Kurvenverläufe<sup>6</sup>

Ab April 2020 ging die Belegung der Klinik kontinuierlich zurück. Bis Mai gab es einen signifikanten Belegungseinbruch. Seit Beginn der Corona-Pandemie kamen nur sehr schwer kranke oder akut dekompensierte Patienten. Aus der späteren Befragung geht hervor, dass im Wesentlichen die Angst vor Ansteckung in einer Klinik oder davor, sich überhaupt in eine Arztpraxis für eine Einweisung zu begeben, eine stationäre Aufnahme verhinderte.

Ab Mai 2020 und in der Folge gaben ca. 50 % der befragten aufgenommenen Patienten (Frauen etwa 25 % und Männer 25 %) an, dass Corona ihre Erkrankung wesentlich beeinflusst bzw. eine stationäre Aufnahme ausgelöst habe. Fast alle Patienten berichteten darüber, dass sie schon vor Ausbruch der Pandemie belastet waren oder psychische Probleme hatten und Corona bzw. das Corona-Management nur noch das „Tüpfelchen auf dem i“ gewesen wäre.

Aufgenommene Patienten ohne psychische oder psychosomatische Vorerkrankung/Vorbelastung kamen unter den Befragten nur unwesentlich vor. Direkt durch eine Corona-Erkrankung betroffene Patienten oder solche mit daraus resultierenden direkten körperlichen oder organmedizinisch erklärbaren physischen oder psychischen Störungen hatten für die Stichprobe keine Relevanz. Das heißt, weder Corona noch das Pandemie-Management noch beides zusammen waren erstmalige Auslöser der Erkrankung (Erstdiagnose). Meist bestand sie schon vorher oder es bestanden mindestens nicht stationär behandlungsbedürftige psychische und/oder somatische Probleme (Abb. 8 u. 9).

<sup>5</sup> Vgl. RKI COVID-19 Germany, verfügbar unter: [arcgis.com](https://arcgis.com) (Zugriff: 25.01.2022).

<sup>6</sup> Vgl. Abb. 12 u. 13.

Mit Abklingen der ersten Welle (Mai, Juni 2020) gaben immer noch viele Patienten (um die 25 %), wenn auch weniger als zu Beginn der Pandemie, erschwerend für ihre Erkrankung Probleme mit dem Corona-Management an. Als stabilisierend und erleichternd empfanden die meisten hingegen die Hoffnung, dass mit Abklingen der Welle, es mit den Belastungen dann wohl vorbei sei.

Allerdings änderte sich dies (zwischen Frauen und Männern leicht versetzt, Frauen Juli / Männer August) nach einigen Wochen wieder. Die Patienten äußerten nun, dass sie die Belastungen durch das Corona-Management in den Vormonaten doch sehr beansprucht, beschäftigt oder erschöpft hätten. Diese Antworten zogen sich durch den ganzen Sommer (Juli bis Oktober 2020) etwa gleichbleibend durch.

Es wurden verschiedene Belastungsschwerpunkte angegeben: Homeoffice, Homeschooling, alltägliche Einschränkungen (z. B. Einkaufen und Kultur betreffend), soziale Isolation (z. B. keine Freunde/Familie oder Vereinsmitglieder sehen können) und Quarantäne waren unter den fünf meistgenannten. Von Dezember bis inkl. Februar führten die Patienten als Hauptbelastungsgrund überwiegend die lange Zeitdauer der Einschränkungen an, und im November gab der größte Teil der Männer an, nicht schon früher einen eigentlich nötigen stationären Aufenthalt angetreten zu haben, weil sie sich trotz lang anhaltender und hoher Belastung sowie beruflicher und häuslicher Probleme bemüht hätten, ihre Arbeit dennoch gut zu meistern bzw. ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren.

Im März/April 2021 beobachteten wir dann dasselbe Phänomen wie im Juni/Juli 2020. Die Patienten hegten wiederum die Hoffnung, dass die Pandemie bzw. das Corona-Management nunmehr ein Ende haben könnte, was sich stabilisierend und erleichternd auf sie auswirkte.

Im April/Mai 2021 stieg der Anteil an Patienten, die Corona und/oder das Corona-Management in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung brachten, jedoch wieder deutlich an. Als belastende Faktoren wurden jetzt hauptsächlich Folgen und Länge der Belastungen und Erschöpfung genannt. Dieser Patientenanteil verringerte sich aber ab Mai 2021 extrem und zunehmend in den Folgemonaten, bis im Sommer 2021 und in der Folge bis Ende desselben Jahres Corona oder das Corona-Management keine wesentliche Rolle mehr bei der Erstanamnese der Patienten spielte. Die Menschen hatten sich vermutlich angepasst und an die Umstände gewöhnt. Sie gaben zwar an, dass das Thema sie beschäftige, aber nicht, dass dies ihr Beschwerdebild wesentlich beeinflusse oder zur Dekompensation ihrer Erkrankung führe.

### Angegebene Belastungen

Prozentual fühlten sich Frauen und Männer während des Untersuchungszeitraumes durch die beruflich-häusliche Doppelbelastung – Homeschooling, Homeoffice, häusliches Umfeld – prozentual etwa gleich viel belastet (~ 50 % / 50 %).

Die Angaben der (schwerwiegend) belastenden Faktoren waren vielfältig. Am meisten genannt wurden Homeoffice, Homeschooling, Isolation, Quarantäne und Einsamkeit, gefolgt von familiären Problemen, Wegfall von alltagsunterstützenden (z. B. Kita und Hort) und der



Erholung dienenden Ressourcen (z. B. Besuch von Freizeiteinrichtungen oder Reisen) – womit vermutlich eine verminderte Stressresilienz einherging –, nur schwer zu ertragende Widersprüchlichkeiten im Corona-Management, nicht vorhandene Versteh- oder Handhabbarkeit der von der Politik festgelegten Maßnahmen, Existenzsorgen, Pflege und Abschied von an Covid-19 Erkrankten sowie damit verbundene Trauer. Angst vor einer Infektion selbst spielte statistisch keine Rolle.

Die durch die Pandemiebelastungen verstärkten Symptome lassen sich wie folgt zusammenfassen: Erschöpfung; Erschöpfungsdepression; Depression; generalisierte Ängste; Angst, ausgelöst durch Folgen des Corona-Managements; Anpassungsstörungen; erhöhter Stresslevel; Schlafstörung. Angst und Phobie bzgl. einer möglichen Ansteckung spielten statistisch keine Rolle.

### **Diskussion**

Vorab sei daran erinnert, dass dies keine repräsentative Studie darstellt, deren Ergebnisse uneingeschränkt auf die Allgemeinbevölkerung anwendbar wären, handelt es sich doch bei der Untersuchungsgruppe um ein spezifisches Patientenkontinuum (vgl. Stichprobe).

Das Untersuchungsergebnis legt nahe, dass psychisch oder psychosomatisch vorbelastete/vorerkrankte Patienten mit geringerer Resilienz stark oder stärker als die „gesunde“ Bevölkerung unter den mit der Pandemie bzw. dem Corona-Management in Verbindung stehenden Belastungen gelitten haben oder durch die Belastungen in ihrem bestehenden Krankheitsbild dekomensieren. Belastungen durch das Corona-Management standen hierbei im Vordergrund. Angst vor einer Infektion spielte keine Rolle.

Hieraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass die „gesunde“ Bevölkerung durch die Pandemie bzw. das Corona-Management nicht (stark) belastet worden wäre – also nur weil diese Menschen nicht stationär behandlungsbedürftig wurden. Es kann aber vermutet werden, dass sie, die weder psychisch oder psychosomatisch vorbelastet/vorerkrankt waren, aufgrund einer besseren Anpassungsfähigkeit bei vorhandenen, gut ausgeprägten Basiskompetenzen<sup>7</sup> über einen höheren Grad an Resilienz verfügten und so vor psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie Dekompensation besser geschützt waren und darum weniger stationär behandlungsbedürftig wurden.

Ferner ist festzustellen, dass Frauen wie Männer durch die anfallende Mehrfachbelastung gleichermaßen betroffen sind.

Es konnte gezeigt werden, dass die passager (zwischen den Wellen) und auch zur Mitte und dem Ende des Jahres 2021 hin abfallende Einflussgröße des laufenden Corona-Managements auf stationär behandlungsbedürftig gewordene Erkrankungen möglicherweise durch die Annahme/Hoffnung befördert wurde, dass die Pandemie und die Belastungen nun ein Ende

<sup>7</sup> Wichtigste Basiskompetenzen: Urteils- und Entscheidungskraft, Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie, Stresstoleranz und Leidensfähigkeit, Zielstrebigkeit, Durchhaltevermögen, Wertschätzungspotenzial, Fähigkeit, Widersprüche auszuhalten, Kommunikations- bzw. Kommunikationsfähigkeit.

hätten. Der Fakt, dass zum Ende des Jahres 2021 hin bei der Erstanamnese der Patienten Corona und/oder das Pandemie-Management keine wesentliche Rolle mehr spielte/n, lässt darauf schließen, dass sich die Menschen mit den veränderten Lebensbedingungen während der Pandemie zunehmend arrangiert hatten. Das wiederum lässt vermuten, dass es sich bei den Erkrankungen, die in Verbindung mit Belastungen, verursacht durch die Pandemie bzw. das Corona-Management entstanden, manifest oder verstärkt worden sind, im Wesentlichen um Anpassungsstörungen und Erschöpfungsdepressionen (ICD-10, F4 ca. <sup>2</sup>/<sub>5</sub>, F3 ca. <sup>3</sup>/<sub>5</sub>) handelt. Bei Personen mit bereits bestehenden Vorerkrankungen oder -belastungen und niedriger Resilienz haben diese zusätzlichen Belastungen insbesondere zur Verstärkung ängstlich-depressiver Symptomkomplexe und psychophysischer Erschöpfung, Dekompensation sowie psychisch oder psychosomatisch stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen geführt.

Zu vermuten ist, dass durchschnittlich gesunde Menschen durch die Zusatzbelastungen, verursacht durch die Pandemie samt Management, keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen davontragen oder diese Belastungen nur zu leichteren Anpassungsstörungen führen, die durch Selbstmanagement oder ambulante Therapie gebessert werden können.

Rückschlüsse auf andere (längerfristig sich auswirkende) Folgestörungen, z. B. solche bei jungen Menschen, die sich in ihrer Entwicklungs- und Prägungsphase befinden, oder solche, die durch die Pandemie verursachten gesellschaftlichen Folgezustände entstehen, dürfen aus dieser Studie keinesfalls gezogen werden.

### **Fazit und Ausblick**

Vorbelastete oder vorerkrankte Menschen oder solche mit niedriger Stressresilienz sind durch die Belastungen der Pandemie oder des Corona-Managements besonders gefährdet: Ihre bestehende Erkrankung oder Beeinträchtigung kann „virulent“ werden und zu einer stationären Aufnahme führen. Frauen und Männer sind von diesen Auswirkungen in etwa gleichermaßen betroffen.

Die Belastungssituation stellt sich multifaktoriell dar: Die meisten Belastungen resultieren aus der Nichtbewältigung häuslicher und beruflicher Lebensumstände (ICD-10, Z73), vorrangig verursacht durch das Corona-Management, wobei neben dieser Mehrbelastung v. a. auch soziale Umstände (fehlende Sozialkontakte, Einsamkeit, Isolation etc.) eine Rolle spielen. Direkte Ängste vor einer Infektion mit Covid-19 bestehen kaum.

Die Ergebnisse beziehen sich auf eine nicht für die Allgemeinbevölkerung repräsentative Studie einer ausgewählten spezifischen Stichprobe stationär behandlungsbedürftig gewordener psychisch oder psychosomatisch erkrankter Krankenhauspatienten.

Bei den aus den Untersuchungsergebnissen gezogenen Schlussfolgerungen handelt es sich um Hypothesen, die leicht durch weitere/andere Studien verifiziert werden können.



Eine qualitativ-quantitative Studie, die über einen längeren Zeitraum vor, während und insbesondere postpandemisch zu behandelnde Patienten vergleicht, könnte weiterführende und explizite Erkenntnisse über die Auswirkungen der Pandemie, insbesondere des Corona-Managements, auf ein prädisponiertes erkranktes Klientel bringen.

#### **Impressum**

**Herausgeber:** Klinik Wollmarshöhe, Wollmarshofen 14, 88285 Bodnegg

**Autor:** Dr. med. Kilian Walter Mehl et al

**Datenerhebung:** Agnes Iben, der Pflegedienst der Wollmarshöhe

**Redaktionelle Mitarbeit:** Bettina Moll, Texttiger, Berlin

**Gestaltung:** Marei Bittner, Freiburg

Erstveröffentlichung 2022.

#### **Korrespondenz | Informationen | Anregungen:**

Dr. med. Kilian W. Mehl

Wollmarshofen 14, 88285 Bodnegg,

Tel.: +49 (0)7520 927-0, Fax: +49 (0)7520 2875

info@wollmarshoehe.de

© Klinik Wollmarshöhe, 2022. Alle Rechte vorbehalten.

[www.wollmarshoehe.de](http://www.wollmarshoehe.de)

