

Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Österreich – Ein Vergleich der Symptombelastung bei Reha-Beginn vor und während der COVID-19-Pandemie, sowie des Rehabilitationserfolgs

Psychiatric Rehabilitation in Austria – A Comparison of Symptoms at Admission Before and During COVID-19 Pandemic, as well as Rehabilitation Success

**OPEN
ACCESS**

Autoren

Birgit Senft , Michaela Krenn, Doris Petz, Sigurd Hochfellner

Institut

Privatklinik St. Radegund, Österreich

Schlüsselwörter

Psychiatrische Rehabilitation, COVID-19-Pandemie, Evaluation

Key words

Psychiatric rehabilitation, COVID-19 pandemic, evaluation

online publiziert 2021

Bibliografie

Rehabilitation

DOI 10.1055/a-1647-8566

ISSN 0034-3536

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Birgit Senft

Privatklinik St. Radegund

Diepoltsbergerstraße 38-40

8061 St. Radegund

Österreich

office@statistix.at

ZUSAMMENFASSUNG

Ziele In der internationalen Literatur werden Steigerungen der Inzidenzraten psychischer Erkrankungen durch die COVID-19-Pandemie berichtet. Junge Menschen und Menschen mit psychischen Vorerkrankungen sind besonders durch die Pandemie belastet. Gegenstand dieser Studie sind das Ausmaß psychischer Symptombelastung, die Funktionsfähigkeit und der Behandlungserfolg bei Rehabilitanden der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation im Jahr vor Beginn der COVID-19-Pandemie und während der COVID-19-Phase.

Methodik Die Daten von N = 1715 Rehabilitanden mit Reha-Abschluss vor dem ersten Lockdown und von N = 707 Rehabilitanden mit Reha-Beginn nach der Corona-bedingten Schließung

der Klinik von März bis Mai 2020 aus den Jahren 2019 und 2020 werden hinsichtlich der Stichprobencharakteristik sowie der Ergebnisse in den Patient-reported Outcomes (Beginn und Ende der Rehabilitation) verglichen.

Ergebnisse Zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der soziodemografischen Charakteristik der Rehabilitanden. Bei Reha-Beginn zeigt sich in der Skala Somatisierung kein signifikanter Unterschied, in den Skalen Ängstlichkeit und Depressivität zeigt sich während der COVID-19-Phase ein signifikant höherer Wert, allerdings im Ausmaß eines sehr kleinen Effekts. In den Skalen zu Aktivitäten und Teilhabe (ICF 3 F AT) sowie bei der Funktionsfähigkeit (WHODAS 2.0) unterscheiden sich die Werte der Vergleichszeiträume bei Reha-Beginn nicht. Rehabilitanden mit niedrigerem sozioökonomischem Status (Reha-Geld oder Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension) weisen hingegen in einigen Skalen kritischere Werte auf. Der Reha-Erfolg ist vergleichbar mit dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie und liegt im Bereich von mittleren bis hohen Effektgrößen.

Schlussfolgerung Die Studie zeigt – unter Berücksichtigung der Limitationen – geringe oder gar keine signifikanten Unterschiede in den soziodemografischen Daten und in der Symptombelastung bei Reha-Beginn und die Effektgrößen sind vergleichbar mit dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie. Die Ergebnisse internationaler Studien, dass es zu einem deutlichen Anstieg psychischer Belastungen während der COVID-19-Pandemie in der Bevölkerung gekommen ist, können nicht direkt auf die österreichische Reha-Klientel übertragen werden.

ABSTRACT

Objective International literature reports an increase of the incidence of psychological disorders because of the COVID-19 pandemic. Especially young people and people with pre-existing psychological disorders are troubled by the pandemic. Objective of this study is the extent of psychological symptoms, the functioning and the treatment success of rehabilitation inpatients who participated in a medical and psychiatric rehabilitation in the year before the COVID-19 pandemic and those who participated during the COVID-19 phase.

Methods The data of N = 1,715 rehabilitation inpatients who completed the rehabilitation before the lockdown in 2019 and N = 707 rehabilitation inpatients who began in 2020 after the lockdown of the clinic due to the pandemic (during the COVID-19 phase) from March to Mai 2020 are compared in reference to their sample characteristics and their results in patient reported outcomes.

Results There are no significant differences between the two observed time periods in reference to the sociodemographic characteristics of the rehabilitation inpatients. At the beginning of the rehabilitation there was no significant difference in the scale somatization. There was a significantly higher score in the scales' anxiety and depression during the COVID-19 phase, but only to the extent of a small effect. The results of the scales of activity and participation (ICF 3 F AT) as well as functionality

(WHODAS 2.0) do not differ in the time periods at the beginning of the rehabilitation. However, rehabilitation inpatients with low socioeconomic status (rehabilitation allowance or disability pension) have critical scores in some scales. The rehabilitation success is comparable to the one before the COVID-19 pandemic and falls within the range of medium to high effect sizes.

Conclusion The study shows – with respect to its limitations – low or no significant differences in reference to the sociodemographic data and the symptomatic load at the beginning of the rehabilitation. The effect sizes are comparable with the time frame bevor the COVID-19 pandemic. The results of international studies, which reported a considerable increase in psychological stress of the population cannot directly be transferred to the Austrian rehabilitation clientele.

Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie wird als „einzigartiger multidimensionaler und potenziell toxischer Stressfaktor für die psychische Gesundheit“ beschrieben, welcher durch die folgenden 5 Charakteristika gekennzeichnet ist:

- 1) Globale Verbreitung von unvorhersehbarer Dauer
- 2) Individuelle Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche
- 3) Subjektiv erlebter Kontrollverlust
- 4) Systemische Auswirkungen auf die Gesellschaft
- 5) Einschränkungen des Zugangs zu Schutzfaktoren und Hilfesystemen [1]

Eine kurzzeitige Mobilisierung von Ressourcen ermöglicht die Bewältigung von Stresssituationen, wobei die Bewältigung individuell gestaltet ist und eine psychische Flexibilität erfordert. Das Risiko für negative Folgen steigt, wenn die wahrgenommenen oder vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen und häufige, zu lange oder massive Aktivierung der biologischen Stresssysteme (insbesondere bei Erleben von Unkontrollierbarkeit) die psychische Gesundheit bedroht. Die Autoren betonen, dass sich durch die COVID-19-Pandemie aber auch positive Nebenwirkungen und Chancen ergeben. Längerfristig erwarten sie aber einen Anstieg der Prävalenzen psychischer Störungen, weil durch Anpassungsversuche und durch die diagnostischen Zeitkriterien die Auswirkungen nicht unmittelbar festgestellt werden können [1].

In aktuellen Studien finden sich primär Ergebnisse zu psychischer Gesundheit bzw. zu Belastungen in (teilweise) bevölkerungsrepräsentativen Stichproben oder bei Mitarbeitern in Gesundheitsberufen, deutlich seltener zu vor der Pandemie erkrankten psychiatrischen Patienten, und zu Rehabilitanden konnten kaum Daten recherchiert werden.

Ergebnisse zu den Folgen der Pandemie aus internationalen Studien

In einer portugiesischen Studie an 1280 Personen zeigten sich bei 8% der Befragten Symptome einer schweren Depression, bei 9% schwere Angst- und bei 12% starke Zwangssymptome. Frauen waren stärker betroffen und jüngeres Alter sowie niedrigerer Bil-

dungsstatus gingen mit stärkeren Symptomen einher. Aufrechte Arbeit (regulär oder Homeoffice), das Vorhandensein eines Gartens, körperliche Bewegung und geringere Online-Zeiten/Social Media-Aktivitäten waren hingegen positive Prädiktoren. Bestehende Diagnosen (somatisch und psychiatrisch) waren negative Prädiktoren [2].

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Studie an 2871 Erwachsenen in Belgien [3]. In der Gruppe der 18- bis 30-Jährigen zeigten sich höhere Ausprägungen in den Symptomen von Angst, Depression und Unsicherheit als bei älteren Teilnehmern. Aber in Bezug auf die Wohnumgebung, berufliche Tätigkeit, soziale Kontakte und auf Häufigkeit und Menge von Alkoholkonsum wies diese Altersgruppe positivere Werte auf [3].

Eine groß angelegte Schweizer Online-Studie (N = 10472) kurz nach dem ersten Lockdown zeigte bei der Hälfte der Befragten ein erhöhtes Stress-Level und bei über 50% vermehrte Depressionssymptome (Anstieg mittelschwerer oder schwerer Depressionssymptome von 3,4 auf 9,1%). Gründe waren Veränderungen bei der Arbeit und im Schulbetrieb, Sorgen in Bezug auf die Betreuung von Kindern, Einsamkeit und das Gefühl von digitalen Veränderungen überrollt zu werden. Körperliche Aktivität und die Beibehaltung der täglichen Routine mit geregelten Schlafzeiten bewirkten einen geringeren Anstieg der Belastungen [4]. Bei der dritten Erhebung im November 2020 zeigte sich ein signifikanter Anstieg im Stresslevel (11 auf 20%) und der Anteil mit schweren Depressionssymptomen hat sich auf 18% verdoppelt. [5].

In einer italienischen Online-Studie an knapp 7000 Probanden [6] zeigten sich deutliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Familien. Psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensänderungen zeigten sich bei knapp 2/3 der Kinder unter 6 Jahren [6]. Und eine Vergleichsstudie von Budimir et al. (2021) zeigte für Großbritannien im Vergleich zu Österreich etwa dreimal so hohe Prävalenzen für ernsthafte Depression, schwere Angstsymptome und schwere Schlafstörungen [7].

In zwei aufeinanderfolgenden repräsentativen Studien in Deutschland (Politikpanel Deutschland 2020) zeigte sich jeweils 1/3 der Befragten stark bis sehr stark belastet. Verglichen mit der Befragung im Mai zeigte sich im November tendenziell eine noch stär-

kere Belastung und nur 3–5 % der Befragten waren von der Pandemie unbeeindruckt [8].

Ergebnisse zu den Folgen der Pandemie aus österreichischen Studien

Schon vier Wochen nach Beginn des ersten Lockdowns wurde die erste Welle einer Online-Studie zur psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Österreich gestartet (N = 1005) [9]. Bei der zweiten Welle im November konnten 437 Teilnehmer erneut befragt werden (43,5%). Vor der COVID-19-Pandemie wiesen 3,7% einen Wert über dem Cutoff in der depressiven Symptomatik (PHQ-9) auf, bei der ersten Befragungswelle waren es 18,3% und bei der zweiten 19,7%. Bei den Angstsymptomen (GAD-7) wiesen bei der 1. Welle 16,5% und bei der 2. Welle 15,6% einen Wert über dem Cutoff auf. In der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (WHOQOL BREF) zeigte sich im Vergleich mit der ATHIS-Studie 2014 ein signifikant niedrigerer Wert im Ausmaß eines mittleren Effekts. Und schließlich zeigten sich bei der 1. Welle bei 14,6% und bei der 2. Welle bei 15,6% Symptome einer Schlafstörung. Frauen und jüngere Befragte bis 35 Jahre wiesen eher kritische Werte auf. Die Autoren gingen von einer persistierenden Problematik für die psychische Gesundheit aus [9, 10]. Eine gute Beziehungsqualität, soziale Unterstützung, positives Denken und Coping-Strategien erwiesen sich als protektive Faktoren [11].

Ende März 2020 wurde in Österreich eine weitere Studie an 4000 Personen ab 16 Jahren (¾ weiblich) durchgeführt [12], mit ähnlichen Ergebnissen wie in den Studien von Pieh et al. (2020) [9]. Der Anteil mittlerer bis schwerer Symptomatik lag in der Depression bei gut ¼ der Befragten, bei Angstsymptomen bei 20% und beim Stress bei 21%. Frauen, ältere Menschen und Schüler sowie Personen mit niedrigem Bildungsniveau wiesen kritischere Werte auf. Umgekehrt gingen körperliche Aktivität, Kontakte mit Familien und Freunden sowie die Möglichkeit von Home-Office mit positiveren Ausprägungen einher [12]. In einer nachfolgenden Studie rund um die Weihnachtszeit 2020 haben sich diese Ergebnisse bestätigt, tendenziell sind die psychischen Beeinträchtigungen noch gestiegen [13].

Auswirkungen der Pandemie auf Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine internationale Online-Studie an 2734 vor der Pandemie erkrankten psychiatrischen Patienten in 12 Ländern (darunter Deutschland und Schweiz) zeigte bei etwa ⅔ eine signifikante Steigerung der allgemeinen psychiatrischen Symptomatik sowie der Depressions- und PTBS-Symptome. Frauen und Personen mit geringerem Kontrollerleben oder Unzufriedenheit mit dem staatlichen Krisenmanagement wiesen einen stärkeren Anstieg an Symptomen auf. An einer klinischen Stichprobe in den USA zeigte sich zudem eine signifikante Steigerung in der Medikation. Die Autoren sahen sich in der Annahme bestätigt, dass es sich bei psychisch kranken Menschen um eine besonders vulnerable Gruppe handelt, in der es durch die COVID-19-Pandemie zu einer Verschlechterung der Symptomatik gekommen ist [14]. Aamir et al. (2021) sehen in Rehabilitanden ebenfalls eine vulnerable Gruppe und fürchten eine Unterschätzung der Wichtigkeit der psychiatrischen Rehabilitation [15].

Beim Vergleich einer Rehabilitandengruppe mit Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis mit einer gesunden Kontrollgruppe in Italien zeigten sich in der Reha-Gruppe mehr Angstsymptome und Sorgen vor einer COVID-19-Infektion, aber keine Unter-

schiede bei Depressionssymptomen und Coping-Strategien, und weniger Stress [16]. Dass die Reha-Gruppe z. T. positivere Werte aufweist als die Kontrollgruppe wurde mit aufrechter Betreuung und maximal möglicher Freiheit, sowie mit der problematischen Vergleichbarkeit der beiden Gruppen erklärt.

Eine telefonisch durchgeführte Studie an 213 ambulanten psychiatrischen Patienten in Deutschland, die schon vor der COVID-19-Pandemie erkrankten, zeigte nach einem Anstieg der Symptomatik während der härtesten Phase des Lockdowns eine nachfolgende Reduktion der Symptomatik, aber die meisten Symptome blieben unverändert. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen der Aussagekraft durch die retrospektive Erfassung wurde auf ein hohes Maß an Resilienz bei psychiatrischen Patienten geschlossen [17].

Brakemeier et al. (2020) haben basierend auf den Ergebnissen vieler internationaler Studien eine Übersicht über die Vulnerabilitäten und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie erstellt und gehen auf deren Einfluss auf verschiedene Störungsbilder ein. Als gefährdete Altersgruppen werden Kinder und Jugendliche, das Transitionsalter und ältere Menschen genannt. Als bedeutsame Risikofaktoren werden soziale Faktoren (z. B. Verlust sozialer Kontakte, niedriger sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund), gesundheitliche Faktoren (z. B. Vorerkrankungen, psychische Vorerkrankungen, Behinderung, Wegfall von Bewegungsmöglichkeiten) und sonstige Faktoren (z. B. Isolation, Dauer und Intensität der Schutzmaßnahmen, interpersonelle Konflikte, geringes Kontrollerleben) beschrieben. Angststörungen verschlechtern sich durch die Pandemie am häufigsten, was sich an Schlafproblemen, Ängsten, z. B. aber auch an Hamsterkäufen als defensive Reaktivität manifestiert. Ängste übersteigen dabei die reale Bedrohung deutlich und das Tragen der Mund-Nasenschutzmasken kann zu aversiven Empfindungen bis hin zu Panikattacken führen. Auch bei Zwangssymptomatik und bei depressiven Störungen kann es zu einer stärkeren Symptomatik kommen, aktiviert durch die verschiedenen Pandemie-bedingten Faktoren [1].

In Beiträgen zum Reha-Kolloquium 2021 wurde deutlich, dass sich Rehabilitanden durch die COVID-19-Pandemie (zusätzlich) belastet fühlten und die Rehabilitation in diesem Moment gerade besonders dringend benötigten. Mit den Maßnahmen aufgrund der Pandemie kamen die Befragten gut zurecht und konnten von der Rehabilitation wie gewohnt profitieren [18]. Es zeigte sich, dass das in der Rehabilitation gesteigerte Aktivitätsniveau auch danach (während der COVID-19-Pandemie) gut gehalten werden konnte, dies wurde allerdings durch eine individualisierte poststationäre Nachsorge per Mail gefördert [19].

Zusammenfassend kann von einem Anstieg psychischer Probleme in der Normalbevölkerung, aber auch bei psychiatrischer Klientel ausgegangen werden, wobei die Aussagekraft durch mangelnde Repräsentativität und unterschiedliche methodische Strategien insbesondere in Bezug auf psychisch kranke Menschen noch sehr eingeschränkt ist.

Medizinisch psychiatrische Rehabilitation in Österreich

Die stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation Phase II umfasst 42 Tage mit dem Ziel einer bestmöglichen Wiederherstel-

lung der Gesundheit und der bestmöglichen Re-Integration in das berufliche und soziale Umfeld. Vom Kostenträger Pensionsversicherungsanstalt sind etwa 21 Wochenstunden (EH) Behandlung durch ein multiprofessionelles Team in den Gruppen Psychotherapie/Klinische und Gesundheitspsychologie (9 EH), Ergotherapie (6 EH), Trainingstherapie (3 EH) und sonstige (Medizin, Massage, Psychoedukation und Schulung) (3 EH) vorgegeben [20]. Neben dem Grad der Zielerreichung sind Fragebögen zur Evaluation vorgegeben. Von der Klientel deutscher psychosomatischer Kliniken unterscheiden sich die österreichischen Rehabilitanden durch einen weit geringeren Anteil an Berufstätigen (etwa $\frac{1}{3}$). Verlängerungen des Aufenthalts können bei entsprechender Indikation beantragt werden und wiederholte Heilverfahren sind möglich.

Zielsetzung der Studie

Für die vorliegende Studie war keine Verlaufsmessung mit Beginn vor der Pandemie möglich und eine retrospektive Erfassung der Symptombelastung wurde nicht in Erwägung gezogen. Die Studie hat daher den Vergleich einer Kohorte während der COVID-19-Pandemie mit der Kohorte im Jahr davor zum Inhalt.

- Wie unterscheiden sich die psychischen Belastungen der Rehabilitanden vor und während der COVID-19-Pandemie?
- Gibt es Unterschiede in den soziodemografischen Charakteristika der Rehabilitanden vor und während der COVID-19-Pandemie?
- Welche Unterschiede zeigen sich im Rehabilitationserfolg vor und während der COVID-19-Pandemie?

Material und Methoden

Alle Rehabilitanden werden bei Beginn und Ende der Behandlung gebeten an der standardisierten schriftlichen Befragung teilzunehmen. Das Assessment ist durch den Kostenträger vorgegeben und enthält nachfolgend beschriebene Fragebögen.

Eingesetzte Fragebögen

BSI-18: Diese Kurzform des Brief Symptom Inventory [21] ist ein anwendungsökonomisches, reliables und valides Selbstbeurteilungsverfahren und deckt die 3 Syndrome Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit mit je 6 Items ab. Das Verfahren findet breite Verwendung im psychiatrischen Bereich und in der Psychotherapieevaluation und weist bei diesen Stichproben trotz seiner Kürze hinreichende teststatistische Kennwerte auf. Die Items sind auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) für die letzten 7 Tage einzuschätzen. An einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten konnten Reliabilität und Faktorenstruktur bestätigt werden und die Ergebnisse korrespondierten mit der Fremdeinschätzung. Lediglich für Individualdiagnostik wird die Langform (SCL-90) empfohlen [22].

ICF 3 F AT Fragebogen zu Aktivitäten und Teilhabe

Das Verfahren zu Aktivitäten und Teilhabe existiert in 2 Versionen, einer Langform mit 50 Items und in einer kürzeren Version mit 33 Items [23, 24]. Das Instrument orientiert sich an der ICF und beinhaltet 3 Skalen zu je 11 Items der Bereiche Kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Soziale Kompetenz. Der Fragebo-

gen ist veränderungssensitiv und eignet sich insbesondere für die Bereiche Psychosomatik und Psychotherapie. Die Items sind auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „kein oder geringes Problem“ bis zu „ausgeprägtes Problem“ zu beurteilen.

WHO Disability Assessment Schedule WHO DAS 2.0

Das Verfahren WHODAS 2.0 [25] misst die „Funktionsfähigkeit“ nach der Definition der ICF und zählt zu den generischen Instrumenten. Es wurde für den Einsatz in unterschiedlichen Kulturen entwickelt (für Bevölkerungspopulationen sowie klinische Stichproben) und wird von den Testautoren als veränderungssensitiv beschrieben. Die Besonderheit liegt in der ICF-Orientierung des Verfahrens, was an der Ressourcen- und Defizitorientierung erkennbar ist. Die Items sind auf einer Skala von 1 (keine Einschränkung) bis 5 (sehr starke Einschränkung) zu bewerten. Im Instrument finden sich die Kapitel aus dem Abschnitt Klassifikation von Aktivitäten und Teilhabe der ICF: D1 Verständnis und Kommunikation, D2 Mobilität, D3 Selbstversorgung, D4 Umgang mit anderen Menschen, D5 Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (Haushalt und Arbeit) sowie D6 Teilnahme am gesellschaftlichen Leben [20].

Statistische Methoden

Die Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 25.0 [26] durchgeführt. Im Zuge der deskriptiven Analyse wurden Lage- und Streuungsmaße sowie Prozentangaben und Häufigkeiten berechnet. Für den Vergleich der Stichprobencharakteristika der beiden Untersuchungszeiträume wurden für kategoriale Daten Chi²-Tests berechnet. Für metrische Daten wurden unabhängige t-Tests berechnet, zusätzlich wurde eine Prüfung auf multivariater Ebene mittels Varianzanalysen durchgeführt. Mit multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung wurden signifikante Veränderungen über die Zeit geprüft sowie die Signifikanz für die Interaktion Zeit*Gruppe berechnet. Anhand der univariaten Ergebnisse bzw. auf Basis von abhängigen t-Tests wurden die Effektgrößen für die beiden Zeiträume und zusätzlich für interessierende Subgruppen berechnet [27]. Berichtet wurde die standardisierte Effektgröße (bias corrected Hedges) mit dem 95%-Konfidenzintervall. Das Signifikanzniveau wurde a priori mit 5% festgelegt.

Stichprobe

In die Analyse wurden alle Daten von abgeschlossenen Heilverfahren aus den Jahren 2019 (N = 1402) und 2020 (N = 1135) einbezogen. Rehabilitanden ohne Assessment-Daten wurden aus der Analyse ausgeschlossen, so verblieben im Jahr 2019 insgesamt 1220 Rehabilitanden (87%) und im Jahr 2020 788 Rehabilitanden (69,4%) in der Studie. Der geringere Rücklauf im Jahr 2020 ist auf Abbrüche wegen der Covid-bedingten Schließung der Klinik zurückzuführen.

Nach einer 8-wöchigen Schließung zu Beginn des ersten Lockdowns am 20. März 2020 wurde die Klinik am 18. Mai 2020 wiedereröffnet. Um die beiden Zeiträume vor Beginn und während der Covid-19-Pandemie vergleichen zu können, wurden Rehabilitanden, die im Jahr 2020 vor der Covid-bedingten Schließung der Klinik ein Heilverfahren abgeschlossen haben (Stichtag Entlassung 20.03.2020), der Gruppe „vor COVID-19“ zugeordnet (N = 1715). Rehabilitanden, die aufgrund der Schließung der Klinik die Behandlung unterbrochen und nicht wieder aufgenommen haben, wurden aus der Analyse ausgeschlossen (N = 115). Alle Heilverfahren mit Beginn ab

15. Mai bis Abschluss Dezember 2020 wurden der Gruppe „während Covid-19“ zugeordnet. Da bei einzelnen standardisierten Fragebögen wenig Toleranz für fehlende Werte besteht, finden sich in den Berechnungen unterschiedlich große N-Zahlen, weil jeweils alle vollständigen und gültigen Fälle einbezogen wurden.

Zwischen den beiden Vergleichsgruppen besteht kein signifikanter Unterschied nach Alter, Geschlecht oder psychiatrischer

Hauptdiagnose (► **Tab. 1**). Nach Familienstand zeigt sich ein signifikantes Ergebnis, aber der Effekt ist sehr klein (etwas weniger Alleinstehende während der Covid-Phase). Auch der signifikante Effekt beim höchsten beruflichen Abschluss ist sehr klein und nicht bedeutsam. Beim beruflichen Status zeigt sich ebenfalls ein signifikanter kleiner Unterschied, der allerdings auf einen detaillierteren Erhebungsmodus ab 2020 zurückzuführen sein könnte.

► **Tab. 1** Stichprobencharakteristika.

Merkmale der Rehabilitanden	Vor COVID-19 N = 1715	Während COVID-19 N = 707	Signifikanz
Durchschnittsalter M (SD)	47,57 (11,32)	47,13 (12,05)	$t_{[1246]} = 0,861$ $p = 0,402$
männlich N (%)	728 (42,4%)	330 (39,9%)	$\chi^2_{[1]} = 1,291$ $p = 0,256$
Diagnosen nach ICD-10 N (%)	Vor COVID-19	Während COVID-19	Signifikanz
F2 Schizophrenie, schizot. und wahnh. St.	76 (4,4%)	34 (4,8%)	$\chi^2_{[9]} = 5,840$ $p = 0,756$
F3 Affektive Störungen	1142 (66,6%)	495 (70,0%)	
F4 Neurot./Belast./somat. Störungen	428 (25,0%)	160 (22,6%)	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	34 (2,0%)	12 (1,7%)	
Sonstige	35 (2,0%)	6 (0,9%)	
Familienstand N (%)	Vor COVID-19	Während COVID-19	Signifikanz
alleinstehend	591 (34,5%)	237 (33,5%)	$\chi^2_{[6]} = 78,388$ $p < 0,001$ $CC = 0,177$
in Partnerschaft (gleicher od. getr. Haushalt)	234 (13,6%)	157 (22,2%)	
verheiratet	596 (34,8%)	253 (35,8%)	
Sonstige/keine Angabe	294 (17,1%)	60 (8,5%)	
Höchster Berufsabschluss N (%)	Vor COVID-19	Während COVID-19	Signifikanz
Hilfskraft (angelernt, keine abgeschl. Berufsausbildung)	259 (15,1%)	118 (16,7%)	$\chi^2_{[5]} = 13,384$ $p = 0,020$ $CC = 0,078$
Fachkraft (HS, NMS, AHS oder Poly und Lehrabschluss)	748 (43,6%)	304 (43,0%)	
Gehobene Fachkraft (Kolleg, Akad., Lehrgänge, Meister)	120 (7,0%)	82 (11,6%)	
Akademischer Beruf (Hochschule, Universität, FH)	110 (6,4%)	53 (7,5%)	
Sonstige	151 (8,8%)	60 (8,5%)	
keine Angabe	327 (19,1%)	90 (12,7%)	
Beruflicher Status	Vor COVID-19	Während COVID-19	Signifikanz
berufstätig	540 (31,5%)	233 (33,1%)	$\chi^2_{[7]} = 95,682$ $p < 0,001$ $CC = 0,195$
arbeitslos	455 (26,5%)	165 (23,3%)	
Reha-Geld	212 (12,4%)	87 (12,3%)	
IV-/BU-Pension	224 (13,1%)	95 (13,4%)	
Alterspension	28 (1,6%)	44 (6,2%)	
Krankenstand ohne Dienstverhältnis	69 (4,0%)	57 (8,1%)	
Sonstige	43 (2,5%)	18 (2,5%)	
keine Information	144 (8,4%)	8 (1,1%)	
Abbruch der Rehabilitation	Vor COVID-19	Während COVID-19	Signifikanz
Abbruch	82 (4,8%)	45 (6,4%)	$\chi^2_{[1]} = 2,527$ $p = 0,112$

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IV = Invalidität, BU = Berufsunfähigkeit.

Ergebnisse für die Patient Reported Outcomes bei Reha-Beginn

In der Symptombelastung bei Aufnahme, gemessen mittels BSI-18 zeigt sich für die Skala Somatisierung ($t_{[2271]} = -1,004$; $p = 0,316$) kein signifikanter Unterschied bei Reha-Beginn. In der Skala Ängstlichkeit ($t_{[2273]} = -2,998$; $p = 0,003$; $d = -0,14$; CI: $-0,23 - -0,05$) und in der Skala Depression ($t_{[2269]} = -2,365$; $p = 0,018$; $d = -0,11$; CI: $-0,20 - -0,02$) weisen Rehabilitanden der Covid-Phase signifikant höhere Werte auf als jene im Zeitraum davor, der Effekt ist allerdings sehr klein und nicht von praktischer Bedeutsamkeit.

In den 3 Skalen zu Aktivitäten und Teilhabe ICF-3F AT zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei Reha-Beginn. Das betrifft alle 3 Skalen Kognitive Leistungsfähigkeit ($t_{[2291]} = -1,626$; $p = 0,104$), Selbstwirksamkeit ($t_{[2294]} = -1,836$; $p = 0,066$) und Soziale Kompetenz ($t_{[2297]} = 1,322$; $p = 0,186$).

Ähnlich sieht das Ergebnis für die Skalen des WHO DAS 2.0 aus, bei keiner einzigen Skala zeigt sich bei Aufnahme ein signifikanter Unterschied: D1 Verständnis und Kommunikation ($t_{[2300]} = -1,256$; $p = 0,209$), D2 Mobilität ($t_{[2299]} = -0,207$; $p = 0,836$), D3 Selbstversorgung ($t_{[2300]} = -0,939$; $p = 0,348$), D4 Umgang mit anderen Menschen ($t_{[2299]} = -0,483$; $p = 0,629$), D5 Tätigkeiten des alltäglichen Lebens: Haushalt ($t_{[2296]} = -0,481$; $p = 0,631$), D5 Tätigkeiten des alltäglichen Lebens: Arbeit ($t_{[1330]} = 0,180$; $p = 0,857$), D6 Teilnahme am gesellschaftlichen Leben/Partizipation ($t_{[2298]} = -1,426$; $p = 0,154$).

Belastungen bei Reha-Beginn in Abhängigkeit vom beruflichen Status

Rehabilitanden mit unterschiedlichem beruflichen Status unterscheiden sich erfahrungsgemäß deutlich in ihrer Ausgangsbelastung und im Rehabilitationserfolg. Für die Klinik ist von Interesse, inwieweit sich die Symptomatik von Personen mit unterschiedlichem beruflichem Status vor und während der COVID-19-Pandemie unterscheidet.

In Abhängigkeit vom beruflichen Status zeigt sich auf multivariater Ebene im BSI kein signifikanter Unterschied nach Studienphase ($p = 0,257$), aber ein signifikanter Unterschied nach beruflichem Status ($p < 0,001$) und kein signifikanter Effekt für die Interaktion Phase*beruflicher Status ($p = 0,672$).

Auf univariater Ebene, berechnet mittels unabhängiger t-Tests, zeigen sich nur wenige signifikante Ergebnisse. In den Gruppen der Berufstätigen und der Arbeitslosen zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den 3 Skalen des BSI.

In der Gruppe der Reha-Geld-Bezieher zeigt sich in der Skala Depression in der Gruppe während der COVID-19-Pandemie ein signifikant höherer Wert als in der Gruppe vor der COVID-19-Phase ($p = 0,044$; $d = -0,26$; CI: $-0,52 - -0,01$), in den beiden anderen Skalen besteht kein signifikanter Unterschied.

Aber in der Gruppe mit Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension (bzw. einer Antragstellung derselben) zeigt sich während der COVID-19-Pandemie in 2 Skalen ein signifikant höherer Wert als zuvor. In der Skala Somatisierung zeigt sich während der COVID-19-Phase ($M = 67,13$; $SD = 9,31$) ein signifikant höherer Wert als zuvor ($M = 62,40$; $SD = 11,58$), dieser Unterschied entspricht einem kleinen Effekt ($t_{[300]} = -3,365$; $p = 0,001$; $d = -0,43$; CI: $-0,68 - -0,18$). Die Skala Ängstlichkeit ist während der COVID-19-Phase ($M = 71,01$; $SD = 8,93$) höher ausgeprägt als im Beobachtungszeitraum davor

($M = 68,12$; $SD = 9,41$), auch hier handelt es sich um einen kleinen Effekt ($t_{[301]} = -2,442$; $p = 0,015$; $d = -0,31$; CI: $-0,56 - -0,06$).

Aufgrund der wenigen und geringen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen vor und während der COVID-19-Phase werden nicht alle Statistiken für den ICF 3F AT und die WHO DAS 2.0 vollständig dargestellt.

Bei den 3 Skalen zu Aktivitäten und Teilhabe im ICF 3F AT zeigen sich zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen kaum signifikante Unterschiede. Reha-Geldempfänger weisen während der COVID-19-Phase signifikant stärkere kognitive Beeinträchtigungen ($d = -0,43$; CI: $-0,69 - -0,18$; $p = 0,001$) und eine geringere Selbstwirksamkeit ($d = -0,44$; CI: $-0,70 - -0,18$; $p = 0,001$) auf. Die Effekte sind klein und diese Gruppe weist insgesamt die stärksten Beeinträchtigungen auf. Die Gruppe mit IP-/BU-Pension gibt während der COVID-19-Phase signifikant stärkere kognitive Beeinträchtigungen an ($d = -0,36$; CI: $-0,61 - -0,10$).

Bei der Analyse der WHO DAS 2.0-Skalen zur Funktionsfähigkeit zeigen sich für die Gruppen Berufstätige, Arbeitslose, Alterspension, Krankenstand ohne Dienstverhältnis und Sonstige ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeiträumen. In der Gruppe mit Reha-Geld-Bezug zeigen sich in 5 von 7 Skalen während der COVID-19-Phase signifikant kritischere Werte im Ausmaß eines kleinen Effekts: Verständnis und Kommunikation ($d = -0,39$), Selbstversorgung ($d = -0,30$), Tätigkeiten des alltäglichen Lebens ($d = -0,39$) und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben/Partizipation ($d = -0,29$).

In der Gruppe der IV-/BU-Pensionsbezieher zeigen sich während der COVID-19-Phase in 3 Skalen signifikant höhere Werte: Verständnis und Kommunikation ($d = -0,32$), Mobilität ($d = -0,35$) und Umgang mit anderen Menschen ($d = -0,30$).

Veränderungen in den Patient-reported Outcomes (Beginn und Ende der Rehabilitation)

Brief Symptom Inventory 18 – BSI-18

In allen 3 Skalen des BSI zeigen sich signifikante und bedeutsame Verbesserungen zwischen Aufnahme und Entlassung, die Effektgrößen liegen im mittleren bis hohen Bereich (► **Tab. 2**). Bei der Skala Somatisierung ist die Effektgröße für die COVID-19-Phase ($d = 0,66$) höher als für den Zeitraum vor COVID-19 ($d = 0,49$), allerdings überschneiden sich die Konfidenzintervalle, sodass dieser Unterschied nicht gegen den Zufall abgesichert ist. Bei den beiden Skalen Depressivität und Ängstlichkeit hingegen kann davon ausgegangen werden, dass während der COVID-19-Phase der Effekt signifikant größer war als davor. In beiden Skalen zeigt sich in der COVID-19-Phase zwischen Beginn und Ende ein großer Effekt.

Aktivitäten und Teilhabe – ICF 3F AT

In allen 3 Skalen des ICF 3F AT zeigen sich für den Zeitraum während COVID-19 höhere Effektgrößen, allerdings überlappen sich alle 3 Konfidenzintervalle. Für die beiden Skalen Kognitive Leistungsfähigkeit und Soziale Kompetenz zeigen sich für beide Beobachtungszeiträume kleine Effekte zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation, in der Skala Selbstwirksamkeit liegt für beide Zeiträume ein mittlerer Effekt vor.

► **Tab. 2** Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Effekte zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation für die Phasen vor und während COVID-19.

Skala	Vergleich ¹	M _{Beginn}	SD _{Beginn}	M _{Ende}	SD _{Ende}	Cohen's d	KI UL	KI OL
Brief Symptom Inventory – BSI-18 (vor COVID-19: N = 1478; COVID-19-Phase: N = 579)								
BSI-18: Somatisierung	Vor COVID-19	61,95	11,06	56,50	11,08	0,49	0,42	0,57
	COVID-19-Phase	62,62	11,06	55,28	11,19	0,66	0,54	0,78
BSI-18: Depressivität	Vor COVID-19	64,26	8,72	57,83	9,35	0,71	0,64	0,79
	COVID-19-Phase	65,21	8,69	56,96	9,68	0,90	0,78	1,02
BSI-18: Ängstlichkeit	Vor COVID-19	67,43	9,00	60,63	10,53	0,69	0,62	0,77
	COVID-19-Phase	68,78	8,54	60,11	10,76	0,89	0,77	1,01
Fragebogen zu Aktivitäten und Teilhabe – ICF 3 F AT (vor COVID-19: N = 1471; COVID-19-Phase: N = 593)								
KL Kognitive Leistungsfähigkeit	Vor COVID-19	1,55	0,97	1,14	0,92	0,43	0,36	0,51
	COVID-19-Phase	1,63	0,97	1,09	0,90	0,58	0,46	0,69
SW Selbstwirksamkeit	Vor COVID-19	1,72	0,91	1,18	0,90	0,59	0,52	0,67
	COVID-19-Phase	1,80	0,90	1,15	0,89	0,73	0,62	0,85
SK Soziale Kompetenz	Vor COVID-19	1,37	0,92	1,04	0,89	0,37	0,29	0,44
	COVID-19-Phase	1,32	0,89	0,94	0,84	0,44	0,33	0,56
WHO Disability Assessment Schedule 2.0 – WHO DAS 2.0 (vor COVID-19: N = 1418; COVID-19-Phase: N = 576)								
D1: Verständnis/Kommunikation	Vor COVID-19	1,51	0,89	1,08	0,88	0,49	0,42	0,56
	COVID-19-Phase	1,59	0,87	1,04	0,87	0,63	0,51	0,75
D2: Mobilität	Vor COVID-19	1,07	0,96	0,78	0,87	0,32	0,24	0,39
	COVID-19-Phase	1,11	0,94	0,75	0,89	0,40	0,28	0,52
D3: Selbstversorgung	Vor COVID-19	0,54	0,70	0,34	0,57	0,30	0,23	0,38
	COVID-19-Phase	0,57	0,71	0,33	0,59	0,37	0,25	0,48
D4: Umgang mit anderen Menschen	Vor COVID-19	1,34	0,97	1,00	0,93	0,36	0,29	0,44
	COVID-19-Phase	1,39	0,96	0,95	0,90	0,47	0,36	0,59
D5: HH Tätigkeiten des alltägl. Lebens: Haushalt	Vor COVID-19	1,49	1,12	1,04	1,04	0,42	0,35	0,49
	COVID-19-Phase	1,53	1,14	0,91	1,00	0,58	0,46	0,70
D5: AR Tätigkeiten des alltägl. Lebens: Arbeit	Vor COVID-19 (N = 694)	1,77	1,23	1,25	1,15	0,44	0,33	0,55
	COVID-19-Phase (N = 211)	1,75	1,26	1,11	1,11	0,54	0,34	0,73
D6: P Teilnahme am gesellsch. Leben	Vor COVID-19	1,89	0,85	1,41	0,88	0,55	0,47	0,62
	COVID-19-Phase	1,95	0,80	1,37	0,90	0,69	0,57	0,81

¹Für alle paarweisen Vergleiche liegen signifikante p-Werte < 0,001 vor. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KI = Konfidenzintervall; UL = unteres Limit, OL = oberes Limit.

WHO Disability Assessment Schedule 2.2 – WHO DAS 2.0

Von der Tendenz her zeigen sich in allen Domänen für die COVID-19-Phase höhere Effekte als für den Zeitraum vor COVID-19, aber alle Konfidenzintervalle für Cohen's d überlappen sich und sind somit nicht signifikant verschieden. In den Domänen Mobilität, Selbstversorgung und Umgang mit anderen Menschen zeigen sich kleine Effekte, in diesen Domänen geben die Befragten auch geringere Probleme an. In den Domänen Verständnis und Kommunikation sowie Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zeigen sich mittlere Effekte, die Domäne Arbeit wurde nur von berufstätigen Rehabilitanden bearbeitet und weist einen mittleren Effekt auf.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Rehabilitationserfolge der beiden Zeiträume vor und während der COVID-

19-Phase nicht signifikant unterscheiden, die Konfidenzintervalle der Effektgrößen sind meist überlappend. Von der Tendenz her sind die Effekte während der COVID-19-Phase größer.

Zusammenfassung

Psychiatrische Rehabilitation kann trotz COVID-19-Pandemie durchgeführt werden und die Rehabilitanden kommen gut mit den Corona-bedingten Maßnahmen zurecht. In den Ausgangswerten zeigen sich bei 10 von 12 Skalenwerten keine signifikanten Unterschiede zur Kohorte vor der COVID-19-Pandemie. Die erzielten Effekte liegen im mittleren bis hohen Bereich, sind vergleichbar mit dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie und mit den Ergebnis-

sen der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation in Österreich [28].

Teilweise liegen die Effekte während der COVID-19-Phase sogar etwas über jenen aus dem Zeitraum vor der Pandemie. Mehrere Faktoren können dafür verantwortlich zeichnen. Während der harten Lockdowns war es deutlich erschwert sonst üblichen regenerativen Tätigkeiten nachzugehen und neben den Vorgaben durch die Regierung hat möglicherweise die Angst vor einer Infektion Menschen davon abgehalten, Bewegung zu machen oder auf eine legale Art und Weise soziale Kontakte zu pflegen. So gesehen könnte während der Rehabilitation „ein Gefühl von Normalität“ spürbar gewesen sein, weil nach Absolvierung der Testung und der Quarantäne-Zeit (bis zum Vorliegen des Ergebnisses des PCR-Tests) mehr soziale Kontakte möglich waren als zu Hause. Viele Gruppenangebote fanden im Freien statt, Sportmöglichkeiten wurden im Rahmen der Therapien und auch außerhalb genutzt und Möglichkeiten zur Entspannung wahrgenommen. Neben positiven Effekten auf die körperliche Gesundheit haben zusätzlich zu den Behandlungen auch die sozialen Kontakte mit den Mitpatienten zu einer Steigerung des Wohlbefindens beigetragen, weil im stationären Setting das Gefühl von Einsamkeit möglicherweise geringer war als zu Hause. Auch in der Literatur werden körperliche Aktivität und soziale Kontakte als protektive Faktoren beschrieben [11, 12].

Das „strenge Regime“ bei der Durchführung der Testungen – sowohl bei Patienten wie auch bei Mitarbeitern – zeigte Erfolg, nur drei Patienten wurden während der Quarantäne-Phase aufgrund eines positiven Testergebnisses in die häusliche Pflege entlassen. Dadurch wurden Infektionen verhindert, ohne dass die strikten Einschränkungen – wie sie im Privatbereich gegolten haben – nötig waren. Die Patienten haben die Maßnahmen mitgetragen, äußerten sich insgesamt sehr zufrieden und fühlten sich im Haus sicher. Es ist auch aufgrund der vorab angekündigten Maskenpflicht im Haus kaum zu Absagen des Rehabilitationsaufenthalts gekommen und die Abbrüche sind vergleichbar mit dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie. Diese Ergebnisse gehen konform mit ersten Ergebnissen aus Deutschland, wo Rehabilitanden ebenfalls während der COVID-19-Pandemie gut und nachhaltig von der Rehabilitation profitieren konnten [18, 19].

Die Ergebnisse haben explorativen Charakter und können bedingt durch das auf Routinedaten basierende Studiendesign sowie der bisher mangelnden Studienlage nur bedingt in den Kontext der Literatur eingeordnet werden. Die Mehrzahl der Studien bezieht sich auf die „Normalbevölkerung“ mit Schwerpunktsetzung auf einzelne Gruppen und auf Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Deutlich seltener finden sich Arbeiten zu psychiatrischen Patienten, zu Rehabilitanden oder zu Verlaufsdaten der beiden zuletzt genannten Gruppen.

Die in vielen (bevölkerungsrepräsentativen) Studien gefundenen starken Anstiege der psychischen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie haben sich bei der untersuchten Klientel nicht bestätigt. Nichtsdestotrotz haben sich, wie in der Literatur zur Allgemeinbevölkerung beschrieben [1, 2, 12] Verschlechterungen bei den besonders vulnerablen Gruppen gezeigt. In der vorliegenden Studie sind dies Empfänger von Reha-Geld oder Berufsunfähigkeitspensionen. Diese Gruppen weisen generell innerhalb der Reha-Klientel die stärkste Symptombelastung auf, die sich während der COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkte.

Die besonders von der COVID-19-Pandemie betroffene junge Altersgruppe bis zu 25 Jahren [1, 13] stellt hingegen in der Rehabilitation nur einen kleinen Teil der Klientel dar. Es scheint tatsächlich so zu sein, dass ältere Menschen aufgrund ihrer Lebenserfahrung und ihres Eingebundenseins in verschiedenste Kontexte besser mit den Restriktionen durch die COVID-19-Pandemie zurecht kommen als junge Menschen, insbesondere mit Fortdauer der Einschränkungen [1–3]. In Anmerkungen der Rehabilitanden bei der postalisch durchgeführten katamnestischen Befragung zeigen sich fallweise Hinweise auf Beeinträchtigungen durch die COVID-19-Pandemie. Einige Patienten merken an, dass die aktuell kritischen Bewertungen der Lebensqualität durch die Restriktionen gewählt wurden.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass Selektionseffekte in dieser Studie nicht ausgeschlossen werden können und weitere Studien nötig sind um die Ergebnisse einordnen zu können. Im Moment kann auch noch nicht eingeschätzt werden, inwieweit die Bedingungen durch die COVID-19-Pandemie die Nachhaltigkeit der Rehabilitation beeinflussen. Bislang konnten die in der stationären Rehabilitation erzielten Effekte einigermaßen gut gehalten werden, auch wenn die Effekte in Österreich generell etwas unter jenen der katamnestischen Ergebnisse der MESTA-Studie [29] liegen.

KERNBOTSCHAFT

Die Klientel der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation ist mit den durch die COVID-19-Pandemie verursachten Umständen gut zurecht gekommen. Während in vielen internationalen Studien in der Allgemeinbevölkerung, und überwiegend auch bei psychiatrischer Klientel, ein Anstieg psychischer Belastungen berichtet wird, zeigen die österreichischen Rehabilitanden eine ähnliche Ausgangsbelastung und profitieren von der Rehabilitation gleichermaßen wie andere Rehabilitanden vor der COVID-19-Pandemie. Lediglich in der Gruppe mit eher niedrigem sozioökonomischem Status zeigen sich während der COVID-19-Pandemie kritischere Ausprägungen. Weitere Forschung mit ausbalancierten Designs ist für aussagekräftige Daten nötig und die Nachhaltigkeit der Rehabilitation in Zeiten einer Pandemie muss noch beforscht werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Brakemeier EL, Wirkner J, Knaevelsrud C et al. 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. *Z Klin Psychol Psychother* 2020; 49: 1–31. doi:10.1026/1616-3443/a000574
- [2] Moreira PS, Ferreira S, Couto B et al. Protective Elements of Mental Health Status during the COVID-19 Outbreak in the Portuguese Population. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 1910. doi:10.3390/ijerph18041910

- [3] Glowacz F, Schmits E. Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry Res* 2020; 293: 113486. doi:10.1016/j.psychres.2020.113486
- [4] Quervain de D, Aerni A, Amini E et al. The Swiss Corona Stress Study 2020. Universität Basel. Im Internet: <https://osf.io/jqw6a/download>
- [5] Quervain de D, Aerni A, Amini E et al. Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020. Universität Basel. Im Internet: <https://osf.io/s845c/>
- [6] Uccella S, Grandis de E, Carli FDGKP et al. Impact of the COVID-19 Outbreak on the Behavior of Families in Italy: A Focus on Children and Adolescents. *Front Public Health* 2021; 9: 608358. doi:10.3389/fpubh.2021.608358
- [7] Budimir S, Pieh C, Dale R et al. Severe Mental Health Symptoms during COVID-19: A Comparison of the United Kingdom and Austria. *Healthcare (Basel)* 2021; 9: 191. doi:10.3390/healthcare9020191
- [8] Wagschal U, Jäckle S, Hildebrandt A et al. Politikpanel Deutschland. 2020; Im Internet: https://www.politikpanel.uni-freiburg.de/docs/Auswertung_PPD_Corona_Umfrage_Nov2020.pdf; Stand: 17.06.2021
- [9] Pieh C, Budimir S, Probst T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J Psychosom Res* 2020; 136: 110186. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110186
- [10] Pieh C, Budimir S, Humer E et al. Comparing mental health during COVID-19 lockdown and six months later in Austria: A longitudinal study. *Front Psychiatry* 2021; 12: 625973. doi:10.3389/fpsyt.2021.625973
- [11] O'Rourke T, Pieh C. Psychische Gesundheit während COVID-19 in Österreich. *Psychologie in Österreich* 2020; 5: 405–410
- [12] Traunmüller C, Stefitz R, Gaisbachgrabner K et al. Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health* 2020; 20: 1395. doi:10.1186/s12889-020-09489-5
- [13] Dale R, Budimir S, Probst T et al. Mental Health during the COVID-19 Lockdown over the Christmas Period in Austria and the Effects of Sociodemographic and Lifestyle Factors. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 3679. doi:10.3390/ijerph18073679
- [14] Gobbi S, Plomecka MB, Ashraf Z et al. Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* 2020; 11: 581426. doi:10.3389/fpsyt.2020.581426
- [15] Aamir A, Awan S, Filippis R de et al. Effect of COVID-19 on Mental Health Rehabilitation Centers. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 2020; 8: 97–100. doi:10.1007/s40737-020-00203-7
- [16] Burrari J, Roma P, Barchielli B et al. Psychological and Emotional Impact of Patients Living in Psychiatric Treatment Communities during Covid-19 Lockdown in Italy. *J Clin Med* 2020; 9: 3787. doi:10.3390/jcm9113787
- [17] Belz M, Hessmann P, Vogelsgang J et al. Evolution of psychosocial burdens and psychiatric symptoms in patients with psychiatric disorders during the Covid-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021; 3: 1–12. doi:10.1007/s00406-021-01268-6
- [18] Rundel M, Adami S, Fittig E et al. Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie in der psychosomatischen Rehabilitation. 30. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, Virtuelle Konferenz 2021
- [19] Boschmann J, Reuss-Borst M. Nachhaltigkeit der Reha unter dem Einfluss der Corona-Pandemie: Trotz Ausgangssperre und Kontaktbeschränkung kann das gesteigerte Aktivitätsniveau gehalten werden. 30. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium. Virtuelle Konferenz 2021
- [20] Pensionsversicherungsanstalt – Fachbereich Psychische Störungen. Medizinisches Leistungsprofil. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Vertragseinrichtungen der Sozialversicherungsträger (2004)
- [21] Franke GH. BSI Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz; 2000
- [22] Franke GH, Ankerhold A, Haase M et al. Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 82–86
- [23] Nosper M. ICF AT-50. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. In Deutsche Rentenversicherung Bund, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2008 (DRV-Schriften, Bd. 77, S. 127–128)
- [24] Senft B, Nosper M, Leonhart R et al. Medizinische Rehabilitation psychisch Kranker in Österreich – Auf dem Weg zu ICF-orientierter Evaluation. In Deutsche Rentenversicherung Bund 22. Rehawissenschaftliches Kolloquium 2013. Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? (DRV-Schriften, Bd. 101, S. 465–467)
- [25] Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S et al. Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0. Geneva: WHO; 2010
- [26] IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp; 2017
- [27] Durham University. Effect Size Calculator, Durham University. Im Internet: <http://www.cemcentre.org/evidence-based-education/effect-size-calculator>; Stand: 17.06.2021
- [28] Senft B, Fischer-Hansal D, Schosser A. Evaluation eines naturalistischen verhaltenstherapeutischen Rehabilitations-Settings. *Psychotherapie Forum* 2021; 25: 72–90. doi:10.1007/s00729-021-00180-7
- [29] Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie (Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik; Bd. 48, 1. Aufl). Bern: Huber; 2007