

Psychische Belastung des Gesundheitspersonals während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie

Basierend auf der im Mai 2020 vorhandenen Evidenz wurden zwei Fragestellungen untersucht:

1. Hat die COVID-19-Pandemie negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Gesundheitspersonal (z. B. ärztliches Personal, Pflegekräfte)?
2. Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit der Betroffenen in Hinsicht auf diese Belastungen?

Zusammenfassung

Insgesamt lassen die zugrundeliegenden Studien keine sicheren Aussagen darüber zu, ob die COVID-19-Pandemie zu einem frühen Zeitpunkt des Pandemiegeschehens zu Veränderungen in der psychischen Gesundheit von Gesundheitspersonal geführt hat. Aussagen zur aktuellen psychischen Belastung oder möglichen langfristigen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sind auf dieser Basis noch nicht möglich.

Die Kernaussagen sind:

- Diese Evidenzsynthese fand 30 relevante querschnittliche Beobachtungsstudien mit mehr als 26.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.
- Die Vertrauenswürdigkeit nach [GRADE](#) wurde durchweg als "sehr niedrig" eingestuft. Dadurch sind keine eindeutigen Aussagen über den Einfluss der Pandemie auf einzelne Endpunkte sowie Risiko- oder Schutzfaktoren während der ersten Phase der Pandemie möglich. Gründe hierfür sind u.a. methodische Einschränkungen vieler Studien, mangelnde Vergleichbarkeit von Ergebnissen, die vor und während der Pandemie erhoben wurden, und stark voneinander abweichende Ergebnisse verschiedener Studien.
- Eine Aktualisierung dieser Evidenzsynthese mit neueren Studien ist bereits in Arbeit und könnte Anfang 2021 belastbarere Evidenz liefern.

Grundlage

CEOsys-Evidenzprofil

Warum und für wen wurde dieser Evidence Brief verfasst?

Als lebendiges Evidenz-Ökosystem stellt CEOsys den Stand der wissenschaftlichen Evidenz bereit – auch dann, wenn diese noch keine eindeutigen Schlüsse erlaubt. Dieser Evidence Brief soll Entscheidern und Öffentlichkeit helfen, die vorhandene Evidenz und verbleibende Unsicherheiten besser einzuschätzen.

Methodik

Systematische Literatursuche nach Studien zu psychischer Gesundheit bei Gesundheitspersonal während der COVID-19-Pandemie (Studienlage bis 29. Mai 2020) und nach möglichen Vergleichsstudien aus der Zeit vor der Pandemie. Kritische Bewertung der Studien und Zusammenfassung der Ergebnisse, wo möglich mit dem statistischen Werkzeug der Metaanalyse. Einzelheiten zur gefundenen Evidenz liefert das anhängende Evidenzprofil.

Was ist CEOsys?

CEOsys ist ein Konsortium von 21 Universitäten und fünf außeruniversitären Partnern, das die Ergebnisse der verfügbaren wissenschaftlichen Studien zu COVID-19 sammelt, bewertet und zusammenfasst und sie der Gesellschaft in Form von Evidenzsynthesen und Handlungsempfehlungen zur Verfügung stellt.

Psychische Belastung des Gesundheitspersonals während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie – Evidenzprofil

Endpunkt	Studienergebnisse und Messinstrumente	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Qualität der Evidenz)	Zusammenfassung
		vor der COVID-19-Pandemie	in der COVID-19-Pandemie		
Angst-symptome	<p>Gemessen mit: GAD-7, SCL-90 Angst, DASS-21 Angst, SAS, GAD-2</p> <p>Skala: Niedriger ist besser</p> <p>Basierend auf Daten aus 13 Studien (N=5508) während der Pandemie im Zeitraum 30.01.-21.04.2020 und 6 Studien vor der Pandemie (N=22204)*</p>	Mittelwert	Mittelwert	<p>Sehr niedrig</p> <p>(sehr schwerwiegendes Risiko für Bias; sehr schwerwiegende Inkonsistenz; schwerwiegende Indirektheit)¹</p>	Die zugrundeliegenden Studien lassen keine sicheren Aussagen darüber zu, ob die COVID-19-Pandemie zu einem frühen Zeitpunkt des Pandemiegeschehens mit Veränderungen in Angstsymptomen bei Gesundheitspersonal einherging.
		<p>Differenz: SMD 0.08 niedriger (KI 95% 0.66 niedriger – 0.49 höher)</p>			
Depressive Symptome	<p>Gemessen mit: SCL-90 Depression, DASS-21 Depression, SDS, PHQ-2</p> <p>Skala: Niedriger ist besser</p> <p>Basierend auf Daten aus 7 Studien (N=2226) während der Pandemie im Zeitraum 30.01.-20.04.2020 und 4 Studien vor der Pandemie (N=4605)*</p>	Mittelwert	Mittelwert	<p>Sehr niedrig</p> <p>(sehr schwerwiegendes Risiko für Bias; sehr schwerwiegende Inkonsistenz; schwerwiegende Indirektheit)²</p>	Die zugrundeliegenden Studien lassen keine sicheren Aussagen darüber zu, ob die COVID-19-Pandemie zu einem frühen Zeitpunkt des Pandemiegeschehens mit Veränderungen in depressiven Symptomen bei Gesundheitspersonal einherging.
		<p>Differenz: SMD 0.16 niedriger (KI 95% 0.59 niedriger – 0.26 höher)</p>			
Stress	<p>Gemessen mit: PSS, DASS-21 Stress</p> <p>Skala: Niedriger ist besser</p> <p>Basierend auf Daten aus 3 Studien (N=1570) während der Pandemie im Zeitraum 19.02.-17.04.2020 und 2 Studien vor der Pandemie (N=2454)*</p>	Mittelwert	Mittelwert	<p>Sehr niedrig</p> <p>(sehr schwerwiegendes Risiko für Bias; sehr schwerwiegende Inkonsistenz; schwerwiegende Indirektheit)³</p>	Die zugrundeliegenden Studien lassen keine sicheren Aussagen darüber zu, ob die COVID-19-Pandemie zu einem frühen Zeitpunkt des Pandemiegeschehens mit Veränderungen im Stressempfinden bei Gesundheitspersonal einherging.
		<p>Differenz: SMD 0.49 niedriger (KI 95% 0.60 niedriger – 1.57 höher)</p>			
Schlaf-bezogene Symptome	<p>Gemessen mit: ISI, PSQI</p> <p>Skala: Niedriger ist besser</p> <p>Basierend auf Daten aus 4 Studien (N=554) während der Pandemie im Zeitraum 30.01.-15.04.2020 und 2 Studien vor der Pandemie (N=20024)*</p>	Mittelwert	Mittelwert	<p>Sehr niedrig</p> <p>(sehr schwerwiegendes Risiko für Bias; sehr schwerwiegende Inkonsistenz; schwerwiegende Indirektheit)⁴</p>	Die zugrundeliegenden Studien lassen keine sicheren Aussagen darüber zu, ob die COVID-19-Pandemie zu einem frühen Zeitpunkt des Pandemiegeschehens mit Veränderungen in schlafbezogenen Symptomen bei Gesundheitspersonal einherging.
		<p>Differenz: SMD 0.83 niedriger (KI 95% 0.14 niedriger – 1.81 höher)</p>			

Abkürzungen: DASS-21, Depression, Anxiety and Stress Scale-21; GAD-2, Generalized Anxiety Disorder 2; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder Scale-7; ISI, Insomnia Severity Index; KI, Konfidenzintervalle; N=Anzahl der StudienteilnehmerInnen; PHQ-2, Patient Health Questionnaire-2; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS, Perceived Stress Scale; SAS, Zung Self-Rating Anxiety Scale; SCL-90, Symptom Checklist-90; SDS, Zung Self-Rating Depression Scale; SMD, Standardisierte Mittelwertdifferenz (Effektstärke).

* Multipler Einschluss von Vergleichsstudien vor der Pandemie in die jeweiligen Metaanalysen; die hier dargestellte Stichprobengröße für Vergleichsgruppen bezieht sich auf die so resultierende Gesamtzahl von StudienteilnehmerInnen; falls TeilnehmerInnen jeder Vergleichsstudie nur einmal gezählt werden: Angstsymptome: N=9467; depressive Symptome: N=2943; Stress: N=1518; schlafbezogene Symptome: N=5171.

¹ **Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias** wegen fehlender Festlegung und Anwendung angemessener Auswahlkriterien; fehlerhafter Messung von Exposition und/oder Endpunkt; Fehlen einer adäquaten Kontrolle von "Confounding"; sehr schwerwiegende Inkonsistenz wegen deutlicher Variation der Punktschätzer zwischen den Studien; fehlende Überlappung der Konfidenzintervalle; Unterschiede in der Richtung des Effekts; hohe statistische Heterogenität (signifikanter Heterogenitätstest [$p=0$], $I^2=99\%$); schwerwiegende Indirektheit wegen indirekter Vergleiche (kein direkter Vergleich vor und während der COVID-19-Pandemie innerhalb der Studien); begrenzte Übertragbarkeit durch Unterschiede zwischen zulässigen Studien auf Basis der Einschlusskriterien und final eingeschlossenen Studien (Studienpopulation beschränkt auf junges [<30 Jahre] und mittleres Erwachsenenalter [30-50 Jahre]).

² **Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias** wegen fehlender Festlegung und Anwendung angemessener Auswahlkriterien; fehlerhafter Messung von Exposition und/oder Endpunkt; Fehlen einer adäquaten Kontrolle von "Confounding"; sehr schwerwiegende Inkonsistenz wegen deutlicher Variation der Punktschätzer zwischen den Studien; fehlende Überlappung der Konfidenzintervalle; Unterschiede in der Richtung des Effekts; hohe statistische Heterogenität (signifikanter Heterogenitätstest [$p<0.01$], $I^2=97\%$); schwerwiegende Indirektheit wegen indirekter Vergleiche (kein direkter Vergleich vor und während der COVID-19-Pandemie innerhalb der Studien); begrenzte Übertragbarkeit durch Unterschiede zwischen zulässigen Studien auf Basis der Einschlusskriterien und final eingeschlossenen Studien (Studienpopulation beschränkt auf junges [<30 Jahre] und mittleres Erwachsenenalter [30-50 Jahre]).

³ **Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias** wegen fehlender Festlegung und Anwendung angemessener Auswahlkriterien; fehlerhafter Messung von Exposition und/oder Endpunkt; Fehlen einer adäquaten Kontrolle von "Confounding"; sehr schwerwiegende Inkonsistenz wegen deutlicher Variation der Punktschätzer zwischen den Studien; fehlende Überlappung der Konfidenzintervalle; Unterschiede in der Richtung des Effekts; hohe statistische Heterogenität (signifikanter Heterogenitätstest [$p<0.01$], $I^2=99\%$); schwerwiegende Indirektheit wegen indirekter Vergleiche (kein direkter Vergleich vor und während der COVID-19-Pandemie innerhalb der Studien); begrenzte Übertragbarkeit durch Unterschiede zwischen zulässigen Studien auf Basis der Einschlusskriterien und final eingeschlossenen Studien (Studienpopulation beschränkt auf junges [<30 Jahre] und mittleres Erwachsenenalter [30-50 Jahre]).

⁴ **Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias** wegen fehlender Festlegung und Anwendung angemessener Auswahlkriterien; fehlerhafter Messung von Exposition und/oder Endpunkt; Fehlen einer adäquaten Kontrolle von "Confounding"; sehr schwerwiegende Inkonsistenz wegen deutlicher Variation der Punktschätzer zwischen den Studien; fehlende Überlappung der Konfidenzintervalle; Unterschiede in der Richtung des Effekts; hohe statistische Heterogenität (signifikanter Heterogenitätstest [$p<0.01$], $I^2=99\%$); schwerwiegende Indirektheit wegen indirekter Vergleiche (kein direkter Vergleich vor und während der COVID-19-Pandemie innerhalb der Studien); begrenzte Übertragbarkeit durch Unterschiede zwischen zulässigen Studien auf Basis der Einschlusskriterien und final eingeschlossenen Studien (Studienpopulation beschränkt auf junges [<30 Jahre] und mittleres Erwachsenenalter [30-50 Jahre]).