



Gute psychiatrische Pflege in Zeiten der Coronakrise

Stellungnahme der DFPP e.V.

Die Coronakrise 2020 stellt weltweit eine immense Herausforderung dar. Um eine gute Gesundheitsversorgung in Deutschland zu gewährleisten, waren auch die psychiatrischen Hilfesysteme und die Psychiatriische Pflege gefordert. Aus den Erfahrungen der vergangenen Monate leitet die DFPP für eine gute psychiatrisch-pflegerische Versorgung in Zeiten einer Pandemie folgende Forderungen ab.

1. Die personelle Ausstattung von psychiatrischen Diensten muss ausreichend sein, um den erhöhten Bedarfen sowohl im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung als auch dem Gesundheitsschutz der Mitarbeiter_innen gerecht zu werden.
2. Psychiatrisch Pflegende müssen in den Prozess der Entscheidungsfindung im Hinblick auf das Management der Krise eingebunden sein und sich in allen Entscheidungen (Bund, Länder, Kommunen und in der direkten Versorgung) als aktive Partner_innen einbringen.
3. Pflegende müssen sich zur Gewährleistung einer adäquaten und sich an den Bedürfnissen der Nutzenden ausgerichteten Behandlung im Bedarfsfall und über die Pandemie hinaus, auch virtuell in die therapeutischen Prozesse einbringen können und diese Leistung auch finanziert bekommen.
4. Nach dem Überwinden der Pandemie muss die Rolle der professionell Pflegenden im Gesundheitswesen klug analysiert werden. Die Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen müssen entsprechend erweitert werden, um die vorhandenen Kompetenzen der Berufsgruppe für die Bevölkerung nutzbar zu machen.

Zur Begründung dieser Forderungen skizzieren wir einige Prozesse im Kontext der COVID-19-Pandemie und beschreiben dann die Auswirkungen für psychisch kranke Menschen und die psychiatrische Versorgung. Die Erfahrungen, die psychiatrische Pflegefachpersonen gemacht haben, leiten über zu einem Ausblick, der die genannten vier Forderungen begründet.

Die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen

Folgt man den Meldungen in den Medien, hat die Verbreitung des Coronavirus ihren Ursprung in der chinesischen Provinz Wuhan genommen (Hackenbroch, Zand & Dandan, 2020). Allerdings ist bis heute nicht zweifellos geklärt, wie und wodurch eine Übertragung des Virus auf den Menschen erfolgt ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die weltweite Verbreitung des Coronavirus und die Gefahr der durch das Virus verursachten Erkrankung COVID-19 als Pandemie eingestuft (Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2020). In vielen Ländern und auch in Deutschland sind daher seit Beginn dieses Jahres entscheidende Maßnahmen (Lock- bzw. Shutdown) von Seiten der Politik beschlossen worden, um eine Verbreitung des Virus und die Ausbreitung der Erkrankung so gut wie möglich einzudämmen.

Den Angaben der Johns-Hopkins Universität (2020) vom 19.06.2020 zufolge sind weltweit mehr als 8.000.000 Menschen mit dem Coronavirus infiziert und mittlerweile mehr als 450.000 Menschen an den Folgen der Erkrankung gestorben. Deutschland steht im Vergleich zu anderen europäischen Ländern vergleichsweise gut dar und die getroffenen Maßnahmen waren offensichtlich wirksam. Danach sind in Deutschland insgesamt mehr als 190.000 Personen infiziert und mehr als 8.800 Personen an der Erkrankung verstorben. Im Vergleich mit unseren Nachbarn Großbritannien, Frankreich oder dem ebenfalls stark betroffenen Italien ist vor allem die niedrige Zahl der Verstorbenen in Deutschland bemerkenswert und als Erfolg der Einschränkungen zu bewerten. Dieses Ergebnis ist wohl vor allem auf die Maßnahmen im Hinblick auf die Vermeidung der Verbreitung des Virus in der Bevölkerung und dem damit verbundenen „Social Distancing“ zurückzuführen. Allerdings hat dieser „Lockdown“ mit den Einschränkungen der persönlichen Freiheit und dem Herunterfahren des öffentlichen Lebens wie z. B. der Schließung von Schulen, Gaststätten, Kinos, Theatern, Sportstudios etc., erhebliche und weitreichende Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und die Wirtschaft. Weitere erhebliche Folgen sind auch im Bereich der Gesundheitsversorgung zu verzeichnen. So wurden in den Kliniken entsprechende Stationen für die an COVID-19 erkrankten Personen eingerichtet, um für den „worst case“, also den schlimmsten Fall, gerüstet zu sein. Hierfür wurden bestehende Behandlungsangebote zurückgefahren, um personelle und räumliche Kapazitäten zu schaffen. Dies hat auch die psychiatrischen Kliniken und damit ganz direkt auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychiatrischem Hilfebedarf betroffen. International werden bereits die Folgen des Coronavirus bzw. COVID-19 für die psychiatrische Versorgung beschrieben (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam & Wessely, 2020; Zhu et al., 2020) und Expert_innen wie z. B. das Royal College of Psychiatrists in Großbritannien gehen von einem Ansteigen von Suizidalität aus (Gunnell et al., 2020). Auch national existieren bereits einige Arbeiten, die sich mit den Folgen für die psychiatrische Versorgung beschäftigen (Bohlken, Schömig, Lemke, Pumberger & Riedel-Heller, 2020; Petzold, Plag & Ströhle, 2020; Petzold, Ströhle & Plag, 2020; Röhr et al., 2020).

Im Folgenden soll daher der Blick auf die psychiatrische Versorgung in Zeiten der Coronakrise gerichtet werden, mit einem speziellen Fokus auf die psychiatrisch-pflegerische Versorgung. Hierfür wird zunächst die aktuelle Situation dargestellt und anhand von Erfahrungen von psychiatrisch Pflegenden aus der Praxis beschrieben. Abschließend erfolgt ein Ausblick und es werden Forderungen formuliert, die sich auf die Frage beziehen, was eine gute psychiatrisch-pflegerische Versorgung in Zeiten der Corona-Pandemie ist und wie diese für die Versorgung der Patient_innen sichergestellt werden kann. Als Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) möchten wir mit diesem Grundlagenpapier den Akteur_innen in der Praxis

gerne wichtige und hilfreiche Informationen in dieser Situation, auch im Hinblick auf die besondere Herausforderung der zunehmenden Öffnung und des Wiedereinsetzens der Versorgungsangebote nach dem „Lockdown“, an die Hand geben.

Erfahrungen aus der Praxis

Mit der Verbreitung des Coronavirus wurden auch die stationären Behandlungsmöglichkeiten in den psychiatrischen Kliniken zurückgefahren bzw. wurden nur noch Patient_innen aufgenommen, die aufgrund einer rechtlichen Grundlage oder einer bestehenden Krisensituation einen akuten Behandlungsbedarf aufwiesen. Damit entspricht das Vorgehen der Kliniken in Teilen auch internationalen Empfehlungen, dass in solchen Situationen stationäre Behandlungen reduziert erfolgen sollen (Richter & Zürcher, 2020). Allerdings wurden vielerorts auch teilstationäre Behandlungen in den Tageskliniken, ambulante Versorgungsangebote und Angebote der stationsäquivalenten Behandlung reduziert bzw. komplett zurückgefahren und somit wichtige ergänzende und nachsorgende Behandlungsangebote für Patienten ohne akuten vollstationären Behandlungsbedarf ersatzlos gestrichen. Für diejenigen Patient_innen, die sich in den letzten Wochen in der stationären Behandlung befunden haben, stand nur ein reduziertes Behandlungsangebot zur Verfügung. Aufgrund des Risikos der Verbreitung des Virus wurden Gruppenangebote deutlich reduziert oder sogar ganz ausgesetzt. Gleiches gilt für Ausgänge oder Belastungserprobungen. Ein durch die Bundesländer verordnetes umfassendes Besuchsverbot in sämtlichen stationären Einrichtungen seit Mitte März führte unweigerlich in vielen Fällen zum Kontaktabbruch zu wichtigen Bezugspersonen und stellte teilweise eine immense Herausforderung sowohl für die Betroffenen, Angehörigen als auch für die professionell Tätigen dar. Stationsabläufe veränderten sich, und es mussten z. B. Mahlzeiten unter Einhaltung der Distanzregeln gestaltet werden. Verlegungen der Patient_innen innerhalb der Klinik und die Neuorganisation der Dienste führten zu Abbrüchen pflegerischer und therapeutischer Beziehungen. Parallel dazu war v.a. von den Pflegenden eine sehr hohe Flexibilität bezüglich der Dienstplanung gefordert, da Teams und Schichten kurzfristig neu strukturiert und Quarantänezeiten der Mitarbeitenden ausgeglichen werden mussten. Teilweise wurden s. g. Kohortendienstpläne genutzt, die bis zu einem 2,5 fachen der Ressourcen des normalen Personaleinsatzes mit sich bringen. Auch wurden Stationen geschlossen und Mitarbeitende musste sich in neuen Teams zusammen- und zurechtfinden. Darüber hinaus berichten Pflegende, dass in Zeiten der Isolation wichtige alltägliche Unterstützungsprozesse in den Kliniken (beispielsweise die Belieferung der Stationen mit Mineralwasser und vieles andere mehr) nicht mehr funktioniert haben und dass sie von ihren Vorgesetzten dazu aufgefordert worden sind, diese Unterstützungsprozesse zusätzlich zu ihren anderen Aufgaben zu übernehmen.

Durch die reduzierte Belegung der Stationen konnte vielerorts ein besseres Betreuungsverhältnis hergestellt werden. Das heißt, es standen mehr Mitarbeitende für die Patient_innen zur Verfügung. Dieses war aus mehreren Gründen dringend erforderlich: zum einen, weil leichter kranke Menschen entlassen oder nicht aufgenommen wurden und somit nur Patient_innen in akuten Krisensituationen in der Behandlung verblieben. Dem reduzierten Behandlungsprogramm musste durch entsprechende Einzel- oder Kleingruppenbegleitung und die Nutzung kreativer Beschäftigungsmöglichkeiten begegnet werden. Patient_innen waren z. T. in großer Sorge und Ungewissheit und hatten einen hohen Gesprächs- und Informationsbedarf. Gerade für akut erkrankte Patient_innen waren die Hygienevorschriften schwer auszuhalten. Besonders für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder wahnhafter Verarbeitung stellen die Distanzregeln und auch die reduzierte Sichtbarkeit der Mimik nicht nachvollziehbare Hürden in der Kommunikation dar. Pflegende waren insgesamt sehr gefordert, um die Patient_innen in ihren krisenhaften oder akuten Erkrankungssituationen zu informieren, zu begleiten, zu

entlasten oder gemeinsam mit ihnen den Tag zu strukturieren. Hierbei wurde, je nach Möglichkeit und natürlich unter Einhaltung der Abstandsregelungen, zusammen gekocht, gespielt, gelesen oder anderweitig kreativ die Zeit gestaltet. Über diese Aspekte der direkten Patientenversorgung hinaus waren die Pflegenden auch für die Angehörigen zentrale Ansprechpersonen während der Pandemie. Bedingt durch die Besuchsverbote hatten die Angehörigen einen erhöhten Informationsbedarf, den sie nicht wie sonst üblich, im Rahmen eines Besuches ihres in Behandlung befindlichen Angehörigen befriedigen konnten, sondern vielmehr über Anrufe auf den jeweiligen Stationen adressieren mussten. Nicht selten wurde in diesen Telefonaten auch eine zunehmende emotionale Belastung der Angehörigen im Umgang mit der bereits auch unter normalen Umständen schwierigen Behandlungssituation deutlich, wodurch sich die Pflegenden im Grunde zu einer persönlichen Beratung bis hin zu „therapeutischer Intervention am Telefon“ für die Angehörigen aufgefordert sahen.

Eine weitere Herausforderung bestand und besteht in der unabsehbaren Dauer der Maßnahmen. Mancherorts wurde auf die reduzierte Belegung mit Anpassungen der Personalbesetzung reagiert. Dies ignoriert die erheblichen zusätzlichen Anforderungen an die Pflegenden der noch verbliebenen schwer erkrankten Patient_innen.

In der ambulanten Versorgung oder in Heimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe gab es für Pflegefachpersonen vielfältige Herausforderungen zu meistern, die hier nur kurz skizziert werden sollen. Für Menschen mit psychiatrischen Hilfebedarfen brach durch die COVID-19 Pandemie in kürzester Zeit eine Vielzahl von Hilfeangeboten und Möglichkeiten der Entlastung oder der Strukturierung im Alltag weg. Viele Betroffene erlebten eine belastende Isolation. Telefonsprechstunden von Psychotherapeuten oder Ambulanzen waren für viele Betroffene hilfreich, aber nicht für alle war dies ein passendes oder gar ausreichendes Hilfeangebot. Im Gegensatz zu Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen mussten ambulant psychiatrisch Pflegenden bei jeder Krankenkasse anfragen, ob sie telefonische Sprechstunden abrechnen können. Patient_innen öffneten z. T. aus Angst vor Ansteckung die Haustüre nicht, hätten aber gerne mit der Person, die sie langjährig im Alltag unterstützt, telefoniert. Heime waren teilweise vollkommen abgeschottete Bereiche. Die Bewohner_innen durften weder Besuche empfangen noch die Einrichtung verlassen, auch dann nicht, wenn sie absolut verlässlich alle Hygieneregeln beachteten. Nicht alle Vorgaben, die von Gesundheitsämtern oder Trägern an die Mitarbeitenden weitergegeben wurden, waren in allen Situationen angemessen. Großes Leiden entstand insbesondere durch sehr rigide Kontaktbeschränkungen, die mit Verwendung von Schutzausrüstung und der Einhaltung von Hygieneregeln nicht erforderlich gewesen wären.

Mitarbeiter_innen im Gesundheitswesen sind auch in der Phase der zunehmenden Öffnung weiteren Belastungen ausgesetzt. Wie viele Menschen in der Bevölkerung haben auch Pflegefachpersonen die Betreuung von ihren Kindern und zu pflegenden Angehörigen aufgrund von geschlossenen Kindertagesstätten, Schulen und Tagespflegestellen zu organisieren. Wo in anderen Berufssparten neue Möglichkeiten der Heimarbeit geschaffen worden sind, ist dies für die Pflegenden, bis auf wenige Ausnahmen, nicht möglich. Auch wenn Pflegefachpersonen als Beschäftigte des Gesundheitssystems als „systemrelevant“ eingestuft werden und sie somit Anspruch auf Leistungen wie Kinderbetreuung haben, sind diese oftmals nur reduziert im Angebot und nicht ausreichend kompatibel mit den Dienstzeiten. Mitarbeiter_innen, die insbesondere aus Gründen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sonst z. B. in teilstationären Angeboten oder vorwiegend im Nachtdienst tätig sind, haben sich durch die Schließung ihrer Einheiten und der Umsetzung in andere, überwiegend vollstationäre Bereiche, plötzlich vor neue organisatorische und auch moralische Herausforderungen gestellt gesehen. Insbesondere dann, wenn ihnen an ihren neuen Arbeitseinsatzstellen nicht die gewohnten Arbeitszeiten

eingräumt werden konnten. Aufgrund der „Systemrelevanz“ und der moralischen und berufsethischen Verpflichtung gegenüber den Patient_innen, aber auch den Kolleg_innen und natürlich der eigenen Familie gegenüber, stehen die Mitarbeiter_innen vor der Herausforderung, sich selbst trotz dieser vielfältigen Belastungen psychisch gesund zu halten. Leider sind die Pflegefachpersonen durch ihre patientennahe Tätigkeit zudem Stigmatisierungen ausgesetzt (Brooks, et al., 2020) und werden unter Umständen von anderen Mitarbeiter_innen oder auch in der Bevölkerung als Bedrohung oder Gefahr angesehen und mit Skepsis behandelt, aus Sorge, Überträger des Virus sein zu können. Diese Stigmatisierungseffekte und zusätzlichen Belastungen werden dann noch verstärkt, wenn die Pflegenden durch ihre Vorgesetzten nur unzureichend geschützt und unterstützt werden. So sind Situationen geschildert worden, in denen Pflegenden nach einem ungeschützten Kontakt zu einem, im Verlauf der Behandlung positiv auf COVID-19 getesteten Patienten, durch das zuständige Gesundheitsamt in Quarantäne geschickt wurden. Da jedoch durch die Arbeitgeber eine Bescheinigung über die Systemrelevanz der betroffenen Pflegepersonen ausgestellt worden ist, sahen sich diese anschließend aufgefordert, ihrer Arbeit nachzugehen, ansonsten jedoch die üblichen Quarantäneregeln einzuhalten. Dies führte und führt zu erheblichen Belastungen der Betroffenen und deren Familien. Beispielsweise berichteten Kinder betroffener Pflegefachpersonen davon, dass sie von ihren Freunden, zu einem Zeitpunkt indem schon wieder Treffen möglich waren, unter Bezugnahme auf die Quarantäne eines der Elternteile, eingeladen wurden.

Pflege ist und bleibt ein Berührungsberuf und auch in psychiatrischen Handlungsfeldern gibt es vielfältige Situationen mit großer körperlicher Nähe. Hier sei insbesondere auf die Behandlung von dementiell erkrankten und/oder körperlich stark beeinträchtigten Menschen in der Gerontopsychiatrie, Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen oder auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen. Häufig, jedoch nicht immer ist es möglich, vor körperbezogenen Pflegeleistungen Schutzkleidung anzulegen, vorausgesetzt, dass diese auch zur Verfügung steht. In manchen Situationen führt dieses Vorgehen aber zu Irritationen bei den betroffenen Menschen und steht unter Umständen der eigentlichen Intention der Intervention sogar entgegen. Besonders schwierig gestaltet sich auch die erforderliche Einhaltung von Schutzmaßnahmen, z. B. bei spontanen deeskalierenden Maßnahmen wie Halten, bei impulsiven und gefährdenden Situationen aber auch in der notwendigen schnellen Umsetzung von Zwangsmaßnahmen. In einzelnen Institutionen wird von einer Zunahme von Zwangsmaßnahmen in der Zeit des Lockdown berichtet. Unabhängig davon war insbesondere zu Beginn der Pandemie und unter dem Einfluss eines Mangels an erforderlicher Schutzausrüstung die Einhaltung der Hygienerichtlinien in Teilen nur schwer umsetzbar. Nicht zuletzt trifft die bis heute andauernde fehlende Verfügbarkeit und regelhafte Durchführung von Testungen der Mitarbeiter_innen in den Einrichtungen zum Schutz aller Beteiligten nachvollziehbar auf großes Unverständnis. Ein solches Vorgehen muss kritisiert werden und darüber hinaus kann sogar von einer unterlassenen Sorgfaltspflicht und Fahrlässigkeit gesprochen werden, insbesondere dann, wenn eine Testung in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens offensichtlich gut umsetzbar zu sein scheint und notwendige Kapazitäten vorhanden sind. Wenn nicht ausreichend Schutzkleidung verfügbar ist und/oder wenn nicht ausreichend Tests bei Patient_innen wie auch bei Pflegenden durchgeführt werden, können große Ängste vor eigener Ansteckung entstehen. Wie absurd fehlende Schutzausrüstungen und fehlende Tests für Mitarbeiter_innen in der direkten Gesundheitsversorgung ist, wird deutlich angesichts der Diskussion in der Gesellschaft, ob der Schulbetrieb uneingeschränkt fortgesetzt werden kann, da offensichtlich ein Großteil der Lehrpersonen zu der Risikogruppe zu zählen ist.

Brooks et al. (2020) zeigen in ihrem Review, dass im Gesundheitswesen tätige Menschen durch eine häusliche Quarantäne signifikant häufiger über Schlaflosigkeit, Konzentrationschwäche, Reizbarkeit, Erschöpfung und Unentschlossenheit berichten. Aber auch Angstzustände im Umgang mit fiebernden Patient_innen und eine Verschlechterung der Arbeitsleistung, Arbeitszurückhaltung oder auch ein Rücktritt werden beschrieben. Des Weiteren wird mit Bezug auf die SARS-Pandemie aus dem Jahre 2003 dargestellt, dass der Effekt einer neuntägigen Quarantäne auch 3 Jahre später bei Krankenhausmitarbeiter_innen ein Prädiktor für posttraumatische Stresssymptome sein kann. Hier gibt es spezielle Anforderungen an das Management im Gesundheitswesen, die Mitarbeiter_innen hinsichtlich der (betrieblichen) Gesundheitsförderung und -prävention gut im Blick zu halten. Laut Williams et al. (2020) empfiehlt sich für das Management, mit den Mitarbeiter_innen über ihre Bedenken hinsichtlich des möglichen erhöhten Infektionsrisikos zu sprechen.

Eine Studie von Schoppmann und Mayer (2010) aus dem Jahr 2008 zeigt, dass bereits ein Viertel der psychiatrischen Pflegefachpersonen über 50 Jahre alt ist und ein Trend erkennbar ist, dass der Altersdurchschnitt weiter ansteigt. In der aktuellen Pandemie gehören Menschen über dem 60. Lebensjahr zu Risikogruppe. Daher steht das Management vor einer großen Herausforderung sowohl diese Mitarbeiter_innen zu schützen als auch die Patientenversorgung zu organisieren und sicherzustellen. Hier könnten gemeinsam mit den betroffenen Beschäftigten neue Wege gedacht und die Mitarbeiter_innen in der virtuellen Patientenversorgung, wie z.B. in der Telefonberatung, eingesetzt werden.

Ausblick

Dass das Thema der psychischen Gesundheit auch bzw. vor allem in einer Situation wie der aktuellen COVID-19 Pandemie wichtig ist, zeigt auch ein aktueller Bericht der Vereinten Nationen zum Thema (United Nations, 2020). Vor diesem Hintergrund und angesichts der dargestellten Erfahrungen stellt sich die Frage, wie aus Sicht der DFPP eine gute psychiatrisch-pflegerische Versorgung in Deutschland in Zeiten der Coronakrise aussieht bzw. aussehen sollte und wie diese sichergestellt und gefördert werden kann? Gute psychiatrische Pflege will auch bei besonderen Versorgungsherausforderungen und unter Einbezug von Hygienevorgaben den Bedürfnissen und Bedarfen der Patient_innen und recoveryorientierten Zielen gerecht werden.

Gleichzeitig muss der notwendige Schutz der Mitarbeiter_innen in dieser besonderen Situation gewährleistet sein.

Gerne möchten wir die folgenden Bereiche in den Blick nehmen:

1. Psychiatrische Versorgung der Patient_innen, Klient_innen und Nutzer_innen
2. Blick auf die Mitarbeiter_innen
3. Blick auf das Gesundheitssystem

Psychiatrische Versorgung der Patient_innen, Klient_innen und Nutzer_innen

Sicherlich ist an erster Stelle die grundsätzliche Verfügbarkeit von psychiatrischer Pflege und psychiatrisch Pflegenden für die Patient_innen, Klient_innen und Nutzer_innen in unterschiedlichen Versorgungssettings von ambulant bis stationär zu nennen. Ebenso wie medizinische, psychologische, sozialarbeiterische oder andere therapeutische Leistungen, müssen auch

psychiatrisch-pflegerische Leistungen in Zeiten einer Pandemie für die Menschen ausreichend verfügbar sein. Um die Verfügbarkeit sicherzustellen, sollten auch moderne Kommunikationsmöglichkeiten zum Einsatz kommen können und natürlich müssen diese Leistungen im Rahmen einer Behandlung für Pflegefachpersonen, ebenso wie für andere Berufsgruppen auch, refinanziert sein.

Die Empfehlungen von Richter und Zürcher (2020) aufgreifend, sollte in einer solchen Situation der Fokus vor allem auf aufsuchenden Versorgungskonzepten, wie z. B. Ambulant Psychiatrischer Pflege (APP) oder der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) liegen. Stationäre Versorgung sollte, um die Risiken der Verbreitung des Virus und der Folgen sowohl für die Patient_innen als auch für die Mitarbeiter_innen zu minimieren, nur in reduzierter Form und bei unbedingter Notwendigkeit, z. B. aufgrund einer akuten Krisensituationen oder bei gesetzlicher Unterbringung, erfolgen.

Gezeigt hat sich allerdings auch, dass viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Belastungsfaktoren und trotz eines wachsenden Leidensdruck und/oder einer akuten Verschlechterung ihres psychischen Zustandes die Kontaktaufnahme zum stationären Hilfesystem aus Angst vor Ansteckung etc. gescheut haben und es so zu einer unter Umständen vermeidbaren Dekompensation gekommen ist. Um dies zu verhindern und durch frühzeitige Intervention zusätzliche akute stationäre Aufnahmen zu regulieren, bedarf es in Deutschland einem dringenden Ausbau weiterer ergänzender niedrigschwelliger und präventiver Angebote im Sinne von Stepped- und Collaborative Care (Wabnitz et al., 2017).

Blick auf die Mitarbeiter_innen

In der Coronakrise zeigt sich Pflege in ihrer Tradition des „Frauenberufs“ und leider lassen sich Parallelen zur gesellschaftlichen Entwicklung aufzeigen, wo Frauen den größten Teil in der Versorgung der Kinder in den Zeiten der Schließung von Schulen und Kindergärten übernommen haben bzw. nach wie vor übernehmen. Demgegenüber zeigt sich aber auch, dass Pflegefachpersonen über umfassende und wichtige Kompetenzen verfügen und in der Bewältigung der Krise eine entscheidende Rolle einnehmen. Diese Rolle war, ist und sollte auch zukünftig mit der Übernahme von (mehr) Verantwortung durch die Pflegefachpersonen verbunden sein (z. B. bezüglich der eigenverantwortlichen Entscheidung über eine Aufnahme und Durchführung von Krisengesprächen und Einleitung entsprechender Maßnahmen). Hierdurch ist einmal mehr deutlich geworden, dass diese Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen längst überfällig ist und die Politik nach Überwindung der Pandemie unbedingt Maßnahmen ergreifen muss, um eine Etablierung und Festigung dieser wichtigen Rolle zu erreichen. Es kann nicht sein, dass gerade in einer Krisensituation mehr Verantwortungsübernahme von Pflegefachpersonen erwartet, verlangt und praktiziert wird, diese dann aber in Zeiten nach der Krise wieder zurückgefahren werden. Das wäre auch im Sinne der Patient_innen unglaublich. Die Akademie für Ethik in der Medizin (2020) sieht in der pflegerischen Verantwortungsübernahme und dem Einbringen der pflegerischen Expertise eine Voraussetzung, um der Pflegequalität und Professionalität in der Pandemie gerecht werden zu können.

Gesundheitssystem

Im Hinblick auf das Gesundheitssystem wird es Expert_innen zufolge zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen und einer erhöhten Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen kommen (Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020). Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Isolationsmaßnahmen im Rahmen des Lockdown und „Social distancing“, aber auch in Hinblick auf die wirtschaftlichen Folgen wie z. B. einer erwarteten Rezession einhergehend

mit einer hohen Arbeitslosenrate mit einem steigenden Risiko für zahlreiche Erkrankungen wie kardiologische Erkrankungen, Depression oder Angsterkrankungen zu rechnen ist. Nicht zuletzt ist es noch nicht absehbar, welche psychosozialen Folgen sich aus dem Shutdown der Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen für Familien im Allgemeinen und Kinder und Jugendliche im Besonderen zeigen werden. Dem muss das Gesundheitssystem begegnen können. Hierzu sind Pflegefachpersonen unerlässlich.

In der COVID-19-Pandemie werden vor allem die Beschäftigten in intensivmedizinischen Bereichen für die Gesunderhaltung am Arbeitsplatz Unterstützung benötigen. Um ihre Arbeit und damit verbundene traumatische Situationen oder Situationen, in denen sie sich hilflos gefühlt haben reflektieren zu können, sind supportive Gesprächsangebote sinnvoll und hilfreich. Das Royal College of Psychiatrists (2020) beschreibt diese Aufgabe als Aufgabengebiet für Psychiater. Aber auch erfahrende und kompetente Pflegefachpersonen sind geeignet, um dieses Unterstützungsangebot als peer-to-peer-Leistung anbieten zu können.

Politisch hat die Coronakrise erstaunliches bewirkt, plötzlich können Milliarden an Finanzmitteln mobilisiert und sehr schnell sehr komplexe Entscheidungen getroffen werden. Viele langjährige Forderungen für die Weiterentwicklung der Pflege und der Gesundheitsversorgung müssen gerade jetzt mit hoher Priorität angegangen werden. Die eingangs genannten vier Forderungen der DFPP e.V. sind nach Ansicht von Vorstand und Präsidium der DFPP für die Gewährleistung guter psychiatrische Pflege in Zeiten der Pandemie unabdingbar. Sie unterstreichen die aktuelle Forderungen aller psychiatrischen Pflegeorganisationen in Deutschland (Verbändedialog, 2020).

Ulm, den 23.06.2020

(gez.)

Dorothea Sauter
Präsidentin
sauter@dfpp.de

(gez.)

Uwe Genge
Stellv. Präsident
genge@dfpp.de

(gez.)

Michael Mayer
Stellv. Präsident
mayer@dfpp.de

Autor_innen:

André Nienaber, Susanna Flansburg, Uwe Genge, Regine Groß, Michael Löhr, Jacqueline Rixe, Stefan Rogge, Dorothea Sauter

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin. (2020). Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19. Retrieved June 20, 2020 from https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M. & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. *Psychiatr Prax*, 47(4), 190-197. doi:10.1055/a-1159-5551
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Lisa, W., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, pp. 912-920.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211. doi:10.1136/bmj.m1211
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ..., Collaboration, C.-S. P. R. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/S2215-0366(20)30171-1
- Hackenbroch, V., Zand, B. & Dandan, W. (2020). Wuhan. *Der Spiegel* (20), 8 - 16.
- Johns-Hopkins University (2020). Coronavirus Resource Center. Retrieved June 19, 2020 from <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Petzold, M. B., Plag, J & Ströhle, A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Nervenarzt*, 91(5), 417-421. doi:10.1007/s00115-020-00905-0
- Petzold, M. B., Ströhle, A. & Plag, J. (2020). COVID-19-Pandemie: Psychische Belastungen können reduziert werden. *Dtsch Arzteblatt*, 117, A-648/B-552.
- Richter, D. & Zürcher, S. (2020). Mental Health Care Services During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Prax*, 47(4), 173-175. doi:10.1055/a-1157-8508
- Royal College of Psychiatrists. (2020). A statement from the Royal College of Psychiatrists on the roles and work of psychiatrists during the CoViD-19 pandemic. Retrieved June 02, 2020 from https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/covid-19/the-roles-and-work-of-psychiatrists-during-the-pandemic-statement.pdf?sfvrsn=211f6941_2
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C, Seidler, A. & Riedel-Heller, S. G. (2020). Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *Psychiatr Prax*, 47(4), 179-189. doi:10.1055/a-1159-5562
- Schoppmann, S. & Mayer, H. (2010). Altersstruktur psychiatrisch Pflegender in Deutschland. *Pflegewissenschaft* (3), pp. 149-155.
- United Nations. (2020). COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Retrieved June 20, 2020 from https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf
- Verbandsdialog (2020). Kompetente psychiatrische Pflege fördert Wohlbefinden und Genesung. Erklärung zum Internationalen Tag der Pflege. Retrieved Jun 22, 2020 from <https://dfpp.de/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-20-Jahr-Pflege-Anschreiben.pdf>
- Wabnitz, P., Löhr, M., Nienaber, A., Hemkendreis, B., Kronmüller, K. T. & Schulz, M. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT)–Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen. *PPmP-Psychotherapie·Psychosomatik·Medizinische Psychologie*, 67(08), 362-368.
- Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa (2020). WHO erklärt COVID-19-Ausbruch zur Pandemie. Retrieved June 20, 2020 from <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
- Williams R, M. E. (2020). Top Ten messages for supporting healthcare staff during the COVID-19 pandemic. Retrieved June 20, 2020 from https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/about-us/covid-19/top-ten-messages-williams-et-al.pdf?sfvrsn=990e3861_0&dm_i=3S89,146AV,2H3JLO,3X5OG,1
- Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y. & Li, Y. (2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*, 36(3), 299-302. doi:10.1007/s12264-020-00476-9
- Zielasek, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). Psychische Störungen werden zunehmen. *Dtsch Arztebl*; 117 (21): A 1114–7.