

Empfehlungen für die Psychosoziale Unterstützung des Krankenhauspersonals in COVID 19

Barbara Juen, Monika Stickler, Barbara Flad, Maria Trigler, Andreas Kaiser, Georg Mathes, Ruth Warger, Erwin Steiner, Manuela Sax, Clemens Hausmann

Zielsetzung

Die folgenden Empfehlungen beinhalten die Lerneffekte der ersten COVID 19 Pandemiephase von Anfang März bis Ende Mai 2020. Da die Krise noch nicht beendet ist, werden eventuell später neue Erkenntnisse diese ersten Empfehlungen obsolet machen oder eine Veränderung erfordern. Die Ergebnisse beruhen auf einem ersten Eindruck der psychischen Situation des Gesundheitspersonals im Krankenhaussektor in Italien und Österreich. Basis sind aktuelle Studien sowie der Austausch mit direkt involvierten medizinischen und psychosozialen Expert*innen.

Unsere Ziele lassen sich wie folgt formulieren

- 1) Erfahrungen aus erster Hand sammeln
- 2) Die zukünftigen Lernschritte anstoßen
- 3) Auf kommende Phasen der Pandemie und auf weitere Krisen vorbereiten

Forschungsstand

Die Covid-19 Situation bedeutet für Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen erhöhten Stress und stellt zweifellos ein Risiko für ihre psychische Gesundheit dar. Zu diesem Schluss kamen zahlreiche Forscherinnen. Ein Beispiel aus Europa sind Rossi und Kollegen (2020). Sie untersuchten die psychische Gesundheit von Gesundheits- und Pflegepersonal in Italien vom 27. bis 31. März 2020 an 1379 Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens. Fast die Hälfte (49,48%) zeigte posttraumatische Stress-Symptome (PTSS). 24,73% zeigten Symptome von Depression 19,8% Symptome von Angst, 8,27% Schlafstörungen und 21,9% hohen erlebten Stress. Jüngeres Alter und das weibliche Geschlecht waren mit allen Symptomen – ausgenommen Schlafstörungen – assoziiert.

Schlafstörungen wiederum betrafen vermehrt den Pflegebereich und Depressionssymptome zeigten vor allem jene, die einer potenziellen Ansteckung ausgesetzt waren. Ein erhöhtes Risiko für Depression und hohen Stress wurde bei Personal nachgewiesen, das einen/eine verstorbene/n, infizierte/n oder in Quarantäne befindliche/n Kollegen/Kollegin hatte (Rossi et al., 2020).

Bohlken et al (2020) wiesen in ihrer Review ebenfalls auf die psychosozialen Folgen der Pandemie für das Krankenhauspersonal hin. Sie kommen auf Werte zwischen 2,2 und 14,5% bei schwerwiegenden Symptomen von Depression und Angst. Auch unsere eigene Forschung ergab Ähnliches. Wir führten Interviews mit 18 Personen aus dem Bereich der Pflege, Psychologie und Seelsorge aus diversen Krankenhäusern in Italien und Österreich sowie eine online Fragebogen Erhebung durch (Kreh et al. 2020).

Hauptbefunde

Ganz allgemein gesprochen hat es sich ergeben, dass die psychosozialen (Fach)kräfte in einer solchen Krisensituation vor Ort präsent sein sollten. Sofern sie sich zurückziehen, werden sie vom Personal nicht mehr akzeptiert. Man kann sagen, dass psychosoziale (Fach)kräfte innerhalb der Krankenhäuser „systemrelevant“ sind und als solche von der Führung der Häuser eingesetzt/angesehen werden müssen. Auf Seite der psychosozialen (Fach)kräfte braucht es in solchen Krisen die Bereitschaft, ihre angestammten Rollen ein Stück zu verlassen und interprofessionell auf einer gemeinsamen Basis zusammen zu arbeiten. Da auch psychosoziale Fachkräfte in Krisensituation Sicherheit brauchen, ist es wesentlich, dass diese gemeinsame Basis außerhalb der Krise gemeinsam definiert und ein Stück weit eingeübt wird. In der Krise selber kann dieser Rollenwechsel sonst überfordern/misslingen. Zudem ist uns immer wieder aufgefallen wie wichtig es ist die Multiprofessionalität in der Gruppe der psychosozialen Kräfte wahrzunehmen und zu nutzen.

Kurz auf den Punkt gebracht braucht es in dieser Krise „On Scene Support“. Es geht dabei um eine niederschwellige, direkt am „Einsatzort“ stattfindende psychosoziale Unterstützung, die nicht auf Gespräch und Beratung sondern auf Verbesserung der Rahmenbedingungen und niederschwellige Entlastung abzielt. Vor einem solchen Hintergrund machen dann auch weiterführende Angebote wie online Kurse oder eine Telefonberatungshotline Sinn.

Psychosoziale Charakteristika der Covid 19 Krise

Wir möchten zunächst auf drei wesentliche Faktoren hinweisen, die die COVID-19 Krise kennzeichnen, und die nach unserer Ansicht besonders wichtig sind für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen. Dazu haben wir den Forschungsstand mit unseren eigenen Erfahrungen als Expert*innen angereichert.

(1) Moralischer Stress und Moralische Verletzung sind häufig

Moralische Verletzung scheint ein zentrales Phänomen zu sein in der gegenwärtigen Krise (Greenberg, 2020, Williams, 2020, Dunham, 2020). gemäß Shay (2014) bedeutet Moralische Verletzung dreierlei:

- eine Verletzung dessen, was als richtig empfunden wird
- entweder durch eine legitimierte Autoritätsperson oder durch die betroffene Person selbst
- in einer Situation, in der viel auf dem Spiel steht

Beide Formen der moralischen Verletzung wurden von Gesundheitspersonal während COVID 19 erlebt und beide führen zu Selbstzweifel und einem Verlust von Vertrauen in das System.

Egal ob wir mit Experten sprachen, die in den Regionen arbeiteten, in denen das Virus das Gesundheitssystem extrem beanspruchte oder in Regionen, die weniger stark betroffen waren, alle erwähnten immer wieder Beispiele für moralische Verletzung oder zumindest moralischen Stress.

Die Themen, um die es dabei ging, waren u.a. Triage, (real oder antizipierte) Knappheit oder beschädigte Schutzausrüstung, bzw. Tests, Angst Kolleg*innen oder die Familie und Freunde anzustecken (selbst Infektionsverbreiter zu sein), der Umgang mit Tod und Sterben (gezwungen sein, sterbende Patienten von ihrer Familie zu trennen), der Umgang mit dem Leichnam (die gewohnten Rituale nicht anwenden zu können), der Umgang mit Angehörigen von Patienten (Patienten von ihren Angehörigen fernzuhalten). Was wir in diesem Zusammenhang bei der Pflege als starke Belastung wahrgenommen haben, war der Versuch der Pflegenden, die Angehörigen (und mitunter

auch die fehlenden psychosozialen Fachkräfte) zu ersetzen. D.h. sie übernahmen nicht nur ihre Rolle, sondern auch noch die anderer, was zwangsläufig eine Überforderung darstellt.

Ein weiterer Belastungsfaktor in diesem Bereich ist die zwiespältige Rolle des Gesundheitspersonals als „heldinnen“ einerseits und als potentielle „Infektionsverbreiter*innen“ andererseits, was zu Stigmatisierung führte. Nachbar*innen, die die Straßenseite wechseln, die Familie, die den Job des Angehörigen in Frage stellt, Kinder von Gesundheitspersonal, die nicht mit anderen Kindern spielen durften etc.

Alle diese Erfahrungen führten bei vielen Mitarbeiter*innen zu einer erschütterten ethischen Welt- und Selbstsicht und erfordert Hilfestellungen bei der Wiederherstellung von Vertrauen in das System und in das eigene Rollenbild.

(2) Organisationale Gerechtigkeit und flexible dezentrale Systeme beeinflussen die Gesundheit der Mitarbeiter*innen positiv

Maunder et al haben bereits 2008 nach der SARS 1 Epidemie in Kanada festgestellt, dass sogenannte Magnet Krankenhäuser einen positive Einfluss auf ihre Mitarbeiter*innen hatten als herkömmliche Häuser (Maunder et al 2008)

Kennzeichen waren folgende

Organisation

- Flexible dezentrale Entscheidungsprozesse
- Selbstadministration der Abteilungen
- Starker Fokus auf Weiterbildung aller Mitarbeiter*innen
- Pflegekräfte in Admin und Management

Besonders schlecht schnitten Krankenhäuser mit hochzentralisierten Strukturen und einer Administration ab, die weit weg war von den Bedürfnissen des Krankenhauspersonals.

Führung

Führungsstil und organisationale Gerechtigkeit waren weitere Faktoren, die sich positiv auswirkten, um der moralischen Verletzung entgegenzuwirken. Das Gefühl ernstgenommen zu werden in ihren Anliegen, aber auch sichtbare Anstrengungen des Führungspersonals zu gut begründeten gemeinsamen Entscheidungen zu kommen über die moralisch relevanten Themen waren Hauptresilienzfaktoren. Es kam dabei auf Beziehungsgerechtigkeit (sich wirklich für die Anliegen der Mitarbeiter*innen interessieren und darauf reagieren) aber auch auf Entscheidungsgerechtigkeit (gerechte nachvollziehbare transparente Entscheidungen) an.

Es braucht eine gute Mischung aus klarer Führung und aktiver Einbindung der Mitarbeiter*innen. Wenn schnell gehandelt werden muss, können Entscheidungen nicht erst basisdemokratisch ausgehandelt werden. Um der Entwicklung am besten immer einen Schritt voraus zu sein, ist in Akutphasen ein „militärischer Führungsstil“ durchaus notwendig.

Umso wichtiger ist es dann aber, dass Mitarbeiter*innen als die Ausführenden im weiteren Verlauf gehört werden. Und dass Entscheidungen auch ggf. revidiert werden können, wenn sie sich in der Praxis als nicht zweckdienlich oder über das Ziel hinausschießend erweisen. Es kann auch eine Aufgabe der psychosozialen Fachkräfte zu sein, Anordnungen immer wieder dahingehend zu hinterfragen,

welchem Ziel sie dienen und ob dieses Ziel nicht auch anders (menschenfreundlicher) erreicht werden kann.

Ein konkretes Beispiel ist die Möglichkeit, Fragen/Anliegen direkt an den Krisenstab stellen zu können und eine Antwort darauf zu erhalten. Ein Krankenhaus hatte dafür eine eigene Emailadresse eingerichtet, wo jede/jeder selbst von daheim Fragen an den Krisenstab stellen konnte. Wenn diese persönlich waren, wurden sie persönlich beantwortet, wenn sie mehrere betrafen, wurde die Antwort in die täglichen Informationsvideos aufgenommen. Auf alle Fälle gab es immer eine Antwort.

(3) Psychosoziale Unterstützung funktioniert nur, wenn sie direkt vor Ort und von vertrauten Fachkräften und Kolleg*innen (Peers) gegeben wird

Psychosoziale Unterstützung funktionierte dort am besten, wo diese in die allgemeine Unterstützung/Fortbildung integriert wurde. Dazu konnten bereits bestehende Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter ausgebaut und erweitert werden. Dort wo psychosoziale Fachkräfte direkt und sichtbar mit den medizinischen Führungspersonen interagierten und gemeinsam auftraten, und dort wo sie von Fachkräften angeboten wurden die felderfahren waren und das Vertrauen der Mitarbeiter*innen besaßen, wurde die Unterstützung am besten angenommen. Dies erfolgte während Zusammenkünften zwecks Vorbereitung, Hygieneschulungen, kurzen Einstiegsschulungen etc. Dabei schätzte es das medizinische Personal sehr, wenn psychosoziale Helfer*innen sich direkt vor Ort begaben und Bereitschaft zeigten, sich auch mit Schutzausrüstung an der Unterstützung von Patienten und Angehörigen zu beteiligen. Sofern Psychosoziale Fachkräfte nur im Hintergrund agierten, wurde die Hilfestellung weniger angenommen.

Hotlines, an die sich die Mitarbeiter*innen selbst wenden konnten, fanden in der ersten Phase der Pandemie nur dort Anklang, wo das Gesundheitssystem an die Grenzen stieß. Proaktiver telefonischer Kontakt zu denjenigen Mitarbeiter*innen, die in Quarantäne waren, wurde allerdings sehr positiv angenommen, sofern dieser von vertrauten Psycholog*innen oder Führungskräften oder von Peers angeboten wurde. Auf die Gruppe der selbst an COVID 19 erkrankten Personen und jene, die andere angesteckt haben, ist nach unserer Ansicht besonders zu achten. Proaktiver Zugang gilt auch für das Personal auf Station. Persönliche Besuche beim Personal wurden sehr geschätzt und für Gespräche genutzt. Bei uns wurde außerdem sichergestellt, dass das Care-Team einmal am Tag mit jeder Station einen telefonischen Kontakt hatte (immer morgens zwischen 8:00 und 9:00), wo gefragt wurde, ob es Unterstützungsbedarf bei Patient*innen oder Personal gibt

Allerdings gilt: sofern man Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens in irgendeiner Weise als potentielle „Patienten“ anspricht, ziehen sie sich zurück. Sie müssen als kompetente Fachkräfte angesprochen werden, die in der Krise versuchen ihr Bestes zu geben und die auch für kompetent genug erachtet werden, die Folgen der Krise zu meistern. Der Grundsatz heißt „mit ihnen handeln und nicht für sie handeln“. Niederschwellige Angebote und anonymisierte Wege des Kontakts sind dabei essentiell. Auch spezielle e-learning Plattformen für Mitarbeiter*innen haben sich bewährt.

Empfehlungen

Williams et al (2020) empfehlen die Anwendung der Hobfoll Kriterien (Hobfoll et al, 2007). Diese müssen auf den jeweiligen Kontext übertragen werden. In den folgenden Empfehlungen versuchen wir das

Sicherheit

- Gute, ehrliche und zeitgerechte Information am besten direkt gegeben durch Führungspersonen, denen man vertraut. Die Erfahrung zeigt, dass schriftliche Informationen allein nicht ausreichend waren. Durch tägliche kurze Informationsvideos erreichte man deutlich mehr Personen. In einem Krankenhaus gab es zum Beispiel im Intranet einen eigenen „COVID-Button“, unter dem sowohl die Videos als auch die schriftlichen Informationen dauerhaft abrufbar waren und je nach Inhalt auch mehrfach abgerufen werden konnten.
- Ausreichende Schutzausrüstung oder zumindest sichtbare Bemühungen für die Sicherheit des Personals zu sorgen und sich dafür einzusetzen. Bezüglich Schutzausrüstung ergaben sich mehrere best practice Empfehlungen: zum einen wurde in Bezug auf die Sicherheit darauf verwiesen wie hilfreich „Buddy“ Systeme (paarweise Unterstützung) beim An und besonders beim Auskleiden waren. Zudem erlebten viele eine Art „Field Supervisor“ (erfahrene, technisch hygienische Berater*innen die entweder face to face oder telefonisch zur Verfügung stehen) als hilfreich. Dieser technisch/hygienische Support ließ sich gut mit psychosozialer Unterstützung verbinden sofern die ausübenden Personen darin Erfahrung und/oder Schulung (z.B. als Peers) hatten. Richtlinien wurden als hilfreich erlebt allerdings wurde immer wieder darauf verwiesen, dass es in den Richtlinien nicht nur um die technische Seite sondern auch darum gehen sollte, was die Schutzausrüstung physisch und psychisch bewirkt z.B.. Dehydrierung, Hitze, Kopfschmerz etc. Auch die farbliche Kennzeichnung der verschiedenen Funktionen (Ärzte, Pflege etc.) sowie Namensschilder wurden als hilfreich erlebt.
- Als überaus wichtig ergab es sich für Management und psychosoziale Kräfte, Interesse zu zeigen dafür, wie das Personal die Situation auf den COVID Stationen meistert durch Besuche des Managements aber auch der Psychosozialen Fachkräfte und Peers vor Ort. Dabei ist es wesentlich die COVID freien Stationen nicht zu vergessen, besonders dann, wenn Schutzausrüstung knapp wird (dort fühlen sich Mitarbeiter*innen dann unsicherer als auf den COVID Stationen). Zudem braucht es genügend Testkapazitäten für Mitarbeiter*innen. Es erwies sich auch als sinnvoll, das Interesse nicht nur auf die Arbeitssituation zu richten, sondern auch zu fragen, wie es daheim läuft. Häufig wurde die Situation aufgrund des Lock-Downs, wegen Sorgen um die Ansteckung von Familienmitgliedern (auch durch einen selber, es gab Mitarbeiter, die während der Hauptphase im Keller schliefen) oder aufgrund der grundsätzlichen Beziehungen untereinander belastender erlebt als die eigentliche Arbeitssituation. Es gab auch Mitarbeiter*innen, die unendlich froh waren, arbeiten gehen und damit die eigenen vier Wände verlassen zu dürfen.
- In der zweiten Welle (sofern die Knappheit an Schutzausrüstung nicht mehr gegeben ist), ist auch die Anpassung der Schutzausrüstung anzudenken (physische und psychische Folgen des langen Tragens von Schutzkleidung bedenken, Auswahl des Materials auch nach Kriterien des

Tragekomforts, Schichteinteilungen etc.). Klare, sichtbare Führung durch medizinische Fachkraft (vor Ort) am besten mit psychosozialer Fachkraft an seiner/ihrer Seite, Erreichbarkeit eines Field Supervisors, Buddy Systeme etc.

Verbundenheit

- Bemühungen des Personals und Führungskräfte, aber auch der Peers und Psychosozialen Fachkräfte den sozialen Zusammenhalt zu stärken.
- Diese erfordern manchmal räumliche Anpassungen zum Beispiel das Bereitstellen von sozial nutzbaren Räumen (z.B. regelmäßige Meetings auf der Terrasse).
- Wichtig erscheint es, die gewohnten informellen Zusammenkünfte nicht einfach ausfallen zu lassen, sondern aktiv nach Ersatzmöglichkeiten zu suchen. Peer Systeme spielen hier eine besondere Rolle und werden gut angenommen.
- Auch gemeinsame Trainingseinheiten in großen Räumen mit genügend Abstand wurden als sehr hilfreich erlebt.
- Eine virtuelle Möglichkeit des informellen Austauschs wurde teilweise ebenfalls gut angenommen: ein virtueller Pausenraum, in dem sich Mitarbeiter*innen zwanglos treffen konnten.
- Kooperation und Koordination auf allen Führungsebenen: Als besonders wesentlich haben sich die Kooperation und Koordination von Führungskräften erwiesen. Multiprofessionell zusammengesetzte Einsatzstäbe mit psychosozialen Fachkräften und Pflegekräften im Team haben sich dabei am meisten bewährt.
- Ein weiteres Beispiel sind wöchentliche Besprechungen der Führungskräfte im Freien unter Moderation der Psychologie mit Teilnahme des med. Primars und der Pflegekoordinatorinnen der COVID Isolierstationen, Überwachungsstationen, SubIntensiv. Je nach Bedarf erfolgte dann die Vernetzung und Vermittlung zur Krankenhausseelsorge (Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden auf COVID Stationen), dem Palliative Care Team und der klinischen Ethikberatung z.B. bei Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie auf der basis Klinisch-ethischer Empfehlungen (z.B. der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin - DIVI)

Ruhe

- Genügend Raum für Erholung und Ruhe (z.B. Unterkünfte dort, wo Personal nicht heim gehen will oder kann aus Angst jemanden anzustecken, Pausenräume, die die Sicherheit nicht gefährden (Abstand, Maske, Frischluft).
- Normalität erzeugen wo möglich, ist das Wesentliche hier. Gewohnte Rituale, die jetzt wegfallen durch andere ersetzen, das kann sein z.B. Dekorationen für Feiertage trotzdem zu machen, aber auch andere kleine Rituale ev. in Kombination mit dem An- und Auskleiden der Schutzausrüstung zu verbinden.
- Zudem sollte die Selbstfürsorge der Mitarbeiter*innen unterstützt werden durch geeignete an die Situation und die Gruppe angepasste Maßnahmen. Dazu können sich online Angebote

eignen, die allerdings oft erst in der Kombination mit „on scene support“ Maßnahmen wirksam werden.

Selbstwirksamkeit und kollektive Wirksamkeit

- Vorbereitung auf neue Aufgaben, Arbeiten in Paaren, wenn Mitarbeiter*innen neue Aufgaben bekommen.
- Gelegenheit bieten, um ethische Richtlinien zu diskutieren und schwierige Entscheidungen gemeinsam zu treffen (z.B. gemeinsame Vorab Einstufung von Patient*innen).
- Sich Kümern um sterbende Patienten war nicht nur ein Stressfaktor, sondern auch eine Quelle von Stolz und Selbstwirksamkeit. Als belastend wurde es erlebt quasi „der letzte Mensch zu sein, mit dem der Sterbende Kontakt hat“. Das wurde auch von Seiten der Angehörigen wahrgenommen, die oft den Wunsch äußerten mit der jeweils zuständigen Pflegekraft zu sprechen um Informationen zu bekommen, wie ihr Angehöriger verstorben war. Auch hierin liegt Belastung und Selbstwirksamkeit zugleich, sofern durch entsprechende psychosoziale und seelsorgerische Kräfte Hilfestellung gegeben wird.
- Abfedern der negativen Wirkung der Schutzausrüstung durch personalisierungsmaßnahmen: Namensschilder, Fotos auf der Schutzausrüstung, durchsichtige Masken für die Arbeit mit hörgeschädigten Patient*innen.
- Coaching und Unterstützung durch psychosoziale Fachkräfte inklusive Klinikseelsorge im Umgang mit Patient*innen und Angehörigen sowie im Finden von Ersatzritualen im Umgang mit Tod und Sterben war eine besonders wichtige Entlastung. So zum Beispiel wurden in einer Einrichtung Blumen vom Personal besorgt, die man auf den Leichnam legen konnte oder der Leichnam wurde nicht in den Leichensack gegeben solange er noch warm war. Zudem regten einige an, den Leichensack umzubenennen zum „Leichentuch“ damit der negative Beigeschmack verringert werden konnte und man eher das Gefühl hatte, den normalen gewohnten Umgang mit dem Tod pflegen zu können.

Positive Zukunftsorientierung

- Trotz Stress und Erschöpfung hatte das medizinische Personal das Gefühl, sie haben eine Krise gemeinsam gemeistert, obwohl sie sehr viele Opfer bringen mussten. Die meisten haben außerordentliche Widerstandsfähigkeit gezeigt.
- Jetzt kommt es auf Erholungsfähigkeit und Veränderungsfähigkeit an. Diese zu fördern, erfordert zuallererst eine Anerkennung der Leistung durch die Öffentlichkeit und durch das Management.
- Zurückkehren in einen normalen Stationsalltag, gemeinsame Reflexion und gegenseitige soziale Unterstützung, das Bereitstellen von niederschweligen Anlaufstellen sind hier wesentliche Faktoren.
- Wie geht es weiter – morgen, nächste Woche, in den kommenden Monaten? Die Mitarbeiter, die trotz Stress und Erschöpfung gemeinsam die Krise meistern, brauchen Antworten auf diese Fragen. Dazu zählen regelmäßige Briefings durch Vorgesetzte (was kommt auf uns zu, was brauchen wir dafür?), Anerkennung der bisherigen Leistungen und die Möglichkeit, Erfahrungen sachlich zu reflektieren und Fragen und Vorschläge zu formulieren. Zudem muss das Personal jetzt sehen, dass auch das Management aus den Fehlern lernen kann und dass es

eine ehrliche und erstzunehmende Aufarbeitung und das ehrliche Bemühen gibt, in Zukunft besser zu werden. Nur so kann das Vertrauen in das eigene Rollenbild und ins System erhalten oder zurückgewonnen werden. Unsere Erfahrung war, dass der Rückbau der Maßnahmen weniger kommuniziert wurde als der Aufbau und dass das nicht gut ist. Die Kommunikationssituation darf mit Nachlassen der Dringlichkeit der Krise nicht vernachlässigt werden.

- Positives Feedback durch Führungskräfte, die Organisation, die Öffentlichkeit und die Behörden ist wesentlich um die Belastung des Personals zu reduzieren. Dabei spielt allerdings organisationale Gerechtigkeit eine äußerst wichtige Rolle. Die Ausschüttung von Prämien, die dann nicht alle, die in der Krise gearbeitet haben, erreichen, führt rasch zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit sowie zu Spaltungen innerhalb des Personals. Andere Formen der Anerkennung, wie gemeinsame Veranstaltungen, erleichterte Bedingungen für Kinderbetreuung, persönlicher Dank durch Führungskräfte etc. erscheinen da sinnvoller.

Empfehlungen zur Zweiten Welle

- In der zweiten Welle ist speziell auf die Demotivation und Frustration unter dem Personal zu achten, die aus erlebten Ungerechtigkeiten und Informationsdefiziten sowie dem Gefühl nicht ausreichend geschützt worden zu sein, resultiert.
- Daher kommt es in der zweiten Welle verstärkt auf die Wiederherstellung von Vertrauen und Sicherheit an. Transparente und proaktive Information, Dialog mit den Mitarbeiter*innen und Hören auf ihre Änderungsvorschläge und Beschwerden, ausreichend Schutzmaßnahmen und echtes Interesse an ihrer Situation und Arbeit (direkter Kontakt des Management zu den COVID Stationen) sowie eine direkte Involvierung der psychosozialen Fachkräfte und Klinikseelsorge können dem entgegenwirken.
- In Bezug auf Triage könnten kollektive Entscheidungsprozesse (Vor Triage) bzw. eigene Einrichtungen ältere, gebrechliche Patient*innen Erleichterung bringen und zugleich einen ethisch vertretbaren, menschlichen Umgang mit Tod und Sterben absichern. Triage sollte nach klaren Regeln vorbereitet und unbedingt als kollektiver Entscheidungsprozess durchgeführt werden.
- Enge Zusammenarbeit zwischen Ethik-, Palliativexpert*innen und Pflege/Ärztenschaft. Diese Maßnahmen sollen helfen, einen ethisch vertretbaren, menschlichen Umgang mit Tod und Sterben abzusichern
- Covid-19-positive psychiatrische Patient*innen und Patient*innen mit geistigen Behinderungen sollen in eigenen Einrichtungen (mit entsprechendem Personal) versorgt werden
- Zudem haben sich eigene Einrichtungen für psychiatrische Patient*innen und Patient*innen mit geistigen Behinderungen (mit entsprechendem Personal) bewährt.

Literatur

Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M.R., Pumberger, M., Riedel-Heller, S. G. (2020) Covid-19 Pandemie: Belastungen des Medizinischen Personals, Psychiatrische Praxis 2020; 47(04): 190 – 197 DOI: 10.1055/a-1159-5551

Dunham, A., M., Rieder, T., N., & Humbyrd, C., J. (2020) A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the COVID-19 Pandemic, J Am Acad Orthop Surg 2020;00:1-6

Greenberg, N, Docherty, M, Gnanapragasam, S., & Wesely, S. (2020), Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic, *BMJ* 2020;368:m1211, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1211>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/file%20library/practice/professional%20interests/disaster%20psychiatry/fiveessentialelementsofmediate.pdf>

Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S., Ellebrecht, N, Flad, B, Juen, B. Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the COVID 19 crisis, PLOS, submitted

Maunder RG, Leszcz M, Savage D, Adam MA, Peladeau N, Romano D, et al. Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza. *Can J Public Health*. 2008; 99:486–8. doi: 10.1007/BF03403782

Rossi R., Socci V., Pacitti F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*, 3(5).

Shay, J. Moral Injury, *Psychoanalytic Psychology*, 2014, American Psychological Association

Williams, R.D.; Brundage J.A., Williams, E.B. (2020) Moral Injury in Times of COVID-19, *Journal of Health Service Psychology* (2020) 46:65–69, <https://doi.org/10.1007/s42843-020-00011-4>