

## Stellungnahme

8. Juli 2020

Geschäftsstelle DGPPN e.V.

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

# Auf dem Weg zu einem „neuen Normalbetrieb“ in psychiatrischen Kliniken? Orientierungshilfen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der postakuten Phase der SARS-CoV-2-Pandemie

Die SARS-CoV-2-Pandemie machte tiefgreifende Umstrukturierungen in der gesamten medizinischen Versorgung notwendig. Auch psychiatrische Kliniken wurden verpflichtet, Kapazitäten freizuhalten und Hygienevorschriften zu befolgen bei gleichzeitigem Pflichtversorgungsauftrag. Die Behandlung in der Psychiatrie unterscheidet sich in Dauer und der Intensität und Relevanz sozialer Interaktionen mit Therapeuten und Mitpatienten wesentlich von der somatischen Medizin und ist daher in besonderem Maße von verschärften Hygienemaßnahmen betroffen. Psychiatrische Praxen und psychiatrische Institutsambulanzen haben sich mit Digitalisierung und Flexibilisierung der Arzt-Patienten-Kommunikation rasch an die hygienischen Erfordernisse angepasst. Dies führte zu spezifischen Herausforderungen, die nach wie vor bestehen. Auch mittelfristig muss im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zwischen der Ausweitung von Versorgungsangeboten und dem Schutz von Mitarbeitern und Patienten abgewogen werden. Das vorliegende Papier liefert Orientierungshilfen für die ambulante und stationäre Versorgung vom Menschen mit psychischen Erkrankungen in der postakuten Phase der SARS-CoV-2-Pandemie.

Die SARS-CoV-2-Pandemie stellte Kliniken der Psychiatrie und Psychotherapie vor besondere Herausforderungen: In einzelnen Bundesländern verpflichten Allgemeinverfügungen der Regierungen explizit auch psychiatrische Kliniken dazu, Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten zu reservieren bzw. aufzubauen. Elektive Aufnahmen wurden ausgesetzt, wobei die Kliniken gleichzeitig ihrem Auftrag, die psychiatrische Behandlung der Bevölkerung sicherzustellen, gerecht werden mussten. Dabei waren psychiatrische Behandlungseinheiten in deutlich geringerem Maß als internistische Fachabteilungen auf die plötzliche Priorität des Infektionsschutzes eingestellt, weder Patienten- noch Mitarbeiterschaft war an den Gebrauch von Schutzmaterialien und an die Einhaltung von Schutzmaßnahmen auf Verhaltensebene gewöhnt. Darüber hinaus erfordert die *lege artis* Behandlung psychischer Erkrankungen intensive und vielfältige soziale Interaktionen: psychisch erkrankte Personen nehmen im Normalfall während eines stationären Aufenthalts an einer Vielzahl von Therapiegruppen teil, nehmen ergotherapeutische, bewegungs- und körperorientierte, musik- und kunsttherapeutische Angebote wahr und verbringen gemeinsam Zeit in Aufenthaltsräumen und Speisesälen. Die Förderung sozialer Kontakte ist integraler Bestand-

### VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister  
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer  
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen  
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter  
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank  
Dr. med. Iris Hauth  
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz  
Prof. Dr. med. Frank Jessen  
Dr. med. Christian Kieser  
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*  
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg  
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller  
Prof. Dr. med. Andreas Reif  
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller  
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim  
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

### HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER  
DE251077969

teil psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Menschen mit schweren psychischen Störungen sind krankheitsbedingt stellenweise nicht in der Lage, den Sinn und die Notwendigkeit von Infektionsschutzmaßnahmen zu erfassen und ihr Verhalten entsprechend zu modifizieren. Insbesondere in Fällen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung findet sich das medizinische Personal einer erheblichen und nicht immer verlässlich durch persönliche Infektionsschutzmaßnahmen kontrollierbaren Gefahr ausgesetzt.<sup>1</sup>

Auch im ambulanten Bereich musste der Praxisalltag schnell an die Situation angepasst werden. Als besondere Herausforderung stellte sich in den ersten Wochen der Pandemie die Beschaffung von Schutzausrüstung heraus. Seitdem konnte das Versorgungsangebot, allerdings nichts in der ganzen Breite, durch eine Abrechnungsfähigkeit von video- und telefonbasierter Interventionen aufrechterhalten werden. Behördlich angeordnete Quarantänemaßnahmen führten vielerorts zu Verdienstausfällen und erheblichen wirtschaftlichen Verlusten.

Die unternommenen Maßnahmen haben sich in ihrer Gesamtheit als hocheffektiv erwiesen, was die erfolgreiche Eindämmung der Infektionszahlen insbesondere im direkten Vergleich mit den derzeitigen Hotspots der Pandemie in den USA und Lateinamerika verdeutlicht.

In der gegenwärtigen „Postakutphase“ sind medizinische Leistungserbringer seit Mai 2020 damit befasst, die im Zuge der Pandemie als Reserve-Kapazität vorgehaltene Ressourcen wieder vermehrt für Patienten, die dringend medizinischer Behandlung bedürfen zur Verfügung zu stellen. Dabei entsteht ein inhärentes Spannungsfeld zwischen der Erfüllung des medizinischen Versorgungsauftrags für die Bevölkerung (und zwar für *alle* behandlungsbedürftigen Erkrankungen, nicht nur COVID-19) und der Beachtung des Infektionsschutzes bzw. der Vermeidung eines Wiederaufkommens der SARS-CoV-2-Pandemie im Sinne von lokalen Hotspots oder gar im Sinne einer „Zweiten Welle“.

Das grundsätzliche Dilemma einer Güterabwägung zwischen der Ausweitung von benötigten medizinischen Versorgungsangeboten und den Restriktionserfordernissen im Zuge des Infektionsschutzes besteht nicht nur im Bereich der somatischen Medizin, sondern auch und gerade bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Aufgrund einiger Besonderheiten der psychiatrischen Behandlung ergeben sich gerade in diesem Bereich der medizinischen Versorgung spezifische und komplexe Herausforderungen (multiprofessionelle und multimodale Programme mit Gruppensettings und stationsübergreifenden Therapieangeboten, Bedeutung der Sozialraumorientierung in der Behandlung (Ausgänge, Besuche, Belastungserprobungen), teils nicht komplianten Patienten bzgl. Hygienevorschriften).

Die erforderlichen Prozessanpassungen können im Detail nur vor Ort durch die jeweils Verantwortlichen erfolgen, weil wichtige Voraussetzungen (z. B. therapeutische Konzepte, baulich-räumliche Aspekte, personelle Gegebenheiten, regionale Versorgungsverpflichtung, lokales Infektionsgeschehen) von Einrichtung zu Einrichtung deutlich variieren und sich die infektionshygienische Lage und auch die regulatorischen Vorgaben von Ort zu Ort unterscheiden.

---

<sup>1</sup> Miller D. Coronavirus on the Inpatient Unit: A New Challenge for Psychiatry - Medscape - Mar 16, 2020. 2020

## **Orientierungshilfen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der postakuten Phase der SARS-CoV-2-Pandemie**

Die folgenden Hinweise sind als Orientierungshilfen für die Entscheidungsträger vor Ort zu verstehen. Unabhängig davon sind selbstverständlich die jeweils aktuellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts sowie die Vorgaben der Behörden in Bund, Ländern und Kommunen von wesentlicher Bedeutung.

### **Psychiatrische Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**

#### **Allgemeine Klinikorganisation**

- - Sowohl Mitarbeiter als auch Patienten sollten über Aushänge wie auch persönlich regelmäßig über die notwendigen Verhaltensmaßnahmen (AHA-Regeln (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken), /MNS<sup>2</sup>-Pflichten/Niesen in Ellenbeuge/regelmäßiges Waschen und Desinfizieren der Hände) informiert werden. Hierfür sind Schilder und Hinweistafeln sowie Info-Blätter hilfreich.
  - Achten Sie darauf, dass in ausreichendem Maß Seife und Desinfektionsmittelpender vorgehalten werden und installieren Sie ggf. (z. B. in Eingangsbereichen der Stationen) zusätzliche Desinfektionsmittelpender.
- - Konferenzen und Besprechungen sollten je nach Gegebenheit reduziert werden und nur mit den unbedingt erforderlichen Mitarbeitern in ausreichend großen Besprechungsräumen stattfinden. Die Teilnehmerzahl ist an die Raumgröße anzupassen. Soweit möglich, kann auf virtuelle Besprechungen ausgewichen werden.
  - Für Fort- und Weiterbildungen sollte auf digitale Formate ausgewichen werden bzw. für unabdingbar in Präsenzform anzubietende Schulungen sollten gesonderte Hygienekonzepte erarbeitet werden. Diese Konzepte sollten gut belüftete und ausreichend große Räume sowie entsprechende Desinfektionsmaßnahmen und das Tragen von MNS beinhalten, sodass der empfohlene Abstand zwischen den Teilnehmern gewährleistet werden kann. Insbesondere stations- und klinikübergreifende Fort- und Weiterbildungen beinhalten ein hohes Risiko von cross-sektionalen Infektionsketten, was in der Risikoabwägung gesondert zu bewerten ist.
  - Es sollten Regelung mit den jeweiligen Landesärztekammern getroffen werden, Weiterbildungsinhalte digital anbieten zu können.
  - Auch stations- und klinikübergreifend genutzte Kantinen bergen ein hohes Infektionsrisiko, welches in eine sorgfältige Güterabwägung bzgl. der konkreten Öffnungs- und Betriebsplanungen einfließen sollte. Es wird empfohlen, sich als Mindeststandard an großgastronomischen Betrieben des öffentlichen Raums (z.B. Kantinen in Behörden, universitäre Mensen etc.) zu orientieren. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass auch

---

<sup>2</sup> Mund-Nase-Schutz (MNS)

bei einem infektionsbedingten Ausfall großer Teile des Küchen- und Service-Personals die Patientenversorgung aufrechterhalten werden könnte.

- Das Angebot der Tageskliniken sollte bzgl. der zulässigen Gruppengrößen kritisch geprüft werden. Hier hilft es, ggf. die Öffnungszeiten entsprechend anzupassen und versetzte Therapiezeiten (ggf. als Schichtmodell) zu erwägen. Präsenzzeiten sollten ggf. durch Online-Angebote ergänzt werden. Durch die hohe Dichte sozialer Interaktionen in- und außerhalb der Klinik ist die teilstationäre Patientenversorgung als besonders risikoreich zu betrachten.
- Um die begrenzten stationären und teilstationären Behandlungskapazitäten zu kompensieren, sollte die ambulante Behandlung über die Psychiatrischen Institutsambulanzen intensiviert werden. Dazu sollte insbesondere die Nutzung von telemedizinischen Möglichkeiten in das Behandlungsspektrum einbezogen werden. Je nach lokalen Infektionsraten, den behördlichen Vorgaben und etwaigen klinik-internen Infektions-Hotspots ist die Notwendigkeit der Vorhaltung gesonderter Isolier-Einheiten bzw. abgetrennter stationärer Bereiche zur exklusiven Behandlung von SARS-CoV-2 infizierten Personen (oder Verdachtsfällen) zu prüfen. Ob COVID-19-Einheiten innerhalb psychiatrischer Kliniken etabliert werden, oder SARS-CoV-2-positive psychisch kranke Patienten in den COVID-19-Einheiten der Somatik mit psychiatrischem Konsildienst mitbehandelt werden, ist krankenhausindividuell zu entscheiden. Vergleichbar mit gesonderten Screening-Bereichen der zentralen Patientenaufnahmen (siehe nächstes Kapitel) wird die gesonderte Schulung und Einweisung des dort tätigen Personals unter Einbeziehung von Betriebsmedizinischem Dienst, Hygiene- und Arbeitsschutzbeauftragten empfohlen.
- Je nach den Regularien der jeweiligen Bundesländer ist es ratsam, die Einrichtung eines zentralen Besuchermanagements zu prüfen. Aufgrund der in den meisten Fällen klar definierten (und meist nur 2-4 Wochen umfassenden) Löschrufen von persönlichen Daten der Besucher erscheint die Einrichtung eines zentralen und klar definierten Prozessablaufs für Besuchsplanungen in juristischer und praktischer Hinsicht empfehlenswert.

### Aufnahmemanagement

- Bereits bei Aufnahme eines Patienten/einer Patientin sollte ein vorab zu definierendes Screening durchgeführt werden. Eine systematische Erfassung und Dokumentation des Screening-Prozesses bei jedem einzelnen Patienten/jeder einzelnen Patientin wird dringend empfohlen. Hilfreich für die Schulung des mit der Aufnahme befassten Personals sowie die entsprechende rechtssichere Dokumentation des Aufnahmeprozesses ist ein Screening-Fragebogen, welcher u.a. folgende Punkte berücksichtigen sollte:
  - Vorliegen akuter respiratorischer Symptome und/oder Fieber?
  - Vorliegen weiterer Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hinweisen können (Diarrhoe, akut aufgetretener Geruchs- oder Geschmacksverlust etc.)?

- Ungeschützter Kontakt zu Personen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion in den letzten 14 Tagen vor Aufnahme (entspricht damit Kontaktperson 1. Grades)?
- Jeder Patient sollte in Abhängigkeit von den Aufnahmeumständen möglichst frühzeitig auf Anzeichen einer SARS-CoV-2-Infektion untersucht werden. Bezüglich der Messung der Körpertemperatur besteht keine einheitliche Meinung und es wird auf die lokalen Vorschriften verwiesen. Wenn möglich, sollte ein telefonisches oder Internet-basiertes Prä-Screening bereits vor der persönlichen Vorstellung des Patienten/der Patientin in der Klinik erfolgen. Allerdings variieren die Raten von elektiv und mit Vorlauf planbaren Aufnahmen erheblich von Einrichtung zu Einrichtung.
- Bei Eintreffen eines Patienten/einer Patientin in der Klinik sollte das oben beschriebene Screening bzgl. Anzeichen einer SARS-CoV-2-Infektion prioritär als erster Kontaktschritt erfolgen (zumindest bei Patienten, welche die notwendige Compliance aufweisen und deren psychopathologische Befund dieses Vorgehen zulässt). In Abhängigkeit von den Begebenheiten der jeweiligen Klinik wird empfohlen, die Einrichtung eines räumlich und personell abgetrennten Screening-Bereichs (z.B. im Eingangsbereich der Klinik) zu prüfen. In einem derartigen Risiko-Bereich tätige Mitarbeiter sollten gezielt auf diese Aufgabe vorbereitet und bzgl. Infektionsschutz und Handhabung von persönlicher Schutzausrüstung gesondert geschult und eingewiesen werden. Die konzeptionelle Einbeziehung von Betriebsärzten, Hygienebeauftragten und Arbeitsschutz-Beauftragten wird hierbei ausdrücklich empfohlen.
- Es wird empfohlen, ausreichende Ressourcen für eine PCR-basierte Testung auf SARS-CoV-2 bei sämtlichen Aufnahmen einzukalkulieren.
- Als anzustrebender Optimalfall sollte die PCR-basierte Testung jedes neu aufgenommenen Patienten in Kombination mit einer Unterbringung im Einzelzimmer bis zum Vorliegen des Testergebnisses angesehen werden.
- Bei Patienten mit Hinweis auf einen leichtgradigen Atemwegs- oder Allgemeininfekt sollte eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen: soweit medizinisch/psychiatrisch vertretbar, sollten diese Patienten nicht primär stationär aufgenommen werden, sondern zur Überbrückung auf remote-treatment Optionen und auf die Möglichkeit einer späteren stationären Aufnahme hingewiesen werden. Auf den Kontakt zum Hausarzt ist zu verweisen.
- Bei Patienten aus Risikogruppen für schwere COVID-19 Krankheitsverläufe (z.B. hohes Alter) oder mit Vorerkrankungen (z. B. Multimorbidität, Immunsuppression) sollte die Indikation einer stationären psychiatrischen Aufnahme streng geprüft werden und gegenüber dem mit dem Klinikaufenthalt verbundenen Infektionsrisiko kritisch abgewogen werden. Diese Risikoabwägung sollte dokumentiert werden. Liegt eine zwingende Indikation für einen stationären Aufenthalt vor, sollten insbesondere bei Risikoklientel geeignete Schutzmaßnahmen angewandt werden.

### Stations- und Therapieorganisation

- Ein grundsätzliches MNS-Gebot für Mitarbeiter in Klinikgebäuden wird empfohlen. Allen Patienten sollten MNS angeboten werden, wobei auch patientenseitige Risiken für das Tragen von MNS bedacht werden sollten. Ein MNS sollte zumindest außerhalb der Patientenzimmer durchgängig getragen werden. Ein Abweichen vom MNS-Gebot ist in Außenbereichen bei zuverlässiger Gewährleistung eines minimalen Sicherheitsabstands von 1,5 bis 2 m analog den Empfehlungen im öffentlichen Raum möglich.
- Der Bettenabstand in den Patientenzimmern sollte in der Erwachsenenpsychiatrie mindestens 1,5 bis 2 Meter betragen. Aufgrund der Annahme einer hohen Rate an aerosol-assoziierten Infektionen wird regelmäßiges Lüften von Patientenzimmern und Aufenthaltsräumen empfohlen.
- Die Zahl der Patienten pro Zimmer sollte so geplant sein, dass die Mindestabstände zwischen den Betten eingehalten werden. Diese Empfehlung wird in einigen Kliniken zu einer deutlichen Reduktion der verfügbaren Bettenkapazität und einer entsprechend niedrigeren Auslastung führen.
- Jeder (neue) Patient sollte in die Verhaltensregeln bzgl. Hygienemaßnahmen eingewiesen werden.
- Sämtliche Besprechungen (klinische Visiten, Teambesprechungen, etc.) sollten auf ein notwendiges Minimum an anwesenden Personen beschränkt werden.
- **Gruppentherapien:**
  - Stationsübergreifende Therapiegruppen sollten im Grundsatz vermieden werden. Die maximale Teilnehmerzahl von stationsinternen gruppentherapeutischen Angeboten wird maßgeblich von der Notwendigkeit der einzuhaltenden Sicherheitsabstände in den Gruppenräumen determiniert werden und sollte anhand der räumlichen Begebenheiten vor Ort klar definiert und kommuniziert werden. Ggf. sollten Gruppen geteilt werden.
  - Gruppenaktivitäten, die mit Körperkontakt verbunden sind (wie beispielsweise Mannschaftssport-Arten), sollen aktuell nicht durchgeführt werden. Aufgrund der hohen Rate an aerosol- und tröpfchen-basierten Infektionen sind körperliche Aktivitäten im Freien sinnvoll. Insbesondere bei sporttherapeutischen Angeboten sollten stationsübergreifende Gruppen vermieden werden und stationsspezifische Formate präferiert werden. Gerade bei Aktivitäten wie Badminton, Tischtennis etc. sollte auf regelmäßige Desinfektion der Sport-Utensilien nach jeder Benutzung geachtet werden. Schwimmsport-Angebote sollten unbedingt (als Mindeststandard) den Regularien öffentlicher Schwimmbäder folgen.

- Angehörigengespräche, Netzwerk- u. Hilfeplankonferenzen sollten vorzugsweise per Telefon/Videokonferenz unter Einhaltung der Datenschutzregelungen geführt werden.
- Mahlzeiten sollten in Räumen eingenommen werden, die den Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Patienten gewährleisten. Auch die Einnahme von Mahlzeiten im Patientenzimmer sollte erwogen werden.
- Patienten mit Symptomen, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten könnten (auch bei Bagatellinfektion), sollen unverzüglich isoliert werden und es soll eine Testung auf SARS-CoV-2 erfolgen.
- Begründete COVID-19-Verdachtsfälle und bestätigte COVID-19-Fälle entsprechend der RKI-Empfehlungen isoliert und behandelt werden.
- Um Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu erhöhen, ist die regelmäßige Durchführung von Testuntersuchungen auf SARS-CoV-2 (Reihentestungen) auch verdachtsunabhängig entsprechend den Empfehlungen des lokalen Gesundheitsamtes zu erwägen.
- Mobilität der Patienten:
  - Grundsätzlich gilt auch derzeit, dass Ausgänge und Belastungserprobungen wichtige Bestandteile jeder länger dauernden psychiatrischen Klinikbehandlung sind.
  - Belastungserprobungen außerhalb der Klinik sollten angesichts der Infektionsgefahr im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.
  - Ausgänge sollten auf das notwendige Maß reduziert werden. Patienten sollten vor Ausgang auf die Verhaltensregeln hingewiesen werden. Insbesondere ist von jeder Einrichtung zu erwägen, ob Patienten generell von der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel abgeraten werden kann. Nach Rückkehr auf die Station ist eine sorgfältige Händedesinfektion obligat. Patienten, die sich krankheitsbedingt nicht an diese Regeln halten können, sollte begleiteter Ausgang ermöglicht werden.
  - Durch Mitarbeiter begleitete Ausgänge können helfen, unerwünschte Kontakte von Patienten zu Dritten zu minimieren.
- **Besuche:**
  - Besuche sind nur gemäß der behördlichen Richtlinie unter Einhaltung aller Vorgaben möglich.
  - Analog dem empfohlenen Procedere bei Patientenaufnahme wird dringend empfohlen, auch bei Besuchern ein vorab definiertes Screening-Procedere (fragebogen-basiert) anzuwenden.
  - Es ist darauf zu achten, dass Besucher ihre Kontaktdaten (inkl. Adresse und Telefonnummer) für die Verfolgung von etwaigen Infektionsketten in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern zur Verfügung stellen.

- Die behördlich definierten Löschrfristen dieser Besucherdaten (meist 2-4 Wochen) sind zu beachten und einzuhalten.
- Kontakte zu Betreuern, Richtern, Gutachtern, Verfahrenspflegern und Bevollmächtigten müssen unter Berücksichtigung der gebotenen Verhaltens- und Hygienemaßnahmen ermöglicht werden. Schutzausrüstung ist entsprechend den regulatorischen Vorgaben bereitzustellen. Möglichkeiten videobasierter Anhörungen sollten mit den lokalen Gerichten abgestimmt und gefördert werden.

### Entlassmanagement

- Eine nahtlose Weiterbehandlung, z. B. telefonisch/telemedizinisch oder im vertragsärztlichen Bereich/PIA, sollte weiterhin vor der Entlassung geplant werden. Es gilt auch hier die Sorgfaltspflicht für den gesamten Behandlungsprozess zu beachten, welche auch unter veränderten Bedingungen im Rahmen der Pandemie weiter Geltung hat.
- Patienten, die nicht in der Lage sind, sich an die Verhaltens- und Hygieneregeln zu halten, sollten - sofern medizinisch/psychiatrisch verantwortbar - entlassen werden. In diesen Fällen sollte eine besonders intensive ambulante Behandlung angeboten werden. In Fällen zwingender stationärer Behandlungsbedürftigkeit sollten solche Patienten ggf. als Covid-19-Verdachtsfälle mit den entsprechenden Konsequenzen für Mitarbeiterschutz und Isolation behandelt werden. Hygieneinkompatible Verhaltensweisen wie das (juristisch bislang in den meisten Fällen lediglich als „Beleidigung“ gewertete<sup>3</sup>) Anspucken von Personal bergen ein erhebliches Infektionsrisiko und belasten die betroffenen Mitarbeiter erheblich. Sie müssen daher durch geeignete Maßnahmen auf der Grundlage der Psych.KHG und Infektionsschutzgesetze der Länder kontrolliert werden.
- Patienten mit akuten Symptomen einer SARS-CoV-2-Infektion sollen je nach Symptomausprägung entweder a) entlassen werden (sofern die Schwere der psychischen Erkrankung dies zulässt), b) bei führender SARS-CoV-2 assoziierter Symptomatik, die in einer psychiatrischen Klinik nicht behandelt werden kann (insbesondere bei drohender Ateminsuffizienz) in eine internistische Einrichtung (ggf. mit konsiliarischem Einbezug psychiatrischer Perspektiven) verlegt werden oder c) unter Einhaltung besonders stringenter Infektionsschutzmaßnahmen (vorzugsweise in Isolierbereichen einer psychiatrischen Klinik) unter Isolationsbedingungen (bei führender psychiatrischer Symptomatik und allenfalls leichter internistischer Symptomschwere) weiterbehandelt werden.

---

<sup>3</sup> OLG Zweibrücken, Beschluß vom 18.06.1990 - 1 Ss 238/89

## Ambulante Versorgung (Psychiatrische Institutsambulanzen und Vertragsarztpraxen)

- Ein genereller Ausbau der Behandlungskapazitäten im ambulanten Bereich (ggf. unter Einbeziehung telemedizinischer Optionen) sollte zur Ermöglichung einer notwendigerweise niedrigeren stationären Belegung (vgl. oben) erfolgen.
- Insbesondere Patientengruppen, die als Risikoklientel für einen schweren Verlauf einer CoVid19-Erkrankung klassifiziert werden, wird empfohlen, zunächst telefonisch Kontakt mit den psychiatrischen Versorgungsinstitutionen aufzunehmen. Die Platzierung entsprechender Hinweise auf den Homepage-Auftritten der jeweiligen Kliniken wird empfohlen.
- Auch in der ambulanten Regelversorgung (Einzeltermine von Nicht-Risiko-Klientel, Diagnostikprechstunden, ambulante Gruppentherapien) sollte geprüft werden, inwiefern telemedizinische Optionen umgesetzt werden können. Bei der Umsetzung von Behandlungen per Video/Telefon muss auf [zertifizierte Anbieter](#) zurückgegriffen werden.
- Sollten ambulante Gruppentherapien in Präsenzform angeboten werden, ist die Teilnehmerzahl in aller Regel unter Anpassung an die jeweiligen Raumgrößen zu reduzieren.
- Menschenansammlungen im Wartezimmer sollten vermieden werden unter Einbeziehung folgender Gesichtspunkte:
  - Telefonische Vorabklärung, ob eine persönliche Vorstellung notwendig ist.
  - Terminplanung derart gestalten, dass Patientenaufkommen reduziert wird.
  - 1,5 m Abstand für den Empfang markieren oder durch physikalische Barrieren umsetzen.
  - Patienten sollen bei Betreten der Praxen/PIAs einen MNS tragen. Sie werden gebeten, sich die Hände zu desinfizieren (Desinfektionsmittelspender im Eingangsbereich!).
  - Eine explizite und leicht verständliche Beschilderung zur raschen Orientierung und infektionsschutzbezogenen Information der Patienten wird dringend empfohlen.
- **Hausbesuche in Seniorenheimen** sollten (nach Möglichkeit) durch telefonische Kontakte oder eine Videosprechstunde zur Reduktion von persönlichen Kontakten bei dieser Risikoklientel zumindest teilweise ersetzt werden.
- Die technischen Möglichkeiten zur Umsetzung von **Telekonsilen** sollten geprüft und der Einsatz erwogen werden (z. B. [ZNS-Konsil](#)).

## Ausblick

Sehr viele Prozesse müssen in allen Behandlungssektoren voraussichtlich über eine längere Zeit von mindestens mehreren Monaten so organisiert werden, dass erforderliche Behandlungen für *alle* psychische Erkrankungen State-of-the-Art durchgeführt werden und dabei Infektions- und Infektionskettenrisiken so weit wie möglich minimiert werden. Die betroffenen Bereiche umfassen mitnichten nur die direkte Patientenversorgung, sondern erstrecken sich auch auf praktisch sämtliche assoziierten Bereiche wie Infrastruktur, Beschaffung, Lagerhaltung, Aufnahmemanagement, Laborleistungen und Personalallokation. Diese tiefgreifenden Prozessmodifikationen sind voraussichtlich mindestens (!) für einen Zeitraum von 6-12 Monaten zu erwarten, da selbst bei einer sehr raschen Verfügbarkeit eines SARS-CoV-2-Impfstoffes erst bei einer ausreichenden Impfquote von einem entsprechenden Schutz der Bevölkerung und des medizinischen Personals auszugehen wäre.

Bei der Kollision von infektionsschutzbezogenen Prioritäten und dem Bemühen um eine optimale psychiatrische Versorgung der Bevölkerung sind regelhaft Abwägungen zwischen hochrangigen Rechtsgütern (Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person) zu treffen, welche nur im eng abgestimmten Dialog mit den Behörden vor Ort sowie sämtlichen Entscheidungsträgern der jeweiligen Klinik unter Einbezug entsprechender Expertengruppen (Hygiene, Arbeitsschutz, Betriebsmedizinischer Dienst, Rechtsabteilung, etc.) realisierbar erscheinen.