

Übersetzung des Dokuments der NAPICU¹ „Umgang mit akuten psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit COVID-19“ aus dem Jahr 2020

Englischsprachiges Original unter: https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_guidance_appendix.pdf

Übersetzung per DeepL (www.deepl.com)

Überarbeitung und Anpassung an sprachliche Gepflogenheiten:
Prof. Dr. Michael Schulz & Prof. Dr. André Nienaber

Kontakt:

<p>Prof. Dr. Michael Schulz LWL-Klinikum Gütersloh Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen Buxelstraße 50 33334 Gütersloh Tel.: 0170/ 63 66 140 E-Mail: michael.schulz@lwl.org</p>	<p>Prof. Dr. André Nienaber Fachhochschule Münster Münster School of Health Leonardo-Campus 8 48149 Münster Tel.: 0251/ 83 65 840 E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de</p>
--	--

Die Übersetzung ist maschinell erstellt worden. Deshalb kann für die Richtigkeit keine Gewähr übernommen werden. Im Zweifelsfall nutzen Sie bitte das Originaldokument.

¹ NAPICU steht für: National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units (siehe auch: <https://napicu.org.uk/about-us/>)

Inhaltsverzeichnis

1. <u>EINLEITUNG</u>	1
2. <u>PRIMÄRE INTERVENTIONEN</u>	3
LOKALE ETHIKKOMITTEES	5
BEWEGUNGSFREIHEIT UND BEURLAUBUNG.....	5
AKTIVITÄTSPROGRAMME IM PSYCHIATRISCHEN SETTING	5
3. <u>SEKUNDÄRE INTERVENTIONEN</u>	6
WO INFEKTIONSRSIKEN BESTÄTIGT WURDEN.....	6
SEKUNDÄRE INTERVENTION FÜR ISOLATION UND RISIKO FÜR EINE COVID-19-INFEKTION	7
4. <u>RECHTLICHE UND ETHISCHE ERWÄGUNGEN IM HINBLICK AUF SEKUNDÄRE UND TERTIÄRE INTERVENTIONEN</u>	7
LOKALE ETHIKKOMITTEES	7
VERHALTENSKODEX ZUM GESETZ ÜBER PSYCHISCHE GESUNDHEIT (MHA CoP 2015)	8
POTENTIELLE BEREICH, IN DENEN DAS RISIKO EINER COVID-19-INFEKTION EINEN TRIFTFIGEN GRUND FÜR EINE ABWEICHUNG VON DEM MHA CoP 2015 DARSTELLEN KÖNNTE.....	8
GESETZ ÜBER DIE GEISTIGE LEISTUNGSFÄHIGKEIT (MCA)/DOLS.....	9
5. <u>TERTIÄRE INTERVENTION INFEKTIONSRSIKO, AKUTE ERKRANKUNG UND AKTIVER WIDERSTAND</u> 10	
ORT UND ÜBERPRÜFUNG DER ABSONDERUNG / ISOLIERUNG	11
ORT DER ABSONDERUNG.....	11
AUFRECHTERHALTUNG IN DER ABSONDERUNG	12
MEDIKAMENTENEINSATZ BEI AKUTER ERKRANKUNG	13
PHYSISCHE EINSATZTEAMS.....	15
PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNG (PSA) UND KÖRPERLICHE INTERVENTION.....	15
VORLÄUFIGE TESTS VON SCHUTZAUSRÜSTUNGEN, DIE SICH UNTER UMSTÄNDEN ALS PRAKTIKABEL ERWEISEN, WENN WIDERSTAND GEGEN WEISUNGEN AUFTRITT UND/ODER PHYSISCHER EINGRIFF ERFORDERLICH IST.....	16
6. <u>QUELLEN</u>	17

NAPICU-Anleitung

Umgang mit akuten psychischen Störungen im Zusammenhang mit COVID-19

1. EINLEITUNG

- 1.1. Die derzeitige nationale Situation, die sich aus COVID-19 ergibt, stellt für die Versorgung von Patient_innen mit akuten psychischen Erkrankungen eine Herausforderung dar. Zudem ist diese Gruppe von Patient_innen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt.
- 1.2. Gemeinsam mit unseren Kollegen in der Allgemeinmedizin werden die Mitarbeiter_innen der psychiatrischen Abteilung sich dafür einsetzen, unseren Patient_innen eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten und zu zeigen, dass wie unseren Beitrag für einen öffentlichen Gesundheitsschutz zu leisten.
- 1.3. In der gegenwärtigen Situation ist es wichtig, dass restriktive Eingriffe auf das notwendige Minimum beschränkt werden. Außerdem muss die Bewältigung akuter Störungen im Hinblick auf das Infektionsrisiko durch das übliche Maß an Proportionalität, Ausgewogenheit und Mitgefühl untermauert werden und darf nicht zu Schwierigkeiten führen, die sonst hätten vermieden werden können.
- 1.4. Es ist wichtig anzuerkennen, dass viele von uns, die in der stationären psychischen Gesundheitsversorgung tätig sind, bereits Erfahrung mit der Unterstützung von Patient_innen haben, die möglicherweise eine Herausforderung darstellen und gleichzeitig medizinische Bedenken haben, einschließlich des Infektionsrisikos.

Grundsätzliche Überlegungen

- 1.5. Mit zunehmender Erfahrung werden sich die Ansätze und Techniken herausbilden, die zur Unterstützung von Patient_innen mit akuten psychischen Störungen und gleichzeitig vorhandenem Infektionsrisiko wirksam sind.
- 1.6. Besonders besorgniserregend sind diejenigen, die akute Erkrankungen erleben und die auch:
 - ein COVID-19-Infektionsrisiko für andere darstellen oder
 - zu einer Hochrisikogruppe für eine Infektion gehören oder

- sich auf einer Station befinden, die "abgeriegelt" oder "isoliert" ist.

Rechtliche und ethische Überlegungen

- 1.7. In Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien sollte jeder Anbieter lokale Ethikkomitees einrichten, die in der Lage sind, alle restriktiven Maßnahmen zu überprüfen, die für das Management von COVID-19-Infektionsrisiken einschließlich der Einschränkung der Bewegungsfreiheit eingesetzt werden.
- 1.8. Die Interventionen und Behandlungspläne, die möglicherweise erforderlich sind, um diese spezielle Gruppe von Patient_innen sicher zu versorgen und gleichzeitig das Risiko der Verbreitung der Infektion zu minimieren, könnten ethische und rechtliche Herausforderungen in Bezug auf die berufliche Praxis und die Gesetze im Hinblick auf psychische Gesundheit (in der Bundesrepublik Deutschland z.B. PsychK(H)G und BGB) darstellen.
- 1.9. Die folgende Anleitung stellt eine erste Beschreibung der Themen dar, die hilfreich sein können. Jede psychiatrische Institution ist sich der nationalen politischen Entwicklungen bewusst und hat erste lokale Verfahren und Richtlinien entwickelt, die nicht durch diesen Leitfaden ersetzt werden sollen. Dieser Leitfaden soll eine Anleitung zur Berücksichtigung einiger ethischer, rechtlicher und praktischer Fragen für die aktuelle Situation bieten. Grundsätzlich sind weitere gesetzliche Anpassungen an die Situation möglich und denkbar.
- 1.10. Die folgenden Ausführungen stellen einen allgemeinen Rahmen dar, der im Einklang mit der auf nationaler und lokaler Ebene vereinbarten Praxis hilfreich sein soll.
- 1.11. Es wird erwartet, dass mit zunehmender Erfahrung bei der Unterstützung von Patienten mit akuten Störungen, die auch ein COVID-19-Infektionsrisiko darstellen können, die nationalen, lokalen und professionellen Leitlinien weiter überarbeitet, geändert und weiterentwickelt werden.

Online-Plattform NAPICU COVID-19

- 1.12. Auf der NAPICU-Website steht eine Seite zur Verfügung, die eine Plattform für Anbieter von Psychiatrischen Intensivstationen und anderen verwandten Dienstleistungen bietet, um ihre Erfahrungen zu teilen und erfahrungsbasiertes Lernen in der klinischen Gemeinschaft der Psychiatrischen Intensivstationen zu verbreiten.

- 1.13. Nutzen Sie diese Plattform, um Erfahrungen auszutauschen, die für andere hilfreich sein könnten:
- Unterstützung eines Patienten mit akuter psychischer Erkrankung und COVID-19-Infektionsrisiko
 - Isolation oder Abgrenzung von Patient_innen, die Probleme im Zusammenhang mit der COVID-19-Infektion haben
 - Management von Szenarien zu COVID-19 im stationären psychiatrische Setting.
- 1.14. Schreiben Sie eine Zusammenfassung von bis zu 300 Wörtern und senden Sie sie per E-Mail an an_info@napicu.org.uk.
- 1.15. Zusammenfassungen werden auf der NAPICU COVID-19 Übungsseite veröffentlicht.

Abstufung der Reaktion für akut erkrankte Patient_innen, die auch ein Infektionsrisiko bezüglich COVID-19 darstellen können

- 1.16. Interventionen zur Unterstützung von akut psychiatrisch erkrankten Patient_innen sollten unterteilt werden in
- Primäre Interventionen
 - Sekundäre Interventionen und
 - Tertiäre Interventionen.
- 1.17. Dies ist ein ähnlicher Ansatz wie für den Umgang mit Patient_innen, die kein Infektionsrisiko für COVID-19 aufweisen. In diesem Leitfaden stehen zusätzlichen Überlegungen, die sich aus dem Infektionsrisiko ergeben, im Mittelpunkt.

2. PRIMÄRE INTERVENTIONEN

Informationen

- 2.1. Viele Patient_innen und Mitarbeiter_innen haben möglicherweise Angst vor der COVID-19-Situation. Solche Ängste können ebenfalls sehr ansteckend sein. Man sollte Vorsicht walten lassen, um eine bereits schwierige Situation nicht noch zu verschlimmern.
- 2.2. Ein Artikel aus den Erfahrungen eines stationären Dienstes für psychische Gesundheit in Wuhan (China) enthält mehrere Empfehlungen zu COVID-19-Fragen, die zu berücksichtigen sind. Bitte lesen Sie hierzu: [Zhu et al. \(2020\)](#)¹ (die vollständige Referenz ist unten angegeben und [hier](#) verlinkt).

- 2.3. Die Erfahrungen aus Wuhan und aus unseren eigenen Krankenhäusern legen nahe, dass viele stationäre Patient_innen im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung oft relativ unbeeinflusst von den gesellschaftlichen Geschehnissen sind.
- 2.4. Dies kann Anstrengungen des Personals erfordern, um den Ernst der Situation, die ein Handeln erfordert, zu vermitteln, ohne gleichzeitig Angst oder Frustration in einem Ausmaß zu wecken, das weitere Probleme in der Zusammenarbeit und dem Engagement schafft.
- 2.5. Bei der Aufnahme und idealerweise vor der Aufnahme sollten die Patient_innen gefragt werden, ob sie oder jemand, mit dem sie zusammenleben, COVID-19 oder Fieber oder einen neuen und anhaltenden Husten gehabt haben. Die Temperatur des Patienten sollte gemessen werden.
- 2.6. Patient_innen, die auf der Psychiatrischen Intensivstation aufgenommen werden, sollten in die Diskussion und den Informationsaustausch über das Infektionsrisiko von COVID-19 einbezogen werden. Es sollten Voraussetzungen geschaffen werden, dass ein Patient, der ein Infektionsrisiko hat, möglicherweise auf der Station isoliert (i. S. d. medizinischen Isolation nicht Isolierung) werden kann.
- 2.7. *Eine formale Kapazitätsbewertung bezüglich dieser Diskussion sollte abgeschlossen und in der Patientenakte vermerkt werden.*
- 2.8. Der vor Ort vereinbarte Ort für die Versorgung eines Patienten mit Infektionsrisiko sollte festgelegt und gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden. Es sollte eine kurze Beschreibung und Information der damit verbundenen Isolationsverfahren erfolgen, um, soweit wie möglich Kooperation, zu erreichen oder allenfalls einen minimalen Widerstand auszulösen (*Anm. d. Übers.: Dies ist ein Verfahren, das der Entwicklung einer "Vorabklärung" ähnlich ist.*)
- 2.9. Dazu könnte ein Informationsblatt gehören, in dem die wichtigsten Punkte, einschließlich der möglicherweise notwendigen Nutzung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA), umrissen werden.
- 2.10. Dazu können auch andere Maßnahmen zur Infektionskontrolle gehören, z.B. die Bereitstellung persönlich zugeordneter Utensilien für die Ernährungs- und Flüssigkeitsaufnahme in Übereinstimmung mit nationalen und lokalen Infektionskontrollprotokollen.

¹ Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y. und Li, Yi (2020) Das Risiko und die Prävention von neuartigen Coronavirus-Pneumonie-Infektionen bei stationären Patienten in psychiatrischen Kliniken. *Neurowissenschaftliches Bulletin*, 36: 299-302. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>

Lokale Ethikkomitees

2.11. In Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien sollte jeder Anbieter lokale Ethikkomitees einrichten, die in der Lage sind, alle restriktiven und freiheitseinschränkenden Maßnahmen zu (über-)prüfen, die für das Management von COVID-19-Infektionsrisiken einschließlich der Einschränkung der Bewegungsfreiheit eingesetzt werden.

Bewegungsfreiheit und Beurlaubung

2.12. Im Hinblick auf die Einschränkung der Bewegungsfreiheit müssen Risiken und Nutzen im Einklang mit den Empfehlungen der Regierung stehen und die spezifischen Herausforderungen solcher Regelungen für psychiatrische Einrichtungen Berücksichtigung finden.

2.13. Die im Freien verbrachte Zeit, einschließlich der Beurlaubung von der stationären Behandlung, sollte mit den nationalen Richtlinien übereinstimmen, die sich täglich ändern können.

2.14. Erwartete Maßnahmen bei der Rückkehr aus begleitetem und unbegleitetem Urlaub, z. B. Durchsuchungs- und Hygienemaßnahmen sollten erläutert und umgesetzt werden.

2.15. Während der Beurlaubung von der Station (mit oder ohne Begleitung) muss der empfohlene soziale Abstand („social distancing“) von 2 Metern gewahrt werden. Orte, die für einen Besuch empfohlen werden, und solche, die nicht empfohlen werden (Vermeidung überfüllter Bereiche) müssen klar identifiziert und benannt werden.

2.16. Die meisten Krankenhäuser verfügen über Restaurants und Cafeterien. Im Falle von Pandemien, wie sie COVID-19 darstellt, sollten diese Bereiche möglichst gemieden werden.

2.17. Im Zweifelsfall sollte auf die lokale Ethikkommission verwiesen werden.

Aktivitätsprogramme im psychiatrischen Setting

2.18. Aktivitätsprogramme sind nützlich, um Erkrankungsfolgen zu minimieren und die Zusammenarbeit zwischen Patient_innen und Behandlungsteam zu verbessern. Das erleichtert den Umgang mit der Infektionsgefährdung im Krankenhausalltag.

- 2.19. Die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung sollten mit den nationalen und lokalen Richtlinien übereinstimmen.
- 2.20. Da der Zugang zu Bereichen außerhalb der Station abnimmt, sollten die Möglichkeiten für die Aktivitäten auf der Station die gleiche Priorität erhalten wie andere Maßnahmen.

3. SEKUNDÄRE INTERVENTIONEN

- 3.1. Der psychiatrische Dienst sollte über eine klare Methode zur Identifizierung von Patient_innen verfügen, die ein Risiko darstellen können, sich selbst oder andere zu infizieren. Wo immer dies möglich ist sollte die Identifikation auf einer verlässlichen Checkliste der Symptome und auf COVID-19-Tests basieren.
- 3.2. Ein systematischer Ansatz ist erforderlich, um zu vermeiden, dass Patient_innen unnötigerweise Behandlungen oder Verfahren ausgesetzt werden, die zu einem ineffizienten Einsatz von begrenzten Ressourcen führen.
- 3.3. Das tägliche Überwachen der Körpertemperatur und die Krankenbeobachtung im Hinblick auf Husten und Atemwegserkrankungen werden empfohlen. Die Praxis in diesem Bereich wird sich wahrscheinlich schnell entwickeln. Tests sollten überall dort durchgeführt werden, wo die Kriterien dafür erfüllt sind.
- 3.4. Die Identifikation von "Hochrisikopatienten" oder gefährdeten Patient_innen, wie sie von Public Health England beschrieben werden, wird empfohlen, um einen abgestuften Ansatz für die Überwachung der physischen Gesundheit und die Umsetzung von Handlungsplänen zu ermöglichen.

Wo Infektionsrisiken bestätigt wurden

- 3.5. Ab dem Zeitpunkt, ab dem die Infektionsrisiken bestätigt wurden (Risiko für andere oder eine Hochrisikogruppe im Falle einer Infektion), sollte ein spezifischer Pflegeplan für die Intervention und die Einbeziehung ausgearbeitet werden. Die spezifische Pathologie (psychisch und physisch) des Patienten muss dabei berücksichtigt werden.
- 3.6. Dies sollte eine Abstufung der Maßnahmen beinhalten, wie in Anhang 1 dargestellt.
- 3.7. Für diejenigen, die zwar akute psychische Probleme haben, aber in der Lage sind, allgemeine Anweisungen zu befolgen und zu kooperieren, sollte ein Bereich eingerichtet werden, der den lokalen Anforderungen der Isolation von Personen mit Infektionsrisiko entspricht. Für Patienten auf der Psychiatrischen Intensivstation kann dies ein ausgewiesener Bereich innerhalb der Station sein.

Sekundäre Intervention für Isolation und Risiko für eine COVID-19-Infektion

- 3.8. Bei denjenigen, die in Isolation sind, sollte ein Assessment durchgeführt werden, wie die Zusammenarbeit und die Erfahrung der Isolation verbessert und wie das Potenzial der Verschlechterung reduziert werden kann.
- 3.9. Dies kann eine Neubewertung der o. g. Liste der bedenklichen/eingeschränkten Punkte erfordern, die im Allgemeinen von der Station geführt wird.
- 3.10. Gegenstände, die für die sinnvolle Beschäftigung hilfreich sind, sollten für den Patienten zur Verfügung gestellt werden. Erst nach Reinigung oder Entsorgung gemäß den Empfehlungen zur Infektionskontrolle sollten diese wieder in die allgemeine Nutzung der Einheit eingeführt werden.
- 3.11. Die Entsorgung der Gegenstände, die nicht mehr verwendet werden können, erfolgt im Rahmen der Bestimmungen zur Infektionskontrolle.

4. RECHTLICHE UND ETHISCHE ERWÄGUNGEN IM HINBLICK AUF SEKUNDÄRE UND TERTIÄRE INTERVENTIONEN

- 4.1. Diese Empfehlung **berechtigt nicht generell dazu**, Patient_innen, die ein Infektionsrisiko für andere mit COVID-19 darstellen, **allein wegen dieses Risikos** abzusondern oder zu isolieren (*Anm. der Übers.: i. S. v. Isolierung, d. h. Freiheitsentziehung*). Wo immer möglich, müssen die geringsten restriktiven Optionen eingesetzt werden. Das Infektionsrisiko kann nicht vollständig ausgeräumt werden.
- 4.2. Genau wie bei unseren allgemeinmedizinischen Kollegen ist ein gewisses Risiko unvermeidlich. Die auf nationaler Ebene empfohlenen **Ethikkomitees müssen das Risiko sorgfältig mit dem Einsatz restriktiver Interventionen abwägen**.

Lokale Ethikkomitees

- 4.3. In Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien sollte jeder Anbieter lokale Ethikkomitees einrichten, die in der Lage sind, alle restriktiven Maßnahmen zu berücksichtigen, die zur Bewältigung der COVID-19-Infektionsrisiken eingesetzt werden. Im Zweifelsfall sollte man sich an die lokale Ethikkomitees wenden, wenn man sich in Bezug auf Isolation, Abgrenzung oder Isolierung nicht sicher ist.

Verhaltenskodex zum Gesetz über psychische Gesundheit (MHA CoP 2015)

- 4.4. Kapitel 26 des Verhaltenskodex für das Gesetz zur psychischen Gesundheit (MHA CoP 2015; Department of Health 2015)² regelt die Anwendung restriktiver Interventionen.
- 4.5. Wo immer möglich, muss die Einhaltung des Kodex beibehalten werden. Nur wenn es einen triftigen Grund gibt, darf von dem Kodex abgewichen werden.

Potentielle Bereich, in denen das Risiko einer COVID-19-Infektion einen triftigen Grund für eine Abweichung von dem MHA CoP 2015 darstellen könnte

- 4.6. Es kann von dem MHA CoP abgewichen werden, wenn es einen triftigen Grund dafür gibt. Nur dann ist eine Abweichung akzeptabel. Dies sollte von dem lokalen Ethikkomitee unterstützt werden.
- 4.7. Die Anwendung des MHA CoP 2015 sollte im Zusammenhang mit den Health Protection (Coronavirus) Regulations 2020 (HM Government (2020))³ betrachtet werden, die die "Isolation von Personen, die im Verdacht stehen, mit dem Coronavirus infiziert zu sein", regeln.
- 4.8. Diese Gesetzgebung beinhaltet Befugnisse, die dem Staatssekretär und den Beratern für öffentliches Gesundheitswesen die Genehmigung für Tests und Isolation von Personen mit vermutetem oder bestätigtem COVID-19 erteilen.
- 4.9. Auch wenn solche Maßnahmen nicht als angemessen im Sinne des MHA CoP 2015 sein können, so können sie doch einen triftigen Grund für ein Abweichen darstellen und eine Begründung dafür liefern.
- 4.10. Wo solche Abweichungen von dem MHA CoP 2015 erforderlich sind, sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um sicherzustellen, dass die Grundsätze des MHA CoP 2015 befolgt werden. Dazu gehört, dass falls freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich sind, diese geplant, evidenzbasiert, rechtmäßig, im Interesse des Patienten, verhältnismäßig und würdevoll sind (Gesundheitsministerium 2015).
- 4.11. Sobald in geeigneter Weise nachgewiesen ist, dass der Patient ein erhebliches Infektionsrisiko darstellt, kann dies die Grundlage für eine verlängerte Isolation für die Dauer des Infektionsrisikos darstellen.

- 4.12. Für einen Patienten, der ein Infektionsrisiko darstellt, muss ein individueller Pflegeplan mit dem Ziel entwickelt werden, die Zusammenarbeit in der Isolation aufrechtzuerhalten und die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen oder anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen (wie oben beschrieben) zu vermindern. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um eine Einigung und Zusammenarbeit zu erreichen.
- 4.13. Wenn eine Isolation ausschließlich aus Gründen der Infektionskontrolle erforderlich ist, erfordert dies möglicherweise nicht die gleichen Maßnahmen der Überprüfung und Überwachung wie bei einer freiheitsentziehenden Isolierung wie in Kapitel 26 der MHA CoP 2015 (Gesundheitsministerium 2015) beschrieben.
- 4.14. *Wenn der Patient mit dem Behandlungsplan nicht einverstanden ist, obwohl er sich dem nicht aktiv verweigert, bedeutet dies möglicherweise nicht die Notwendigkeit der Überprüfung und Überwachung wie bei einer Isolierung, wie in Kapitel 26 MHA CoP 2015 beschrieben. (Anm. der Übers.: dies scheint eher ein englisches Problem zu sein)*
- 4.15. Wenn das Infektionsrisiko eindeutig festgestellt wurde, sollte dies als triftiger Grund dafür angesehen werden, von der üblichen Vorgehensweise einer Isolierung abzuweichen, vorausgesetzt, der Patient ist bereit, zu kooperieren und/oder sich dem Behandlungsplan der Isolation nicht aktiv zu widersetzen.
- 4.16. Im Zweifelsfall wenden Sie sich an das örtliche Ethikkomitee, wenn Sie sich in Bezug auf Isolation, Abgrenzung oder Abgeschiedenheit nicht sicher sind.

Gesetz über die geistige Leistungsfähigkeit (MCA)/DoLS

- 4.17. Das Gesetz über die geistige Leistungsfähigkeit (**MCA**) wird angewandt, wenn eine Person nicht über die geistige Fähigkeit verfügt, eine bestimmte Entscheidung zu treffen. In Bezug auf COVID-19 könnten dies Entscheidungen einschließen, die sich auf ihre Behandlung beziehen, z. B. wenn der Patient nicht versteht, dass er eine Sauerstofftherapie zur Unterstützung seiner Atmung benötigt. Das Personal kann eine Entscheidung im besten Interesse des Patienten treffen, es sei denn, es gibt einen „Gesundheitsanwalt“ oder einen vom Gericht ernannten Stellvertreter, der für die Entscheidung kontaktiert werden kann.
- 4.18. In einer Notsituation ist zuerst zu behandeln, es sei denn, es besteht das Bewusstsein einer legitimen Vorentscheidung, die das Gegenteil besagt. Eine verhältnismäßige Einschränkung oder Beschränkung, die nicht auf eine "Freiheitsentziehung" hinausläuft, ist nach dem Gesetz über die geistige Leistungsfähigkeit zum Schutz des Individuums zulässig.

- 4.19. Das MCA wird nicht zum Schutz anderer angewendet; wenn sich die Entscheidung z. B. auf das Verständnis des Patienten für die Notwendigkeit der Quarantäne zum Schutz anderer bezieht, würde das Gesetz zum Schutz der öffentlichen Gesundheit (wie die Coronavirus-Verordnung 2020) gelten, und Sie können in den klinischen Unterlagen des Patienten vermerken, dass die Freiheit des Patienten zum Schutz des breiteren öffentlichen Interesses eingeschränkt ist.
- 4.20. Patienten, bei denen der Verdacht auf eine Infektion mit COVID-19 besteht und die selbst ein Infektionsrisiko darstellen, sollten für einen Zeitraum von 7 Tagen isoliert werden.

5. TERTIÄRE INTERVENTION INFEKTIONSRIKHO, AKUTE ERKRANKUNG UND AKTIVER WIDERSTAND

Assessment

- 5.1. In seltenen Fällen ist es möglich, dass eine Person, die positiv auf COVID-19 getestet ist und eine akute psychische und Verhaltensstörung aufweist (oder aus anderen Gründen, wie z.B. aufgrund einer Persönlichkeitsstörung), das Infektionsrisiko für andere leichtfertig oder, in extremen Fällen, absichtlich erhöht.
- 5.2. Unter solchen Umständen ist es möglich, dass dies die aktive und anhaltende Umsetzung der Isolation bedeutet.
- 5.3. Unter diesen Umständen müssen solche Handlungen, die ein erhebliches Risiko für andere darstellen, als gestörtes Verhalten im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung betrachtet werden.
- 5.4. Dies sollte zusammen mit den anderen Risikoverhaltensweisen berücksichtigt werden, die ebenfalls eine Isolierung bzw. Absonderung erforderlich machen können und die unter die in dem MHA CoP 2015 beschriebenen Schutzmaßnahmen fallen.

² Gesundheitsministerium (2015) Gesetz zur psychischen Gesundheit 1983 : Kodex Praxis. <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>

³ HM Government (2020) The Health Protection (Coronavirus) Regulations 2020. <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/129/regulation/8/made>

Ort und Überprüfung der Absonderung / Isolierung

- 5.5. Für den Zeitraum, in dem eine Person mit COVID-19 ein Verhalten zeigt, das ein signifikantes Risiko für andere darstellt und das mit einem Infektionsrisiko für Dritte einhergeht und in dem ein weniger restriktives Eingreifen nicht möglich ist, muss eine erweiterte Absonderung in Betracht gezogen werden.
- 5.6. Während alle Anstrengungen unternommen werden sollten, um die Notwendigkeit tertiärer Interventionen zu vermeiden, wird die Anwendung von Maßnahmen wie Absonderung oder Isolation abgewogen.

Ort der Absonderung

- 5.7. Die Methoden der Absonderung können zwischen den Anbietern unterschiedlich sein, je nach dem Format der Extra-Pflege-Bereiche, der Isolierungs-Räume oder anderen Möglichkeiten, um Menschen in akuten Krankheitsphasen zu begleiten.
- 5.8. Dies steht weitgehend im Einklang mit der bestehenden Anwendung des [MHA CoP 2015](#), wobei das Infektionsrisiko als zusätzliches Risikoverhalten betrachtet wird. Dies wäre auch konsistent mit denjenigen, die andere Verhaltensstörungen und ein anderes Infektionsrisiko als COVID-19 aufweisen, z.B. Hepatitis.
- 5.9. Es ist möglich, dass es keine Alternative zur Nutzung von Patientenzimmern oder zur Absperrung von Bereichen einer Einheit oder einer Station gibt.
- 5.10. Bei Einrichtungen, die nicht über eine Möglichkeit der Essenvergabe durch ein Fenster in der Tür oder andere ähnliche Methoden verfügen, sollte im Hinblick auf die Vermeidung einer potenziellen Infektion persönliche Schutzausrüstung (PSA) verwendet werden.

Lokale Ethikkomitees

- 5.11. In Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien sollte jeder Anbieter lokale Ethikkomitees einrichten, die in der Lage sind, alle restriktiven Maßnahmen zu berücksichtigen, die zur Bewältigung der COVID-19-Infektionsrisiken eingesetzt werden. Im Zweifelsfall sollte man sich an die lokale Ethikkomitees wenden, wenn man sich in Bezug auf Isolation, Absonderung oder Isolierung nicht sicher ist.

Aufrechterhaltung in der Absonderung

- 5.12. Es sollten spezifische Behandlungs- und Pflegepläne rund um die Ernährung, die Flüssigkeitsaufnahme und die Aktivitäten des täglichen Lebens entwickelt werden, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Verringerung der Infektions- und Übertragungsmöglichkeiten gelegt werden sollte.
- 5.13. Bei der Überprüfung der Absonderung muss das Infektionsrisiko berücksichtigt und die Nähe zum Personal möglichst vermieden werden. Es ist möglich, dass, aufgrund des Personalmangels, das von dem MHA CoP 2015 empfohlene spezifisch qualifizierte Personal, das die Überprüfungen durchführen soll, nicht verfügbar ist.
- 5.14. In diesem Fall sollten die Überprüfungsintervalle und -überlegungen mit Mitarbeitern stattfinden, die zur Verfügung stehen und alle Anstrengungen unternommen werden, um den Schutz des Kodex aufrechtzuerhalten.
- 5.15. Da dieses Szenario eine Abweichung von dem MHA CoP 2015 darstellen könnte, sollte eine klare und nachvollziehbare multidisziplinäre Dokumentation mit einer Begründung, einer Rechtfertigung und einem Handlungsplan erstellt werden.
- 5.16. Es ist von größter Bedeutung, dass ein ethisches Gleichgewicht zum Schutz des Patienten und anderer Personen gewahrt wird. Dies wird in schwierigen Umständen von Fall zu Fall sorgfältige Überlegungen erfordern. Weil die Infektionsbekämpfung für jeden abgesonderten Patienten ein wichtiges Anliegen ist, sollte bei den Überprüfungen die Dauer der Infektionsperiode berücksichtigt werden.
- 5.17. In dem Behandlungsplan, der die Isolation oder Absonderung unterstützt, sollten Vorkehrungen getroffen sein, um jegliche körperliche Verschlechterung im Zusammenhang mit dem bekannten Verlauf von COVID-19 oder aus anderen Gründen zu erkennen und zu behandeln.

Übergang von der Absonderung zur Isolation

- 5.18. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um eine Zusammenarbeit zu erreichen und die Notwendigkeit der Absonderung zu beseitigen.
- 5.19. Dies sollte bei den von der MHA CoP 2015 geforderten regelmäßigen Überprüfungen berücksichtigt werden.
- 5.20. Gestörtes, unkooperatives oder aggressives Verhalten, das auch ein Infektionsrisiko darstellen kann, sollte Teil des Überprüfungsprozesses für die Notwendigkeit einer erweiterten Absonderung bzw. Isolierung sein.

5.21. Bei bestehendem Infektionsrisiko sollte die Absonderung so bald wie möglich zugunsten einer weniger restriktiven Isolation.

Medikamenteneinsatz bei akuter Erkrankung

5.22. Die Wahl des Medikaments würde sich nach den dafür eigenen Richtlinien von Trust, NICE oder Joint BAP NAPICU (Patel, Sethi et al. 2018)⁴ richten, erfordert jedoch eine zusätzliche Berücksichtigung der spezifischen Kontraindikationen und Nebenwirkungen (siehe unten), die bei COVID-19 und anderen Infektionen bekannt sind. Wichtig ist, dass der aktuelle körperliche Gesundheitszustand des Patienten ein Schlüsselfaktor bei der Auswahl ist.

5.23. Wenn ein Patient mit vermutetem oder diagnostiziertem COVID-19 akut erkrankt ist und es keine Anzeichen für eine Atemwegserkrankung (verminderte oder erhöhte Atemfrequenz), eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einen verminderten Bewusstseinszustand gibt, dann können Medikamente mit Vorsicht eingesetzt werden, da die volle Wirkung von COVID-19 noch nicht bekannt ist. Ziehen Sie kurz wirkende Medikamente in Betracht, da sich der körperliche Gesundheitszustand eines Patienten rasch verschlechtern kann. Stellen Sie sicher, dass das Medikament für akute Störungen eine wirksame Dosis ist, da eine unwirksame Dosis zu einem erhöhten Bedarf an zusätzlichen Injektionen führen kann.

5.24. Wenn möglich, wird die orale Medikation bevorzugt und sollte als erste Wahl angeboten werden. Parenterale Medikation verursacht auch eher dosisabhängige Nebenwirkungen wie Atemdepression, Haltungsschwäche, QTc-Verlängerung und extrapyramidale Nebenwirkungen (EPS).

5.25. Es ist bekannt, dass COVID-19 die Atemfunktion der Patient_innen beeinträchtigt. Psychotrope Medikamente, insbesondere Benzodiazepine, können eine Atemdepression verursachen. Benzodiazepine sollten nicht verwendet werden, wenn ein Patient an akuter Lungeninsuffizienz leidet.

5.26. Lorazepam wäre das bevorzugte Benzodiazepin, da es eine kürzere Halbwertszeit hat. Gleichzeitige Injektionen von Olanzapin und Benzodiazepinen können zu einer exzessiven Sedierung und kardiorespiratorischen Depression führen, weshalb sie mindestens eine Stunde auseinanderliegen müssen. Stellen Sie sicher, dass bei der Verabreichung von Benzodiazepinen ein sofortiger Zugang zu Flumazenil möglich ist.

5.27. Wenn es Hinweise auf eine kardiovaskuläre Erkrankung gibt, einschliesslich eines verlängerten QTc-Intervalls, oder kein aktuelles Elektrokardiogramm (EKG), vermeiden Sie intramuskuläres Haloperidol in Kombination mit intramuskulärem Promethazin.

Ziehen Sie intramuskuläres Olanzapin oder intramuskuläres Lorazepam in Betracht.

- 5.28. Bei fieberhaften Personen mit einer Anfallsvorgeschichte kann die Anfallsschwelle durch einige Medikamente verändert werden. Im Zweifelsfall sollte ein Arzt konsultiert werden.
- 5.29. Alle Antipsychotika können das Neuroleptische Maligne Syndrom (NMS) verursachen. Wenn das NMS auftritt, sollten Antipsychotika und andere Medikamente, die zur zugrunde liegenden Erkrankung beitragen können, sofort abgesetzt, die Symptome überwacht und behandelt und alle damit einhergehenden ernsthaften medizinischen Probleme behandelt werden.
- 5.30. Eingeatmetes Loxapin ist kontraindiziert bei Patient_innen mit akuter Atemnot oder mit aktiver Atemwegserkrankung und bei der derzeitigen Verwendung von Medikamenten zur Behandlung von Atemwegserkrankungen. Daher sollte in Verdachtsfällen oder bei bestätigten Fällen von COVID-19 das inhalierte Loxapin vermieden werden.
- 5.31. Die Überwachung des körperlichen Gesundheitszustands, insbesondere der Atemfrequenz und des Bewusstseinsniveaus, sollte durchgeführt werden, wenn entweder eine orale oder parenterale schnelle Beruhigung erfolgt.

Andere COVID-19-Medikationsprobleme

- 5.32. Gegenwärtig gibt es keine spezifische Behandlung für COVID-19, und die Behandlungen konzentrieren sich auf die Linderung der damit verbundenen Symptome. Hier arbeiten Wissenschaftler an möglichen Therapien.
- 5.33. Es gibt viele verschiedene Arten von Behandlungen in der Forschung (Lopinavir/Ritonavir, Remdesivir, Favipiravir, Chloroquin, Hydroxychloroquin, Nitazoxanid, Ribavirin), aber bisher gibt es keine überzeugenden Beweise oder ein zugelassenes Präparat. Viele dieser Wirkstoffe haben Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, und der Rat dazu sollte beim Apothekenteam oder unter <http://www.covid19-druginteractions.org> eingeholt werden.
- 5.34. Es gibt derzeit keine überzeugenden Beweise dafür, dass Ibuprofen COVID-19 verschlimmern kann, aber bis es mehr Informationen gibt, sollten Sie Paracetamol zur Behandlung der Symptome des Coronavirus geben, es sei denn, dies ist kontraindiziert. Wenn ein Patient bereits Ibuprofen oder ein anderes nicht-steroidales Antirheumatikum (NSAID) einnimmt, überprüfen Sie die Verschreibung.

⁴ Patel, M.X., Sethi, F. et al. (2018) Joint BAP NAPICU evidenzbasierte Konsensus-Richtlinien für die klinische Behandlung akuter Störungen: Deeskalation und schnelle Beruhigung. *Zeitschrift für psychiatrische Intensivmedizin*, 14: 89-132. <https://doi.org/10.20299/jpi.2018.008>

- 5.35. Andere Behandlungen basieren auf der Behandlung von Sekundärinfektionen oder Symptomen und können Antibiotika, die Therapie von venösen Thromboembolien (VTE) und Vernebler (z.B. Salbutamol und/oder Ipratropium) und/oder Sauerstoff umfassen.
- 5.36. Seien Sie sich der Wechselwirkungen von Medikamenten bei Patient_innen bewusst, denen körperliche Gesundheitsbehandlungen verschrieben wurden; z.B. kann Clarithromycin die QTc verlängern und sollte mit Antipsychotika mit Vorsicht eingesetzt werden.

Physische Einsatzteams

- 5.37. Es sollte in Erwägung gezogen werden, ein physisches Interventionsteam zu bestimmen, das auf die Verwendung von PSA für infektionsgefährdete Personen besser vorbereitet werden kann.
- 5.38. Es sollte erwogen werden, die psychiatrische Notfallreaktion im Hinblick auf die Anzahl der für die physische Intervention zuständigen Personen zu verringern, und zwar, wo immer möglich, auf die für die Bewältigung der Situation erforderliche Mindestzahl von Personen. Dies kann dazu beitragen, die Ausbreitung von Infektionen zu reduzieren.
- 5.39. Zu gegebener Zeit könnte es möglich sein, Mitarbeiter_innen zu identifizieren, die eine gewisse Immunität gegen COVID-19 entwickelt haben.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA) und körperliche Intervention

- 5.40. Es kann Umstände geben, unter denen eine akute Störung, die ein Risiko darstellt, vorerst ein physisches Eingreifen erforderlich machen könnte, um den Schutz für andere aufrechtzuerhalten.
- 5.41. In diesem Stadium gibt es nur begrenzte Erfahrungen mit PSA, die für den Umgang mit einem Patienten, der verhaltensgestört oder widerständig sein kann oder körperliche Interventionen erfordert, wirksam ist.
- 5.42. Die Verfügbarkeit von PSA bleibt eine nationale Priorität.

5.43. Die Ratschläge zur Infektionskontrolle sollten im Hinblick auf die Handhabung der PSA nach einem körperlichen Eingriff bei einem Hochrisikopatienten befolgt werden. Neben anderen Verfahren kann dies bedeuten, dass die Arbeit in anderer Kleidung als bei Tätigkeiten mit höherem Risiko ausgeführt werden muss.

Vorläufige Tests von Schutzausrüstungen, die sich unter Umständen als praktikabel erweisen, wenn Widerstand gegen Weisungen auftritt und/oder physischer Eingriff erforderlich ist

Gesichtsmasken

5.44. Gesichtsmasken haben sich in Szenarien mit physischer Intervention (**PI**) als praktikabel erwiesen. Berichtet wurden lediglich leichte Beschwerden des Trägers aufgrund der durch die Gesichtsbedeckung verursachten erhöhten Temperatur.

Augen-/Spuckschutz

5.45. Vorläufige Tests haben gezeigt, dass diese bei körperlichen Interventionen wirksam sind. Es scheint minimale Einschränkungen zu geben, die zu einer verminderten Sehkraft führen.

5.46. Es kann Probleme damit geben, dass der vollständige Gesichtsschutz bei körperlichem Eingreifen entfernt wird, was die Verfügbarkeit einer anderen Person erforderlich machen kann, die den Kopfschutz für diejenigen ersetzt, die mit der Durchführung der Griffe befasst sind.

Schürzen

5.47. Vorläufige Tests deuten darauf hin, dass die Schürzen ein Hindernis darstellen und leicht verschoben, abgerissen und danach als Rutschgefahr empfunden werden. In diesem Stadium ist bei der Verwendung von Schürzen große Vorsicht geboten.

Kasaks

5.48. Kasaks haben sich in den Vorversuchen als effektiv erwiesen, um einen gewissen Schutz zu bieten, ohne dass sie für die körperlichen Interventionen ein Hindernis darstellen. Kasaks werden für entsprechende Teams empfohlen.

Handschuhe

5.49. Gummihandschuhe und ellenbogenlange Handschuhe haben sich bei Vorversuchen

während der der Anwendung physischer Zwangsmaßnahmen als wirksam erwiesen.

5.50. Handschuhe könnten ein erhöhtes Risiko für das Einklemmen der Haut für diejenigen darstellen, die sich in den Griffen befinden, da der Handschuh eine höhere Griffigkeit aufweist als die, die normalerweise mit der nackten Hand erreicht werden kann.

5.51. Dies sollte im Rahmen der körperlichen Interventionen berücksichtigt werden.

Einweg-Overalls

5.52. Diese wurden noch nicht während der körperlichen Intervention getestet, sollten aber, sofern verfügbar, ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Reinigung und Entsorgung von Geräten nach einem physischen Eingriff bei einer Person, die ein Infektionsrisiko darstellt

5.53. Wiederverwendbare Geräte sollten nach jeder Episode eines körperlichen Eingriffs in Übereinstimmung mit den Infektionskontrollverfahren gereinigt werden.

6. Quellen

Department of Health (2015). Mental Health Act 1983: Code of Practice.

<https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>

HM Government (2020). The Health Protection (Coronavirus) Regulations 2020.

<https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2020/129/regulation/8/made>

Patel, M.X., Sethi, F. et al. (2018) Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: de-escalation and rapid tranquilisation. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 14: 89-132. <https://doi.org/10.20299/jpi.2018.008>

Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y. und Li, Yi (2020) The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neuroscience Bulletin*, 36: 299-302. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>

Anhang 1

COVID-19:

Flussdiagramm der restriktiven Interventionen

Primär

Sekundär

Tertiär

