



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Robert Bering, Christiane Eichenberg
(Hrsg.)

Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise

**Herausforderungen und Lösungs-
ansätze für Psychotherapeuten und
soziale Helfer**

Klett-Cotta

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © AdobeStock/rfotostock

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-98411-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	9
I Psychosoziale Notfallversorgung in der COVID-19-Pandemie	13
I.1 Psychosoziale Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie	15
Claudia Schedlich	
I.2 Psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen bei pandemischer Stressbelastung	28
Robert Bering, Claudia Schedlich, Gisela Zurek	
I.3 Das bio-psycho-soziale Modell der pandemischen Stressbelastung	43
Alina Eckhard, Robert Bering	
I.4 Die ungewollte soziale Distanz in Zeiten der Corona-Pandemie: Eine Analyse der psychischen Auswirkungen	54
Volker Beck	
II Therapeutische Adaptationen in der COVID-19-Pandemie	67
II.1 Online-Psychotherapie in Zeiten der Corona-Krise	69
Christiane Eichenberg	

II.2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Online in Zeiten der Corona-Krise	83
Brigitte Sindelar	
II.3 Die psychischen Folgen der Pandemie konstruktiv bewältigen – die Möglichkeiten der Resilienz	97
Rosmarie Barwinski	
II.4 Psychoinformation – Wissen reduziert Befürchtungen	113
Gisela Zurek	
II.5 Zur Bewältigung von Albträumen in der Corona-Krise	127
Nina Bertrams, Reinhard Pietrowsky, Robert Bering	
II.6 Corona-Stress ist Körper-Stress: Wege aus der Stressfalle	137
Kurt Mosetter, Reiner Mosetter	
II.7 Licht – ein Helfer in der Corona-Pandemie	150
Bo Kähler, Anne Marie Vester, Robert Bering	
III Hilfen für vulnerable Zielgruppen	165
III.1 Häusliche Gewalt und Opferschutz in Zeiten der Corona-Pandemie	167
Julia Schellong	
III.2 Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko – Psychoziale und gesundheitliche Risiken für Alleinerziehende	180
Matthias Franz	

III.3 Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die psychische Gesundheit während der Corona-Krise – Ein Überblick	189
Thomas Vlasak, Alfred Barth	
III.4 Schutz der mentalen Fitness von Einsatzkräften und medizinischem Personal in einer pandemischen Krise	200
Ulrich Wesemann, Gerd-Dieter Willmund	
III.5 Ältere Menschen	214
Susanne Zank	
III.6 Psychotraumatologische Abwehrmechanismen in der medialen Berichterstattung am Beispiel der COVID-19-Pandemie	225
Jessica Huss, Christiane Eichenberg	
Herausgeber und Herausgeberin, Beiträger und Beiträgerinnen	240

Vorwort

Wie können wir mehr Abstand halten und trotzdem näher zusammenrücken? Diese Frage stellen wir uns zu Zeiten der COVID-19-Pandemie. Sorgen und Ängste in dieser Krise sind individuell ausgestaltet und betreffen unterschiedliche Lebensbereiche. Hierzu gehören letale Bedrohung, Existenzängste, »social distancing« im Außenkontakt, »social pressuring« im engsten Umfeld. Die COVID-19-Pandemie ist nicht nur von Befürchtungen geprägt, sondern es werden auch »Helden« geboren, die häufig aus Berufsgruppen der Schwerpunktversorgung kommen.

Es geht mit den Worten unserer Politiker um Leben oder Tod, Arbeitsplatzsicherheit oder Arbeitslosigkeit sowie Geborgenheit oder Isolation. Zentrifugalkräfte treiben die Gesellschaft auseinander, Wirtschaftspakete werden geschnürt, um die Gesellschaft zusammenzuhalten. Das Spiel dieser entgegengesetzten Kräfte fasst Jürgen Habermas in der Frankfurter Allgemeine vom 10.04.2020 so zusammen: »So viel Wissen über unser Nichtwissen gab es noch nie«.

In dieser Lage haben insgesamt 22 Autorinnen und Autoren ihr Wissen zusammengetragen, um Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Therapeutinnen und Therapeuten ihre Patientinnen und Patienten trotz oder gerade wegen dieser Bedingungen (weiter-)behandeln können. Insgesamt geht es um die Frage, wie wir die pandemische Stressreaktion in einem bio-psycho-sozialen Modell abbilden, Distanzen digital überbrücken und besonders vulnerablen Zielgruppen gerecht werden können.

* Frei übersetzt nach der Rede der dänischen Ministerpräsidentin Mette Frederiksen zum »Lockdown« des Landes.

Vor diese Aufgabe gestellt, gliedert sich unser Herausgeberband »Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise« in drei Teile: Im ersten Teil beschäftigen wir uns nach einer allgemeinen Lageeinführung mit Modellen der pandemischen Stressbelastung, die letale und wirtschaftliche Bedrohungen sowie Isolation und Befürchtungen vor dem Hintergrund der individuellen Traumabiographie und von Umweltfaktoren abbilden. Im zweiten Teil gehen wir auf spezifische Interventionen ein. Hier stehen Beiträge zur Psychoinformation und Online-Psychotherapie für Erwachsene und Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Darüber hinaus werden Hinweise zur spezifischen Behandlung von Alpträumen und Psychohygiene gegeben. Aus dem Bereich der Komplementärmedizin findet der Leser anwendungsorientierte Beiträge zur Myoreflextherapie und zur Lichttherapie vor. Im dritten Teil wenden wir uns spezifisch vulnerablen Zielgruppen zu. Hierzu zählen wir z. B. Alleinerziehende, Einsatzkräfte, Opfer häuslicher Gewalt und insbesondere ältere Menschen.

Die Beiträge können unter verschiedenen Perspektiven gelesen werden. Gesetzt den Fall, Leserinnen und Leser fragen sich, wie die pandemische Stressbelastung modellhaft abgebildet werden kann, so werden sie Vorschläge finden. Andere werden sich fragen, wie eine psychologische Praxis auf einen Online-Betrieb umgestellt werden kann. Wie kann ich vertrauen in diese Technologien finden, wenn mir ein persönlicher Kontakt zu Patientinnen und Patienten so wichtig war? Alle sprechen über ältere Menschen als besondere Risikogruppe. Vielleicht haben wir noch nicht hinreichend genug berücksichtigt, dass die Lebensspanne der älteren Menschen wesentlich differenzierter betrachtet werden muss als es die gegenwärtigen Zahlen zur COVID-19-Pandemie zum Ausdruck bringen.

Unser Herausgeberband bietet somit einen breiten, aber auch spezifischen Überblick über notwendige therapeutische Konzepte im Umgang mit der pandemischen Stressreaktion. Bisher haben wir noch keine empirischen Erkenntnisse gewonnen, wie die psychosozialen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie einzuschätzen sind. Allerdings bietet der Band Anregungen, wie eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Situation aussehen könnte.

Es richtet sich an psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, psychosoziale Akuthelferinnen und -helfer sowie traumazentrierte Fachberaterinnen und -berater. Auch Angehörige und andere systemrelevanten Berufsgruppen sowie Journalistinnen und Journalisten werden hilfreiche Informationen finden.

Köln, den 13. 04. 2020

Robert Bering

Wien, den 13. 04. 2020

Christiane Eichenberg

|

Psychosoziale Notfallversorgung in der COVID-19- Pandemie

Psychosoziale Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie

Claudia Schedlich

1. Einleitung

Das Einsatz- und Gesundheitswesen befasst sich schon seit vielen Jahren mit den Vorbereitungen auf sogenannte CBRN(Chemisch, Biologisch, Radiologisch, Nuklear)-Schadenslagen, zu der die aktuelle COVID-19-Pandemie gehört. Dabei geht es um die stete Verbesserung der erforderlichen technischen Ausstattung, der Möglichkeiten der Detektion und Analyse, die Optimierung von Schutzkleidung, Schulungen und die Durchführung von Übungen mit diesen Schadensszenarien (BBK 2006; BBK 2007). Der Terminus CBRN-Schadenslage wird in der medialen Berichterstattung und in der Öffentlichkeit wenig genutzt, sondern dient eher der Lagespezifikation in den behördlichen Strukturen, im Einsatz- und Gesundheitswesen und in den administrativen und operativen Krisenstäben.

2. Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen

Seit 2007 »werden zunehmend auch Erkenntnisse aus Psychologie und Soziologie bei der Konzeptentwicklung und der Aus- und Fortbildung im CBRN-Schutz einbezogen. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass CBRN-Lagen für alle direkt oder indirekt Beteiligten eine hohe psychische Belastung bedeuten können. Die Anzahl psychisch

belasteter Betroffener kann bei CBRN-Lagen um ein Vielfaches höher sein als die Anzahl körperlich Verletzter« (Schedlich & Helmerichs 2009; Schedlich & Helmerichs 2011), dementsprechend auch bei biologischen Lagen (Leung et al. 2004; Brooks et al. 2020).

Gerade in der aktuellen biologischen Lage, der COVID-19-Pandemie, sind die psychosozialen Belastungsfaktoren erheblich, insbesondere durch die anhaltende Bedrohung der leiblichen Unversehrtheit und damit verbundene Befürchtungen, die hohe Zahl der Verstorbenen und deren Angehörige, wirtschaftlich existenzbedrohende Konsequenzen und die soziale Isolation (vgl. den Beitrag von Bering, Schedlich & Zurek in diesem Band). Erschwerend kommt hinzu, dass die Gefahrenquellen nicht zu erkennen sind, eine Schädigung nicht sofort sichtbar wird und biologische Lagen nur schwerlich unter Kontrolle zu bringen sind.

Dementsprechend notwendig ist es, psychologische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse in das Krisenmanagement auf Bundesebene, in den Ländern und Kommunen mit einzubeziehen (Schedlich & Helmerichs 2009; Schedlich & Helmerichs 2011).

Um dies in den Fokus zu rücken, befasst sich das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) seit 2007 im Referat »Psychosoziales Krisenmanagement« mit Unterstützung der Referate »CBRN-Schutz«, »Schutz der Gesundheit« sowie des Lehrbereiches »Wissenschaft, Technik und Gesundheit« intensiv mit den psychosozialen Auswirkungen in der Bevölkerung, dem Bevölkerungsverhalten und der Optimierung des Psychosozialen Krisenmanagements in CBRN-Lagen. Ein interdisziplinärer Expertenkreis, bestehend aus Wissenschaftlern verschiedener Fachrichtungen, VertreterInnen des Gesundheitswesens und der Psychosozialen Notfallversorgung sowie Führungskräften des CBRN-Schutzes, arbeitet seitdem an der Weiterentwicklung von Forschungsfragen und Handlungsempfehlungen für die Praxis auf der Basis nationaler und internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse und Einsatzerfahrungen zum Psychosozialen Krisenmanagement in CBRN-Lagen (Schedlich & Helmerichs 2009; Schedlich & Helmerichs 2011). Seit 2009 werden an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz des Bundes (AKNZ) Schulungen zum Psycho-

sozialen Krisenmanagement in CBRN-Lagen für Einsatz- und Führungskräfte aus Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei und der Psychosozialen Akuthilfe durchgeführt.

2011 bis 2013 waren das BBK und das Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH Partner in dem Projekt »Psychosocial Support for Civil Protection Forces coping with CBRN (CBRN incidents and PSS)«, gefördert von der Europäischen Kommission, dem Directorate-General for Humanitarian Aid and Civil Protection unter der Koordination des Technischen Hilfswerkes. In einem Europäischen Konsortium (THW, BBK, Alexianer Krefeld GmbH, Stichting Impact/NL, Dirección General de Protección Civil e Emergencias, Ministerio del Interior/ES) konnten die nationalen Erkenntnisse und Empfehlungen auf den Prüfstand gestellt und erweitert werden. Schwerpunkte im Projekt lagen auf der Weiterentwicklung von Schulungskonzepten für Einsatzkräfte (Schedlich 2013) und auf der Optimierung der Krankenhausalarmpläne und der Entwicklung von spezifischen Schulungskonzepten für Krankenhauspersonal (Köhler & Bering 2011; Ludwig et al. 2013; Bering & Schedlich 2013).

Ein weiteres europäisches Projekt, das psychosoziale Aspekte im CBRN-Schutz berücksichtigt, ist z. B. »Public intentions and information needs after biological and radiological terrorism« (Pirate 2009 – 2011; www.pirateproject.com).

Auch im CBRN-Aktionsplan der Europäischen Union ist die Relevanz psychosozialen Handelns benannt und die Forderung nach Konzeptentwicklungen formuliert.

In das im Jahr 2011 verabschiedete Rahmenkonzept »CBRN-Schutz für den Bevölkerungsschutz in Deutschland« im Auftrag des Bundesministeriums des Inneren wurde das Psychosoziale Krisenmanagement aufgenommen.

In allen empirischen Untersuchungen und auch in Einsatzerfahrungen ist unstrittig, dass Psychosoziales Krisenmanagement und Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in komplexen Gefahren- und Schadenslagen wesentlich dazu beitragen, das relative Sicherheitserleben der Betroffenen zu verbessern, Ängste zu reduzieren und zu beruhigen, das Erleben von Selbstwirksamkeit und soziale

Anbindung zu stärken und Hoffnung zu vermitteln (Hobfoll et al. 2007). Eine bedarfsorientierte psychosoziale Versorgung, psychosoziale Akuthilfe während und unmittelbar nach Notfallsituationen sowie psychosoziale, traumazentrierte und psychotherapeutische Hilfen in der Einwirkzeit sind wesentliche Aspekte der sekundären Prävention von Belastungsfolgen (BBK 2012).

3. Psychosoziale Risikofaktoren in biologischen Schadenslagen

Was ist nun unter psychosozialen Gesichtspunkten das Besondere und Herausfordernde an dieser komplexen biologischen Schadenslage, der COVID-19-Pandemie?

- Eine wesentliche Schutzstrategie von Menschen nach potentiell traumatisierenden und bedrohlichen Erfahrungen ist das aktive Meiden von Gefahren und die Verbesserung der Wehrhaftigkeit, um das relative und subjektive Gefühl von Sicherheit herzustellen. Der »Angreifer« in einer biologischen Lage, die biologischen Agenzien, sind aber nicht wahrnehmbar, sodass die Gefahr nur schwer abgewendet werden kann. Der »Feind ist unsichtbar«. Ein Schutz ist partiell über entsprechende Schutzausrüstung (FFP2/3-Masken, Einmalhandschuhe, Kittel oder Schutzanzüge), Hygienemaßnahmen und Distanzierung möglich. Schwierig ist, wenn hier die Ressourcen, wie in der COVID-19-Pandemie, knapp werden und Nachschub nur zeitverzögert zugänglich ist.
- Es ist nicht unmittelbar zu erkennen, ob ein »Angriff« und eine Schädigung stattgefunden haben, auch nicht beim Auftreten von Symptomen. Ein sicherer Nachweis einer COVID-19-Infektion ist nur in einem Labor möglich. Von der Probenentnahme bis zur Ergebnismitteilung vergehen bis zu 48 Stunden. Krankheitssymptome zeigen sich bei einer Infektion erst nach Tagen (Inkubationszeit bis zu 14 Tagen). In dieser Zeit können sich übertragbare Erreger unentdeckt ausbreiten. Nicht nur die Angst, sich selbst angesteckt zu haben, ist belastend, sondern auch die Unsicherheit,

inwieweit eine Ansteckung von anderen (nahestehenden) Menschen stattgefunden hat.

- Die Kontaktpersonen Erkrankter müssen, bei von Mensch zu Mensch übertragbaren Infektionskrankheiten, während und nach der Inkubationszeit erfasst, überwacht, isoliert und ggf. medizinisch behandelt werden. Die Behandlung und Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionsketten sind mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Isolation verbunden, auf die die Einzelnen und die Bevölkerung vorbereitet werden müssen (z. B. Kontakteinschränkungen, Ausgangssperre, Quarantäne).
- Eine biologische Lage wie die COVID-19-Pandemie ist nur eingeschränkt unter Kontrolle zu bringen und es handelt sich nicht um ein zeitlich klar umrissenes Ereignis. Auch mittel- und längerfristig ist die Wiederherstellung der Sicherheit unklar. Trotz umfassender Maßnahmen (Ausgangssperren, Versammlungs- und Reiseverbote, Schließung von Einrichtungen etc.) ist es schwer, die Zahl der Neuinfektionen und die Verdopplungsrate zu minimieren. Die medizinische Wissenschaft arbeitet mit Hochdruck an der Entwicklung von Medikamenten und anderen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Antikörpertherapie mittels Blutplasma) und an einem Impfstoff, aber auch dies benötigt Zeit. Die Menschen weltweit sind dementsprechend über Wochen und Monate einer potentiell vital bedrohlichen Situation ausgesetzt. (Schedlich & Helmerichs 2009)

Unter diesen Ausgangsbedingungen ist nachvollziehbar, dass die aktuelle biologische Lage ein besonderes psychosoziales Belastungspotential für die gesamte Bevölkerung bedeutet. Ängste und Verunsicherung sowie Kontaktbeschränkungen sind potentiell besonders belastend für

- die Erkrankten und deren Angehörige,
- die Hinterbliebenen der an der COVID-19-Infektion Verstorbenen,
- Menschen in einer wirtschaftlich existenzbedrohlichen Lage,
- Menschen in freiwilliger oder behördlich angeordneter Quarantäne,

- die Mitarbeitenden des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Einsatzkräfte der Feuerwehr, des Rettungsdienstes und der Polizei sowie Sicherheitskräfte.

4. Psychische Belastungsfolgen in biologischen Schadenslagen

Im Erleben der Menschen sind Verunsicherung, Ängste und Befürchtungen, Hilflosigkeit und Kontrollverlust als dominierende Empfindungen zu nennen: »Angst vor Siechtum und Tod, vor Schädigung durch den Kontakt mit anderen Menschen, um die Gesundheit von Angehörigen und Freunden, andere Menschen zu schädigen und die Unsicherheit, ob ausreichend Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind.« (Schedlich & Helmerichs 2009) Letzteres ist ein auch medial viel diskutiertes Thema in der Vorbereitung auf mögliche Ressourcenverknappung. Steigt die Zahl der schwer Erkrankten an, können die Kapazitäten bei Intensivbetten und Beatmungsgeräten knapp werden. Orientiert an der Prognose wird dann entschieden werden, wer die notwendige Behandlung erfährt und wer nicht.

Erstmals in diesem Umfang ist in der COVID-19-Pandemie die Gesamtbevölkerung durch die umfassenden Einschränkungen im Kontakt und in allen Belangen des alltäglichen Lebens sowie der Arbeit betroffen. Hinzu kommt die andauernde und intensive mediale Präsenz. Auch in biologischen Lagen in der Vergangenheit, z. B. die Anthrax-Anschläge in den USA 2001, die SARS-Pandemie 2002/2003 oder die Influenza A (H1N1-Pandemie), waren Beunruhigung und Angst in der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen, jedoch nicht in dem Ausmaß wie bei der aktuellen COVID-19-Pandemie. Insgesamt ist nur eine geringe Anzahl von Studien zu verzeichnen, die die Reaktionen und Verhaltensweisen sowie das Ausmaß an psychosozialer Belastung in der Gesamtbevölkerung im Fall einer Pandemie erheben.

Cowling und Mitarbeiter (Cowling et al. 2010) befragten 12965 Bewohner von Hong Kong während der ersten Welle der H1N1-Pandemie in 2009 zu Risikowahrnehmung, Angst, Wissen über Über-

tragungswege und präventives Verhalten. Die Befragten erreichten niedrige Angstwerte während der gesamten Epidemie. Die Risikobewertung für Infektionsanfälligkeit und Schweregrad von H1N1 waren anfänglich hoch, nahmen jedoch schon früh während der Epidemie ab und blieben danach stabil. Das Wissen über Übertragungswege, die Umsetzung von Hygienemaßnahmen und die Verwendung von Gesichtsmasken verbesserten sich mit dem Fortschreiten der Epidemie nicht. Die anfängliche soziale Distanzierung wurde schnell wieder aufgegeben. Höhere Angstwerte erreichten Menschen, die sozial isoliert leben. In zukünftigen Studien wird sich zeigen, inwieweit bei der COVID-19-Pandemie die deutlich restriktiveren Maßnahmen, die ökonomischen Probleme und die intensive mediale Berichterstattung über die tägliche Anzahl der Neuinfektionen und Todesfälle das psychische Belastungsniveau in der Bevölkerung erhöhen.

Viele Studien in vergangenen pandemischen Lagen haben psychischen Stress bei Erkrankten in Quarantäne und bei Krankenhauspersonal untersucht. SARS-PatientInnen in Quarantäne berichteten von Angst, Einsamkeit, Langeweile und Wut, und sie machten sich Sorgen über die Ansteckung von Familienmitgliedern und Freunden. Das Krankenhauspersonal litt unter der Angst vor Ansteckung, der Ansteckungsgefahr von Familien, Freunden und KollegInnen und dem Leiden der PatientInnen. Unsicherheit und Stigmatisierung waren sowohl für das Personal als auch für die PatientInnen wichtige Themen (Maunder et al. 2003). In einer Studie von Hawryluck und Mitarbeitern (Hawryluck et al. 2004) wurden 129 unter Quarantäne gestellte Personen webbasiert befragt. Die PatientInnen wiesen eine hohe Prävalenz von psychischer Belastung auf. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer Depression wurden bei 28,9 % bzw. 31,2 % der Befragten beobachtet. Eine längere Dauer der Quarantäne ging mit einer erhöhten Prävalenz von Symptomen einer PTBS einher.

Die COVID-19-Pandemie hat in vielen Ländern dazu geführt, dass möglicherweise infizierte Menschen aufgefordert werden, sich zu Hause oder in einer speziellen Quarantäneeinrichtung zu isolieren. Nach Ausbruch der Pandemie im Dezember 2019 haben Brooks und Mitarbeiter (Brooks et al. 2020) einen Überblick über Studien zu den

psychischen Auswirkungen von Quarantäne erstellt. Mit Hilfe dreier elektronischer Datenbanken wurden 3166 Arbeiten gefundenen, von denen 24 in das Review aufgenommen wurden. Die Studien berichten über deutliche psychische Belastungen, einschließlich posttraumatischer Stresssymptome, Verwirrung und Wut. Zu den besonderen Stressoren gehörten längere Quarantänedauer, Infektionsängste, Frustration, Langeweile, unzureichende Versorgung, unzureichende Informationen, finanzielle Verluste und Stigmatisierung. Einige Studien weisen darauf hin, dass die psychischen Belastungsfolgen auch nach Ende der Quarantäne mittel- bis langfristig bestehen bleiben. Aus den psychischen Belastungsfaktoren der Quarantäne resultieren unmittelbare Handlungsempfehlungen, wie eine transparente, sachgerechte Information über Notwendigkeit und Dauer der Maßnahme sowie die Sicherstellung der Basisversorgung und der Kontaktmöglichkeiten über Telefon, Smartphone und Internet.

Aufgrund der hohen Anzahl infizierter Menschen und Kontaktpersonen, die in Quarantäne und Isolation sind, dem hochbelasteten Personal in den Krankenhäusern, Pflege- und Versorgungseinrichtungen, der Anzahl Hinterbliebener und der Menschen, die in ihrer wirtschaftlichen Absicherung bedroht sind, können wir von einer erheblichen Anzahl von Menschen ausgehen, die psychisch akut und mittelfristig belastet sind. Noch ist nicht empirisch erfasst, welche Risiko- und Resilienzfaktoren eine mittel- und längerfristige psychische Belastung durch die COVID-19-Pandemie beeinflussen (vgl. Bering, Schedlich & Zurek in diesem Band).

5. Maßnahmen des Psychosozialen Krisenmanagements und der Psychosozialen Notfallversorgung in biologischen Schadenslagen

Wenden wir uns nun von der psychischen Belastungssituation und möglichen Belastungsfolgen den Möglichkeiten der akuten und mittelfristigen Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) zu, auch hier stehen wir vor ganz neuen Herausforderungen.

In den Angebotsstrukturen der PSNV verfügen wir in Deutschland über ein flächendeckendes Netz der Psychosozialen Akuthilfe. Meist ehrenamtlich Aktive in der Notfallseelsorge oder der Krisenintervention gewährleisten die psychosoziale Versorgung der Menschen unmittelbar während und nach Notfällen. Im Fall von Sterbeprozessen sind PfarrerInnen, SeelsorgerInnen und SterbebegleiterInnen wesentliche Begleitung für die Sterbenden und die Angehörigen. In den mittelfristigen Versorgungsstrukturen können wir auf ein Netzwerk von Beratungsstellen, Traumaambulanzen sowie stationäre und ambulante PsychotherapeutInnen zurückgreifen, um nur einige zu nennen. Diese psychosozialen Angebote basieren auf dem unmittelbaren Kontakt zum Betroffenen, was unter den Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen nicht oder nur begrenzt möglich ist.

Welche Konsequenzen und alternative Möglichkeiten ergeben sich für die akute und mittelfristige psychosoziale Versorgung in der COVID-19-Pandemie?

Zentrale Interventionsprinzipien für die akute und mittelfristige psychosoziale Versorgung von Menschen während und nach komplexen Gefahren- und Schadenslagen zielen ab auf

1. die Förderung von Sicherheit,
2. die Förderung von Beruhigung,
3. die Förderung von Selbstwirksamkeit und kollektiver Wirksamkeit,
4. die Förderung von Kontakt und Anbindung und
5. die Förderung von Hoffnung (Hobfoll et al. 2007).

Um dieser Zielvorgabe zu folgen, befassten sich die genannten nationalen und europäischen Projekte zum Psychosozialen Krisenmanagement unter anderem mit Informationsvermittlung sowie Kommunikation und Kontakt unter erschwerten Bedingungen als wesentliche Handlungsstränge und Interventionsprinzipien:

Information gewährleisten

Information ist essentiell in der psychosozialen Unterstützung in biologischen Lagen und sie ist eines der wesentlichen Mittel zur Förderung des Sicherheitserlebens, der Beruhigung, der Selbstwirksamkeit und der kollektiven Wirksamkeit. Ob auf der Ebene der staatlichen Risiko- und Krisenkommunikation durch politische Funktionsträger und Behörden oder im persönlichen Gespräch, Informationen müssen umfassend, zeitnah, direkt, sachbezogen und wahrheitsgemäß vermittelt werden. Von besonderem Interesse für Betroffene sind die Gefährdung für sich selbst und die Angehörigen, die Begründung und Erläuterung von Maßnahmen und Möglichkeiten des Selbstschutzes. Klare Handlungsempfehlungen erhöhen das Selbstwirksamkeitserleben und reduzieren Hilflosigkeit und Ohnmacht. Nicht immer sind alle notwendigen Informationen verfügbar, was wahrheitsgemäß mitgeteilt werden sollte. Das Bemühen, Informationen schnellstmöglich zu beschaffen, muss dann hervorgehoben werden. Informationen müssen in besonderen Belastungssituationen klar und kurz formuliert sein, da Menschen unter Extremstress nur eine begrenzte Menge an Informationen gleichzeitig aufnehmen können. Aus demselben Grund ist zu empfehlen, Informationen mehrfach zu wiederholen. Verallgemeinerungen, ein Herunterspielen und Verharmlosen der Situation und Allgemeinplätze, aber auch eine Eskalation durch Dramatisieren müssen vermieden werden.

Hilfreich ist schriftliches Informationsmaterial, das verständlich für bestimmte Zielgruppen aufbereitet ist (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Flüchtlinge und Migranten, Menschen mit Sinnesbehinderungen und Intelligenzminderung u. a.), um die Bevölkerung auf CBRN-Lagen vorzubereiten, die Risikowahrnehmung zu verbessern und Handlungsmöglichkeiten und gemeindliche Hilfsmöglichkeiten zu vermitteln. (Ergebnisse der Arbeitsgruppen auf den Konferenzen im Rahmen des Projektes »CBRN incidents and PSS« im Juli 2011 und im September 2012; Schedlich 2013; siehe auch Zurek in diesem Band).

Kommunikation, Kontakt und Anbindung gewährleisten

Soziales Miteinander und Anbindung sind in Krisenzeiten ein basales Bedürfnis von Menschen und ein wesentlicher Resilienzfaktor für die Bewältigung der Belastung. Bei notwendiger Distanzierung werden Telefon, Messenger und das Internet intensiv genutzt. Personal der psychosozialen Versorgung u.a. NotfallseelsorgerInnen, psychosoziale und traumazentrierte BeraterInnen, PsychotherapeutInnen gehen mehr und mehr dazu über, auf das Telefon oder webbasierte Videochats für Beratungen und Psychotherapien zurückzugreifen, sodass diese Angebote auch bei Distanzierungsvorgabe bestehen bleiben können (vgl. Eichenberg in diesem Band). Weitere Möglichkeiten, auch über Distanz Anbindung zu gewährleisten, sind ebenfalls in diesem Buch beschrieben (siehe die Beiträge Bering, Schedlich & Zurek und ebenso Zank in diesem Band).

Für die Kommunikation und das soziale Anbindungserleben in CBRN-Lagen ist bestimmend, dass Menschen in Krankenhäusern, in Pflege- und anderen Unterbringungseinrichtungen mit Fachpersonal in Schutzkleidung (Persönliche Schutzausrüstung, PSA) konfrontiert sind, bei denen die Gesichter nicht oder nur teilweise sichtbar sind. In vergangenen Lagen und in Übungen zeigte sich immer wieder, dass Fachpersonal unter PSA deutlich weniger kommuniziert. Zur Optimierung der Kommunikation als wesentlichem Aspekt der psychosozialen Versorgung, müssen Fachkräfte angehalten und trainiert werden, auch unter PSA aktiven, kommunikativen Kontakt zu PatientInnen aufzubauen. Dies zu trainieren ist ein Bestandteil der Schulungskonzepte, die in den nationalen und europäischen Projekten zum Psychosozialen Krisenmanagement im CBRN-Schutz entwickelt wurden (Schedlich & Helmerichs 2009; Schedlich & Helmerichs 2011; Schedlich 2013; Bering & Schedlich 2013; Ludwig & Bering 2013).

6. Fazit

Abschließend ist zusammenzufassen, dass wir davon ausgehen müssen, dass die COVID-19-Pandemie bei den unmittelbar und mittelbar Betroffenen ein hohes Maß an akutem und mittelfristigem psychosozialen und psychischen Stress verursacht. Wir gehen ebenso von einer nicht unerheblichen Zahl von Menschen aus, die mittelfristig Belastungsfolgen entwickeln.

Es ist zwingend erforderlich im Krisenmanagement für diese und andere Pandemien die begleitenden psychosozialen Problemlagen zu definieren und das Psychosoziale Krisenmanagement fest zu etablieren. Das Psychosoziale Krisenmanagement basiert auf klaren Konzepten, profundem Erfahrungswissen und empirischer Validierung. Die dargestellten Lagebesonderheiten bedingen aber, dass bewährte Konzepte des Psychosozialen Krisenmanagements und der akuten, mittel- und langfristigen Psychosozialen Notfallversorgung an die Anforderungen einer biologischen Lage dieses Ausmaßes angepasst werden müssen.

Literatur

- Bering, R. & Schedlich, C. (2013). Psychosoziales Krisenmanagement (PSKM) in CBRN-Lagen: Wo stehen wir? Workshop. 3. Forum Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz, 13.–14. Juni 2013 – Bad Neuenahr, Deutschland.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., 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(10227), S. 912–920, Großbritannien: Elsevier.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.) (2006). Dekontamination Verletzter. Bonn, Deutschland: Sonderausgabe Bevölkerungsschutzmagazin, BBK.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)/Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2007). Biologische Gefahren I und II – Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Auflage. Bonn, Deutschland: BBK.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (Verfasserinnen. Blank, V. & Helmerichs, J.) (2012). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. (Teil I und II). 3. Auflage. Praxis im Bevölkerungsschutz – Band 7. Bonn, Deutschland: BBK.

- Cowling, B. J., Ng, D. M. W., Ip, D. K. M., Liao, Q., Lam, W. W. T., Wu, J. T., Lau, J. T. F., Griffith, S. M. & Fielding, R. (2010). Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic in Hong Kong. *The Journal of Infectious Diseases*, 202(6), S. 867–876.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. & Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), S. 1206–1212. Toronto, Canada. <https://wwwnc.cdc.gov>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 70(4), S. 283–315.
- Köhler, M. & Bering, R. (2011). CBRN incidents: What does it mean for hospital staff? Symposium, 11th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS), 2.-5. Juni 2011. Wien, Österreich.
- Leung, G. M., Lam, T. H., Ho, L. M., Ho, S. Y., Chan, B. H. Y., Wong, I. O. L. & Hedley, A. J. (2004). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11), S. 857–863.
- Ludwig, S., Zurek, G., Wagner, D., Cummings, K. & Bering, R. (2013). Psychosocial Crisis Management in CBRN Incidents: Recommendations for a hospital staff training curriculum. Poster. 12th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS), 6.–9. Juni 2013. Bologna, Italien.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R. & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 2003, 168(10), S. 1245–1251.
- Schedlich, C. & Helmerichs, J. (2009). Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Herausgeber). Bonn, Deutschland. www.bbk.bund.de
- Schedlich, C. & Helmerichs, J. (2011). Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen/ Psychosocial Crisis Management in CBRN Incidents. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Herausgeber). Bonn, Deutschland: Praxis im Bevölkerungsschutz. www.bbk.bund.de
- Schedlich, C. (2013). Trainingsmanual »Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen« für Multiplikatoren/Training Manual »Psychosocial Crisis Management in CBRN incidents«. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Herausgeber) im Rahmen des von der Europäischen Kommission geförderten Projektes »Psychosocial support for civil protection forces coping with CBRN«, Bonn, Deutschland.