

Nach der Welle ist vor der Welle. Erfahrungsberichte von Pflege- und Stationsleitungen

*Christa Tax, Ulrike Berdnik, Anneliese Derkits, Ulrike Kylianek,
Cornelia Baptist-Kröpfl, Elisabeth Horvath, Sandra Müller*

Bei Drucklegung des ersten Bandes „Die Corona-Pandemie“ im Juli 2020, dachten wir tatsächlich, dass die Krise weitgehend vorbei sei. Nun reflektierten wir die vergangenen Monate und die damit verbundenen Herausforderungen.

14 Monate später zeigt sich, dass die Krise ein noch weit größeres Ausmaß angenommen hatte, und somit müssen wir nun tiefer in die Bereiche der Notfallversorgung von Erwachsenen und Kindern sowie in die pädiatrische Intensivstation blicken. Pflegeleitungen und Stationsleitungen schildern ihre Erfahrungen mit den Herausforderungen, die sie nach dem Interview im oben zitierten Band zu meistern hatten.

PDL Ulrike Berdnik: Was hat sich seither verändert?

Das LKH-Univ. Klinikum Graz betreut als Zentralkrankenanstalt für die Steiermark an 19 Universitätskliniken rund 470.000 ambulante Patienten pro Jahr.

Durch die Corona-Pandemie wurden u. a. die Notfallambulanzen des Krankenhauses vor vollkommen neue Herausforderungen gestellt. Es galt an der zentralen internistisch-neurologischen Notaufnahme (EBA [Erstuntersuchung – Beobachtung – Aufnahme]) Verdachtsfälle auf COVID-19 von nicht infizierten Notfallpatienten zu trennen. Innerhalb von drei Werktagen gelang es eine eigene „COVID-19-EBA“ in den bestehenden Räumlichkeiten der EBA einzurichten. Dazu musste aber die Patientenversorgung der eigentlichen EBA in die Räumlichkeiten der Notaufnahme bzw. Ambulanz der Univ. Klinik für Chirurgie verlegt werden und somit entstand in diesen Räumlichkeiten eine gemeinsame chirurgische, internistische und neurologische zentrale Notaufnahme für das LKH-Univ. Klinikum Graz.

Da nun für diese zwei Notaufnahmen zahlreiche infrastrukturelle Anpassungen erforderlich waren und zudem ein neues Pflorgeteam gebildet

werden musste, galt es aus der Sicht des Pflegemanagements eine intermistische Stationsleitung, ergänzend zur bestehenden Stationsleitung der COVID-19-EBA, durch die Pflegedirektion zu bestellen. Neben der Adaption der Räumlichkeiten, wie der Einrichtung eines Eingriffs- und eines Schockraumes, der Gestaltung eines zusätzlichen Wartebereiches sowie der Bereitstellung von Behandlungsräumen zur internistischen und neurologischen Ersteinschätzung und zur Notfallversorgung, mussten alle erforderlichen medizintechnischen Geräte, die Wirtschaftsgüter sowie Medikamente und Einmalprodukte übersiedelt werden. Um die Effizienz der Prozesse zu gewährleisten, bedurfte es einer engen Kooperation mit internen Partnern. Die Mitarbeiter der Pflege in der chirurgischen Notaufnahme unterstützten ihre internistischen und neurologischen Kollegen in der Notfallversorgung, die Versorgungsassistenz übernahm die Bestellung von Einmalartikeln und Apothekenwaren. Die Mitarbeiter der chirurgischen Endoskopie stellten das Equipment zur Verfügung und übernahmen die Aufbereitung der Endoskope, die Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Anästhesie unterstützen die Pflege aus der EBA im Schockraum.

Bei laufendem Betrieb der adaptierten Notfallambulanz waren sowohl die Transportlogistik wie auch die Bautechnik und die Medizintechnik gefordert die entsprechenden Beschilderungen anzubringen, Trennwände aufzustellen, Nottüren einzubauen, Zulieferadressen anzulegen sowie die medizintechnische Ausrüstung zu installieren. Seitens des Med-Office war es notwendig, die COVID-19-EBA sowie die adaptierte chirurgische, internistische und neurologische zentrale Notaufnahme rund um die Uhr zu bespielen, um auf diese Weise dem Pflegepersonal administrative Tätigkeiten, wie z. B. die administrative Aufnahme von Patienten, abzunehmen. Es war auch erforderlich neue Telefonnummern einzurichten, da auch die in der COVID-19-EBA rund um die Uhr erreichbar sein mussten. Dies alles geschah unauffällig und „im Hintergrund“ und somit konnte für unsere Patienten eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden und es war dadurch auch möglich Ansteckungen z. B. im Wartebereich zu verhindern.

Um das neu zusammengestellte Pflegeteam – hier konnten sich die Mitarbeiter für einen Bereich selbst entscheiden – regelmäßig informieren zu können, wurden Huddle Boards an den beiden EBAs installiert; dadurch war es dem interdisziplinären Behandlungsteam möglich daran teilzunehmen, um aktuelle Informationen für den jeweiligen Tag zu erhalten und sich auch in Diskussionen auszutauschen. Die zeitnahe Weitergabe von Informationen stellte sich vor allem im Nachhinein als eines der wichtigsten Instrumente heraus. Die Mitarbeiter wurden in regelmäßigen täglichen Jour-fixe-Gesprächen informiert, das Führungsteam, bestehend

aus Pflege- und Stationsleitung, traf sich mehrmals täglich, um Informationen auszutauschen und die weitere Vorgehensweise zu besprechen und abzustimmen. Für Fragen der Mitarbeiter stand selbstverständlich auch an Wochenenden und Feiertagen das Führungsteam jederzeit zur Verfügung.

Um die Auslastung der EBAs nachvollziehbar darstellen zu können, wurden Kennzahlen definiert, die täglich aus den diversen Arbeitsbereichen an die Pflegeleitungen weitergegeben und schließlich gesammelt an die Pflegedirektion rückgemeldet wurden. Um Personalausfälle zu kompensieren und eine gesicherte Patientenversorgung gewährleisten zu können, war es erforderlich auch Pflegepersonal aus anderen Universitätskliniken zu organisieren und in das Team in den EBAs zu integrieren. Diese Pflegepersonen aus Bereichen wie der Ambulanz der Univ.-Klinik für Augenheilkunde, der Univ.-Klinik für Innere Medizin, der Endoskopie, der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin usw. mussten in die Abläufe einer Notfallaufnahme und auf die verwendeten medizintechnischen Geräte eingeschult werden. Um diese Einschulung möglichst geregelt durchführen zu können, wurden neben den allgemeinen und vorhandenen Unterlagen aktuelle Checklisten erarbeitet. Diese erwiesen sich als sehr praktikabel, denn so konnten sich die Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bereichen auch selbst evaluieren, welche Kenntnisse bereits vorhanden waren und wo noch weitere Hilfestellungen bzw. Unterstützungen erforderlich waren. Um die Dienste der Stammmitarbeiter sowie der Aushilfsmitarbeiter zu koordinieren, war die Erstellung des Dienstplans in enger Abstimmung zwischen den Stationsleitungen notwendig. Weiters wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert, dass möglichst rasch auf gegebene Veränderungen reagiert werden musste und somit eine hohe Flexibilität ihrerseits gefordert wurde. Um die Anzahl an Kontakten zwischen den anwesenden Mitarbeitern so gering als möglich zu halten, wurden in der EBA hauptsächlich 12-Stunden-Dienste eingeführt. In der COVID-19-EBA war es des Weiteren unerlässlich, bei der Dienstplanung Rücksicht auf Ablösezeiten und auf die Einhaltung von Ruhepausen beim Tragen der Schutzausrüstung zu nehmen. Für die Pausenzeiten sowie die Benutzung des Sozialraums mussten exakt definierte Regeln kommuniziert und verschriftlicht werden, mit dem Ziel, Ansteckungen im Team durch die Anwesenheit zu vieler Personen vorzubeugen.

Da sich nun die Gesamtsituation rund um die Corona-Pandemie in eine positive Richtung bewegt, ist es nun von Bedeutung nachhaltige Lösungen für die Betreuung und Behandlung von infizierten und nicht infizierten Patienten sowie von Verdachtsfällen zu etablieren. Ziel muss es sein die Behandlungspfade einerseits voneinander zu trennen und auch so

zu gestalten, dass ein höchstmöglicher Schutz für die Mitarbeiter gewährleistet werden kann und andererseits die Bereiche in den Wartezonen und Behandlungsbereichen so einzurichten, dass auch u. a. die geltenden Abstandsregeln eingehalten werden. Dazu wurde aufbauend auf Ideen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe nach Freigabe des Direktoriums ein Umbauplan erarbeitet. Dieser sieht primär provisorische Zeltlösungen für Ein- und Ausgänge sowie für die Leitstellenbereiche vor, um schlussendlich mittels Containeranbauten ausreichend Raum zur Verfügung zu haben, um eine qualitative hochwertige Versorgung der Patienten unter Einhaltung der notwendigen Schutzmaßnahmen gewährleisten zu können. Des Weiteren sollte mit dem Umbau eine ständige Adaptation der räumlichen Gegebenheiten und deren Verwendung modular möglich sein; zudem ist es erforderlich eine Obergrenze an maximal zu versorgenden Patienten pro Arbeitsbereich zu definieren.

Zukünftig wird das Screening der Patienten im Eingangsbereich stattfinden; die Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System und die administrative Aufnahme der Patienten werden räumlich getrennt. Bei einem zu hohen Patientenaufkommen wird eine Teamevaluierung durch ärztliches und pflegerisches Personal durchgeführt. Im Zuge eines Pilotprojekts wurde eine AMP (allgemein medizinische Praxis) zu definierten Zeiten errichtet, um die Notaufnahme zu entlasten.

Die Wartezonen werden um ein Patientenleitsystem erweitert. Durch die Trennung durch flexible Plexiglaswände und die Einteilung der Wartezonen können die Abstandsregelungen eingehalten werden. Der Patientenaufwurf erfolgt für mobile Patienten via Bildschirm und Bodenmarkierungen und Beschilderungen weisen den Weg zum jeweiligen Behandlungsraum.

Regelmäßige Hygiene-Compliance-Beobachtungen helfen den Mitarbeitern nicht „müde“ zu werden und die entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen einzuhalten.

Um die laufend notwendige Kommunikation weiterhin sicherzustellen, wird ergänzend nachmittags ein zweites Huddle Board eingeführt.

Zusätzlich war es aus pflegerischer Sicht wichtig, eine weitere Unterstützung des eingesetzten Pflegepersonals bei der Betreuung und Behandlung der Patienten zu bekommen, sodass der Einsatz von Ordinationsassistenten im Rahmen eines Pilotprojekts derzeit umgesetzt wird. Mitarbeiter mit der Ausbildung zur Ordinationsassistentin können den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dahingehend unterstützen, dass sie Patienten in den Wartezonen betreuen, assistierende Unterstützung bei der Patientenversorgung geben und bei organisatorischen Belangen hilfreich zur Seite stehen.

Die Erfahrungen rund um die Corona-Pandemie haben viele Erkenntnisse hinsichtlich Notwendigkeiten und künftige Bedürfnisse an eine Raumplanung einer ZNA (zentralen Notaufnahme) am LKH-Univ. Klinikum Graz gebracht; diese werden mit Gewissheit in die aktuellen Planungsgespräche miteinfließen.

PDL Anneliese Derkits: Veränderung macht den Arbeitstag spannend

Um einen überprüfbaren Einlass von Personen zu allen Ambulanzen und Stationen der Univ. Klinik für Chirurgie zu ermöglichen, wurden sämtliche Zugänge versperrt. Es wurden dann zwei Eingänge definiert, wo alle ankommenden Personen, vor Einlass in die Univ.-Klinik für Chirurgie, einem Screening auf eine mögliche Infektion mit SARS-CoV2 unterzogen wurden. Das Thema Screening auf SARS-CoV2 wurde mit Zunahme der Infektionszahlen ein immer wichtigeres Instrument, um die Verbreitung des Corona-Virus innerhalb des Krankenhauses einzudämmen. Es galt eine einheitliche Screening-Checkliste zu erstellen, anfänglich Pflegepersonen, später Mitarbeiter einer externen Firma, zu schulen und einen möglichst raschen, aber sicheren Einlass nicht nur in die Notaufnahmen, sondern schließlich in alle Universitätskliniken zu ermöglichen. Die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Screening auf eine mögliche COVID-19-Infektion waren einerseits die knappen Ressourcen an eigenem Personal, andererseits die Koordination der Mitarbeiter einer externen Firma und nachvollziehbar die sich daraus ergebenden Wartezeiten für Patienten, die oft Unmut und Unverständnis auslösten. Um das Screening auf SARS-CoV2 bei schlechtem Wetter und in der nahenden Wintersaison möglichst angenehm zu gestalten, wurde im Bereich der Rettungszufahrt ein Vorbau sowie ein eigener Raum für Patienten mit Verdacht auf eine SARS-CoV2-Infektion geschaffen.

In der chirurgischen Notaufnahme musste u.a. das Gipszimmer adaptiert werden, um auch in diesem Bereich liegende infizierte Patienten behandeln zu können. Durch die bereits seit Jahren bestehende Baustelle in den diversen Bereichen der Univ.-Klinik für Chirurgie musste der Hauptzugang gesperrt werden, wovon die Patienten nach Möglichkeit vor Ankunft am Klinikum informiert werden mussten. Zusätzlich wurde als Unterstützung ein Leitsystem angebracht.

Wie auch in der EBA wurde gerade in Zeiten der Corona-Pandemie spürbar, dass das LKH-Univ. Klinikum Graz als Zentralkrankenanstalt der Steiermark einen umfangreichen Versorgungsauftrag wahrnehmen muss und u. a. durch das Sperren anderer steirischer Krankenanstalten ein

verstärktes Patientenaufkommen verzeichnet werden konnte. Durch das erhöhte Patientenaufkommen war die Einhaltung der Abstandsregelungen im Wartebereich sehr herausfordernd, aber auch die lange Aufenthaltsdauer von Patienten, die wegen eines Verdachts auf eine SARS-CoV2-Infektion bis zum Eintreffen Testergebnis warten mussten, trug nicht gerade zur Entspannung bei.

Das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung führte zu einer erhöhten Belastung bei den Mitarbeitern. Da die Mitarbeiter rund um die Uhr in die Behandlung und Betreuung von Patienten involviert sind, war es wichtig und erforderlich, Ruhezeiten zu planen. Außerdem war es wichtig dafür zu sorgen, dass ausreichend Schutzausrüstung für das vor Ort eingesetzte Personal verfügbar war und es war essentiell, dass alle Mitarbeiter zeitnah mit den aktuellsten Informationen versorgt werden konnten. Trotz der begleitenden Sorge, sich und eventuell Angehörige anzustecken, leisteten die Mitarbeiter einen unermüdlichen Einsatz zum Wohle der Patienten.

Als die Teststrategie für das Gesundheitspersonal ausgearbeitet war, galt es die Vorgaben des Unternehmens umzusetzen. Die Mitarbeiter in Bereichen, in denen COVID-19-Patienten versorgt wurden, mussten sich zweimal wöchentlich einem PCR-Test unterziehen. Zwar sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von ihrer Ausbildung her befähigt, diverse Abstriche zu entnehmen, dennoch wurden Mitarbeiter, die sich im Umgang unsicher fühlten, von Kollegen in der Durchführung der Abstriche geschult und unterstützt. Für die Führungskräfte war es notwendig eine lückenlose Dokumentation der durchgeführten Testungen sicherzustellen.

In weiterer Folge, als es die Aussicht auf eine Impfung gab, bestand die Aufgabe der Führungskräfte u. a. darin, die Mitarbeiter mit ausführlichen Informationen über die Möglichkeit einer Impfung zu versorgen, damit sie eine persönliche Entscheidung treffen konnten.

Mittlerweile sind die geänderten Abläufe gleichsam zur täglichen Routine geworden und durch die gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung konnten viele kritische Situationen bewältigt werden.

PDL Ulrike Kylianek und Stationsleitung Cornelia Baptist-Kröpfl: Zu Gast in der Notfallambulanz der Univ. Klinik für Kinderchirurgie

Anfänglich, als es notwendig war den Bereich der Notfallambulanz an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde in einen infektiösen und einen nicht infektiösen Bereich zu trennen, siedelte der nicht infektiöse Bereich in die Notfallambulanz der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie und nutzte dort zwei Untersuchungsräume. Als positiv

stellte sich dabei heraus, dass dadurch eine verstärkte fächerübergreifende Zusammenarbeit im Kinderzentrum entstanden ist. So gut dies auch funktionierte, waren doch die weiten Entfernungen zwischen der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde und der Univ.-Klinik für Kinderchirurgie eine sehr große Herausforderung.

Im Dezember 2020, nachdem die baulichen Veränderungen abgeschlossen waren, kehrte jener Bereich, der für nicht infizierte Patienten ange-dacht war, wieder in die Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde zurück. Zusätzlich wurden zwei Untersuchungsräume adaptiert und ein Container vor dem Eingang der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde aufgestellt. Die Installation eines SARS-CoV2-Screening-Bereiches für ankommende Patienten, der später auch für Besucher genutzt wurde, wurde anfänglich durch die Bereitstellung eines Zeltes durch das öster-reichische Bundesheer und später durch das Aufstellen eines Containers bewerkstelligt.

Beim SARS-CoV2-Screening von Kindern muss mitbedacht werden, dass die jungen Patienten immer in Begleitung von mindestens einer weiteren Person im Krankenhaus ankommen. Auch diese Begleitperso-nen mussten aufgrund der geltenden Bestimmungen vor Einlass in die Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Univ. Klinik für Kin-der und Jugendchirurgie auf das Corona-Virus gescreent werden. Zu Be-ginn wurde dieses Screening durch ein multiprofessionelles Team durch-geführt, zu einem späteren Zeitpunkt übernahmen diese Tätigkeiten die Mitarbeiter eines externen Security-Unternehmens.

Wie auch in der EBA wurde ein Wegeleitsystem aus am Boden aufge-klebten Pfeilen installiert. Ergänzend dazu wurden auch die Patientenlifte entsprechend gekennzeichnet.

Die Corona-Pandemie führte dazu, dass lang gelebte Prozesse über Bord geworfen und durch neue, sich ständig ändernde, Prozesse ersetzt werden mussten.

Die Gestaltung der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in einem interdisziplinären Team war und ist eine große Herausforderung. Die Be-reitschaft, schnell zu lernen, aber genauso schnell das gerade Erlernte wie-der durch Neues zu ersetzen, war in der Zeit der Krise besonders gefragt. Gerade zu Beginn der Corona-Pandemie war es durchaus möglich, dass ein fixierter Arbeitsablauf zwei Tage später wieder völlig anders gelebt werden musste.

PDL Ulrike Kylianek und Stationsleitung Elisabeth Horvath: Wenn COVID-19-positive Kinder Intensivbetreuung benötigen.

Um eine adäquate Versorgung von SARS-CoV2-positiven Patienten zu gewährleisten, wurde an der pädiatrischen Intensivstation und Brandverletzeneinheit der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde eine Isoliereinheit für SARS-CoV2-positive Patienten mit Personalschleuse durch bauliche Maßnahmen geschaffen; diese Isoliereinheit bot Platz für drei COVID-19-positive Patienten.

Schon vor der ersten Aufnahme eines COVID-19-positiven Patienten bedarf es einer guten und umfassenden Vorbereitung, der Bereitstellung von ausreichend persönlicher Schutzausrüstung für Pflege, Ärzte und nicht medizinisches Personal. Alle Pflegepersonen und Ärzte mussten bestmöglich in die Abläufe eingeschult und mit der Anwendung der Schutzausrüstung vertraut gemacht werden. Die notwendigen Abläufe wurden konstruiert, besprochen und ständig verbessert. Nicht nur auf der Station müssen die Abläufe für alle Mitarbeiter klar ersichtlich sein, es braucht für ein adäquates Funktionieren auch eine Abstimmung mit der gesamten Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Es wurde zudem das Intensivpflegeteam zu unterschiedlichsten Themen, die Corona-Pandemie betreffend, von Ärzten und Pflegepersonal geschult, ebenso wurden Erfahrungen in der Betreuung mit COVID-19-positiven Patienten mit externen Einheiten ausgetauscht. Für alle umliegenden Räumlichkeiten der COVID-19-Isoliereinheit wurde eine eigene COVID-19-Ampel geschaffen und die Mitarbeiter immer wieder, anfangs fast täglich, zu aktuellen Themen aus den Corona-Besprechungen informiert.

Bei einer Ankündigung von der Ambulanz oder einer Station, einen intensivpflichtigen COVID-19-positiven Patienten zu übernehmen, musste das vorab nur im Trockentraining geübte nun in die Tat umgesetzt werden. Ein stabiler Patient wurde dabei mit FFP3-Maske ohne Ausatemventil, Schutzmantel, Schutzhaube und Handschuhen versorgt und kam mit dem COVID-19-Lift, begleitet von einer Pflegeperson, auf die Isolierstation. Währenddessen begann das Intensivpflegeteam mit den Vorbereitungen für die Patientenversorgung, bekleidete sich selbst mit der entsprechenden Schutzausrüstung und schloss alle Türen der Patientenzimmer. Auch die übrigen Mitarbeiter auf der Station wurden aufgefordert, eine FFP3-Maske zu tragen. Im Eingriffszimmer arbeitete man ‚eingeschleust‘, zusätzlich stand eine DGKP bereit, um diverse Infusionstherapien vorzubereiten. Bedurfte es im Eingriffszimmer einer zusätzlichen Untersuchung durch einen Konsiliardienst, achtete das Team auf ein richtiges Einschleusen aller stationsfremden Personen.

War die Erstversorgung beendet, wurde der Patient in die Isoliereinheit transferiert. Nicht zu vergessen ist die aufwendige Nachbereitung im Eingriffszimmer. Eine spezielle hygienische Reinigung ist erforderlich – nach einer einstündigen Lüftungsphase ist ein weiteres Mal eine zusätzliche Oberflächendesinfektion durchzuführen.

In einer Isoliereinheit ist das Arbeiten mit Schutzausrüstung für alle beteiligten Pflegepersonen anstrengend – Schutzmantel, Handschuhe, FF-P3-Masken, Schutzbrille, Face-Shield und OP-Haube müssen im Vorraum angezogen werden, erst dann darf man zum infizierten Patienten gehen. Bei körperlich anstrengenden Pflegetätigkeiten, wie bei der Lagerung von Patienten oder beim Wechseln der Bettwäsche, war selbst für die Pflegepersonen das Atmen schwierig. Durch das kontinuierliche Tragen der Schutzmaske und der Schutzbrille, diese ähnelt einer Schibrille und schließt dicht ab, kommen physische Beschwerden, wie tiefe Abdrücke im Gesicht, Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme und Schwitzen dazu. Wird ein Nachschub an Pflegematerialien in der Isoliereinheit gebraucht, wird die Bestellung mittels eines Anrufs auf die Station weitergeleitet. Man kann nicht, wie gewohnt, die Türe öffnen und einen Kollegen ersuchen, unverzüglich das benötigte Equipment vorbeizubringen. Alles wird aufwendig hinein- und wieder hinausgeschleust.

Die Intensivpflege bei COVID-19-positiven Patienten stellt für alle Pflegepersonen eine Herausforderung dar. Es gibt keine aktuelle wissenschaftliche Literatur zu Pflegemaßnahmen bei COVID-19-positiven Patienten, keine Leitlinien zu Pflegerichtlinien, und es gibt wenig Erfahrung über schematische Abläufe und es gibt wenig Expertisen zu Pflegeproblemen und Problemen nach einer COVID-19-Erkrankung bei Kindern. Die Pflegemaßnahmen werden an bekannte Krankheitsbilder mit ähnlicher Problematik angelehnt, probiert und in kurzen Intervallen evaluiert.

An der pädiatrischen Intensivstation waren im Verhältnis zu Erwachsenen-Intensivstationen zwar nur sehr wenig COVID-19-positive Patienten intensivmedizinisch zu betreuen, jedoch wurden auch hier sehr unterschiedliche Herausforderungen erlebt. Ein Säugling mit nicht-invasiver Atemunterstützung, ein Schulkind beatmet und mit Dialyse, ein jugendlicher postoperativ, ein heimbeatmeter Patient und ein chronisch kranker, beeinträchtigter Patient, um nur einige Herausforderungen anzuführen.

Kinder und Jugendliche in der COVID-19-Einheit erleben den Krankenhausaufenthalt deutlich angsteinflößender als erwachsene Patienten. Ärzte und Pflegepersonal wirken durch die Schutzkleidung „außerirdisch“ und sind nur schwer voneinander zu unterscheiden. Da die Eltern unserer Patienten meist selbst erkrankt oder in Quarantäne sind, hat gerade die Pflege die zusätzliche Aufgabe die fehlenden, vertrauten, Bezugspersonen

bestmöglich zu vertreten. Die Pflegepersonen sind daher neben ihren eigentlichen Tätigkeiten auch erste Ansprechpartner für die Ängste und Sorgen der Kinder. Eine weitere Herausforderung stellt es für das behandelnde Team dar, die besorgten Eltern telefonisch regelmäßig über den Gesundheitszustand ihrer Kinder zu informieren und zu beruhigen. Ältere Kinder wurden beim telefonischen (Video-)Kontakt mit ihrer Familie von den Pflegepersonen unterstützt.

Gemeinsames Resümee

Als gemeinsames Resümee sind sich die Autoren der vorgegangenen Beiträge einig, dass die Corona-Pandemie das gesamte multiprofessionelle Behandlungsteam auf eine harte Belastungs- und Bewährungsprobe gestellt hat. Wichtig war es bestehende Arbeitsabläufe und einzelne Prozesse ständig gemeinsam im Team zu hinterfragen und den aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen anzupassen.

Gezeigt hat sich des Weiteren, wie wichtig ein ausreichend vorhandenes Raum- und Platzangebot ist, da sich gerade in Zeiten der Corona-Pandemie etwa die Abholzeiten der Patienten durch die Rettung teilweise sehr verlängert haben.

Eine gut angepasste, teils mehrmals tägliche Kommunikation war essenziell und notwendig, um den Mitarbeitern ein aktuelles Wissen zu den laufenden Strukturveränderungen, Anpassungen im Behandlungsprozess etc. zu vermitteln. Um rasch die eingehenden Informationen gut an die Mitarbeiter weitergeben zu können wurden u. a. unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Kommunikations-Apps verwendet (z. B. Teststrategien, veränderte Arbeitsbereiche), welche sich als sehr sinnvoll herausstellten.

Ein weiterer wichtiger Faktor soll nicht unerwähnt bleiben: Die Isoliereinheiten erfüllten ihren Zweck, die persönliche Schutzausrüstung – auch wenn sie sehr anstrengend zu tragen ist –, erfüllte ebenso ihren Zweck. Zur Sicherheit tragen auch die regelmäßig durchgeführten Mitarbeiter-Tests bei.

Die Corona-Pandemie hat alle vor völlig neue Herausforderungen gestellt. Neben der Bewältigung der eigenen Ängste hat sie uns aber auch gezeigt, dass große Probleme nur durch Zusammenhalt und Solidarität gelöst werden können. Täglich haben wir dazugelernt und erkannt, dass wir neben der Belastung und dem Erkennen der eigenen Grenzen mit Empathie, Flexibilität und Kreativität unsere Patienten bestmöglich betreuen und diese herausfordernde Zeit gemeinsam meistern können.

Situationskomik, kreative Umsetzung von Vorgaben, einfaches Denken und schnelles Umsetzen von neuen Anforderungen mit Hilfsmitteln wie Pinwänden für Absperrungen usw. waren von jedem Einzelnen gefordert. Neben den unzähligen organisatorischen Anforderungen waren Führungskräfte auch damit beschäftigt Ängste zu nehmen, Anzeichen von Überforderung zu erkennen und wenn möglich rechtzeitig darauf zu reagieren. Trotz dieser herausfordernden Zeit, in der plötzlich alles anders war, entstand auch so manche positive Veränderung. Der Zusammenhalt im Team, auch interdisziplinär, wurde deutlich gefestigt und vertieft und das Verständnis füreinander ist gewachsen.

