

Langzeitpflege in COVID-19-Zeiten: Leitfaden zur medizinischen Versorgung

Geriatric-- Autoren: M.Gosch, H. J. Heppner, K. Singler

Die Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen sind mit sehr hohen Infektions- und Mortalitätsraten besonders von der Corona-Pandemie betroffen. Doch hinsichtlich Prävention und medizinischer Betreuung fehlen Ärzten noch klare Empfehlungen. Die Autoren haben diese auf Basis der aktuellsten Literatur erstmals zusammengestellt.



Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch
Paracelsus Medizinische Privatuniversität,
Universitätsklinik für Geriatrie Klinikum Nürnberg

Im Dezember 2019 erfolgten erste Berichte aus der Provinz Wuhan in China über Pneumonien durch einen bis dahin unbekanntem Erreger. Als Auslöser konnte rasch SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) identifiziert werden. Seither erfasste die Pandemie 85 Millionen Menschen weltweit, insgesamt kam es zu 1,85 Millionen Todesfällen [1].

Rasch zeigte sich, dass ältere und ganz besonders hochbetagte Menschen das höchste Risiko aufweisen, an einer COVID-19 zu versterben. In der Altersgruppe 80+ liegt die Case-Fatality-Rate bei 13,4%, die Infection-Fatality-Rate bei 9,3% [2]. Unter der älteren Bevölkerung wiederum werden Bewohner von

Langzeitpflegeeinrichtungen (LPE) als vulnerabelste Risikogruppe angesehen. Schätzungen legen nahe, dass 30% bis 66% aller an COVID-19-Verstorbenen Bewohner von LPE waren, wovon 8% nicht in einem Krankenhaus, sondern in ihrer Einrichtung verstorben sind [3]. Nationale Surveillance Daten aus verschiedenen Staaten zeigen sowohl eine Zunahme der Erkrankungsfälle als auch der Todesfälle durch SARS-CoV-2 seit Juli 2020 [3]. Im Folgenden werden Empfehlungen zur Prävention, zur Therapie sowie auch Fragen der medizinischen Ausstattung für LPE formuliert. Sie sind absichtlich in tabellarischer Form zusammengefasst, um ein systematisches Arbeiten zu ermöglichen.



Senioren haben das höchste Risiko, an einer COVID-19-Infektion zu sterben.

Tab. 1 Empfehlungen zur Prävention

Jede Langzeitpflegeeinrichtung (LPE benennt) einen COVID-19-Beauftragten, entwickelt mit ausgewiesenen Hygienefachkräften Präventionskonzepte und sichert deren Umsetzung [3].

Entsprechende persönliche Schutzausrüstungen sind bereitzustellen [3].

Die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung der Bewohner muss sichergestellt bleiben [3].

Das Pflegepersonal sollte FFP-2-Masken tragen, bei spezifischen Anforderungen (z. B. zur Tracheostomapflege) FFP-3-Masken [4].

Niederschwelliger Zugang zu Informationen und Schulungsunterlagen für die Prävention von COVID-19 ist zu gewährleisten [3].

Wenn möglich sollten Bewohner in Einzelzimmern untergebracht werden. Bei Mehrbettzimmern kommt es mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu größeren und auch schwerer verlaufenden COVID-19-Ausbrüchen [5].

Mitarbeiter sollten einmal wöchentlich mit einem Antigen-Schnelltest untersucht werden. Bei Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion sollten alle Mitarbeiter und Bewohner unverzüglich diesem Schnelltest unterzogen werden. Im Anschluss sollte ein PCR-Test unter Wiederholung an Tag 5 erfolgen. Als Kontaktperson der Kategorie 1 (KP1) identifizierte Mitarbeiter und Bewohner sollten sich zusätzlich für 10 Tage in Quarantäne begeben* [3].

Mitarbeiterschulung für die typischen Erkrankungssymptome (Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruch- und Geschmackssinns, Atemnot) sollte obligat sein [3].

Für Bewohner mit Symptomen einer COVID-19-Erkrankung oder mit positivem SARS-CoV-2-Test sowie für Kontaktpersonen sollen SOPs (standard operating procedures) entsprechend den geltenden gesetzlichen Richtlinien* erstellt werden (Testung, Quarantänebestimmungen, persönliche Schutzausrüstung etc.).

Für Wiederaufnahmen von Bewohnern nach COVID-19-Erkrankungen aus Krankenhäusern soll ein klares Procedere festgelegt werden, um eine zeitgerechte Rückverlegung der Bewohner ermöglichen [3].

Mitarbeiter sollten immer wieder an die Basismaßnahmen zur Vermeidung einer Viruseinschleppung in LPE erinnert werden [3].

Sorgen und Ängste der Mitarbeiter müssen gehört werden. Mit auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Mitarbeitern soll Kontakt gehalten und erforderliche soziale und medizinische Unterstützung angeboten werden (z. B. Arbeitspsychologie).

Regelmäßige Desinfektion aller Gemeinschaftsräume und Wohnbereiche wird empfohlen. Regelmäßiges Lüften kann wesentlich zur Prävention von Atemwegsinfekten in LPE beitragen. Mindestanzahl an Lüftungen pro Stunde: alle 30 Minuten für 5 Minuten [3].

Hygienekonzepte für die Mitarbeiter sollen auch Regelungen für Pausenräume, Umkleiden und Toiletten miteinbeziehen.

Besuche in LPE müssen ermöglicht werden. Für die Besucher sind klare, verständliche Regeln und Abläufe zu erstellen. Den Besuchern sollten Informationen über Infektionsrisiken und -konsequenzen vermittelt werden. Alle Besucher sollten einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz tragen, bevorzugt FFP-2-Masken, keine Alltagsmasken. Abhängig von dem lokalen Infektionsgeschehen (ab einer Inzidenz von 50/100.000 Einwohner in der Woche) sollten Besucher einen Antigen-Schnell-Test durchlaufen [3].

Allen Bewohnern über 65 Jahren sollten dringend Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken angeboten werden, allen Mitarbeitern, unabhängig vom Alter, eine Impfung gegen Influenza [3].

Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen sowie das dort tätige medizinische Personal sollten vorrangig gegen COVID-19 geimpft werden.

** bitte die lokalen Verordnungen der Gesundheitsämter beachten*

Tab. 2 Allgemeine Empfehlungen für einen individuellen Behandlungsansatz

Der Gesundheitszustand der Bewohner sollte frühzeitig mit der Klinischen Frailty Skala (KFS) und dem Charlson-Komorbiditätsindex (CCI) erfasst und dokumentiert werden. Eine KFS von 6 oder höher und ein CCI von 4 oder höher sind mit einer signifikant erhöhten Mortalität bei COVID-19 assoziiert [6, 7, 8, 9].

Die Bewohner und deren Angehörige müssen über Risiken der Ansteckung sowie die Erkrankung informiert werden. Die Behandlungswünsche der Bewohner und das Behandlungsziel, insbesondere im Hinblick auf eine eventuell gewünschte Krankenhausbehandlung und intensivmedizinische Maßnahmen, müssen erfragt und dokumentiert werden.

Behandelnde Ärzte sollen die Pflege in die medizinische Entscheidungsfindung einbinden und interprofessionell ein klares Behandlungsziel festlegen. Das Behandlungsziel muss vom Bewohner, dessen Angehörigen und allen weiteren Teammitgliedern akzeptiert sein.

Dokumentieren Sie das festgelegte Behandlungsziel so, dass es für alle Teammitglieder nachvollziehbar und zugänglich ist.

Überprüfen und ändern Sie das Behandlungsziel, wenn erforderlich bzw. falls sich die klinische Situation ändert.

Über 65-jährigen Heimbewohnern und allen Mitarbeitern ist dringend ein Grippeimpfschutz anzubieten.

Gesundheitszustand und Behandlungswünsche der Heimbewohner müssen ebenso dokumentiert werden wie vereinbarte Therapieziele.

Tab. 3 Medizinische Behandlung für asymptomatische Bewohner mit einem positiven SARS-CoV-2-Befund

Asymptomatische Bewohner müssen für 10 Tage isoliert werden*, eine Krankenseinweisung ist primär nicht indiziert.

Unmittelbar nach Mitteilung des positiven Befundes sollte eine umfassende Beratung und soziale Unterstützung des Bewohners erfolgen. Auf Wunsch des Bewohners sind die Angehörigen einzubinden.

Die laufende Medikation des Bewohners sollte fortgeführt werden. Es besteht keine Indikation für eine Änderung. Eventuell laufende Inhalationen sollten auf Grund der Gefahr der Bildung von infektiösen Aerosolen ausgesetzt werden.

Die Verordnung von Vitamin D sollte in Betracht gezogen werden, insbesondere da man bei Bewohnern von LPE von einer hohen Prävalenz eines Vitamin-D-Mangels ausgehen muss. Die Überlegung zur Gabe von Vitamin D basiert auf den immunmodulatorischen Effekten, welche möglicherweise vor einer COVID-19-Infektion schützen bzw. einen positiven Einfluss auf die Schwere der Erkrankung haben können [10].

Um einen Vitaminmangel rasch zu therapieren, könnte es zweckmäßig sein, in den ersten Tagen mit einer Bolustherapie von 20.000 bis 40.000 IE zu starten und dann auf 2.000 IE täglich zu reduzieren.

Die Verordnung von Zink sollte angedacht werden, insbesondere, wenn man von einem Zinkmangel ausgehen muss. Ein Zinkmangel hat negative Effekte auf die Immunfunktion und fördert systemische Entzündungsreaktionen. Die empfohlene Dosis liegt bei 50 mg Zinkspartat zweimal täglich [11, 12, 14, 15].

Der Gesundheitszustand, die Symptome und die Vitalzeichen (Temperatur, Herzfrequenz und Blutdruck) der betroffenen Bewohner müssen regelmäßig überprüft werden (mind. dreimal täglich).

Besonders bei geriatrischen Patienten muss auf atypische Symptome (wie z. B. neu aufgetretene Verwirrtheit, Schläfrigkeit/Apathie, Inappetenz, Bauchschmerzen, Diarrhö) geachtet werden [16].

Wenn es der Gesundheitszustand des Bewohners zulässt, soll er zu Mobilitätsübungen (ggf. im Zimmer) motiviert werden.

* bitte die lokalen Verordnungen der Gesundheitsämter beachten



Tab. 4 Medizinische Behandlung für symptomatische Bewohner mit positivem Befund und individueller bzw. medizinischer Therapiebegrenzung

Symptomatische Bewohner müssen für mindestens 10 Tage isoliert werden und dürfen nach dieser Zeit erst nach zwei symptomfreien Tagen aus der Isolation entlassen werden*. Eine Krankenseinweisung ist primär nicht indiziert.

Unmittelbar nach Mitteilung des positiven Befundes sollte eine umfassende Beratung und soziale Unterstützung des Bewohners erfolgen. Auf Wunsch des Bewohners sind die Angehörigen einzubinden.

Die laufende Medikation des Bewohners sollte fortgeführt werden, es besteht keine Indikation für eine Änderung. Inhalationen sollten auf Grund der Gefahr der Bildung von infektiösen Aerosolen ausgesetzt werden.

Achten Sie auf eine konsequente Behandlung und Überwachung bestehender Komorbiditäten (z. B. Diabetes, Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Lunge wie die COPD, chronische Niereninsuffizienz, rheumatologische Erkrankungen und chronische Schmerzen).

Analog zu den asymptomatischen SARS-CoV-2-positiv getesteten Bewohnern sollte die Gabe von Vitamin D und Zink überlegt werden.

Sofern keine Kontraindikationen bestehen, sollte eine Thromboseprophylaxe in üblicher Dosis begonnen werden. Thromboembolische Ereignisse stellen eine häufige Komplikation von COVID-19 dar. Als Prophylaxe eignet sich vorrangig niedermolekulares Heparin (z. B. Enoxaparin 40 mg s.c. einmal täglich). Außerhalb eines Krankenhauses ist keine höhere Dosierung zu empfehlen [17].

Bewohner, welche bereits eine orale Antikoagulation oder einen Thrombozytenaggregationshemmer einnehmen, sollen dies auch weiterhin tun. Es besteht kein Grund die Medikation abzusetzen.

Die Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) ist mit einem reduzierten Risiko für mechanische Beatmung, Aufnahme auf einer Intensivstation und Krankenhausmortalität bei hospitalisierten Patienten mit COVID-19 assoziiert [18].

Bei Fieber > 38,5° empfehlen wir den Einsatz von Paracetamol 500 mg alle 6 Stunden.

Sauerstoffgabe wird bei Atemnot empfohlen. Das Ziel ist eine Sauerstoffsättigung von mehr als 90%, bei Bewohnern mit einer COPD von mehr als 88%. Starten Sie mit 2 bis 4 l/min über die Nasensonde [19].

Bei Bewohnern mit schwerer Atemnot oder solchen in einer bereits palliativen Situation, empfehlen wir, wenn erforderlich, die Gabe von niedrig dosierten Opioiden (z. B. Hydromorphon 1 bis 2 mg subkutan alle 4 Stunden).

Ernährung sowie die ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit stellen weitere wesentliche Punkte in der Betreuung der erkrankten Bewohner dar. Bei ungenügender oraler Flüssigkeitsaufnahme haben sich in LPE subkutane Infusionen (z. B. mit Ringer Lactat) bewährt. Allerdings sollte eine Flüssigkeitsüberlastung vermieden werden.

Bei Bewohnern mit einem schweren Verlauf ist der Einsatz von Dexamethason 6 mg oral einmal täglich über 10 Tage zu überlegen. Der schwere Verlauf ist definiert durch eine Sauerstoffsättigung unter 90% und eine Atemfrequenz von über 30/min [19].

Antibiotika sind primär nicht indiziert, allerdings sollte man insbesondere bei längeren Verläufen an eine bakterielle Superinfektion denken.

Wenn es der Gesundheitszustand des Bewohners zulässt, soll er zu Mobilitätsübungen (ggf. im Zimmer) motiviert werden.

Der Gesundheitszustand, die Symptome und die Vitalzeichen (Temperatur, Herzfrequenz und Blutdruck) der betroffenen Bewohner müssen regelmäßig überprüft werden (mind. dreimal täglich).

Besonders bei geriatrischen Patienten muss auf atypische Symptome (wie z. B. neu aufgetretene Verwirrtheit, Schläfrigkeit/Apathie, Inappetenz, Bauchschmerzen, Diarrhö) geachtet werden.

* bitte die lokalen Verordnungen der Gesundheitsämter beachten



Die laufende Medikation des Heimbewohners sollte auch bei positivem SARS-CoV-2-Befund fortgeführt werden.

Tab. 5 Medizinische Behandlung für symptomatische Bewohner mit einem positiven SARS-CoV-2-Befund ohne individuelle und/oder medizinische Therapiebegrenzung

Die grundsätzlichen Empfehlungen unterscheiden sich nicht gegenüber denen von Bewohnern mit einer individuellen und/oder medizinischen Therapiebegrenzung.

Zusätzlich ist die Indikation für eine stationäre Krankenhausaufnahme regelmäßig zu überprüfen. Bei der Notwendigkeit einer Sauerstoffzufuhr zur Erreichung einer Sauerstoffsättigung von 94% sollte eine stationäre Aufnahme dringend erwogen werden. Alle wichtigen medizinischen Unterlagen, insbesondere der Patientenwille, Arztberichte, der aktuelle Medikationsplan sowie die erhobenen spezifischen Scores wie die KFS und den CCI sollten für das weiterbehandelnde Krankenhaus mitgegeben werden.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Das Wissen und die Evidenz für Behandlungsempfehlungen in Zusammenhang mit COVID-19 sind trotz aller Anstrengungen noch sehr gering.
2. Klare Planungen und transparente Maßnahmen sind essenziell für den erfolgreichen Umgang mit SARS-CoV-2.
3. Eine vorausschauende Behandlungsplanung (Verfügung, Vollmachten etc.) ist wichtig.
4. Die Klinische Frailty Skala sollte bei allen Bewohnern im Vorfeld erhoben werden.
5. Acetylsalicylsäure, Vitamin D und Zink sind in der frühen Behandlung indiziert.
6. Sauerstoff ist ein wichtiges Medikament in der Behandlung von COVID-19-Patienten und für die palliative Versorgung der Patienten.
7. Für die klinische Einschätzung und Behandlung sind Puls-oxymeter und eine ausreichende Ausstattung an medizinischen Kleingeräten wie Stethoskopen, Blutdruckmanschetten und Fieberthermometern vorzuhalten [20].
8. Bei allen Überlegungen ist die Rücksprache mit dem Gesundheitsamt erforderlich, um lokale Regelungen und Verordnungen einzuhalten.

Literatur

als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/mmw

Title:

Recommendations for the management of COVID-19 pandemic in long term care facilities

Keywords:

Long-term care facilities, COVID-19, SARS-CoV-2, prevention, treatment

Autoren:

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch

Paracelsus Medizinische Privatuniversität,
Universitätsklinik für Geriatrie Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, D-90419 Nürnberg
Email: markus.gosch@pmu.ac.at

Prof. Dr. med. H. J. Heppner

Klinik für Geriatrie, Helios Klinikum Schwelm, Lehrstuhlinhaber für Geriatrie an der Universität Witten-Herdecke

Dr. med. K. Singler

Paracelsus Medizinische Privatuniversität,
Universitätsklinik für Geriatrie Klinikum Nürnberg und
Institut für Biomedizin des Alterns,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.

