

Medizinische Hinweise für die Behandlung von COVID-19-PatientInnen im Altenpflegeheim in Ausbruchssituationen zur Weitergabe an HausärztInnen betroffener Altenpflegeheime im Rhein-Neckar-Gebiet, Stand 11.12.2020

Ziel des Papiers ist, Ihnen aus Sicht der Beteiligten einen kurzen Überblick über praktische, umsetzbare Maßnahmen und Rahmenwerke in o.g. Situation zu geben. Es ist orientiert an der aktuellen Datenlage. Das Schreiben stellt keine offizielle Empfehlung oder Leitlinie dar.

1. Alle COVID-19-PatientInnen

a) **Patientenzentrierte Entscheidungsfindung und Dokumentation** - Beginn idealerweise VOR Beginn des Corona-Ausbruchs durch Pflegeheimteam und Hausarztpraxis, ggf. mit Hilfe von Gesprächsbegleitern/Beratern zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und umfassender Vorsorgeplanung

- Therapiezielfindung und -festlegung, Prognose, Patientenwille
- Clinical Frailty Scale, Barthel, Pflegegrad, Kognition, Vorerkrankungen

b) **Tägliche Erhebung und Dokumentation der Vitalparameter und Symptome**

- AZ, Bewusstsein, Orientiertheit, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot, sonstige Symptome, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Temperatur, Atemfrequenz, RR, HF, SPO2 (siehe Mustervorlage Dokumentation)
- **qSOFA** Verwirrtheit/ Bewusstseinstörung; Atemfrequenz ≥ 22 /min; systolischer Blutdruck < 100 mmHg; Sauerstoffsättigung $\leq 92\%$ (Lungengesund und Raumluft) oder $< 90\%$ (pulmonale Komorbidität und Raumluft)

c) **Tägliche Visite durch Arzt/Ärztin**

- Indikation Krankenhauseinweisung? Indikation Intensivstation/ Beatmung? Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung? (s. 1d/e)

d) **Leitfaden/ Dokumentationsvorlage**

- www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf
- www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_DOKU_gesamt_200409_final.pdf
- https://www.dggeriatrie.de/images/Bilder/PosterDownload/200331_DGG_Platat_A_4_Clinical_Frailty_Scale_CFS.pdf

e) **Individualisierte, bedarfsorientierte Laborabnahmen**

- Unterstützend ist ein Hinterlegen der letzten Laborwerte im Pflegeheim (damit z.B. Nierenwerte beim visierenden Arzt bekannt sind).
- Ggf. geeignete Laborparameter sind CRP, LDH, AST, Diff-BB, Crea sowie D-Dimere

2. Für PatientInnen, bei denen eine Krankenhauseinweisung (aktuell) nicht indiziert ist

a) **Hydrierung**

Ausreichende Hydrierung sicherstellen (ggf. s.c. NaCl 0,9% erwägen)

b) **Sauerstoff-Gabe**

wenn Dyspnoe, Atemfrequenz > 22 und/oder SPO2 $< 92\%$ bzw. $< 90\%$ bei vorbestehender

pulmonaler Komorbidität → Gabe von O₂ über Nasensonde oder Maske, CAVE bei PatientInnen mit vorbestehender COPD/Asthma wegen Risiko der CO₂-Narkose

c) Fiebersenkung

Fieber sollte bei Atemwegserkrankungen grundsätzlich nicht reflexhaft gesenkt werden. Wenn eine Fiebersenkung notwendig ist, sollte insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären und/oder renalen Vorerkrankungen Paracetamol anstelle von NSAR verabreicht werden. Die Vorbehalte gegenüber NSAR gelten grundsätzlich für ältere Patienten wegen des Spektrums unerwünschter Wirkungen (kardial, gastrointestinal) – unabhängig von Covid-19. (aus [DEGAM-S1 Neues Coronavirus \(SARS-CoV-2\) – Informationen für die hausärztliche Praxis Version 15](#)). Im Altenpflegeheim erscheint uns eine Fiebersenkung ab 39 Grad eine pragmatische Herangehensweise.

d) Thromboseprophylaxe

- Bei Bettlägerigkeit und/oder Z.n. TVT in der Vorgeschichte Thromboseprophylaxe mit Enoxaparin 40mg 1xtgl für 14 Tage
- Thromboseprophylaxe bei Niereninsuffizienz mit Crea-Clearance 15-30 ml/min Enoxaparin 1x20mg, bei Crea-Clearance <15ml/min Heparin 5000 IE s.c. 3xtgl.
- bei erhöhtem thrombembolischen Risiko (z.B. BMI>35, Z.n. TVT <6 Monate, Faktor-V-Leiden-Mutation etc.) und fehlender Antikoagulation mit Marcumar oder DOAK → doppelte Standarddosis Enoxaparin (2x40mg). Bei Niereninsuffizienz mit Crea-Clearance 15-30 ml/min 40mg 1xtgl, bei Crea-Clearance <15ml z.B. Heparin 5000 IE s.c. 3xtgl.

e) Antibiotikatherapie

symptomatischen Harnwegsinfekt behandeln (haben sehr viele Pat. mit COVID!). Bei sonstigem Hinweis auf bakterielle Infektion – CRP >50 → Therapie mit Azithromycin oder Amoxicillin/Clavulansäure erwägen.

f) Dexamethason

keine evidenzbasierte Indikation im ambulanten Bereich, positive Datenlage nur für beatmete Patienten oder Patienten mit hohem Sauerstoffbedarf. Eine ambulante Anwendung bleibt ein off-label-Gebrauch und kann nur im Rahmen eines individualisierten Therapieversuchs in gemeinsamer Entscheidung von behandelnden ÄrztInnen, PatientInnen und Angehörigen stattfinden. Im stationären Bereich wird der Einsatz von Dexamethason (Dosis 6 mg/d einmal täglich für bis zu 10 Tage) bei High-Flow-Sauerstofftherapie und beatmungspflichtigen Patienten mit COVID-19 empfohlen. Weitere Informationen finden Sie in dem Bericht zur RECOVERY-Studie aus dem Arzneitelegramm (siehe 3c, d)

g) Palliative Situation

- Idealerweise wird ein SAPV-Team oder PalliativmedizinerIn hinzugezogen
- Hilfestellung [DGP Handlungsempfehlung Palliative Ther COVID-19](#) (v.a. S. 9-10)

3. Vitamin D – Substitution

Ein Mangel bei PflegeheimbewohnerInnen ist häufig. Eine Substitution mit 1000 – 2000 IE täglich erscheint unabhängig von der COVID-19-Situation ein pragmatischer Ansatz mit potentielltem Nutzen ohne Schaden.

4. Weiterführende Empfehlungen / Informationen

- a) [DEGAM-S1-Handlungsempfehlung SARS-CoV-2 Version 15 vom 23.11.2020](#)
- b) [S2k Empfehlungen stationäre Therapie Patienten COVID-19 2020-11.pdf](#)
- c) a-t 2020; 51: 49-50 ZUM NUTZEN VON DEXAMETHASON (FORTECORTIN, GENERIKA) BEI COVID-19 https://www.arznei-telegramm.de/html/2020_07/2007049_01.html
- d) www.aerzteblatt.de/archiv/216916/COVID-19-Evidenzbasierte-Therapieoptionen

5. Ambulante patientenzentrierte Vorausplanung für den Notfall - Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie (Auszüge)

Quelle: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf

„3 Therapiezielklärung

Zu Beginn jeder Entscheidungsfindung ist zu klären, welche Zielsetzung die Behandlung des Patienten verfolgen soll. Dabei steht zu Beginn die grundsätzliche Frage, ob „Heilung / Lebenserhaltung“ oder aber „(ausschließliche) Leidenslinderung“ angestrebt werden. Beim Therapieziel der Lebenserhaltung ist im Rahmen der Notfallplanung zudem zu klären, ob –wegen fehlender medizinischer Wirksamkeitserwartung oder auf Wunsch des Patienten –einzelne Maßnahmen ausgeschlossen werden sollen, insbesondere eine Reanimation, eine invasive Beatmung, eine Behandlung auf der Intensivstation oder sogar jegliche stationäre Behandlung. Beim Therapieziel der Leidenslinderung ist zu prüfen, welche Form der Palliativversorgung benötigt wird (vgl. die aktuelle S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und bei Covid-19, die Empfehlung der DGP für die palliativmedizinische Betreuung von an Covid-19 erkrankten Patienten). Um das grundsätzliche Therapieziel und die eventuelle Eingrenzung der Behandlungsmaßnahmen im Notfall festzulegen, müssen die medizinischen Erfolgsaussichten abgeklärt (Prognose und Indikation, vgl. Abschnitt 4) und der Patientenwille ermittelt werden (vgl. Abschnitt 5).

4 Prognose und Indikation

siehe S. 6-8 im Dokument

6 Exkurs: Ambulante Behandlungsentscheidungen bei Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen

(...)

Für die ambulante Entscheidungsfindung ergeben sich folgende Implikationen:

- 1) Die in der vorliegenden Empfehlung beschriebene **patientenzentrierte Entscheidungsfindung** kann dazu beitragen, dass nur diejenigen Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden, bei denen die Intensivtherapie eine realistische Erfolgsaussicht hat und vom Betroffenen ausdrücklich gewünscht ist.
- 2) Mögliche Entscheidungen über die Nicht-Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation aufgrund von Ressourcenknappheit (**sog. Triage-Entscheidungen**) sollten nicht im ambulanten Bereich, sondern durch das jeweilige Einweisungs-Krankenhaus erfolgen, unter Berücksichtigung regionaler und überregionaler Versorgungskapazitäten.
- 3) Eine pauschale Nichteinweisung Hochbetagter ab einem bestimmten Lebensalter aus Knappheitsgründen erscheint weder medizinisch noch ethisch begründet.“

6. Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie (DIVI)

Für interessierte LeserInnen <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200417-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf>