

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:377–383

<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01922-7>

Eingegangen: 19. April 2021

Angenommen: 11. Mai 2021

Online publiziert: 17. Mai 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



M. Gosch¹ · D. Altrichter² · M. Pflügner³ · H. Frohnhofen⁴ · J. Steinmann⁵ · I. Schmude-Basic³ · A. Adamek³ · I. Johnscher⁵ · U. Kandler⁵ · C. Wunner⁶ · C. Waller⁶ · R. Speer¹ · B. Habboub¹ · S. Brons-Daymond¹ · C. Schädinger⁷ · K. Singler^{1,8}

¹ Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

² Gemeinschaftspraxis S. Hofius, St. Pühlhorn, Dr. D. Altrichter, Nürnberg, Deutschland

³ NürnbergStift, Nürnberg, Deutschland

⁴ Medizinische Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

⁵ Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

⁶ Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

⁷ Noris inklusion, Nürnberg, Deutschland

⁸ Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Nürnberg, Deutschland

Langzeitpflegeeinrichtungen in der COVID-19-Pandemie

Überlegungen auf dem Weg zurück in die Normalität

Einleitung und Hintergrund

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie zeigte sich früh, dass Bewohner(innen) (BW) von Langzeitpflegeeinrichtungen (LPE) als vulnerabelste Risikogruppe angesehen werden müssen. Ein bis zwei Drittel aller an COVID-19-Verstorbenen sind BW von LPE; der überwiegende Teil ist dabei in der jeweiligen Einrichtung verstorben [1]. Die 30-Tage-Letalität von BW von LPE liegt bei etwa 21 % [2].

Bis Ende 2020 standen nichtpharmakologische Maßnahmen zur Prävention von SARS-CoV-2-Infektionen in LPE im Vordergrund. Ein phasenweise komplettes Besuchsverbot führte zu weitgehenden Beschränkungen der sozialen Kontakte. Auch innerhalb der LPE wurden viele soziale Aktivitäten zugunsten des Infektionsschutzes eingeschränkt. Diese Maßnahmen waren bestenfalls bedingt wirksam, was die Entwicklung der Inzidenzen in den entsprechenden Altersgruppen deutlich widerspiegelte [3]. Die lokale Inzidenz ist der wichtigste Risikofaktor für einen SARS-CoV-2-Ausbruch in einer LPE [4]. Der Mangel an qualifi-

ziertem Fachpersonal, initial teils unvollständige und minderwertige persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie nichtsuffiziente und nichtkonsequente Testung waren weitere relevante Risikofaktoren.

Restriktionen in den LPE haben nicht „nur“ psychologische Folgen für die BW. So zeigen Daten aus den Vereinigten Staaten sowie aus Großbritannien neben COVID-19-Todesfällen auch eine signifikante Zunahme der Sterblichkeit bei BW mit Demenz, mit kardiovaskulären Erkrankungen sowie auch Diabetes im Rahmen der ersten Welle im Frühjahr 2020 [5–7].

Soziale, medizinische und ethische Fragen abseits der virologisch-infektiologischen Perspektive wurden zwar diskutiert, allerdings bisher, ohne konkret an der Infektionsprophylaxe und der Lebensqualität der BW etwas zu ändern. Durch die Impfungen und die Verfügbarkeit von Antigenschnelltests haben sich die Voraussetzungen grundlegend geändert.

Im Rahmen einer interprofessionellen Arbeitsgruppe wurden unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte Über-

legungen für LPE auf dem Weg zur Rückkehr in die Normalität zusammengefasst. Ziel dieser Ausführungen ist es, die Situation der BW, Angehörigen (AG) und Mitarbeiter (MA) auf dem Weg in die Normalität zu begleiten, Möglichkeiten und Risiken zu beschreiben und die LPE wieder zu einem „er-/lebenswerten“ Lebensbereich entwickeln zu können. Eine differenzierte Risikoabwägung zum Wohle der BW von LPE ist notwendig, da auch die Risiken, die die Einschränkungen mit sich bringen, Berücksichtigung finden müssen.

Die vorliegenden Überlegungen basieren auf Expertenmeinungen und der aktuellen Evidenz sowie den Erfahrungen aus dem bisherigen Verlauf der Pandemie. Bei der Umsetzung unserer Überlegungen in die Praxis sind die lokal gültigen gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Infektiologische Aspekte

In den Zulassungsstudien der verschiedenen Impfstoffe war das primäre Outcome die Verhinderung von schwe-

ren Krankheitsverläufen. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine ausreichende Evidenz, das Übertragungsrisiko von SARS-CoV-2 durch immunisierte Personen einzuschätzen. SARS-CoV-2 könnte sich trotz Impfung im Mund-Nasen-Rachen-Raum vermehren und damit eine Übertragung ermöglichen. Erste Hinweise lassen jedoch vermuten, dass auch das Transmissionsrisiko nach Impfungen reduziert ist. Im Rahmen einer großen Beobachtungsstudie konnte für den mRNA-Impfstoff BNT162b2 eine Reduktion eines positiven SARS-CoV-2-Nachweises 14 Tage nach der ersten Impfung um 46% und 7 Tage nach 2. Dosis um 92% gezeigt werden [8].

Nach durchgemachter Infektion entsteht bei immunkompetenten Personen in der Regel eine Immunität. Erste Studien belegen eine Beständigkeit neutralisierender Antikörper über mehrere Monate nach Infektion [9–11]. Der Nachweis potenter neutralisierender Antikörper lässt einen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen vermuten. Generell ist aktuell von einer Immunität von zumindest 6 Monaten auszugehen; aufgrund der Immunseneszenz könnte diese bei älteren Personen kürzer sein. Auf der Basis dieser Überlegungen gehen wir davon aus, dass MA von LPE für 6 Monate und BW für 3 Monate nach SARS-CoV-2-Infektion als immun betrachtet werden können.

Folgende Personengruppen sind als immun zu betrachten (=Immunierte):

- alle Personen 14 Tage nach der 2. Impfung,
- alle MA und Besucher (BS); (< 65 Jahre) nach durchgemachter SARS CoV-2-Infektion für 6 Monate,
- sowie alle BW und BS (> 64 Jahre) für 3 Monate.

Für die Gesamtpopulation geht man von einer erforderlichen Herdenimmunität von 50–67% aus [12]. Um dem Risiko der BW von LPE gerecht zu werden, sollte für LPE eine höhere Rate sowohl für BW als auch für MA angestrebt werden. Diese könnte dann eine Grundlage für eine weitgehende Rücknahme der Beschränkungen darstellen. Als Zielwert könnte man 85% festlegen (jeweils in der Gruppe der BW und der MA).

In Anbetracht des hohen Risikos für einen fatalen Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion bei BW von LPE ist eine Impfpflicht für MA, insbesondere in LPE, zu fordern. Dabei sollte dem MA die Wahl des Impfstoffs freigestellt sein.

Wie bei anderen Viren auch kommt es bei SARS-CoV-2 zu Mutationen im viralen Genom. Von Interesse sind aktuell 3 Mutationen. Diese „besorgniserregenden Virusvarianten“ („variants of concern“, VOC) sind Virusvarianten bzw. Subtypen, die sich in ihren Erregereseigenschaften zum Wildtyp unterscheiden. Zu den VOC zählen bislang die jeweils zuerst in Großbritannien (Variante B.1.1.7), in Südafrika (Variante B.1.351) und in Brasilien (Variante P.1) aufgetretenen Mutationen [13]. Die Mutation B.1.1.7 ist mit einer um 35–45% erhöhten Transmissionsrate assoziiert und aktuell in Deutschland die vorherrschende Variante [14, 15]. Inwieweit sich die jeweilige Varianten auf die Suszeptibilität gegenüber der Immunantwort von genesenen oder geimpften Personen relevant von den herkömmlichen Virusvarianten unterscheidet, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig geklärt [13].

Für einen effektiven Schutz in den LPE stellt umfassendes Testen auf SARS-CoV-2 eine Grundvoraussetzung dar. Der Zugang zu den Testmöglichkeiten muss niederschwellig und kostenlos sein. Generell sollte eine Testmöglichkeit in den LPE vorhanden sein. Je nach lokaler Situation und Erreichbarkeit externer Teststationen sollten sich auch BS in den LPE testen lassen können. Der Ärztliche Pandemierat empfiehlt für MA in Senioreneinrichtungen die Durchführung von Antigenschnelltests alle 48 h [16].

Maßnahmen und Beschränkungen sollten zukünftig nicht allein durch die Inzidenzen begründet sein. Durch vermehrtes Impfen der Risikogruppen, vermehrtes Testen sowie erwartete Öffnungsschritte wird sich das Risiko für BW von LPE nicht mehr an der Inzidenzzahl allein festmachen lassen. Aktuelle Änderungen im Verlauf der Pandemie müssen berücksichtigt werden. Konzepte müssen für den Fall erstellt werden, dass Beschränkungen kurzfristig und effektiv zum Schutz der BW umgesetzt werden müssen.

Organisatorische Aspekte

Jede LPE sollte COVID-19(Pandemie)-Beauftragte benennen, die zusammen mit (externen) Hygienefachkräften Hygienekonzepte umsetzen bzw., falls erforderlich, anpassen [1].

Alle MA benötigen einen niederschweligen Zugang zu Informationen und Schulungsunterlagen, die für die Prävention von COVID-19 erforderlich sind. Jede Maßnahme sollte mit einer allgemeinverständlichen Erklärung versehen werden. Die AHA-L-Grundregeln, wie Abstand halten, Händehygiene, Masken tragen und Lüften, haben weiterhin einen zentralen Stellenwert.

Das aktuell gültige Hygienekonzept sollte für BW, AG sowie externe Dienstleister (ED) einsehbar und allgemein verständlich formuliert sein.

Die Versorgung mit PSA muss für MA und BW sichergestellt sein. Das An- und Ablegen von PSA sollte regelmäßig geübt und evaluiert werden [1]. Für körpernahe Tätigkeiten werden für MA FFP-2-Masken empfohlen, für spezifische Anforderungen (z. B. zur Tracheostomapflege) sollten FFP-3-Masken zur Verfügung stehen [17].

Eine Analyse von Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken über den bisherigen Ablauf und die getroffenen Maßnahmen kann die Basis für zukünftige Entscheidungen darstellen. Diese sollte vorrangig von den MA und Bewohnervertretern durchgeführt werden; externe Experten können bei Bedarf hinzugezogen werden.

Unabhängig vom individuellen Verlauf der Pandemie in den LPE sollte den MA eine Supervision angeboten werden. Die Umsetzung obliegt dabei der Heimleitung.

Besuche

Besuche gehören zu den wichtigsten sozialen Kontakten der BW und sichern die Aufrechterhaltung der sozialen Integration in Familienstrukturen sowie Begleitung in allen Fragen der Heimunterbringung, der Finanzierung sowie der medizinischen Betreuung. Sie sind wichtige emotionale Anker für BW und ein Bindeglied für LPE, insbesondere in der Eingel-

wöhnungsphase. Besuche sollen grundsätzlich im Zimmer des Bewohners stattfinden.

Bis zum Erreichen einer flächendeckenden Durchimpfung der Allgemeinbevölkerung sollten die Besuche auf einmal täglich (max. 2 Personen) beschränkt sein. Die Besuche sollten nach telefonischer Voranmeldung mit Termin und Bekanntgabe der Kontaktdaten erfolgen. Voraussetzung für den Zutritt in die LPE ist ein aktueller negativer Test auf SARS-CoV-2, entweder PCR (nicht älter als 48 h) oder Antigen (nicht älter als 24 h). Bei den Besuchen sind die AHA-L-Regeln einzuhalten. Anschließend könnte eine Besuchsregelung, wie in **Tab. 1** dargestellt, umgesetzt werden.

Gemeinsam mit Bewohnervertretern und der LPE soll ein Hygienekonzept für Ausgänge von BW festgelegt werden. Bis zum Vorliegen weiterer Daten sollten geimpfte BW bei ihren Ausgängen die AHA-L-Regeln beachten und in geschlossenen Räumen einen MNS tragen. Für nichtgeimpfte BW sollte zusätzlich eine Teststrategie festgelegt werden. Bei einmaligen Ausgängen erfolgt ein Antigenschnelltest an den Tagen 2, 4 und 6, bei regelmäßigen Ausgängen ein Test alle 48 h.

Gruppenaktivitäten

Für Veranstaltungen und Gruppenaktivitäten sind entsprechende Hygienekonzepte (abhängig u. a. von der Anzahl der Personen, der Tätigkeit, der Raumgröße, den Lüftungsmöglichkeiten) zu erstellen. Gemeinschaftliche Aktivitäten sollten, soweit möglich, in festen Gruppen stattfinden. Grundvoraussetzungen für Gruppenaktivitäten ohne Beschränkungen sind eine Immunisierungsrate von 85 % bei den BW und MA sowie der Ausschluss von externen Personen (Ausnahme positiver Impfnachweis und MNS/FFP2). Bei einer geringeren Rate gelten weiterhin die allgemeinen Hygieneregeln mit MNS/FFP2, Abstandsregel und Händehygiene. Können BW keinen MNS tragen, erfolgt am Tag der Veranstaltung ein Antigenschnelltest auf SARS-CoV-2.

Zu den Gruppenaktivitäten zählen auch Veranstaltungen wie Geburtstage,

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:377–383 <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01922-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

M. Gosch · D. Altrichter · M. Pflügner · H. Frohnhofen · J. Steinmann · I. Schmude-Basic · A. Adamek · I. Johnscher · U. Kandler · C. Wunner · C. Waller · R. Speer · B. Habboub · S. Brons-Daymond · C. Schadinger · K. Singler

Langzeitpflegeeinrichtungen in der COVID-19-Pandemie. Überlegungen auf dem Weg zurück in die Normalität

Zusammenfassung

Langzeitpflegeeinrichtungen (LPE) waren und sind von der COVID-19-Pandemie besonders betroffen. Die Dimension der Ausbrüche und die hohe Letalität unter den Bewohner(innen) (BW) führten zu massiven Einschränkungen, v. a. im Bereich der sozialen Kontakte und Aktivitäten, aber auch in Bereichen der medizinischen Versorgung. Mit dem Start der Impfungen und den verbesserten Testmöglichkeiten haben sich nun aber die Voraussetzungen geändert, und

bestehende Beschränkungen müssen auf ihre Zweckmäßigkeit evaluiert werden. In einer interprofessionellen und interdisziplinären Expertengruppe wurden Überlegungen erstellt, wie ein Weg zurück in die Normalität für LPE aussehen kann.

Schlüsselwörter

Corona · Besuche · Impfungen · Soziale Kontakte · Rehabilitation

Long-term care facilities during the COVID-19 pandemic. Considerations on the way back to normality

Abstract

Long-term care facilities (LTCF) were and are particularly affected by the COVID-19 pandemic. The dimensions of the outbreaks and the high mortality among residents led to massive restrictions in LTCFs, especially in the area of social contacts and activities but also in areas of medical care. With the start of vaccinations and the improved testing options, the situation has now changed and existing restrictions must be evaluated to

determine whether they are still appropriate. In an interprofessional and interdisciplinary group of experts, considerations have been formulated on how a way back to normality could look like in LTCFs.

Keywords

Corona · Visits · Vaccination · Social contacts · Rehabilitation

jahreszeitliche Festivitäten, interne Konzerte u. Ä. Diese haben eine besondere Bedeutung für das Zusammenleben in Einrichtungen und fördern die Öffnung für AG, Freunde und Nachbarn. Sie fördern die seelische und körperliche Gesundheit sowie das psychische Wohlbefinden von BW in vielfältiger Weise. Sie sind ein elementarer Bestandteil der Tagerstrukturierung in LPE.

Bei allen Gruppenaktivitäten ist darauf zu achten, dass nichtgeimpfte BW nicht nebeneinander bzw. sich nicht gegenüber sitzen.

Das gemeinsame Essen ist zentrales soziales Element in den LPE. Erreicht man die geforderte Immunisierungsrate von 85 % nicht, kann die Einnahme von Mahlzeiten in festen Gruppen bei Einhaltung der Abstandsregeln erfolgen.

Angepasst an die Raumgröße können die Mahlzeiten in mehreren zeitlich versetzten Gruppen erfolgen. Die MA sollten bei den Mahlzeiten MNS/FFP2 tragen.

Medizinischen und körpernahen ED muss ein niederschwelliger Zugang zu den LPE gewährleistet werden. Geimpfte ED sollen mit MNS/FFP2 freien Zutritt haben; nichtgeimpfte ED sollen einen tagesaktuellen Antigenschnelltest vorweisen sowie einen MNS/FFP2 tragen.

Soziale Interaktion im Rahmen der Einzelbetreuung ist für schwerstpflegebedürftigen BW die einzige Möglichkeit, vor vollständiger Vereinsamung geschützt zu werden. Das Tragen eines MNS/FFP2 kann dabei hinderlich sein. Sofern sowohl der MA als auch der BW geimpft sind, kann auf den MNS/FFP2 sowie auf das Einhalten der Abstands-

Tab. 1 Besuchsregelung für LPE (Person A bekommt Besuch von Person B, normale Schriftzeichen bedeutet Immunisierung gegen SARS-CoV-2 abgeschlossen, *kursive Schriftzeichen* fehlende Immunisierung). Bei Unterbringung in einem Doppelzimmer bezieht sich der Immunstatus immer auf beide Bewohner(innen)

Person A	Person B	Testung	MNS/FFP2	Abstand	Händehygiene ^a
Bewohner	–	Nein	Nein	Nein	Ja
–	Besucher	Nein	Ja	Nein	Ja
–	<i>Besucher</i>	Ja	Ja	Nein	Ja
<i>Bewohner</i>	–	Ja	Ja	Ja	Ja
–	Besucher	Nein	Ja	Nein	Ja
–	<i>Besucher</i>	Ja	Ja	Ja	Ja

^aBezüglich der Verwendung von Handschuhen verweisen wir auf die Empfehlungen des RKI [32]

regel verzichtet werden. Das Arbeiten ohne MNS/FFP2 setzt dabei das Einverständnis des MA voraus. Um in diesem Bereich größtmögliche Sicherheit bieten zu können, ist eine strikte Einhaltung des Testkonzeptes essenziell.

MA-Besprechungen, wie Fallbesprechungen, Visiten, Qualitätszirkel stellen die multiprofessionelle Kommunikation sicher und ermöglichen individuelle Planung der notwendigen Maßnahmen. Ferner werden durch die Maßnahmenplanung die Kennzahlen für die Evaluation der Ziele festgelegt und die Auswertungsintervalle definiert. Sie stellen daher einen elementaren Bestandteil in der Betreuung der BW dar. Unter Einhaltung der bekannten Hygieneregeln sowie der zunehmenden Anzahl geimpfter MA sind Beschränkungen dieser Besprechungen nicht länger gerechtfertigt. Für alle regelmäßigen Besprechungen sollen Hygienekonzepte entsprechend den anwesenden Personen und der Raumgröße erstellt werden.

Für gemeinschaftlich benützte Therapie Räume und -geräte müssen Desinfektionspläne erstellt und die getroffenen Maßnahmen entsprechend dokumentiert werden.

Für neu aufgenommene und geimpfte BW bestehen nach Vorliegen eines negativen PCR-Tests auf SARS-CoV-2 (nicht älter als 48 h) keine weiteren Einschränkungen. Neu aufgenommene und nicht-geimpfte BW müssen ebenfalls einen negativen PCR-Test auf SARS-CoV-2 (nicht älter als 48 h) vorweisen. Es sollte eine 10-tägige Quarantäne folgen, welche mit einem negativen PCR-Test nach 5 Tagen frühzeitig beendet werden kann. Bis

zur Aufhebung der Quarantäne sind die Hygieneregeln strikt einzuhalten.

Ehrenamtliche Helfer stellen eine wesentliche Bereicherung und Stütze in der Betreuung und Versorgung der BW dar. Ehrenamtliche Tätigkeit ist daher zu fördern; bezüglich der Zugangsregeln sind sie gleich zu behandeln wie externe Dienstleister.

Geriatrisches Assessment nach COVID-19

Die Mehrzahl der BW von LPE weist komplexe individuelle Bedürfnisse auf. Die Pandemie hat diese schon vorbestehenden Bedürfnisse bei vielen BW von LPE verändert. Einige waren in dieser Zeit selbst erkrankt, entweder an COVID-19 oder anderen Gesundheitsstörungen; andere haben den Verlust einer vertrauten Person zu beklagen. Die vorbestehende Beweglichkeit, Ausdauer und Kraft haben bei vielen BW nachgelassen. Aufgrund der lang andauernd eingeschränkten sozialen Kontakte besteht insbesondere bei BW mit einer kognitiven Beeinträchtigung die Gefahr einer Verschlechterung der Kognition und der emotionalen Stimmungslage. Es gilt nun, den aktuellen Zustand von LPE-Bewohnern standardisiert zu erfassen, um auf dieser Grundlage zum einen eine Veränderungen zum Zustand vor der Pandemie zu erkennen, aber v. a., um eine Grundlage für eine weiterführende multiprofessionelle Behandlungsstrategie zu schaffen.

Der aktuelle Zustand sollte mithilfe eines angepassten geriatrischen Assessments erhoben werden. Die angewandten Assessmentverfahren sollten folgende

Bereiche erfassen: soziale Situation, Alltagsaktivitäten, Kognition, Depression, Mobilität und Muskelkraft, Schmerzen und Ernährung. Bezüglich der Verfahren verweisen wir auf die S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ [18]. Die Auswahl der Verfahren richtet sich nach dem individuellen Gesundheitszustand der BW sowie den vorhandenen personellen Ressourcen.

Eine kritische Prüfung der Medikamente soll durch den behandelnden Arzt erfolgen, dies aber in enger Absprache mit dem BW bzw. den MA. Als Tool eignet sich hierfür der Medication Appropriateness Index (MAI) [19].

Medizinische Empfehlungen

Typische klinische Zeichen einer COVID-19-Infektion sind Fieber, Husten und Luftnot. Gerade BW von LPE zeigen diese Symptome nur etwa der Hälfte der Fälle. Damit steigt das Risiko, dass die Erkrankung initial übersehen und zu spät diagnostiziert wird [2]. Daher sollte aktuell bei jeder akuten Veränderung des Gesundheitszustandes, insbesondere auch bei einer akuten Verwirrtheit (Delir), an eine COVID-19-Infektion gedacht werden.

Das Post-COVID-Syndrom trifft auch BW von LPE. Zwar gibt es keine Daten speziell zu BW von LPE, allerdings leiden nach einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung 69 % unter Fatigue, 53 % unter Atemnot, 34 % unter Husten und 15 % unter Depressionen [20]

Unter mehr als 50 beschriebenen Post-COVID-Symptomen scheint die Fatigue das häufigste zu sein [21]. Jüngeren wird in der Regel Ruhe, Stressreduktion, keine sportlichen Aktivitäten und Entspannung empfohlen. Für BW von LPE könnte ein so ausgerichtetes Behandlungskonzept bestehende funktionelle Defizite verstärken. Der Fokus sollte daher auf rehabilitativen Maßnahmen auf Basis des biopsychosozialen Modells liegen.

Dyspnoe ist ein häufiges Symptom bei BW. Durch die häufig fehlende körperliche Betätigung tritt eine Belastungsdyspnoe kaum auf; zusätzlich steigt im Alter die Schwelle zur Wahrnehmung der Atemnot. Für die Praxis bedeutet dies, dass Dyspnoe bei BW, insbeson-

dere dann, wenn sie in Ruhe auftritt, als ein Alarmzeichen zu werten ist.

Im Alter ist Dyspnoe im Gegensatz zu Husten mit einer Verdopplung der Mortalität assoziiert. Therapeutisch steht die Suche nach der Ursache der Dyspnoe im Vordergrund. Neben Anamnese, klinischer Untersuchung und Messung der Sauerstoffsättigung hat die Atemfrequenz große Bedeutung. Diese steigt bei jeder Form einer relevanten pulmonalen Erkrankung früh an und sollte als basaler Vitalparameter immer erfasst werden. Häufig ist vorübergehend eine symptomatische Behandlung der Dyspnoe mit Sauerstoffgabe erforderlich. Allgemeine Strategien zur Linderung von Atemnot umfassen Atemtechniken, Bewegungstraining und -rekonditionierung, sofern dies toleriert wird. Neben anxiolytischen Psychopharmaka haben v. a. Opiate einen Stellenwert in der Linderung der Atemnot. Die Dosierung richtet sich nach der Klinik.

Eine Indikation für eine stationäre Einweisung zu weiterer Abklärung und Therapie sollte von ärztlicher Seite gemeinsam mit dem BW bzw. dessen Betreuer geprüft werden.

Etwa die Hälfte der älteren an COVID-19 erkrankten Menschen leidet unter einem trockenen, quälenden Reizhusten. Hier hilft eine symptomatische Dämpfung des Hustenreflexes, wobei Opiate die Mittel der Wahl sind. Da höhere Opiatdosen den Atemantrieb dämpfen können, sollte man zu Beginn eine möglichst geringe Dosis wählen und langsam steigern.

Mit einem gehäuften Auftreten von Anpassungsreaktionen mit vorwiegend depressiver oder ängstlicher Symptomatik ist nicht nur bei den BW nach einer COVID-19-Erkrankung zu rechnen. Auch eine Zunahme psychosomatischer Beschwerden, insbesondere chronische Schmerzen oder eine Verschlechterung einer bereits bestehenden Symptomatik, ist wahrscheinlich. Folgende Maßnahmen sollten daher getroffen werden:

- Schulung bzw. Sensibilisierung der MA im Hinblick auf psychopathologische, therapiebedürftige Symptome bei den BW.
- Regelmäßige Screeningfragen durch die MA: Haben Sie sich in den letzten Wochen oft niedergeschlagen, de-

primiert oder hoffnungslos gefühlt? Leiden Sie unter Ängsten oder starker innerer Unruhe? Schlafen Sie schlecht? Haben Sie Albträume, oder kommen negative Erinnerungen aus Ihrer Vergangenheit wieder hoch?

- Weitergabe der Informationen an den behandelnden Arzt, falls Symptome als therapiebedürftig eingeordnet werden.

Auch schon bei milden COVID-19-Verläufen besteht ein erhöhtes Risiko für thrombembolische Ereignisse; sodass eine Thromboseprophylaxe durchgeführt werden soll [22]. In der S2k-Leitlinie zur stationären Therapie von COVID-19 wird eine Thromboseprophylaxe für die Dauer der akuten Erkrankung empfohlen; international geht die Empfehlung bis zu 45 Tage nach Erkrankungsbeginn [23, 24].

Während der Pandemie rückten andere Beschwerden teilweise in den Hintergrund oder wurden von den BW aus Angst vor einer stationären medizinischen Behandlung bagatellisiert oder verschwiegen. Hierdurch kam es zu einem verspäteten Diagnostik- und Therapiebeginn mit teilweise schweren Folgen. Sogenannte „red flags“ könnten den MA helfen, BW für eine erforderliche, ärztliche Konsultation zu identifizieren:

- neu aufgetretene Verwirrtheit (Delir) mit oder ohne vorbestehende Demenz,
- neu aufgetretene oder zunehmende Dyspnoe,
- neu aufgetretene oder zunehmende Fatigue,
- neu aufgetretene Verminderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- neu aufgetretene Schmerzen,
- Abnahme von 5 % des Körpergewichtes innerhalb von 6 Monaten,
- neu aufgetretene Verhaltensstörungen bei Demenz,
- neu aufgetretene Stuhlunregelmäßigkeit,
- verminderte Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr von mehr als 3 Tagen.

Beim Erkennen von Red flags → Messung der Vitalparameter (Körpertemperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz).

Therapieangebote

Defizite in der Mobilität, der Muskelkraft sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens müssen gezielt angegangen werden. Durch allgemein aktivierende Gruppenangebote wie auch durch individuelle Einzelbehandlungen sollen bestehende Ressourcen bei den BW gestärkt werden. Vorrangig sollen hier Physio- und Ergotherapeuten zum Einsatz kommen, bei Sprach- und Schluckstörungen Logopäden.

Eine regelmäßige körperliche Aktivität bzw. Mobilisation von täglich > 30 min oder jeden 2. Tag > 1 h ist für BW einer LPE grundsätzlich empfehlenswert.

Ernährung

Gerade in Krisensituationen ist das Risiko für die Entwicklung oder Aggravierung der Malnutrition sehr hoch. Im Alter reduziert sich die Nahrungsaufnahme bei auch reduziertem Energiebedarf, allerdings bei einem gleichbleibendem bzw. erhöhten Bedarf an Protein und Mikronährstoffen [25].

BW sollten regelmäßig mit einem validierten Screeningtool auf Anzeichen für drohende oder bestehende Mangelernährung gescreent werden (wir empfehlen das Mini-Nutritional Assessment – Short Form – MNA-SF) [25]. Je schwerer der Krankheitsverlauf einer COVID-19-Infektion war und je niedriger der MNA, desto höher das Risiko für klinisch relevante Ernährungsdefizite.

Die Diagnose einer Mangelernährung sollte eine ernährungstherapeutische Intervention auslösen. Diese sollte durch spezialisierte Fachkräfte erbracht werden. Eine ausgewogene Mischkost mit Vitaminen und Mikronährstoffen (v. a. Vitamin A, D₃, E, B₆ und B₁₂, Zink und Selen) bildet die Grundlage einer bedarfsgerechten Ernährung. Als allgemeine Empfehlung können ein Kalorienbedarf von 30 kcal/kgKG sowie ein Flüssigkeitsbedarf von 30 ml/kgKG angesehen werden [26]. Zusätzlich ist auf eine ausreichende Proteinzufuhr zu achten, von 1,2–1,5 g/kgKG [26]. Teller- bzw. Trinkprotokolle können helfen, die tatsächliche Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme abzuschätzen. Bei unzu-

reichender Nahrungsaufnahme sollen orale Nahrungssupplemente angeboten werden [27]. Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln „auf Verdacht“ ist nicht empfehlenswert [28].

Umgang mit Trauer, Schmerz und Verlust

Trauer und Schmerz durch Verlusterfahrungen spielen eine bedeutsame Rolle (verstorbene Mitbewohner, Verlust von Selbstständigkeit, Mobilität, Freiheit und/oder persönlichen Kontakten). Durch die Veränderungen kann es zur Reaktualisierung von biografischen Erinnerungen kommen, die sich symptomatisch z. B. in Traumafolgesymptomen (Alpträume, Übererregbarkeit, Verlust der Orientierung, Gereiztheit, Steigerung von Depressivität und Ängstlichkeit) äußern.

Empfohlen wird daher:

- Raum für Trauer geben durch konkretes Nachfragen,
- Einrichtung/Gestaltung eines Trauerorts, Wand für Gedanken o. Ä.,
- Interventionen zu Beruhigung und Neuorientierung vor Ort,
- Schaffen eines für den BW sicheren und vertrauensvollen Umfelds,
- Einbeziehung von AG, Bekannten und Freunden zur Unterstützung in der Orientierung,
- Einbezug von seelsorgerischen Angeboten (s. unten).

Implementierte psychosoziale Angebote sollten dringend wieder aufgenommen und intensiviert werden, zudem sollte eine enge Abstimmung der Einrichtungen mit den behandelnden Haus- und Fachärzten erfolgen.

Intensivierung der Angebote durch die Seelsorge

Seelsorger leisten einen wertvollen Dienst in LPE. BW, AG und MA sind sehr dankbar für Gespräche, Zuwendung und Worte des Trosts. Aufgrund einer allgemein hohen Belastung bei BW, AG und MA besteht ein deutlich erhöhter Bedarf an seelsorgerischer Arbeit. Themen wie Einsamkeit, Angst und Sorgen, spirituelle Fragen, Trauer, Überforderung und

Konflikte dominieren die Gespräche. Besonders hoch ist die Belastung bei den AG, die wegen des Besuchsverbots oder aufgrund rasch progredienter Verläufe die Sterbenden nicht haben begleiten können.

Palliative Betreuung

Palliative Kompetenz in LPE sollte in Zukunft ein fester Bestandteil in der Versorgung sein. Neben einer optimierten palliativmedizinischen Mitbehandlung werden die Weiterbildung von MA in „palliative care“ sowie die Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern dringend befürwortet.

In kritischen Situationen sowie im Sterbeprozess sollte den AG ein direkter Zugang ermöglicht werden. Die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von BW und deren AG müssen wahrgenommen und gestillt werden [29].

Die Pandemie hat die Bedeutung des Konzepts der Behandlungsplanung im Voraus (BVP, „advance care planning“) deutlich vor Augen geführt. Zukünftig sollte auch für andere Indikationen vorab geklärt werden, wie BW bei schweren gesundheitlichen Krisen und am Lebensende behandelt werden möchten [30]. Die BVP scheint eine gute Möglichkeit zu sein, um den Patientenwillen am Lebensende nachhaltig zur Geltung zu verhelfen [31].

Fazit für die Praxis

Die COVID-19-Pandemie stellt LPE vor große Herausforderungen. Aus den bisherigen Erfahrungen müssen Lehren für die Zukunft gezogen werden. Defizite in der Versorgung müssen behoben und alle getroffenen Maßnahmen einer mehrdimensionalen Bewertung unterzogen werden. Wir sind überzeugt, dass unsere Überlegungen einen wichtigen Beitrag leisten, den Diskurs voranzutreiben und damit die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. univ. M. Gosch
Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg, Deutschland
markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Gosch, D. Altrichter, M. Pflüger, H. Frohnhofen, J. Steinmann, I. Schmude-Basic, A. Adamek, I. Johnscher, U. Kandler, C. Wunner, C. Waller, R. Speer, B. Habboub, S. Brons-Daymond, C. Schädinger und K. Singler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. ECDC Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>. Zugriffen: 19. Nov. 2020
2. Panagiotou OA, Kosar CM, White EM et al (2021) Risk factors associated with all-cause 30-day mortality in nursing home residents with COVID-19. *JAMA Intern Med* 181(4):439–448
3. LGL Inzidenz nach Altersgruppen 2020. https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm#inzidenz_alter. Zugriffen: 25. März 2021
4. Lombardo FL, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P et al (2020) Adverse events in Italian nursing homes during the COVID-19 epidemic: a national survey. *Front Psychiatry* 11:578465
5. Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT et al (2020) Excess deaths from COVID-19 and other causes, march–april 2020. *JAMA* 324:510–513
6. Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT et al (2020) Excess deaths from COVID-19 and other causes, march–july 2020. *JAMA* 324:1562–1564
7. Guardian T Extra 10000 dementia deaths in England and Wales in April 2021. <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/05/covid-19-causing-10000-dementia-deaths-beyond-infections-research-says>. Zugriffen: 26. März 2021
8. Dagan N, Barda N, Kepten E et al (2021) BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. *N Engl J Med* 384(15):1412–1423
9. Rodda LB, Netland J, Shehata L et al (2021) Functional SARS-CoV-2-specific immune memory persists after mild COVID-19. *Cell* 184:169–83 e17
10. Wajnberg A, Amanat F, Firpo A et al (2020) Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months. *Science* 370:1227–1230



HOT TOPICS DER SCHMERZMEDIZIN

Webinar-Reihe „Hot Topics der Schmerzmedizin“

In der Webinar-Reihe „Hot Topics der Schmerzmedizin“ beleuchten wir regelmäßig aktuelle schmerzmedizinische Themen mit Expert*innen aus verschiedenen Fachgebieten. Als Teilnehmer*innen können Sie mitdiskutieren, indem Sie Ihre Fragen an die Expert*innen im Chat stellen.

Die Teilnahme an den Webinaren ist nach Registrierung kostenfrei. Informieren Sie sich über die nächsten Termine und melden Sie sich an:

www.springermedizin.de/webinare-schmerzmedizin/18592486

Damit Sie kein Thema verpassen und immer auf dem neuesten Stand bleiben, stellen wir Ihnen die Webinare auf dieser Website auch on demand zur Verfügung.

Folgende Themen stehen für Sie bereit:

- Das schmerzende Iliosakralgelenk
- Schmerzchronifizierung verhindern – Wie funktioniert erfolgreiche Prävention?
- Opioide in der schmerzmedizinischen Praxis – S3-Leitlinie LONTS
- Kopfschmerzen und Migräne

Die Webinar-Reihe „Hot Topics der Schmerzmedizin“ wird produziert von Springer Medizin und der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

11. Lau EHY, Tsang OTY, Hui DSC et al (2021) Neutralizing antibody titres in SARS-CoV-2 infections. *Nat Commun* 12:63
12. Omer SB, Yildirim I, Forman HP (2020) Herd immunity and implications for SARS-CoV-2 control. *JAMA* 324:2095–2096
13. Oh DY et al (2021) SARS-CoV-2-Varianten, Evolution im Zeitraffer. *Dtsch Arztebl* 118(9):388–394
14. Challen R, Brooks-Pollock E, Read JM, Dyson L, Tsaneva-Atanasova K, Danon L (2021) Risk of mortality in patients infected with SARS-CoV-2 variant of concern 202012/1: matched cohort study. *BMJ* 372:n579
15. Washington NL, Gangavarapu K, Zeller M et al (2021) Genomic epidemiology identifies emergence and rapid transmission of SARS-CoV-2 B.1.1.7 in the United States. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21251159v1>. Zugegriffen: 19.04.2021
16. ÄPd BÄK (2021) Addendum zum Thesenpapier: Empfehlungen für eine an wissenschaftliche Erkenntnisse angepasste Teststrategie in Senioreneinrichtungen. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Corona/PandemieratThesenpapierTeststrategie_AddendumSeniorenheime_18032021.pdf. Zugegriffen: 26. März 2021
17. Society BG (2020) Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>. Zugegriffen: 30. Nov. 2020
18. Bauer JDM, Freiberger E, Frohnhofen H et al (2019) S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“: AWMF online. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-0021_Geriatrisches-Assessment-Stufe-2_2019-08_01.pdf. Zugegriffen: 1. Mai 2021
19. Hanlon JT, Schmadre KE, Samsa GP et al (1992) A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 45(10):1045–1051
20. Carfi A, Bernabei R, Landi F (2020) Gemelli Against C-P-ACSG. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA* 324(6):603–605
21. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C et al (2021) More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis *Res Sq*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-266574/v1>
22. Gosch M, Heppner HJ, Lim S, Singler K (2021) Recommendations for the management of COVID-19 pandemic in long-term care facilities. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):136–140. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01847-1>
23. (2020) S2k-Leitlinie – empfehlung zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-0011_S2k_Empfehlungen_station%C3%A4re_Therapie_Patienten_COVID-19_2020-11.pdf. Zugegriffen: 27.11.
24. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D et al (2020) COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 75:2950–2973
25. Pflege DNFQid (2021) Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 2017. https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_Akt_Auszug.pdf. Zugegriffen: 18. März 2021
26. Volkert D, Beck AM, Cederholm T et al (2019) ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 38:10–47
27. Volkert DBJ, Frühwald T, Gehrke I, DGEM Steering Committee et al (2013) Klinische Ernährung in der Geriatrie. https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-019L_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Geriatrie_2015-12.pdf. Zugegriffen: 18. März 2021
28. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J et al (2020) ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr* 39:1631–1638
29. Kiepke-Ziemes SNH, Janisch M, Gojny F et al (2021) Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung in Zeiten der Pandemie. *Z Palliativmed* 22:68–71
30. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie 2021. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/184-001.html>. Zugegriffen: 12. März 2021
31. Petri Sid SJ, Marckmann G (2018) Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen: Bis zu Ende denken. *Dtsch Arztebl* 115:427–428
32. Robert Koch Institut (2021) Medizinische Einmalhandschuhe und Schutzhandschuhe: Indikation und Desinfektion. <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/ThemenAZ/H/Handschuhe.html>. Zugegriffen: 2. Mai 2021