

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:228–232

<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01725-2>

Eingegangen: 24. März 2020

Angenommen: 26. März 2020

Online publiziert: 31. März 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

M. Gosch¹ · K. Singler^{1,2} · A. Kwetkat³ · H. J. Heppner⁴¹ Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Medizinische Klinik 2 – Schwerpunkt Geriatrie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland² Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland³ Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland⁴ Klinik für Geriatrie, Helios Klinikum Schwelm, Universität Witten/Herdecke, Schwelm, Deutschland

Geriatrie in Zeiten von Corona

Einleitung

Die Corona-Krise trifft aktuell sowohl unsere Patienten als auch die geriatrischen Strukturen in allen Sektoren. Schon früh war erkennbar, dass alte und multimorbide Patienten eine besonders vulnerable Gruppe für einen schweren Verlauf von COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) darstellen. Die erforderlichen Maßnahmen zu Eindämmung der Pandemie und Anpassung der Versorgungsstrukturen zeigen massive Auswirkungen. Diese reichen von der ambulanten geriatrischen Versorgung durch ambulante Dienste und Hausärzte, über die Notfallversorgung und den akutstationären Bereich bis zu geriatrischer Rehabilitation und der stationären Pflege.

Aktuelle medizinische Fakten

Das SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrom-Corona Virus 2) gehört zur β -Gattung der Corona-Viren. Es weist eine mehr als 85%ige Homologie zu dem Fledermaus-SARS-Corona-Virus auf. Hauptinfektionsquelle sind infizierte Personen. Übertragen wird SARS-CoV-2 primär über Tröpfchen und direkte Kontakte von Mensch zu Mensch. Zwar kann das Virus auf Gegenständen, je nach Art, bis zu 9 Tage überleben, allerdings ist über die Infektiosität durch Gegenstände wenig bekannt [1]. Besonders kritisch gesehen werden Aerosole, v. a. in geschlossenen Räumen, allerdings fehlt hierfür laut dem Robert Koch-Institut (RKI) die Evidenz [2]. Das Einzelstrang-RNA-Virus wird durch einen tiefen Rachenabstrich mit-

tels MRT-PCR nachgewiesen [3, 4]. Wie bei anderen Infektionen kommt es auch durch die Infektion mit SARS-CoV-2 zu einer Antikörperbildung; so werden IgM-Antikörper nach 3 bis 5 Tagen positiv. Der Nachweis von Antikörpern spielt aktuell aber keine Rolle für die Diagnose. Allerdings könnte ein IgG-Antikörper-Nachweis Hinweise auf eine durchgemachte Infektion und damit Immunität geben. Dies wäre aus epidemiologischer Sicht ein wesentlicher Fortschritt, da positiv getestete Personen speziell auf COVID-19-Stationen eingesetzt werden könnten. Zusätzlich könnten Daten über das Ausmaß der Herdenimmunität erhoben werden.

COVID-19 trifft gerade die ältere Bevölkerung besonders hart, auch wenn in China und vermutlich auch in Deutschland die überwiegende Anzahl der Infektionen jüngere Altersgruppen betrifft. Die Mortalität in China wird mit 2,3% beschrieben. Der Anteil der über 80-Jährigen machte lediglich 3% aus. In dieser Altersgruppe lag die Mortalität bei 14,8% [5]. Noch schwerer betroffen sind die Älteren in Italien. 37,6% sind 70 Jahre oder älter, und die Mortalität ist mit 7,2% deutlich höher als in China. Die Mortalität steigt mit Zunahme des Alters in dieser Gruppe deutlich an. In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre versterben 12,5%, in Gruppe der 80- bis 89-Jährigen 19,7% und bei Hochaltrigen (≥ 90 Jahren) 22,9% [6]. Interessant im Vergleich dazu sind die Daten in Bezug auf das Gesundheitspersonal in China. Im Rahmen des Ausbruch wurden 1716 Krankenhausmitarbeiter infiziert, 14,8% hatten einen schweren Verlauf, und die Mortalität liegt in dieser

Gruppe bei 0,3% [5]. Eine aktuelle Aussage über die tatsächliche Mortalität gesamt und in den verschiedenen Altersgruppen ist nur bedingt möglich. Einerseits rechnet man mit einer hohen Anzahl von milden bis asymptomatischen Patienten (80 bis 85%), andererseits sind die Testmöglichkeiten beschränkt und differieren auch erheblich in verschiedenen Ländern. Neben dem Alter sind Komorbiditäten (v. a. die koronare Herzkrankheit) und ein hoher SOFA-Score (Sequential Organ Failure Assessment) signifikante Prädiktoren für einen schweren bis tödlichen Verlauf [7, 8]. Über das funktionelle Outcome älterer Patienten nach einem schweren Verlauf liegen keine Daten vor und können somit auch keine Aussage getroffen werden. Zu erwarten ist jedoch ein deutlich vermehrter Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen, um die Selbstständigkeit dieser Patienten wiederherzustellen. Bei beatmungspflichtigen Patienten zeigen die Erfahrungen aus Italien, dass diese meist eine Beatmungsdauer von mindestens 8 Tagen aufweisen [9]. Aber auch nichtintensivmedizinisch behandelte Patienten werden durch die Dauer der Erkrankung, der Isolierung und der damit verbundenen eingeschränkten therapeutischen verminderten Möglichkeiten deutliche funktionelle Beeinträchtigungen erfahren.

Aktuell befinden wir uns in einer Übergangsphase zur Identifizierung der SARS-CoV-2-Risikogruppen. Die Definition über den Kontakt zu einer SARS-CoV-2-positiv getesteten Person bzw. zum Aufenthalt in einem vom RKI angeführten Risikogebiet wird nicht mehr lange zu halten sein. Unsere Überle-

gung diesbezüglich wurde während des Reviewprozesses bereits bestätigt. Das RKI empfiehlt aktuell eine SARS-CoV-2-Infektion, gerade bei Älteren, in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einzubeziehen und die Patienten einer Testung zu unterziehen [10]. Ausdrücklich hinweisen möchten wir auf eine korrekte Durchführung der Abstriche, da falsch-negative Befunde erheblich zur Ausbreitung von SARS-CoV-2 beitragen können. Die Symptomatik von COVID-19 weist ein weites Spektrum auf. Bei 81% der Patienten nimmt die Erkrankung einen milden, bei 14% einen schweren Verlauf. Intensivpflichtig mit einem schweren Verlauf werden 5% [5]. Aus den Daten des Infektionsausbruchs auf dem Kreuzfahrtschiff Diamond Princess errechneten japanische Kollegen einen weiteren interessanten Aspekt. Mizumoto et al. gehen von einem Anteil von 17,9% von asymptomatischen Infektionen aus [11]. Eine andere japanische Arbeitsgruppe um Nishiura et al. kommt zu einem noch höheren Prozentsatz von 30,8% asymptomatischer Verläufe [12]. Für die Gesamtbevölkerung kann man spekulieren, dass dieser Anteil noch deutlich höher ist, da in beiden Studien die jüngeren und jüngsten Populationen deutlich unterrepräsentiert waren. Welche epidemiologische Rolle diesen asymptomatischen Personen zu kommt, ist aktuell noch unklar. Ein Risikokontakt wird sich daher in Zukunft immer häufiger nicht mehr nachweisen lassen, sodass wir gerade bei älteren und alten Patienten zunehmend auch klinische Befunde in unsere differenzialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen sollten. Aufgrund der Immunseneszenz ist bei älteren Patienten, ähnlich wie wir es von anderen Infektionen kennen, eher mit einem oligosymptomatischen Verlauf zu rechnen. Aus differenzialdiagnostischen Überlegungen sollte in den nächsten Wochen auch noch auf Influenza und RS-Viren getestet werden.

Die Inkubationszeit liegt zwischen 1,8 und 14,6 Tagen; im Schnitt kann man von einer Zeit von 5 bis 7 Tagen ausgehen [13]. Von den klinischen Befunden sind Fieber (43,8–94%) und trockener Husten (67,8–79%) die Leitsymptome. Beschwerden wie Atemnot

(15,1–53,7%), Auswurf (23–35,3%), Myalgien (15–17,3%), allgemeine Schwäche (23–39,9%), Kopfschmerzen (13,4–15%), Diarrhö (3,8–5%), Übelkeit und Erbrechen (4–5%) könnten ebenfalls auftreten [7, 14]. Atemnot ist verständlicherweise ein Marker für einen schweren Verlauf [14]. Berichtet wurde auch über vorübergehende Geruchs- und Geschmacksstörungen am Beginn der Erkrankung [15]. Laborchemisch zeigen sich häufig eine Lymphozytopenie (83,2%), bei etwa einem Drittel in Verbindung mit einer Leukozytopenie. Das C-reaktive Protein (CRP) ist meistens erhöht, wobei das Prokalcitonin im Normbereich bleibt. Eine Ausnahme bildet hier eine bakterielle Superinfektion [14]. Eine Thrombozytopenie, LDH- und D-Dimer-Erhöhung finden sich bei etwa 40% der Patienten und sind auch prognostisch relevant [14]. Im konventionellen Röntgen finden sich bei schweren Verläufen bilaterale Infiltrate; in der Computertomographie lassen sich früh bilaterale, subpleural gelegene milchglasartige Trübungen und eine Konsolidierung von Lungenabschnitten feststellen [16, 17]. Die weiteren Möglichkeiten der raschen Diagnosestellung hängen natürlich sehr stark von den zur Verfügung gestellten Testkapazitäten ab. Aktuell gibt es keine Daten, dass eine frühzeitige Diagnosestellung den individuellen Verlauf günstig beeinflussen kann, allerdings ist eine umfassende Testung sowohl von Patienten als auch von Kontaktpersonen, inklusive medizinischem Personal, gerade in den Bereichen, in welchen ältere Personen betreut werden, dringend zu fordern. Von Erkrankungsbeginn bis zur Aufnahme auf eine Intensivstation vergehen durchschnittlich 10 Tage [18]. Ob innerhalb dieses Zeitrahmens der Verlauf positiv beeinflusst werden kann, ist aktuell offen.

Aus dem vorher Gesagten ergibt sich auch die klinische Einteilung. Bei der milden Form sind die Symptome gering, und es finden sich keine klinischen und radiologischen Zeichen einer Pneumonie. Bei der moderaten Form findet sich die beschriebene klinische Symptomatik mit Fieber, trockenem Husten und klinischen und radiologischen Zeichen einer Pneumonie. Die schwere Verlaufsform

ist gekennzeichnet durch Kurzatmigkeit mit einer Atemfrequenz ≥ 30 /min, einen Abfall der Sauerstoffsättigung ≤ 93 % in Ruhe sowie einen Oxygenierungsindex ≤ 300 mm Hg (1 mm Hg = 0,133 kPa). Ebenfalls als schwerer Verlauf wird eine Zunahme der radiologischen Veränderungen in der Computertomographie um mehr als 50% innerhalb von 24 bis 48h gewertet.

Aktuell gibt es keine etablierte Therapie für COVID-19, jedoch zahlreiche Studien mit Substanzen, welche bereits in anderen Indikationen eine Zulassung haben. Aufgrund der aktuellen Situation ist in den nächsten Wochen mit neuen Studienergebnissen zu rechnen. Einige Substanzen, wie Remdesivir, Hydroxychloroquin oder auch Favipiravir, haben es bereits in vorläufige nationale Leitlinien geschafft [19, 20]. Allerdings gibt es auch bereits erste negative Ergebnisse, wie z. B. für Lopinavir-Ritonavir [21]. Zu berücksichtigen ist allerdings aktuell der Zeitpunkt des Einsatzes der Substanzen. So könnte auch die Kombination Lopinavir-Ritonavir bei frühzeitigem Einsatz noch Potenzial haben.

ACE(Angiotensin-Converting-Enzyme)-Hemmer, Sartane, Glitazone und Ibuprofen regulieren den zellulären ACE-2-Rezeptor hoch und bieten daher mehr Andockmöglichkeiten für SARS-CoV-2. Theoretisch könnten diese Substanzen damit einen negativen Einfluss auf den Verlauf haben. Wissenschaftliche Belege fehlen, sodass man zum jetzigen Zeitpunkt keine Empfehlung aussprechen kann, diese Substanzen nicht zu verordnen bzw. sogar abzusetzen [22, 23]. Ungeachtet dessen sollte man aufgrund der bekannten unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten anstelle von Ibuprofen Paracetamol einsetzen. Auch eine vorbestehende immunsuppressive Therapie (z. B. Glukokortikoide bei rheumatoider Arthritis) sollen nicht abgesetzt werden.

Auswirkungen auf bestehende geriatrische Strukturen

In den ersten Wochen der Pandemie liegt der Schwerpunkt in der akut- und intensivmedizinischen Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe. Diese ver-

ständige Fokussierung hat die geriatrische Versorgung, sowohl im Bereich der Akutgeriatrie als auch im rehabilitativen Bereich zurückgedrängt. Zahlreiche geriatrische Akutabteilungen wurden vorübergehend geschlossen bzw. für COVID-19-Patienten zur Verfügung gestellt. Auf den ersten Blick ist dieser Schritt absolut richtig und nachvollziehbar. Bedenkt man aber die Charakteristika der Hochrisikogruppe (hohes Alter und Multimorbidität), wird die Fokussierung auf die rein akutmedizinische Betreuung den Bedürfnissen dieser Patienten nicht gerecht. Die Einbindung der Geriater in die Behandlung könnte die Qualität um wesentliche Aspekte erweitern. Neben dem Management der Komorbiditäten wird es auch ganz entscheidend sein, frühzeitig Komplikationen vorzubeugen. Insbesondere das Delirmanagement wird eine große Herausforderung sein. Man kann sich eigentlich keine stärker delirfördernde Umgebung vorstellen als eine COVID-19-Station. Der zweite wesentliche Aspekt für das gute Outcome dieser Patientengruppe wird die Überwindung der Immobilitätsphase sein. Auch von geriatrischer Seite steht das Überleben in der kritischen Phase im Vordergrund. Das Ziel, die Voraussetzungen für ein anschließendes Leben mit Lebensqualität zu schaffen, muss so lange wie möglich gehalten werden. Umso problematischer ist in diesem Zusammenhang der staatliche Aufruf, stationäre rehabilitative Einrichtungen zu schließen und für die Behandlung akuter Patienten zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf nach stationärer geriatrischer Rehabilitation wird mit großer Wahrscheinlichkeit stark ansteigen. Neben COVID-19-Infektionen werden ältere und alte Patienten weiterhin stürzen, sich Frakturen zuziehen oder Schlaganfälle erleiden. Diese rehabilitativen Behandlungen sind weder elektiv noch aufschiebbar. Das, was man hier vermeintlich gewinnt, verliert man auf der anderen Seite. Zusätzlich würde eine Umwidmung oder Schließung der geriatrischen Rehabilitationskliniken einen Stau in der Abverlegung von stationären Patienten aus den Akutkliniken zur Folge haben und damit zu einer Verknappung der Betten führen. Sollten die Ressourcen im Gesundheitssystem an ihre

Grenzen stoßen, müssen wir uns auch ethischen Fragestellungen widmen [24]. Bei dieser Diskussion muss der „SARS-CoV-2-negative“ Gesundheitssektor eingeschlossen werden.

Neben dem Krankenhaussektor hat die aktuelle Krise auch massive Auswirkungen auf den stationären und ambulanten Pflegesektor. Die aktuell ausgesprochenen Besuchseinschränkungen/-verbote von Angehörigen in Pflegeeinrichtungen ist der absolut richtige Schritt. Eine weitere wichtige Maßnahme ist, dass Regelvisiten im Heim und Hausbesuche bis auf Weiteres ausgesetzt sind. Es ist sicher eine korrekte und gute Entscheidung, derzeit regelhafte Besuche in Pflegeheimen, ohne konkreten Behandlungsanlass, nicht durchzuführen, um eine weitere, mögliche Infektionsverbreitung zu verhindern. Selbstverständlich muss ein medizinisch indizierter Hausbesuch im Pflegeheim auch weiterhin durchgeführt werden, allerdings ist hier seitens des Hausarztes auf adäquate Schutzkleidung und Schutzausrüstung zu achten.

Viele ältere Patienten sind auf die Unterstützung und Versorgung von ambulanten Diensten angewiesen. Aber genau diese Pflegedienste kommen durch die aktuellen Kita- und Schulschließungen, Quarantäne und zu erwartende Erkrankungen in den Reihen der Mitarbeiter an ihre Leistungsgrenzen. Erschwerend kommen aktuell noch Grenzschließungen hinzu, welche die Pflege durch ausländische Arbeitskräfte bzw. sogar verhindert. Es ist zu befürchten, dass in den ambulanten Pflegebereichen Engpässe auftreten, die letztendlich wieder zu mehr Krankenhauseinweisungen führen, sodass hier Behandlungskapazitäten knapper werden. Hier sind die gesundheitspolitischen Krisenmanager in der Pflicht, den Engpass in der Pflege frühzeitig zu entzerren. Insbesondere gelte dies für den Bereich der Behandlungspflege mit beispielsweise nicht mehr sichergestellten Insulininjektionen oder unzureichender Wundversorgung. Es muss geprüft werden, ob die Pflegestützpunktnetzwerke der Bundesländer an dieser Stelle koordinierend unterstützen könnten.

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:228–232
<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01725-2>
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

M. Gosch · K. Singler · A. Kwetkat · H. J. Heppner

Geriatric in Zeiten von Corona

Zusammenfassung

Die Corona-Krise trifft aktuell sowohl unsere Patienten als auch die geriatrischen Strukturen in allen Sektoren. Mit unserem aktuellen Beitrag geben wir Ihnen einen Überblick über den aktuellen Kenntnisstand von COVID-19 mit besonderer Berücksichtigung geriatrischer Aspekte, sowohl im Hinblick auf den medizinischen Bereich als auch auf die geriatrischen Strukturen.

Schlüsselwörter

Corona · COVID-19 · SARS-CoV-2 · Geriatrie

Geriatrics in times of corona

Abstract

The current corona crisis affects older patients as well as the geriatric infrastructure in all sectors. This article provides an overview about the current state of knowledge on COVID-19 with special consideration of geriatric aspects and the consequences for the geriatric care system.

Keywords

Corona · COVID-19 · SARS-CoV-2 · Older adults

Ein zusätzliches Problem ergibt sich aus der zunehmend schwieriger werdenden Entlassungsplanung der Krankenhäuser. Es gibt teils schon jetzt einen Aufnahmestopp für neue Heimbewohner, weil die Einrichtungen nicht wissen, wie es mit ihrem eigenen Personal gesundheitlich weitergeht. Neue Patienten für ambulante Pflegedienste sind kaum noch vermittelbar. Damit entsteht ein Rückstau für die Patienten in den Kliniken – was wiederum dazu führt, dass genügend nicht freie Betten für neue Corona-Fälle zur Verfügung stehen. Auch in diesem Kontext ist eine umfangreiche Testung zu fordern, um die Einschleppung von SARS-CoV-2-positiven Patienten in die stationäre und ambulante Pflegeversorgung zu verhindern.

Präventive Möglichkeiten, impfen – warum?

Neben der Akutversorgung dürfen wir auch präventive Aspekte nicht vergessen. Durch die physiologische Alterung des Immunsystems (Immunseneszenz) ist die Infektabwehr schwächer als die von jüngeren Personen, und zudem liegen bei Patienten in dieser Altersgruppe viele Vor- und chronische Begleiterkrankungen vor. Daher gilt die Empfehlung, gegen Influenza, Pneumokokken und Pertussis zu impfen, auch wenn Apotheker warnen, dass der Impfstoff bald ausgehen könnte [25]. Dieser zu erwartende Mangel an Impfstoff ändert aber nichts daran, dass die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) nach wie vor gültig sind und nicht einfach ignoriert werden dürfen. Wird eine bereits erkrankte Lunge von SARS-CoV-2 befallen, so ist die Behandlung um ein Vielfaches schwieriger, und ein an COVID-19 erkrankter Patient kann, ungeimpft, deutlich einfacher von einer pulmonalen Sekundärinfektion letal bedroht werden. Es gibt neben dem PPSV23 (Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff) noch den konjugierten 13-valenten Pneumokokkenimpfstoff (PCV13). Dieser ist von der STIKO als sequenzielle Impfung nur in bestimmten Situationen empfohlen. Bevor man aber in der aktuellen Situation aufgrund des Mangels an PPSV23 gar nicht gegen Pneumokokken impft, wäre sicher PCV13 gut nutzbar und wohl auch noch zu bekommen. Eine entsprechende Zulassung dieses Impfstoffes für Erwachsene besteht.

Neben dem Impfen gilt es v. a., auch das medizinische Personal zu schützen. Einerseits um die medizinische Handlungsfähigkeit zu erhalten, andererseits um unsere sehr vulnerable Patientengruppe vor einer Infektion zu schützen. Aus diesem Grund sollten laut RKI alle Mitarbeiter in Krankenhäusern und auch Pflegeheimen mit chirurgischen Mund-Nasen-Masken arbeiten. Sowohl Berichte aus Singapur als auch ein publizierter Fallbericht zeigen, dass diese Masken eine erhebliche Schutzfunktion für das medizinische Personal haben [26]. FFP(Filtering Face Piece)2- und

FFP3-Masken sollten den gesonderten Bereichen, wie COVID-19-Stationen, bzw. entsprechenden invasiven Tätigkeiten vorbehalten sein.

Welchen Beitrag kann die Geriatrie leisten?

Tritt der „worst case“ ein, eine totale Überlastung der stationären Krankenversorgung, müssen die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf ihre Effektivität und unter Beachtung ethischer Aspekte verteilt werden. Die Geriatrie kann hier durch ihre Erfahrung und das Erkennen von Ressourcen, aber auch Risiken, einen wichtigen Beitrag leisten, für eine zielgerichtete Therapie unter dem Aspekt der Ressourcenknappheit. Auch wenn manche Daten dafürsprechen, muss vor „willkürlich“ gezogenen Altersgrenzen gewarnt werden. Auch im Worst-case-Szenario muss es unsere ethische Verantwortung sein, jedem Patienten eine individuelle Betrachtung zukommen zu lassen [24].

Das Modell der „Therapiebegrenzung am Lebensende“ unter Beachtung individueller Aspekte ist in der Geriatrie seit Jahren verankert. Im Management von terminalen Patienten mit einer Pneumonie bis hin zu rein palliativen Maßnahmen haben die Geriater große Erfahrung und können einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Corona-Krise wird den demografischen Wandel in seiner Gesamtheit kaum beeinflussen. Nach den ersten Wochen der Krise wird sich zeigen, dass ein erheblicher Rehabilitationsbedarf besteht. Schon in den nächsten Wochen sollte man sich auf Ebene der Krankenhäuser, aber auch in der Gesundheitspolitik Gedanken machen, wie man die geriatrischen Versorgungsstrukturen rasch wieder aufbauen kann. Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen und die Akutgeriatrien müssen unmittelbar nach dem erwartenden Peak von COVID-19 konsequent wieder ihre ursprüngliche Funktion aufnehmen können, um den Versorgungsbedarf decken zu können.

Zusammenfassung

Aktuell stehen wir in Deutschland erst am Beginn der Auswirkungen der Pandemie. Das Wissen um COVID-19 entwickelt sich in erfreulicher Weise sprunghaft. Mit unserer Übersicht möchten wir Ihnen einen aktuellen Überblick geben, über das vorhandene Wissen, aber auch bereits auf weitere zukünftige Entwicklungen hinweisen. Wie alle medizinischen Bereiche wird auch die Geriatrie in den nächsten Wochen stark gefordert sein. Teils werden wir auch neue Aufgaben und Herausforderungen zu bewältigen haben. Bringen Sie sich ein, helfen Sie mit, wo immer es Ihre Qualifikation und Erfahrung möglich macht. Sehen Sie positiv in die Zukunft und planen Sie bereits für die Zeit nach COVID-19.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. univ. M. Gosch
Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum
Nürnberg, Medizinische Klinik 2 – Schwerpunkt
Geriatrie, Paracelsus Medizinische
Privatuniversität
Prof. Ernst Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg,
Deutschland
markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.J. Heppner gibt Forschungsunterstützung des Forschungskollegs der Robert-Bosch-Stiftung, GBA Innovationsfond sowie Vortragshonorare von Pfizer, Bayer Health Care, Novartis und AO Trauma Europe sowie Beratertätigkeit bei Pfizer an. A. Kwetkat gibt Forschungsunterstützung des Forschungskollegs Geriatrie der Robert-Bosch-Stiftung und der Pfizer Pharma GmbH an, sowie Vortragshonorare von Pfizer Pharma GmbH, Fa. MSD, Fa. Novartis, Fa. Daiichi-Sankyo, Fa. Bristol-Myers Squibb und Beratertätigkeit als Mitglied im Advisory Board PCV-13 Adult, Pfizer Pharma GmbH, Mitglied im Advisory Board Prävention Herpes zoster, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG und Mitglied im Projekt Gripeschutz, Seqirus. M. Gosch 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. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN et al (2020) Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as

Darmkrebsvorsorge und Früherkennung in Gefahr?

Darmkrebs ist (fast immer) vermeidbar! Diese provokative Aussage ist keine Utopie. Seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie 2002 waren wir auf einem guten Weg zu diesem Ziel. 180.000 Darmkrebstote wurden in den ersten 10 Jahren vermieden. 85-95% aller Darmkrebsfälle können 10 Jahre lang durch eine Vorsorgekoloskopie verhindert werden. Dabei wäre das krebsverhütende Potenzial der Vorsorgekoloskopie noch viel größer, wenn mehr als nur die 20-30% der Anspruchsberechtigten die Untersuchung wahrgenommen hätten. Um noch größere Teile der Bevölkerung für die Darmkrebsvorsorge zu gewinnen, wurde 2019 das Einladungsverfahren durch die Krankenkassen auf den Weg gebracht. Diese positive Entwicklung ist nun in Gefahr, droht doch die vorgesehene Mindervergütung der (Vorsorge-)Koloskopie in hohem Maße kontraproduktiv zu sein. Es bleibt weniger/keine Zeit für die Information und Aufklärung der Vorsorgewilligen; auf der Untersuchung selbst lastet ein Zeitdruck mit der Gefahr der Qualitätsminderung. Hinzu kommt der schwelende Streit, ob die Koloskopie nach positivem Stuhltest nur als Abklärungskoloskopie gilt oder als Vorsorgekoloskopie mit der damit verbundenen Dokumentation als Basis für wissenschaftliche Auswertungen einzu-stufen ist. Dass Ärztegremien und Politik gerade diesen Beschluss gefasst haben, ist absurd, wurde doch auf dem Deutschen Krebskongress 2/2020 die Lösung ausgegeben, das Potenzial der Prävention zu erforschen und auszuschöpfen. Darmkrebs-Früherkennungsmaßnahmen, deren effektivste anerkanntermaßen derzeit die Vorsorgekoloskopie ist, gehören auf jeden Fall dazu. Hier gilt es, eine drohende Gefahr abzuwenden. Die Nationale Dekade gegen den Krebs lässt grüßen!

Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach,
Vorsitzender Gastro-Liga e.V.

Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann,
Vorsitzender Stiftung LebensBlicke

Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. <https://doi.org/10.1056/NEJM2004973>

2. Robert Koch-Institut (2020) Übertragungswege. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText1. Zugegriffen: 23. März 2020
3. Nguyen T, Duong Bang D, Wolff A (2020) 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Paving the Road for Rapid Detection and Point-of-Care Diagnostics. Micromachines. <https://doi.org/10.3390/mi11030306>
4. Xiao SY, Wu Y, Liu H (2020) Evolving status of the 2019 novel coronavirus infection: Proposal of conventional serologic assays for disease diagnosis and infection monitoring. J Med Virol 92(5):464–467
5. Wu Z, McGoogan JM (2020) Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
6. Livingston E, Bucher K (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4344>
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al (2020) Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
8. Lambden S, Laterre PF, Levy MM, Francois B (2019) The SOFA score-development, utility and challenges of accurate assessment in clinical trials. Crit Care 23(1):374
9. Medicine ESolC (2020) COVID-19-Update from our colleagues in northern Italy. <https://www.esicm.org/covid-19-update-from-our-colleagues-in-northern-italy/>. Zugegriffen: 23. März 2020
10. Robert Koch-Institut (2020) Verdachtsabklärung und Maßnahmen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_DINA3.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 24. März 2020
11. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G (2020) Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan. Euro Surveill 25(10):2020
12. Nishiura H, Kobayashi T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita Ret al (2020) Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). Int J Infect Dis. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>
13. Leung C (2020) The difference in the incubation period of 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) infection between travelers to Hubei and non-travelers: The need of a longer quarantine period. Infect Control Hosp Epidemiol. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.81>
14. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al (2020) Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
15. Streek H (2020) Wir haben neue Symptome entdeckt: Frankfurter Allgemeine. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheits/coronavirus/neue-corona-symptome-entdeckt-virologe-hendrik-streek-zum-virus-16681450.html>. Zugegriffen: 24. März 2020
16. Wu J, Wu X, Zeng W, Guo D, Fang Z, Chen L et al (2020) Chest CT findings in patients with coronavirus disease 2019 and its relationship with clinical features. Invest Radiol. <https://doi.org/10.1097/RLI.1056/NEJM2004973>
17. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al (2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 395(10223):497–506
18. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H et al (2020) Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)
19. Institute of Tropical Medicine Antwerp et al (2020) Interim Clinical Guidance for patients suspected of/confirmed with COVID-19 in Belgium. https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_InterimGuidelines_Treatment_ENG.pdf. Zugegriffen: 23. März 2020
20. ÖGARI (2020) COVID-19-Update: ÖGARI veröffentlicht erste Behandlungsempfehlung für die Intensivtherapie von SARS-CoV-2 positiven Patientinnen und Patienten. <https://www.anaesthesienews/aktuelles/covid-19-update-ogari-veroeffentlicht-erste-behandlungsempfehlung-fuer-die-intensivtherapie-von-sars-cov-2-positiven-patientinnen-und-patienten/>. Zugegriffen: 23. März 2020
21. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G et al (2020) A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. N Engl J Med. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001282>
22. aerzteblatt.de (2020) Keine Evidenz für erhöhte Gefährdung von COVID-19-Patienten durch Ibuprofen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/11119/Keine-Evidenz-fuer-erhoehte-Gefaehrdung-von-COVID-19-Patienten-unter-Ibuprofen>. Zugegriffen: 23. März 2020
23. Patel ABVA (2020) COVID-19 and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers: What is the Evidence. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4812>
24. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
25. Mendelson M (2020) Could enhanced influenza and pneumococcal vaccination programs help limit the potential damage from SARS-CoV-2 to fragile health systems of southern hemisphere countries this winter? Int J Infect Dis. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020-03-030>
26. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH, Quah SJL, Loh WJ, Wong YJ et al (2020) COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. Ann Intern Med. <https://doi.org/10.7326/L20-0175>