

COVID-19 in einer stationären Pflegeeinrichtung

Corona-Pandemie 2020 -- Autoren: U. Grabenhorst, R. Stiels-Prechtl, M. Niemann, K. Weckbecker

Dieser Beitrag schildert, wie eine Pflegeeinrichtung in Zeiten der Corona-Pandemie auf potenzielle und reale SARS-CoV-2-Infektionen reagiert.



Dr. med.
Ulrich Grabenhorst
Praxis Alte
Badeanstalt, Viersen

Patientin 1 einer stationären Pflegeeinrichtung entwickelte am 25. März 2020 Erkältungszeichen, Husten, allgemeine Schwäche sowie abends eine rektale Temperatur von 38,2 °C. Das Heim hatte sich auf die COVID-19-Pandemie vorbereitet. Zusammen mit Hausärzten wurden Bewohner und Mitarbeiter ständig auf akute febrile respiratorische Erkrankungen gescreent. Bei gegebener Indikation wurde auch ein Abstrich entnommen.

So führte die Hausärztin auch am 26. März 2020 einen Test durch, auch weil die Schwester der Patientin 1 an COVID-19 verstorben war. Der Abstrich wies SARS-CoV-2 nach. Am Tag der Befundmitteilung wurde ein weiterer Patient (Patient 2) aufgrund eines perakuten fieberhaften Infekts in ein Krankenhaus eingewiesen.

Diagnostik

Die Hausärzte reagierten auf die Anregung der Heimleitung und übertrugen die weitere Diagnostik

und Behandlung der SARS-CoV-2-infizierten Patienten einem koordinierenden Arzt. Nach der damaligen RKI-Empfehlung hätte nur ein Mitarbeiter mit Kontakt zu Patientin 1 und akuter respiratorischer Symptomatik getestet werden müssen. In Absprache mit dem Gesundheitsamt erweiterte der koordinierende Arzt jedoch die Indikation auf Kontaktpersonen ohne Symptome. Dies betraf Mitarbeiter und Bewohner. Die Testung ergab, dass eine weitere Bewohnerin der Wohngruppe SARS-CoV-2-positiv war.

Ab dem Folgetag wurde die Testung auf weitere Kontaktpersonen ausgedehnt. Mit insgesamt 99 Tests wurden 9 positive Personen identifiziert. Aufgrund der Verordnung des Landesgesundheitsministeriums NRW zur Ausweisung von Isolier- und Quarantänebereichen in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 03. April 2020 entschied der Träger des Heims, nun eine Testung aller bisher nicht positiv getesteten Bewohner und Mitarbeiter durchzuführen. Hierbei zeigten sich bei 241 Tests 2 Mitarbeiter und 3 Bewohner, die zuvor negativ getestet worden waren, nun positiv. Zusätzlich wurden 4 weitere Bewohner positiv getestet. Das Durchschnittsalter der positiv getesteten Patienten betrug 87,4 Jahre.

Am 17. April 2020 wurde eine neue RKI Leitlinie veröffentlicht, die dieses Vorgehen rechtfertigt [Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html].

Analyse der Infektionsketten

Die Analyse der Infektionsketten bleibt spekulativ, da diese ja nur indirekt rekonstruiert werden können. Im Umfeld von Patientin 1 wurden 6 von 13 Mitbewohnern der Gruppe sowie eine von 20 Pflegekräften positiv getestet. Eine Mitarbeiterin und eine Bewohnerin wurde erst im zweiten Test nach 5 Tagen positiv



So nah darf man sich während der aktuellen Corona-Pandemie nicht mehr kommen.

getestet, was auf einen Zusammenhang mit dem späteren Eintrag über Patient 3 hinweisen kann.

Patient 2 könnte eine eigenständige Infektionskette ausgelöst haben, aber er könnte auch über einen Kategorie-2-Kontakt von Patientin 1 intern infiziert worden sein. Mitarbeiter 1 hatte keinen internen Kategorie-1- oder -2-Kontakt zu den Infizierten, hat aber die Infektion weitergegeben. Patient 3 wird sich in der Dialyse infiziert haben und einen eigenständigen Eintrag verursacht haben.

Isolierung

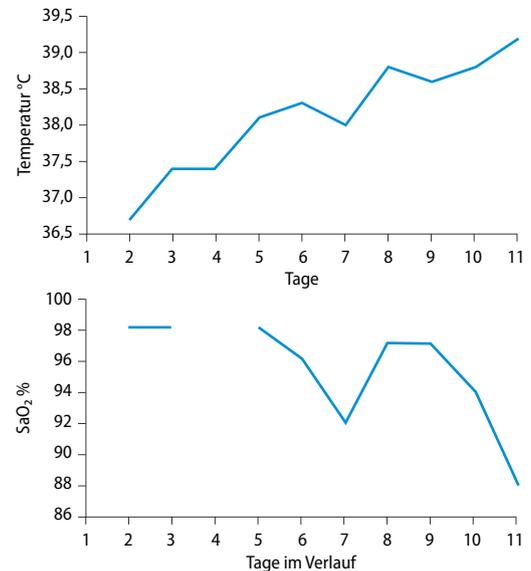
Zunächst erfolgte unter Führung durch die Einrichtungsleitung die Trennung der infizierten von den nicht-infizierten Patienten durch Einrichtung einer COVID-19-Station (Isolierbereich nach Corona-AufnahmeVO) sowie die Einteilung des Personals, das sich freiwillig gemeldet hatte. Dies war für Mitarbeiter und Bewohner belastend. Manche Bewohner weigerten sich umzuziehen, andere erzwangen gar eine Unterbringung in der COVID-19-Station, um nicht von Bezugspersonen getrennt zu werden.

Die Einrichtung eines Isolierbereichs ist in der Praxis nicht einfach umzusetzen. Um die schädlichen psychosozialen Nebenwirkungen der Isolierung gering zu halten, wird den Angehörigen und den Bewohnern ein Tablet für die audiovisuelle Kommunikation via Internet zur Verfügung gestellt. Das Besuchsrecht für Angehörige sterbender Bewohner wird, wie im gesamten Heim, auch im Isolierbereich umgesetzt.

Therapieziel festlegen

Nun waren auch wichtige individualmedizinische Maßnahmen nötig. Schon in den letzten Wochen war es eine Aufgabe der Einrichtungsmitarbeiter, die vorhandenen Patientenverfügungen zu sichten und zu prüfen. Hierzu ist das einfühlsame Gespräch mit den Bewohnern und deren Angehörigen/Bevollmächtigten notwendig. Es muss immer deutlich sein, dass die Autonomie des Einzelnen auch am Lebensende die Grundlage für diesen Klärungsprozess ist. Nach dem Nachweis einer SARS-CoV2-Infektion muss die Überprüfung des (mutmaßlichen) Patientenwillens vorangetrieben werden. Das Vorhandensein einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht entbindet nicht davon, sich über die aktuelle Entscheidungsfähigkeit des Patienten Gedanken zu machen. Insbesondere bei fragilen und möglicherweise demenziell und depressiv erkrankten Patienten ist die Einbindung des Pflorgeteams mit seiner langjährigen Kenntnis des Patienten und weiterer Behandler, z. B. des Psychiaters, sinnvoll. Am Ende dieser Klärung legt der koordinierende Arzt mit den Patienten die individuellen Therapieziele fest, dokumentiert sie in der Patientenakte und teilt sie dem Pflorgeteam schriftlich mit.

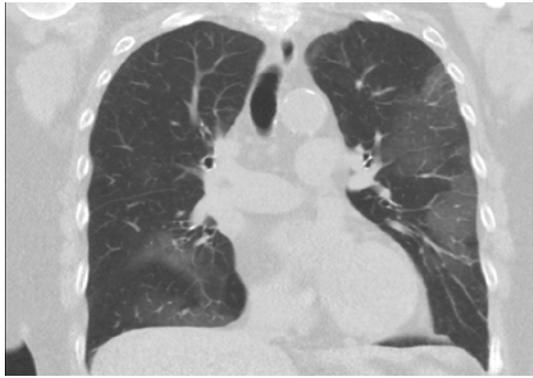
Abb. 1 Fieberkurve und Verlauf der O₂-Sättigung bei Patientin Nr. 35.



Von den nach der Einweisung von Patient 2 insgesamt 14 positiven Bewohnern waren 2 unabhängig von der COVID-19-Erkrankung in palliativer Betreuung, 9 waren dement. Im Rahmen einer sorgfältigen, gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Bevollmächtigten bzw. Betreuern wurde für alle 9 dokumentiert, dass sie bei einer etwaigen Verschlechterung nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden sollen. Auch die aufgrund einer kardialen Erkrankung in palliativer Betreuung befindliche Patientin lehnte eine Krankenhauseinweisung bei Verschlechterung infolge der COVID-19-Infektion ab, ebenso wie ein multimorbider Patient mit Z. n. Insult, Adipositas und Besiedelung von Wunden mit multiresistenten Keimen infolge von Gefäßerkrankungen.

Somit lehnten zwei der fünf Patienten ohne Demenz eine Einweisung ab, während drei weitere sich im Rahmen des Gesprächs nicht entschieden und Bedenkzeit erbat. Eine Patientin mit im Vordergrund stehenden Schmerzen bei orthopädischen Erkrankungen hatte sich zunächst gegen eine mögliche Krankenhausbehandlung entschieden. Nach nochmaliger Beratung über die Möglichkeiten einer Intensivierung der Schmerztherapie, z. B. durch ein WHO-Klasse-III-Opiat und Koanalgetika, wünschte sie dann doch bei einer Verschlechterung eine Krankenhausbehandlung. Die 2 verbleibenden Patienten hatten hämatologische Vorerkrankungen mit z. T. sehr ausgedehnten Vortherapien. Beide entschieden sich schließlich, bei einer Verschlechterung eine Krankenhausbehandlung und ggf. eine künstliche Beatmung durchführen zu lassen.

Abb 2: Thorax-CT der Patientin 35 mit COVID-19-Infektion.



Dies zeigt, dass im ambulanten Bereich mit bekannten Gesprächspartnern und ein paar Tagen Zeit eine gute und wohl abgewogene Entscheidung getroffen werden kann. In einer akuten Notfallsituation ist es für den Gesprächsprozess oft zu spät, und es kann zu vom Patienten nicht gewollten Entscheidungen im Sinne einer Über- oder auch Untertherapie kommen.

Kontrolluntersuchungen

Das Pflegepersonal wurde in die Strategie mit eingebunden und über die Erkrankung mit ihren stark unterschiedlichen Verlaufsformen informiert. Als allgemeine Maßnahmen wurden die Anleitung zur Atemgymnastik bei den Bewohnern und regelmäßiges Lüften der Bewohnerzimmer nach außen beschlossen. Durchzug mit geöffnetem Fenster und geöffneter Zimmertür sollte vermieden werden. Gemeinsam wurde neben der üblichen Routine folgende Überwachungsstrategie vereinbart:

- täglich Allgemeinzustand beurteilen,
 - täglich Fieber messen sowie
 - täglich Sauerstoffsättigung bestimmen.
- Bei einer Temperatur > 37 °C und/oder einer Sauerstoffsättigung < 94% erfolgt eine dreimal tägliche Wiederholung.

Bei Auffälligkeiten wurde die Anwendung eines um die Sauerstoffsättigung erweiterten quick Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment (qSOFA) Score beschlossen, dessen Ergebnis mit dem Arzt besprochen werden sollte:

- Blutdruck < 100 mmHG systolisch (1 Punkt),
- Atemfrequenz > 22/min (1 Punkt),
- Bewusstseinslage eingetrübt (1 Punkt),
- Sauerstoffsättigung SaO₂ < 90% bei pulmonal Vorgeschädigten bzw. < 92% bei pulmonal Gesunden (1 Punkt).

Bei einem Punkt soll die Therapieintensivierung durch eine stationäre Einweisung bedacht und spätestens bei 2 Punkten umgesetzt werden.

Aufgrund der Multimorbidität haben die Patienten oft verschiedene gesundheitliche Probleme und subfebrile Temperaturen, sodass das Kriterium „Be-

schwerdefreiheit“ für die Entlassung aus der normalerweise 14-tägigen Quarantäne nicht sicher eintritt. Darum wurde in Absprache mit dem Gesundheitsamt vereinbart, dass alle SARS-CoV-2-positiv getesteten Patienten für 3 Wochen im Isolierbereich verbleiben und vor dem Umzug in den Normalbereich ein negativer naso-pharyngealen Abstrich vorliegen muss.

Verlauf

Patient 2 verstarb im Krankenhaus. Im Rahmen der Kontrollen wurde bei Patientin 35 ansteigendes Fieber bei gleichzeitig fallender Sauerstoffsättigung festgestellt, die – wie mit der Patientin vereinbart – zur Einweisung ins Krankenhaus führte (Abb. 1). Dort erfolgte die weitergehende Diagnostik inkl. Low-dose-CT (Abb. 2) und intensivmedizinische Behandlung ohne Beatmung. Bis auf einen Bewohner entwickelten alle Patienten Fieber und hatten zumindest kurzzeitig Abgeschlagenheit und Unwohlsein. 4 hatten auch noch an Tag 10 nach der Testung eine Temperatur > 39 °C. Nur 3 Infizierte hatten an Tag 13 eine Temperatur < 37 °C. Von den insgesamt 15 Bewohnern und 3 Mitarbeitern mit COVID-19 verstarb bis Anfang Mai 2020 nur Patient 2 im Krankenhaus. ■

Title:

COVID-19 in the nursing home: a case report

Keywords:

COVID-19, case report, inpatient care facility

Für die Verfasser:

Dr. med. Ulrich Grabenhorst

Praxis Alte Badeanstalt, Venloer Straße 40, D-41751 Viersen

E-Mail: dr.grabenhorst@praxis-aba.de

Koautoren:

Dr. med. Ricarda Stiels-Prechtel

Hausarztpraxis Viersen

Dr. med. Markus Niemann

Hausarztpraxis Viersen

Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker

Uni Witten/Herdecke

Danksagung: Die Autoren danken der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der stationären Pflegeeinrichtung sowie den Mitarbeiterinnen der Praxen für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Artikels.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Auf eine COVID-19-Erkrankung sollte unmittelbar reagiert werden.
2. Isolierung war in diesem Fall möglich, ist aber insbesondere bei demenzten Patienten schwierig.
3. Das Besuchsrecht für Angehörige von Sterbenden muss aufrechterhalten werden.
4. Eine frühzeitige Festlegung der Therapieziele war hilfreich.
5. In diesem Fall erfolgte die Kontrolle der COVID-19-Patienten u. a. durch tägliche Kontrolle der Temperatur und der Sauerstoffsättigung sowie des Allgemeinzustands.

Die Sauerstoffsättigung und der qSOFA-Score entscheiden über die Krankenhaus-einweisung eines COVID-19-Infizierten.