

Vorschlag der ambulanten Therapie von Covid-19-Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen und Thüringen

Dieses Dokument ist keine Leitlinie, sondern listet Therapieoptionen bei Covid-19 auf, welche sich basierend auf Erfahrungen nach einem COVID-Ausbruch in einem Jenaer Pflegeheim als sinnvoll erwiesen haben und dem aktuellen Wissenstand (Dezember 2020) entsprechen.

Nach Herrn Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Direktor Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Jena

modifiziert, bzw. unter Mitwirkung von

Herrn Prof. Dr. med J. Beyer-Westendorf, Leiter "Thromboseforschung und Gerinnungsstörungen", Med. Klinik I, Universitätsklinikum Dresden

PD Dr. med. habil. Christian Geßner, FA für Innere Medizin/ Pneumologie

Herrn Dr. Thomas Grünewald, Leiter Klinik für Infektions- und Tropenmedizin am Zentrum Innere Medizin II, Klinikum Chemnitz gGmbH

Herrn Dr. med. Klaus Heckemann, FA für Allgemeinmedizin

Herrn PD Dr. med. Martin Kolditz, stellv. Bereichsleiter Pneumologie, Medizinische Klinik I am Universitätsklinikum Dresden

Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und aufgrund ihres hohen Alters ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Häufig besteht dabei aufgrund von Komorbiditäten und eingeschränktem funktionellem Zustand kein kuratives Therapieziel, sondern im Vordergrund steht die symptomorientierte Behandlung. Auch bei Patienten mit kurativer Therapieintention sollten unkritische Krankenhausweisungen in Abhängigkeit von ärztlicher Einschätzung und Patientenwille vermieden werden.

In Kenntnis und bewusster Inkaufnahme der diesbezüglichen Limitationen besteht bei in stationären Pflegeeinrichtungen untergebrachten symptomatischen COVID19 – Patienten nach ärztlicher Entscheidung und im Einklang mit dem Patientenwillen auch die Möglichkeit, diese Therapiemaßnahmen ohne eine stationäre Einweisung durchzuführen, wobei in Abhängigkeit vom Verlauf täglich neu über die Frage der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu entscheiden ist.

Bei rein palliativer Therapieintention sind keine COVID-19-spezifischen Therapiemaßnahmen über eine symptomorientierte Behandlung hinaus indiziert und Krankenhauseinweisungen sollten vermieden werden.

Die auch ambulant bei Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen dort durchführbaren Therapiemöglichkeiten unterscheiden sich nicht von den Standardtherapieoptionen an COVID19 – Patienten auf Normal-(Infektionsstation):

Antikoagulation

Sauerstofftherapie

Dexamethason

Fiebersenkung

Analgesie

Infusionstherapie

Antibiose

Atemtherapie

Lagerung

Die nachfolgende Logistik ist erforderlich:

· Vernetzung

- Kontakt mit Hausärzten und KV aufnehmen und ärztliche Versorgung unter den Hausärzten im Rahmen eines Dienstplanes sichern
- Angehörige informieren
- Patientenverfügung überprüfen,
- bei Diagnosestellung einer COVID-Erkrankung sind Gespräche zur Willensbildung und Aktualisierung der Patientenverfügung obligat
- Lokales Krankenhaus informieren

· Equipment

- Pulsoxymeter
- Sauerstoffkonzentrator
- ausreichend Schutzausrüstung

Antikoagulation

Bei vorbestehender therapeutischer Antikoagulation:
Diese nach Möglichkeit beibehalten (Grenzen s. Anlage)

Ohne vorbestehende Antikoagulation/Thrombozytenhemmung:
Kontraindikationen prüfen, danach Einleitung einer Heparinprophylaxe (Art und Dosis s. Anlage)

Bei vorbestehender ASS/Thrombozytenaggregationshemmer Dauertherapie:
Indikation prüfen, entweder durch Heparinprophylaxe ersetzen oder (bei strenger Indikation für Thrombozytenhemmung) mit Heparinprophylaxe kombinieren (Art und Dosis s. Anlage), Pantoprazol in Standarddosierung

Dauer der Thromboseprophylaxe mindestens 7 Tage (verlängert bei Risikokonstellation), optimale Dauer noch unklar, da Lungenembolien/Infarkte/Schlaganfälle auch nach Besserung auftreten können

Auf Blutungszeichen und Anzeichen für ein Nierenversagen ist zu achten.

Weitere fachliche Details enthält die Anlage.

Sauerstofftherapie

Beginn einer Sauerstoffinsufflation:

- bei Sättigung $\leq 93\%$ für Patienten OHNE Hyperkapnie-Risiko
- bei Sättigung $\leq 88\%$ bei Patienten MIT Hyperkapnie-Risiko

(Hyperkapnie-Risiko: vorbestehende Hypoxämie/Zyanose bei ausgeprägter Adipositas oder schwerer COPD – „Blue Bloater“ – Typ)

Sättigungsziel unter Sauerstoffinsufflation:

- Patient OHNE Hyperkapnie-Risiko: 92-96%
- Patient MIT Hyperkapnie-Risiko: 88-92%

mindestens 2-3x täglich Kontrolle mittels Pulsoxymetrie
cave: konsequente Desinfektion der Pulsoxymeter!

Dexamethason

bei Sauerstoffpflichtigkeit und Symptombeginn > 6 d:
6 mg 1-0-0 oral (i. m.) für 7 bis max. 10 d

mindestens 1x, besser 3x täglich Blutzuckerkontrolle

Fiebersenkung

erst bei > 39 Grad bzw. über 3 Tagen anhaltend > 38,5 Grad:
PCM oder Metamizol oral oder supp.

Analgesie

nach klinischer Maßgabe, auch Vermeidung von Schmerzatzmung:
PCM oder Metamizol oral oder supp.

Infusionstherapie

nur bei Exsikkosegefahr
flüssigkeitsrestriktiv (wenn hämodynamisch möglich)
falls i. v. nicht möglich als subcutane Infusion

Volumensteuerung mit Hilfe der Rekapillarierungszeit „capillary refill“

Antibiose

nur bei Verdacht auf bakterielle Superinfektion (v. a. bei CRP > 100mg/l):

Amoxicillin/Clavulansäure 3x 1g p.o.

bei Allergie Doxycyclin 200mg 1-0-0

(alternativ Ceftriaxon 1x 2g i.v. für 5-7 Tage
oder Ceftriaxon 2g i.m. für 3 Tage)

Atemtherapie

Heilmittelverordnung

Ggf. Lagerung

überdrehte Seitenlage mehrfach täglich für 1-2 h, wenn toleriert,
nicht bei Adipösen!

Zusätzliche Therapieempfehlung (nicht evidenzbasiert!):

Vitamin D

Bei allen (auch noch nicht infizierten Patienten) Substitution prüfen, und falls nicht vorbestehend, großzügig beginnen.

Rationale: Vitamin D Mangel bei Pflegeheimbewohnern im Winter ist häufig. Potentieller Nutzen bei minimalem Risiko, protektiver/therapeutischer Effekt wahrscheinlich umso stärker, je früher begonnen wird.

Optimale Dosis und Dauer ist unklar, in RCTs wird derzeit u. a. eine Loading dose von Vitamin D3 20.000 IE po. am ersten Tag, gefolgt von 2000 IE 1-0-0 p.o. getestet. Eine Substitution über mindestens 14 Tage erscheint sinnvoll – cave keine gleichzeitige Calciumsubstitution wegen Gefahr der Hypercalciämie.

Orientierungshilfe Thromboseprophylaxe/Blutverdünnung bei COVID-19 in Pflegeeinrichtungen (erstellt von Prof. J. Beyer-Westendorf [Dresden])

<u>Vor- bekannte GFR</u>	<u>Vor COVID keine Blutverdünnung</u>		<u>Vor COVID bereits bestehende Dauer-Antikoagulation (VKA, DOAC, Heparintherapie)</u>	<u>Vor COVID bereits bestehende Throm- bozytenhemmung</u>	
	Sympt.- COVID- Erkrankung OHNE Sauerstoffbedarf (milder Verlauf)	- Sympt.- COVID- Erkrankung MIT Sauer- stoffbedarf (klinisch rele- vante Pneumonie) oder hohes VTE-Risiko (Z.n. VTE; BMI > 40)	Bei Blutungszeichen oder Anhalt für erhebliche Ver- schlechterung der Nierenfunktion Einweisung diskutie- ren	Primärprophylaxe (bisher kein Apop- lex, keine KHK keine Stents/Bypässe)	Z.n. Apoplex, AMI oder Stents/Bypässe
eGFR > 50 ml/min*	Standardprophylaxe z.B. Clexane 40 mg Fraxiparin 0,4 ml Fragmin P 2500 IE MonoEmbolex 3000 IE Innohep 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Hochrisikoprophylaxe (= 2 x tgl. !!!) Clexane 2 x 40 mg Fraxiparin 2 x 0,4 ml Fragmin P 2 x 2500 IE MonoEmbolex 2 x 3000 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Antikoagulation weiterführen, solange keine Blu- tungszeichen und kein Anhalt für Verschlechterung der Nierenfunktion	Absetzen und dafür Einleitung einer Hepar- inprophylaxe (s. Spalten „bisher keine Blutverdünnung“)	Weiterführung Throm- bozytenhemmung: „mono“, wenn insge- samt unkomplizierter COVID-Verlauf Kombination mit Hepar- inprophylaxe (s. Spalten „bisher keine Blutver- dünnung“), sobald Sauerstoffpflichtigkeit besteht. Kombination mit vorbe- stehender therap. Antikoagulation, wenn auch vor COVID bereits Kombinationstherapie indiziert war Magenschutz mit Pan- tozol in Standarddosis zu empfehlen
eGFR 20-50 ml/min *	Standardprophylaxe mit geringem Akkumulationsri- siko; z.B. Fragmin P 2500 IE MonoEmbolex 3000 IE Innohep 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Hochrisikoprophylaxe (= 2 x tgl. !!!) mit geringem Akkumulationsri- siko; z.B. MonoEmbolex 2 x 3000 Fragmin P 2 x 2500 Innohep 2 x 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- max. 14d (individuell ggf. auch länger)	Vorher VKA, Eliquis oder Xarelto: möglichst so belas- sen (haben allesamt geringes renales Akkumulationsri- siko) Vorher Pradaxa oder Lixiana: Umstellung auf NMH, wobei in aller Regel halbtherapeutische Dosierung (100 IE pro kg pro Tag) eines renal wenig akkumulie- renden NMH eingesetzt werden sollten: MonoEmbolex oder Fragmin oder Innohep sind hierfür zu bevorzugen		
eGFR < 20 ml/min *	Keine Standardprophylaxe wegen annhembar ungüns- tigem Risiko-Nutzen- Verhältnis	UFH 3 x 5000 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d	Vorher VKA: möglichst so belassen Alle anderen: UFH 3 x 7500 IE oder Einweisung erwä- gen		

* Alle Empfehlungen setzen voraus, dass keine Kontraindikationen wie etwa aktive Blutung, sehr hohes Blutungsrisiko, akutes Nierenversagen oder Z.n. HIT bestehen – ansonsten Einzelfallentscheidung notwendig. **ATS:** Es ist zwar annehmbar, dass eine Kompressionsstrümpfe die Wirkung einer medikamentösen Prophylaxe noch steigern würde, allerdings erfordern sie einen intensiven Kontakt zwischen Patient und Pflegepersonal. Solche Maßnahmen sind bei COVID-Patienten daher im Allgemeinen abzulehnen und nur empfehlenswert, wenn keine medikamentöse Prophylaxe durchgeführt werden kann.