



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Covid-19: Schutz der besonders vulnerablen Gruppen geboten

Evidenz zu Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen weiterhin mangelhaft

**VON PROF. DR. ANDREAS SÖNNICHSEN UND PROF. DR. GABRIELE MEYER
IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Im 3. Quartal 2020 kam es trotz umfangreicher Tests, Kontaktnachverfolgung, Maskenpflicht und weitreichender Einschränkungen zu einer beständigen Zunahme der Test-Positiven, der im Krankenhaus und auf Intensivstationen Behandelten sowie letztlich auch der Todesfälle durch COVID-19 [1,2].

Ogleich es an systematischen Zahlen fehlt, dürfte die kumulative Gesamt-Letalität der Pandemie ganz wesentlich durch die Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegesettings bestimmt sein [3].

Schätzungen zu Folge sind etwa die Hälfte aller COVID-19-Todesfälle in Deutschland in der Gruppe der Alten- und Pflegeheimbewohner zu verzeichnen [4].

Ähnliche Zahlen werden für andere Länder wie zum Beispiel die USA berichtet [5]. Dem wirksamen

Schutz dieser äußerst vulnerablen Gruppe sollte daher höchste Priorität eingeräumt werden.

BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Doch wie kann dieser Schutz aussehen und welche Evidenz liegt vor zum Nutzen und Schaden von Schutzmaßnahmen?

In einer retrospektiven Kohortenstudie aus Frankreich wurden 17 Pflegeheime, deren Pflegenden sich freiwillig mit den Bewohnern in den Heimen isoliert hatten (das Personal blieb abgesehen von wenigen Ausnahmen sieben Tage durchgehend im Heim, dann erfolgte ein Schichtwechsel), mit Heimen ohne diese Maßnahme aus einem nationalen Survey verglichen. Die Covid-19 assoziierte Todesfallrate lag um geschätzte 80 % unter der Rate der Heime ohne diese Maßnahme (Odds Ratio 0,22; 95 % CI 0,09-0,53) [6]. Das Studiendesign lässt jedoch keine belastbare Aussage zu. Prospektive kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung wären dringlich.

Eine Studie aus den USA untersuchte die Wirksamkeit von präventivem Testen in 28 Pflegeheimen [7]. In 13 Pflegeheimen, in denen präventiv das gesamte Personal und alle Bewohner getestet wurden, erkrankten 17 von 1163 Personen (Personal und Bewohner) und drei Bewohner verstarben (0,26 %). In 15 Vergleichseinrichtungen, in denen erst nach Auftreten des ersten Erkrankungsfalls getestet wurde, erkrankten 723 von 1705 Personen und 109 verstarben (6,4 %). Aus diesen Zahlen

lässt sich schätzen, dass das präventive Testen die Todesrate relativ um 96 % (95 % CI 87,3-98,7) reduziert hat. Auch hier erlaubt das Studiendesign keine belastbare Aussage und es wäre dringend geboten, den Effekt präventiven Testens in einer Cluster-randomisierten Studie zu überprüfen.

Eine weitere Studie aus Frankreich verglich die Wirksamkeit des Unterteilens von Pflegeheimen in Bereiche und die strikte Zuteilung des Personals zu einzelnen Bereichen (n=74 Pflegeheime) versus Heime ohne diese Maßnahme (n=50). Die Odds Ratio, an COVID-19 zu erkranken, betrug für die Heime mit Bereichsunterteilung 0,19 (95 % CI 0,07-0,48). Aus den Zahlen lässt sich eine relative Risikoreduktion um 71 % (95 % CI 42,1-85,6) abschätzen [8].

Auch aus dieser Studie können natürlich keine belastbaren Aussagen abgeleitet werden, aber es wäre geboten, die Maßnahme in einer kontrollierten Studie zu evaluieren.

STUDIEN IN DEUTSCHLAND FEHLEN

Diese drei Studien zeigen, dass vergleichende Studien zur Prävention von COVID-19-Erkrankung und Sterblichkeit möglich sind. Die Effekte der gewählten Maßnahmen müssen wissenschaftlich abgesichert werden. Prospektive kontrollierte Studien, auch randomisierte kontrollierte Studien sind geboten, wenn es um die Reduktion der Unsicherheit geht, wie die besonders gefährdete Population älterer und pflegebedürftiger Menschen durch gezielte Maßnahmen geschützt werden kann. Noch ist die Evidenz für derartige Maßnahmen begrenzt.

Die sehr früh im Pandemiegesehen formulierten Forderungen aus der Wissenschaft [9] nach einer soliden klinisch-epidemiologischen Datenbasis durch zielgerichtetes Testen, systematische Dokumentation, Aufbau eines Registers und Beforschung von Versorgungsmodellen, Einrichtung einer Task-Force für das koordinierte Handeln im Umgang mit dem Setting Pflegeheim sind bis heute hierzulande nicht umgesetzt. Jüngst empfohlen wurden präventive Schulungsteams in den Heimen, Krisen-Interventionsteams im Infektionsfall (bestehend aus Akteuren in den Heimen und außerhalb), pflegerische Notfalldienste (bei Personalmangel aufgrund von Quarantäne und Krankenstand) und Test-Teams [3].

Weitere mögliche Maßnahmen zum Schutz von Pflegeheimen sind die konsequente Anwendung von FFP2-Masken durch alle Pflegenden während des unmittelbaren Kontaktes bei Pflegehandlungen, verpflichtendes Tragen von FFP2-Masken durch Besucher während des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung und der Einsatz von Antigen-Schnelltests bei Besuchern vor Betreten der Einrichtung. Zur Evaluation der Effekte des Einsatzes dieser Maßnahmen fehlen Studienprotokolle.

Zwar ist die Evidenz für die Überlegenheit von FFP2-Masken gegenüber chirurgischen Masken begrenzt, aber es konnte gezeigt werden, dass die Kontamination der Umgebung mit Viruspartikeln beim Husten infektöser Personen durch FFP2(N95-)Masken gegenüber chirurgischen Masken deutlich reduziert wird [10]. Es hätte sich angeboten, in randomisierten kontrollierten Studien Pflegeheime, die chirurgische Masken für das Personal und die Besucher nutzen, mit Einrichtungen zu vergleichen, in denen FFP2-Masken eingesetzt werden, und so aussagekräftige Ergebnisparameter zu untersuchen wie die Häufigkeit von Covid-19 Erkrankungen und assoziierten Todesfällen.

BEDEUTUNG VON SOZIALER TEILHABE UND LEBENSQUALITÄT

Soziale Teilhabe und Lebensqualität müssen auch unter pandemischen Bedingungen konkurrenzlose Ziele der Langzeitpflege sein. Sie sind mit dem Infektionsschutz in Einklang zu bringen [11]. Statt Besuche pauschal zu verbieten und die Bewohner so von ihren Angehörigen und Freunden zu isolieren, sollten die oben beschriebenen Maßnahmen implementiert und evaluiert werden. Die Einrichtungen benötigen finanzielle Unterstützung durch die Politik. Tests und Masken müssen durch öffentliche Mittel finanziert und bereitgestellt werden. Ähnliche Maßnahmen sollten auch für die ambulante Pflege gelten.

AUSSETZEN DER DOKUMENTATION GEFÄHRDET DIE BEWOHNER

Selbstredend wird es mit einer auf die vulnerablen Gruppen fokussierten Strategie nicht gelingen, Pflegeheime gänzlich vor COVID-19-Infektionen zu schützen. Doch muss bei dieser Strategie das Augenmaß zwischen Einschränkung der Grundrechte und des sozialen



Lebens für die Betroffenen und dem Schutz vor der Erkrankung gewahrt werden [12].

Die Möglichkeiten für einen nachhaltigen und sozial verträglichen Schutz von vulnerablen Personen in der bisherigen Strategie der Pandemiebekämpfung sind bei weitem nicht ausgeschöpft und müssen dringend in den Vordergrund rücken, um die soziale „Tragödie“ der Pflegeheimbewohner nicht weiter willfährig zu tolerieren [13].

Pflegeheimbewohner sind ohnehin in ihren sozialen Kontakten depriviert und in besonderem Maße auf Kontaktpflege mit nahestehenden Menschen angewiesen. Eine Kontaktsperre über Wochen bis Monate verletzt ihre Persönlichkeitsrechte und die körperliche und psychische Unversehrtheit. Langzeitpflegebedürftige Personen haben unter pandemischen Bedingungen sehr wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für Vernach-

lässigung, Gewalt und reduzierte Pflege- und Versorgungsqualität [14]. Auch die Qualitätsprüfungen des MDK sind weitgehend ausgesetzt und Dokumentationspflichten wurden gelockert. Es ist somit ein gefährliches Vakuum entstanden, in dem nicht einmal Angehörige und Besucher eine soziale Kontrolle wahrnehmen können.

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Leiter der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Literatur

1. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. AGES Dashboard COVID19 [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://covid19-dashboard.ages.at/>
2. Robert-Koch-Institut. COVID-19-Dashboard [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Aug 19]; Available from: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>
3. Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, u. a. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase – Ergänzende, aktualisierte Daten. [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Schrappe_4-1_Aktualisierung
4. Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Domhoff D, Friedrich A, Heinze F, Preuss B, u. a. Care homes and COVID-19: results of an online survey in Germany [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Nov 30]; Available from: <https://ltccovid.org/2020/07/16/care-homes-and-covid-19-results-of-an-online-survey-in-germany/>
5. Girvan G, Roy A. Nursing Homes & Assisted Living Facilities Account for 42% of COVID-19 Deaths [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Nov 30]; Available from: <https://freopp.org/the-covid-19-nursing-home-crisis-by-the-numbers-3a47433c3f70>
6. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B, u. a. Coronavirus Disease 2019 Outcomes in French Nursing Homes That Implemented Staff Confinement With Residents. *JAMA Netw. Open* 2020;3:e2017533.
7. Telford CT, Onwubiko U, Holland DP, Turner K, Prieto J, Smith S, u. a. Preventing COVID-19 Outbreaks in Long-Term Care Facilities Through Preemptive Testing of Residents and Staff Members - Fulton County, Georgia, March-May 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2020;69:1296–9.
8. Rolland Y, Lacoste M-H, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H, u. a. Guidance for the Prevention of the COVID-19 Epidemic in Long-Term Care Facilities: A Short-Term Prospective Study. *J. Nutr. Health Aging* 2020;24:812–6.
9. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Corona-Virus in unseren Pflegeheimen – ein evidenzfreies Drama in drei Akten. Stellungnahme [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-corona-pflegeheime-20200428.pdf>
10. Kim M-C, Bae S, Kim JY, Park SY, Lim JS, Sung M, u. a. Effectiveness of surgical, KF94, and N95 respirator masks in blocking SARS-CoV-2: a controlled comparison in 7 patients. *Infect. Dis. Lond. Engl.* 2020;52:908–12.
11. Augurzky B, Busse R, Gerlach F, Meyer G. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://www.bifg.de/news/2020-corona-richtungspapier>
12. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001l_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf
13. Krones T, Meyer G, Monteverde S. Medicine is a social science: COVID-19 and the tragedy of residential care facilities in high-income countries. *BMJ Glob. Health* 2020;5:e003172.
14. D’cruz M, Banerjee D. „An invisible human rights crisis“: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic - An advocacy review. *Psychiatry Res.* 2020;292:113369.