Erste Empfehlungen aus Deutschland

DGP: Wann und wie beatmen bei COVID-19-Pneumonie?

Die Lungenärzte haben ein Positionspapier zur COVID-19-Pneumonie vorgelegt. Es diskutiert die stadienabhängige Beatmung und betont die Wichtigkeit von Monitoring und Schutz des Personals.

Das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) ist die erste systematische Publikation zur Beatmungstherapie bei COVID-19 in Deutschland. Beteiligt waren zwölf Pneumologen mit Erfahrung in Beatmung und Leitlinienerstellung um Prof. Dr. Torsten Bauer vom Helios Klinikum Emil von Behring in Berlin und DGP-Präsident Prof. Dr. Michael Pfeifer von der Klinik Donaustauf. Grundsätzlich zeige sich zunehmend, dass es zwei Phasen der COVID-19 Pneumonie gebe, eine frühe und eine späte Phase, so Pfeifer. Die DGP redet von COVID-19-Pneumonie Typ L und Typ H. In der ersten Phase komme es zu einer zunehmenden Verschlechterung des Gasaustauschs mit einer teilweise deutlichen Abnahme der Sauerstoffsättigung: „In dieser Phase sind die Patienten trotzdem stabil und zeigen oft noch keine starke Atemnot“, so Pfeifer. Viele Patienten stabilisierten sich letztlich in dieser Phase. Andere wechseln in die zweite Phase mit subjektiv starker Atemnot und einem kritischen Abfall der Sauerstoffsättigung sowie in der Folge vor allem kardiovaskulären Organkomplikationen. „Das sind die Intensivpatienten.“

Engmaschiges Monitoring in der kritischen Phase

Entscheidend sei, den Übergang in die zweite Phase mit dann oft invasiver Beatmung rechtzeitig zu erkennen. Der kritische Zeitraum sei der 8.–12. Tag, so Bauer. Herzfrequenz, Blutdruck und Sauerstoffsättigung müssten in dieser Zeit engmaschig überwacht werden, da sich die Patienten teilweise innerhalb weniger Stunden deutlich destabilisierten. Das heiße aber nicht, dass die Patienten früher ins Krankenhaus eingewiesen werden müssten, betonte Bauer. Die DGP habe sich intensiv mit ambulanten Versorgern ausgetauscht. Es herrsche weitgehend Konsens, dass eine Einweisung erst dann erfolgen sollte, wenn ein Patient Luftnot und Infiltrationen in der Thorax-Übersichtsaufnahme, alternativ in anderen bildgebenden Verfahren, zeige.

Technisch plädiert die DGP für eine „apparative Differenzialtherapie“, die nicht nur an der O₂-Sättigung, sondern am klinischen Gesamtzustand des Patienten festgemacht werden sollte. Am Anfang könne eine O₂-Nasensonde stehen, die oft zur Stabilisierung ausreiche. Der nächste Schritt wäre ein High-Flow-System, das O₂ effektiver in die Lunge bringt. Es folgt die nicht invasive Beatmung mit kontinuierlichem, positivem Druck (CPAP), sofern es gelingt, damit patientensynchron zu beatmen und die Atemfrequenz zu reduzieren. Am Ende steht die invasive Beatmung, mit der die Intensivmediziner „nicht zu früh und nicht zu spät“ (Pfeifer) starten sollten. Der Hintergrund dieses zurückhaltenden Vorgehens wird von der DGP ausführlich er-

Bis bei einer COVID-19-Pneumonie invasiv beatmet werden muss, gibt es Zwischenschritte.

läutert. Demnach seien zwar die Berlin-Kriterien des Atemnotsyndroms der Erwachsenen (ARDS) bei früher COVID-19-Pneumonie oft funktionell und radiologisch erfüllt. Pathophysiologisch unterscheide sich die Situation vom „normalen“ ARDS aber deutlich: „Dies hat erhebliche Implikationen für die Indikation zur apparativen Differenzialtherapie“, heißt es im DGP-Papier. Nach allem, was man bisher wisse, hätten die COVID-19-Patienten in der L-Phase eine eher gute Lungen-Compliance und entsprechend überraschend wenig subjektive (Ruhe-)Dyspnoe. Eine Hypothese ist, dass primär eine Ventilations-Perfusionsstörung vorliegt: Möglicherweise versagt in den COVID-19-Lungenarealen mit interstitiellem Ödem, die in der Bildgebung als Milchglasareale imponieren, die hypoxische Vasokonstriktion. Der resultierende Shunt könnte die niedrige O₂-Sättigung auch ohne den ARDS-typischen, diffusen Alveolarschaden erklären. Erst im späteren Stadium „kippt“ die ganze Situation in diesem Modell in Richtung klassisches ARDS.

Stellungnahme zur Reha nach COVID-19-Pneumonie

Die DGP adressiert in ihrem Positionspapier auch prominent die Personalsicherheit. Generell gelte, dass der Schutz des Personals ein unverzichtbares Element der COVID-19-Versorgung sei, so Pfeifer. Besonders bei der Intubation seien maximale Schutzausrüstung und eine Minimierung des Personals im Raum nötig. Bei der normalen Betreuung der apparativ beatmeten Patienten gebe es aber kein exorbitant hohes Risiko, sofern Kittel, Augenschutz und FFP2/3-Maske bei patientennahen Tätigkeiten konsequent genutzt würden: „Wir haben bisher keinen Hinweis, dass gehäufte Infektionen des Personals auftreten.“

Das letzte Wort in Sachen COVID-19 ist die Veröffentlichung des DGP-Positionspapiers natürlich nicht. Es handele es sich um eine Momentaufnahme, so Pfeifer. Erste Publikationen zu Überlebensdaten beatmeter Patienten mit COVID-19 seien für Deutschland in zwei Wochen (Anfang Mai) zu erwarten. Auf Basis dieser Daten wird dann über Beatmungstechniken sicher noch einmal diskutiert werden. Was die gelegentlich postulierten Langzeitschäden angehe, herrsche wohl erst in einigen Monaten mehr Klarheit. Bauer und Pfeifer kündigten auch an, dass die DGP in Kürze gemeinsam mit Rehabilitationsmedizinern ein Positionspapier zur Rehabilitation nach COVID-19-Pneumonie vorlegen werde.

Philipp Grätzel

Weitere Infos: Positionspapier der DGP zur Beatmung bei COVID-19, Aktuelles und Interviews: <https://pneumologie.de/aktuelles-service/covid-19/>

Quelle: Online-Presskonferenz der DGP zum Erscheinen der wissenschaftlichen Empfehlung zur Beatmungstherapie bei COVID-19 am 17.4.2020.