



Weisung des Stadtrats an den Gemeinderat

vom 11. Januar 2023

GR Nr. 2023/3

Postulat von Marion Schmid und Marcel Savarioud betreffend Auswertung der Handhabung und der Auswirkungen der Corona-Pandemie in den städtischen Alters- und Pflegezentren, Bericht und Abschreibung

Am 6. Januar 2021 reichten die Mitglieder des Gemeinderats Marion Schmid und Marcel Savarioud (beide SP) folgendes Postulat GR Nr. 2021/6 ein, das dem Stadtrat am 20. Januar 2021 zur Prüfung überwiesen wurde:

Der Stadtrat wird aufgefordert zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die Handhabung und die Auswirkungen der Corona-Pandemie in den städtischen Alters- und Pflegezentren ganzheitlich ausgewertet werden.

Dies soll unter Einbezug aller relevanten Aspekte und aller Anspruchsgruppen (Mitarbeitende aller Hierarchie-Stufen, Bewohnende, Angehörige) geschehen. Die Analyse soll kritische Punkte transparent machen und mögliche Verbesserungspotenziale für die Zukunft aufzeigen, aber auch positive Aspekte und erfolgreiche Massnahmen beleuchten und würdigen.

Begründung:

Die Corona-Pandemie hat nicht nur für die Spitäler, sondern in vergleichbarem Umfang auch für die Alters- und Pflegeheime enorme Herausforderungen und Belastungen gebracht. Es kam an vielen Standorten der städtischen Alters- und Pflegezentren zu zahlreichen Ansteckungen und vielen Todesfällen. Hinzu kam anfänglich die Unsicherheit über Ansteckungswege und der Mangel an Schutzmaterial für Mitarbeitende. Die komplette Abschottung der Institutionen auf Geheiss der Behörden brachte massive soziale Einschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen sowie entsprechende Belastungen für das Personal. Die zweite Welle war geprägt von ständigem Abwägen der angemessenen Schutzmassnahmen, die Ansteckungen innerhalb einer Institution doch oft nicht verhindern konnten.

Im Gegensatz zu den Spitälern erfuhren die Langzeitinstitutionen ungleich weniger Wertschätzung. Sowohl seitens der Angehörigen wie auch durch die Medien wurden die Arbeit und die Massnahmen der betroffenen Institutionen in den meisten Fällen oftmals sehr kritisch beurteilt. Mit all diesen Aspekten erfüllt die Pandemie sämtliche Kriterien einer Krise. Aus der Forschung ist hinlänglich bekannt, wie zentral in Krisensituationen eine fundierte Nachbereitung ist, die die emotionale Verarbeitung der Krise ermöglicht und traumatische Folgen mindern kann. Entsprechend soll die Analyse einerseits kritische Aspekte transparent machen, um aus den Erfahrungen zu lernen und in Zukunft auf ähnliche Situationen besser vorbereitet zu sein. Andererseits soll sie aber auch positive Aspekte und erfolgreiche Massnahmen beleuchten und die ausserordentlichen Leistungen der Betroffenen würdigen.

1. Zweck der Vorlage

Die städtischen Gesundheitszentren für das Alter (GFA, vormals Alters- und Pflegezentren) haben in Erfüllung des Postulats GR Nr. 2021/6 einen ausführlichen Bericht zur Handhabung und zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie erstellt (Beilage). Mit dieser Vorlage beantragt der Stadtrat dem Gemeinderat, vom Bericht Kenntnis zu nehmen und das Postulat GR Nr. 2021/6 als erledigt abzuschreiben.

Die Beantwortung von zwei weiteren, thematisch verwandten parlamentarischen Vorstössen ist zum Zeitpunkt des vorliegenden Berichts hängig: Zum einen Postulat GR Nr. 2020/245 mit Frist am 24. Juni 2023 betreffend Entscheidungen während der Corona-Pandemie, die Wirksamkeit der Massnahmen und die möglichen Optimierungsmöglichkeiten für künftige Notfallmassnahmen; zum anderen Motion GR Nr. 2020/157 mit Frist vom 12. Januar 2024 betreffend



Notfalllager für Schutzmaterialien im Rahmen der Pandemieplanung. Auf die Fragestellungen dieser beiden Vorstösse wird im vorliegenden Bericht deshalb nicht näher eingegangen.

2. Ausgangslage

Die GFA sind als eine der schweizweit grössten Institutionen der stationären Langzeitpflege seit vielen Jahren kantonal und national vernetzt und anerkannte Vorreiterin und Themenführerin im Langzeitbereich. Die Grösse und die hohe Fachlichkeit der GFA inklusive eines haus-eigenen geriatrischen ärztlichen Dienstes (seitens der ehemaligen Pflegezentren) erwiesen sich bei der Bewältigung der Corona-Pandemie als Vorteil verglichen mit anderen Institutionen der Langzeitpflege, die teils deutlich weniger Ressourcen zur Verfügung hatten. Entsprechend nahmen die GFA in der Pandemie ihre Verantwortung für den Langzeitbereich aktiv wahr, führten eigene Analysen durch und brachten ihre Erkenntnisse und Vorschläge laufend bei Verbänden, bei der kantonalen Gesundheitsdirektion und beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein. Gleichzeitig unterstützten die GFA nach Möglichkeit auch andere Institutionen der Langzeitpflege mit spezifischem Handlungswissen. Schliesslich konnten die GFA durch die zusätzliche Aufnahme von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten aus den Spitälern die städtische Gesundheitsversorgung entlasten und unterstützen.

Wie alle Institutionen der Langzeitpflege waren auch die damaligen städtischen Alters- und Pflegezentren bei der Bewältigung der Corona-Pandemie in doppelter Hinsicht betroffen: Einerseits mussten weitreichende und aufwendige Schutzmassnahmen im Pflege- und Betreuungsalltag implementiert werden, und andererseits waren in diesem Setting zusätzlich auch an COVID-19 erkrankte Bewohnende fachgerecht zu behandeln und zu pflegen. Darüber hinaus hatten die Institutionen der Langzeitpflege immer wieder mit Personalausfällen aufgrund von Quarantänebestimmungen und COVID-19-Erkrankungen zu kämpfen.

Die hohe Dynamik der Pandemie erforderte wiederholte Anpassungen der Schutzmassnahmen wie auch der Test- und Behandlungskriterien. In der ersten Welle von März bis Mai 2020 konzentrierten sich die COVID-19-Erkrankungsfälle vorerst auf wenige einzelne GFA-Betriebe. Diese Phase war geprägt von einer grossen gesellschaftlichen Unsicherheit und den strengen behördlichen Schutzmassnahmen. Auf bereits bestehende Grundlagen, wie etwa das Pandemiekonzept der ehemaligen Alters- und Pflegezentren von 2008, konnte zwar abgestützt werden. Dass die ältere Bevölkerung eine spezifische Risikogruppe ausmachen würde, sahen aber auch die bestehenden nationalen und kantonalen Pandemiepläne – basierend auf Erfahrungen aus vergangenen Pandemien – nicht voraus; entsprechend erhielten die Langzeitinstitutionen in der ersten Welle anfänglich wenig Beachtung, während vergleichsweise viel Aufmerksamkeit auf den Spitälern lag.

Zum Zeitpunkt der intensiven zweiten Pandemiewelle von Oktober 2020 bis Februar 2021 und den kürzeren Wellen im Frühling und Sommer 2021 und insbesondere der starken fünften Welle von Oktober 2021 bis Mai 2022 war im Gesundheitswesen und bei den GFA bereits eine gewisse Routine im Umgang mit den Schutzmassnahmen etabliert worden; allerdings waren die Betriebe in den späteren Wellen zahlenmässig stärker von Erkrankungsfällen betroffen.



3. Bericht zur Handhabung und zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Gesundheitszentren für das Alter (ehemals Alters- und Pflegezentren)

Der vorliegende Bericht der GFA zur Handhabung der Corona-Pandemie (siehe Beilage) gibt eine umfassende Übersicht zu den getroffenen Massnahmen und zu ihren Auswirkungen. Er stützt sich auf unterschiedliche Informationsquellen und hat die Sichtweise der Bewohnenden und Angehörigen wie auch der Mitarbeitenden eingearbeitet. Die regelmässige Bewohnenden-Befragung (Alterszentren) wurde während der Pandemie um spezifische Fragen ergänzt. Anlässlich eines umfassenden Workshops über sämtliche Betriebe der GFA im September 2021 wurden die Belastungen und Auswirkungen der Pandemiebewältigung zusammengetragen, gemeinsam analysiert und wichtige «lessons learned» abgeleitet. Entsprechend thematisiert der Bericht (Beilage) sowohl kritische wie auch gelungene Aspekte der Pandemiebewältigung und zeigt Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft auf.

Belastung der Bewohnenden

Für die Bewohnenden der GFA bedeuteten die zeitweise erhöhten Erkrankungs- und Todesfälle und die weitreichenden Schutzmassnahmen eine enorme Belastung, die auch durch verschiedene flankierende Massnahmen nicht immer gemildert werden konnte (z. B. Tablets für die Kommunikation mit Angehörigen, Einrichtung von geschützten Besuchszonen, zusätzliche Unterstützung durch freiwillige Mitarbeitende).

Dennoch geht aus Gesprächen mit Bewohnenden wie auch mit Mitgliedern des Bewohnenden-Rats hervor, dass die meisten mit ihrer Situation gut umgehen konnten. Sie schätzten die getroffenen bzw. verordneten Schutzmassnahmen grösstenteils (ausgenommen das Besuchsverbot). Anlässlich der Bewohnendenbefragung von 2021 in den ehemaligen Alterszentren äusserten sich 84,3 Prozent bezüglich der Frage zum allgemeinen Umgang mit der Pandemie als «sehr zufrieden» oder «eher zufrieden». Hinsichtlich der getroffenen Schutzmassnahmen bezeichneten sich 88,5 Prozent als «sehr zufrieden» oder «eher zufrieden», während 2,1 Prozent diesbezüglich «sehr unzufrieden» oder «eher unzufrieden» waren. Viele Bewohnende äusserten sich vor allem im Setting der ehemaligen Alterszentren positiv darüber, dass sie die Pandemie nicht alleine zu Hause durchstehen mussten, sondern diese Zeit – bei allen Einschränkungen – in einer Gemeinschaft verbringen konnten.

Medizinische und pflegerische Versorgung

Insgesamt betrachtet konnte die GFA während der Corona-Pandemie für ihre Bewohnenden trotz der sehr schwierigen Umstände eine gute Betreuung und Pflege gewährleisten. Allerdings erwies sich die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der ehemaligen Alterszentren¹ als unerwartete Herausforderung. Neben dem grossen administrativen Mehraufwand für die hausärztliche Betreuung, insbesondere der an COVID-19 erkrankten Bewohnenden, sahen sich einzelne Hausärztinnen oder -ärzte während der Pandemie nicht in der

¹ Im Gegensatz zu den ehemaligen Pflegezentren mit eigenem geriatrischem Dienst wird die ärztliche Versorgung in den ehemaligen Alterszentren – wie in den meisten Institutionen der Langzeitpflege üblich – durch individuelle Hausärztinnen und Hausärzte wahrgenommen.



4/7

Lage, ihre Patientinnen und Patienten vor Ort zu betreuen. Die ehemaligen Alterszentren kooperierten mit einem externen Arzt, der in den dringendsten Fällen einspringen konnte. Heute – im Zuge der Zusammenlegung der Alters- und Pflegezentren – kann der geriatrische Dienst in solchen Fällen Rückhalt geben. Aufgrund der Erfahrungen in der Pandemie werden nun Wege gesucht, wie die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten künftig verbessert werden kann.

Für die schwer an COVID-19 erkrankten Bewohnenden der GFA erwies sich eine gute Palliative-Care-Versorgung als essenziell. Eine Überweisung in ein Spital wurde von diesen Bewohnenden oft nicht gewünscht. Die GFA-Betriebe konnten auf das in den ehemaligen Pflegezentren bereits bestehende interprofessionelle Palliativ-Fachwissen zugreifen. Zusätzlich stand die Palliative-Care-Hotline des Stadtspitals Zürich zur Verfügung.

Belastung der Mitarbeitenden

Um die Mitarbeitenden bestmöglich zu unterstützen und zu entlasten und um absehbare Personalausfälle aufgrund von COVID-19 aufzufangen, traf die GFA gleich zu Beginn der Pandemie intensive Rekrutierungsmassnahmen. So konnten die Stellenpläne der ehemaligen Alterszentren und der ehemaligen Pflegezentren während der Pandemie vorübergehend erhöht werden. Zusätzlich stand eine Leitende Ärztin des geriatrischen Dienstes im Sinne einer Anlaufstelle sämtlichen Mitarbeitenden für Fragen zur Verfügung.

Die GFA versuchten zudem, die freiwilligen Mitarbeitenden gezielt einzubinden. Allerdings war die Zahl dieser zusätzlichen personellen Ressourcen beschränkt, weil viele der bestehenden freiwilligen Personen in den Betrieben selber zur Risikogruppe der über 65-Jährigen gehörten und somit über längere Zeit nicht miteinbezogen werden konnten.

Mitarbeitende der Pflege, Therapien oder Ärzteschaft mit Risikoerkrankungen wurden so eingesetzt, dass sie keinen direkten Kontakt mehr mit den Bewohnenden hatten (z. B. Arbeiten im administrativen Bereich). Seit Pandemiebeginn konnte in den ehemaligen Pflegezentren keine signifikante Abwanderung von Mitarbeitenden beobachtet werden (von den ehemaligen Alterszentren stehen keine entsprechenden Zahlen zur Verfügung).

Vor allem in der Anfangsphase der Pandemie hatten viele Mitarbeitende Fragen bezüglich der Hygienemassnahmen und waren besorgt um ihren Selbstschutz. Um den Betrieben mehr Sicherheit zu geben, wurden sie von Hygienefachpersonen besucht. Neue Mitarbeitende und Freiwillige wurden vor dem Einsatz bezüglich der Hygienethematik geschult. Trotzdem fühlten sich einige Mitarbeitende weiterhin unsicher und hätten sich diesbezüglich eine engere Begleitung durch Fachpersonen gewünscht. So war der korrekte Selbstschutz auch ein häufiges Thema in der ärztlichen Telefonsprechstunde für Mitarbeitende.

Schutzmaterial

Als Folge der anfänglichen Konzentration der Behörden auf die Unterstützung der Akutspitäler bestand für die GFA (damals noch Alters- und Pflegezentren) beziehungsweise die gesamte Langzeitversorgung ein Risiko von Engpässen hinsichtlich des benötigten Schutzmaterials. Innerhalb der Stadtverwaltung konnten chirurgische Masken aus dem bereits bestehenden stadt eigenen Lager verteilt werden. Ein ebenfalls zeitweiliger Lieferengpass von Händedesin-



5/7

fektionsmittel wurde durch Eigenproduktionen der Spitalapotheke des Stadtsitals Zürich sowie zusätzliche Lieferungen aus der Kantonsapotheke aufgefangen. Ab März 2020 wurde das städtische Pandemielager kontinuierlich ausgebaut; die Betriebe beziehen daraus immer noch diverses Schutzmaterial wie z. B. Masken, Nitrilhandschuhe und Schutzmäntel.

Zusammenarbeit der Akteure, Rolle der GFA und behördliche Vorgaben

Die gegenseitige Unterstützung der Gesundheitsinstitutionen innerhalb des Gesundheits- und Umweltdepartements (GUD) und auch darüber hinaus (insbesondere Spitex Zürich) hat die Institutionen im Umgang mit der Pandemie gestärkt. Die GFA haben ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit den Verbänden und anderen Institutionen der Langzeitpflege geteilt. Zahlreiche Unterlagen der GFA wurden via CURAVIVA an andere Institutionen weitergegeben (z. B. zu Hygienestandards oder zur Umsetzung von Schutzmassnahmen). Im Verlauf der Pandemie konnte sich der GFA-eigene geriatrische Dienst der ehemaligen Pflegezentren mit der kantonalen Gesundheitsdirektion enger austauschen und die Interessen der Langzeitpflege auch beim BAG einbringen.

Anlässlich einer aussergewöhnlichen Ausbruchssituation im April 2020 führte der geriatrische Dienst in Absprache mit dem Vorsteher des GUD, dem Stadtsital Zürich und der kantonalen Gesundheitsdirektion in den damaligen Pflegezentren pionierhaft umfassende Reihentestungen bei der Bewohnerschaft und bei Mitarbeitenden durch. Die Ergebnisse dieses Grossversuchs zeigten die Dynamik des Infektionsgeschehens bei der älteren Bevölkerung schweizweit in einem neuen Licht und wurden in der Folge in den nationalen Testempfehlungen berücksichtigt.

Im Auftrag des Kantons Zürich leiteten der Präsident von CURAVIVA Zürich und die Ärztliche Direktorin der GFA später die kantonale Impfgruppe, die die Impfung in den Langzeitinstitutionen im Kanton Zürich organisierte und umsetzte. So konnte sichergestellt werden, dass der Impfprozess in einer für die Heime angepassten Form durchgeführt wurde. Alle Bewohnenden und Mitarbeitenden, die das wünschten, konnten in den rund 380 Betrieben im Kanton Zürich geimpft werden.

Die Organisation des Impfprozesses war für die einzelnen Betriebe mit viel Aufwand verbunden (Einwilligungen der Bewohnenden bzw. der sie gesetzlich Vertretenden einholen; wiederholte Neuanpassung der Planung des Impfprozesses, da die Verfügbarkeit des Impfstoffes nicht immer sichergestellt war). Um die Mitarbeitenden der GFA für eine Impfung zu motivieren, wurde eine eigene Kampagne lanciert.

Auch wenn die GFA im Umgang mit der Pandemie gewisse Handlungsspielräume hatten, wurden die meisten Massnahmen vom Kanton oder vom Bund vorgegeben. Aus Sicht der Langzeitinstitutionen erfolgten neue Vorgaben insbesondere in den ersten Phasen der Pandemie sehr kurzfristig, wodurch die Kommunikation und Abstimmung in den Betrieben massiv erschwert wurden (das BAG informierte jeweils am Mittwoch, die kantonale Gesundheitsdirektion am Freitag, und die Umsetzung hatte ab Montag Gültigkeit, teils auch an Feiertagen). Die GFA-interne Informationsflut hinsichtlich pandemiebedingter Prozessanpassungen war für die einzelnen Betriebe fast nicht zu überblicken.



4. Fazit

In der Corona-Pandemie erfolgte der Austausch zwischen der Stadt und dem Kanton Zürich unbürokratisch und lösungsorientiert; die Institutionen des GUD inklusive Spitex Zürich haben erfolgreich zusammengearbeitet. Den städtischen GFA (ehemals Alters- und Pflegezentren) kamen ihre Grösse, ihre spezialisierten Fachpersonen und ihre gute Vernetzung zugute. Sie konnten von Anfang an ihre Erfahrungen und Erkenntnisse auf Bundes- und Kantonsebene einbringen, andere Heime mit Fachwissen unterstützen und gleichzeitig die Akutspitäler entlasten, indem sie teils Patientinnen und Patienten mit COVID-19 aus den Spitälern übernahmen.

Die Bewohnenden der GFA erhielten trotz der sehr schwierigen Umstände insgesamt betrachtet eine qualitativ gute Betreuung und Pflege. Es zeigte sich jedoch, dass in der Krise die Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen in den ehemaligen Alterszentren und den jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzten der einzelnen Bewohnenden nicht in allen Fällen funktionierte und einen grossen Koordinationsaufwand mit sich brachte. Es werden nun Wege gesucht, wie diese Zusammenarbeit künftig verbessert werden kann.

Der Stadtrat schätzt den ausserordentlichen Einsatz, den die Mitarbeitenden der GFA geleistet haben. In der Krise haben neben den Pflegefachpersonen auch die Mitarbeitenden der Hotellerie, des technischen Dienstes, der Therapien, der Administration und der Services ausserordentliches geleistet. Zum Schutz der Mitarbeitenden ist in einer Pandemie nebst vielen weiteren Faktoren eine Versorgung mit adäquatem Schutzmaterial essenziell. Die Versorgungslage mit Schutzmaterial wurde im Frühling 2020 sehr knapp. Die GFA und die Stadt haben daraus gelernt; inzwischen wurden Reserven angelegt, sodass die Versorgungssicherheit heute deutlich höher ist.

Die GFA haben in allen Versorgungsbereichen und auf allen Organisationsebenen viel gelernt. Wie sich eine nächste Pandemie, bzw. ein ganz anderes Virus auswirken könnte, lässt sich nur schwer abschätzen. Die aktuelle Corona-Pandemie hat gezeigt, dass auch mit bestehenden Pandemieplänen nicht jede Situation und jedes Risiko vorweggenommen werden kann. Die Verantwortlichen der GFA erachten es als zentral, auch weiterhin hinsichtlich der Entwicklung des Coronavirus aufmerksam zu bleiben und eine angemessene Balance anzustreben zwischen einem aktiven, situativen Handeln und einer bestmöglichen Vorwegnahme künftiger Entwicklungen.

Dem Gemeinderat wird beantragt:

- 1. Vom Bericht betreffend Handhabung und Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Alters- und Pflegezentren der Stadt Zürich (Beilage, Fassung vom 16. Dezember 2022) wird Kenntnis genommen.**
- 2. Das Postulat, GR Nr. 2021/6, von Marion Schmid (SP) und Marcel Savarioud (SP) vom 6. Januar 2021 betreffend Auswertung der Handhabung und Auswirkungen der Corona-Pandemie in den städtischen Alters- und Pflegezentren wird als erledigt abgeschlossen.**



7/7

Die Berichterstattung im Gemeinderat ist dem Vorsteher des Gesundheits- und Umweltsportdepartements übertragen.

Im Namen des Stadtrats

Die Stadtpräsidentin
Corine Mauch

Die Stadtschreiberin
Dr. Claudia Cuche-Curti



Handhabung und Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Gesundheits- zentren für das Alter (ehemals Alters- und Pflegezentren) der Stadt Zürich

Eine Analyse der Bewältigungsstrategien

Beilage zu GR Nr. 2023/3

Zürich, 16. Dezember 2022



Impressum

Herausgeberin

Stadt Zürich
Gesundheitszentren für das Alter
Eggbühlstrasse 23
Postfach, 8050 Zürich

Tel. 044 412 44 44
stadt-zuerich.ch/gesundheitszentren

Inhalt

1 Zusammenfassung	5
2 Ausgangslage	8
2.1 Hintergrund	8
2.2 Vorgehen	8
2.3 Exkurs: Unterschiede der Versorgungsstrukturen der ehemaligen Alters- und Pflegezentren	9
3 Pandemieverlauf	12
3.1 Bewohner*innen von Langzeitinstitutionen als hoch vulnerable Risikogruppe	12
3.2 Auswirkungen auf die Betriebe	12
3.3 Ansteckungswege	16
4 Pandemiepläne und Organisation	18
4.1 Pandemiekonzept	18
4.2 Pandemiestab	19
4.3 Kennzahlen / Statusbericht	19
4.4 Pandemielager	19
4.5 Fazit und lessons learned	20
5 Pandemie im politischen Kontext	22
5.1 Zuständigkeiten: Bund, Kantone, Gemeinden	22
5.2 Zusammenarbeit kantonal	22
5.3 Zusammenarbeit stadtweit	22
5.4 Zusammenarbeit im GUD und mit Spitex Zürich	22
5.5 Zusammenarbeit mit Verbänden	23
5.6 Unterstützung für andere Heime im Kanton	23
5.7 Fazit und lessons learned	23
6 Sicht der Betroffenen: Auswirkungen auf Bewohner*innen und Mitarbeitende	24
6.1 Direktion und Kader der Betriebe	24
6.2 Mitarbeitende	25
6.3 Bewohner*innen und Angehörige	27
6.4 Fazit und lessons learned	29
7 Kommunikation	30
7.1 Kommunikationsgefässe	30
7.2 Betriebe und Mitarbeitende	30
7.3 Bewohner*innen und Angehörige	31
7.4 Verbände	31
7.5 Medien	31
7.6 Fazit und lessons learned	32
8 Fachliche Richtlinien und Vorgaben	33
8.1 Medizinisches Behandlungswissen	33
8.2 Testung, Reihentestungen	33

8.3	Hygiene	33
8.4	Therapieentscheide, Advance Care Planning und Notfallpläne	34
8.5	Palliation und Palliative Care Hotline des Stadtspitals	34
8.6	Forschung / Publikationen	34
8.7	Fazit und lessons learned	35
9	Schutzmassnahmen	36
9.1	Massnahmen Social Distancing	36
9.2	Aufnahmeregelungen	37
9.3	Fazit und lessons learned	37
10	Schutzmaterial	39
10.1	Beschaffung von Schutzmaterial	39
10.2	Desinfektionsmittel	40
10.3	Fazit und lessons learned	41
11	Impfung	42
11.1	Organisation der kantonsweiten Impfung von Heimbewohner*innen	42
11.2	Impfung der GFA-Bewohner*innen	42
11.3	Impfen der Mitarbeitenden	42
11.4	Fazit und lessons learned	43
12	Schlussbetrachtung	44
13	Literaturverzeichnis	46

1 Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht analysiert die Handhabung und der Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Gesundheitszentren für das Alter (GFA; ehemals Alters- und Pflegezentren der Stadt Zürich) über den Zeitraum von der ersten Welle im Februar/März 2020 bis im September 2022.

Die Beantwortung von zwei weiteren, thematisch verwandten parlamentarischen Vorstössen, ist zum Zeitpunkt des vorliegenden Berichts im GUD hängig: Zum einen Postulat GR Nr. 2020/245 mit Frist vom 24. Juni 2023 betreffend Entscheidungen während der COVID-19-Pandemie, die Wirksamkeit der Massnahmen und die möglichen Optimierungsmöglichkeiten für künftige Notfallmassnahmen; zum anderen Motion GR Nr. 2020/157 mit Frist vom 12. Januar 2024 betreffend Notfalllager für Schutzmaterialien im Rahmen der Pandemieplanung. Auf die Fragestellungen dieser beiden Vorstösse wird im vorliegenden Bericht deshalb nicht näher eingegangen.

Die vorliegende Analyse wurde in Beantwortung des Postulats GR Nr. 2021/6 von Marion Schmid und Marcel Savarioud verfasst, das den Stadtrat auffordert zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die Handhabung und Auswirkungen der Corona-Pandemie in den städtischen Gesundheitszentren (ehemalige Alters- und Pflegezentren) ausgewertet werden. Die Analyse soll aufzeigen, wo für die Zukunft Verbesserungspotential besteht, aber auch, welche Massnahmen sich während der COVID-19-Pandemie bewährt haben. Das soll unter Einbezug aller relevanten Aspekte und aller Anspruchsgruppen erfolgen. Die Analyse soll kritische Punkte transparent machen und mögliche Verbesserungspotenziale für die Zukunft aufzeigen, aber auch positive Aspekte und erfolgreiche Massnahmen beleuchten.

Die verschiedenen Pandemiewellen wirkten sich unterschiedlich aus und erforderten unterschiedliche Massnahmen. In der ersten Welle von März bis Mai 2020 waren nur wenige GFA-Betriebe von COVID-Ausbrüchen betroffen. Diese Phase war geprägt von einer generell grossen Unsicherheit und den strengen behördlichen Schutzmassnahmen. Es gab viele Fragen und nur wenige klare Antworten. Diese Zeit war sehr fordernd; niemand hatte Erfahrung im Umgang mit einer Pandemie.

Auf bereits bestehende Grundlagen, wie etwa das Pandemiekonzept der ehemaligen Alters- und Pflegezentren von 2008, konnte zwar abgestützt werden; die Realität sah jedoch in mancher Hinsicht anders aus. Dass die ältere Bevölkerung eine spezifische Risikogruppe ausmachen würde, sahen die bestehenden nationalen und kantonalen Pandemiepläne aufgrund der Erfahrungen mit früheren Pandemien nicht voraus; entsprechend erhielten die Langzeitinstitutionen in der ersten Welle vergleichsweise wenig Beachtung, während viel Aufmerksamkeit auf den Spitälern lag. Als Folge bestand für die Gesundheitszentren für das Alter (damals noch Alters- und Pflegezentren) bzw. die gesamte Langzeitversorgung ein Risiko von Engpässen hinsichtlich des benötigten Schutzmaterials. In der Stadt Zürich waren Schutzmasken – ein Teil des benötigten Schutzmaterials im vorbestehenden stadt-eigenen Pandemielager vorhanden. Der zeitweilige Lieferengpass von Händedesinfektionsmitteln konnte durch eine Eigenproduktion der Spitalapotheke des Stadtsitals aufgefangen werden.

Die gegenseitige Unterstützung in der Stadtverwaltung und auch darüber hinaus – mit benötigtem Material, aber auch mit Informationen und Fachwissen – war gross. Im Lauf

der Pandemie konnte sich der Geriatrie Dienst der Stadt Zürich (den ehemaligen Pflegezentren zugehörig) mit der kantonalen Gesundheitsdirektion enger austauschen und die Interessen der Langzeitpflege einbringen. Die Grösse der städtischen Alters- und Pflegezentren als Organisation und die hohe Fachkompetenz waren hierbei ein entscheidender Vorteil. Insbesondere der GFA-eigene Geriatrie Dienst erlaubte es, proaktiv und schnell auf das Pandemiegeschehen zu reagieren. Anlässlich einer aussergewöhnlichen Ausbruchssituation im April 2020 führte der geriatrie Dienst in den damaligen Pflegezentren, mit Unterstützung der Gesundheitsdirektion und in Abweichung der Vorgaben des Bundes, pionierhaft umfassende Reihentestungen bei Bewohner*innen und Mitarbeitenden durch. Die Ergebnisse dieses Grossversuchs zeigten die Dynamik des Infektionsgeschehens bei der älteren Bevölkerung schweizweit in einem neuen Licht und wurden in der Folge in den nationalen Testempfehlungen berücksichtigt.

Im Gegensatz zu den ehemaligen Pflegezentren mit eigenem Geriatrie Dienst wird die ärztliche Versorgung in den ehemaligen Alterszentren (wie in den meisten Heimen) durch individuelle Hausärzt*innen wahrgenommen. Eine Herausforderung bestand teilweise in der Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen in den ehemaligen Alterszentren und den jeweiligen Hausärzt*innen der einzelnen Bewohner*innen. Es zeigte sich, dass diese individuelle Grundversorgung in der Krise nicht in allen Fällen funktionierte und einen sehr grossen Koordinationsaufwand mit sich brachte. Einzelne Hausärzt*innen sahen sich während der Pandemie nicht in der Lage, ihre Patient*innen vor Ort zu betreuen. Die exASZ arbeiteten mit einem externen Arzt zusammen, der in den dringendsten Fällen einspringen konnte. Heute – im Zuge der Zusammenlegung der Alters- und Pflegezentren – kann der Geriatrie Dienst in solchen Fällen Rückhalt geben. Grundsätzlich sollen die Bewohner*innen der ehemaligen Alterszentren ihre Hausärztin, ihren Hausarzt möglichst behalten, wenn sie das wünschen. Es werden nun Wege gesucht, wie diese Zusammenarbeit künftig verbessert werden kann.

Aus Gesprächen mit Bewohner*innen wie auch den Bewohnerrät*innen geht hervor, dass die meisten mit ihrer Situation gut umgehen konnten. Sie schätzten die getroffenen Massnahmen (ausgenommen das Besuchsverbot) und haben die Massnahmen auch mitgetragen. Viele äusserten sich vor allem im Setting der ehemaligen Alterszentren positiv darüber, dass sie die Pandemie nicht alleine zu Hause durchstehen mussten, sondern diese Zeit in der Gemeinschaft verbringen konnten.

Um die Mitarbeitenden zu unterstützen und zu entlasten und um Personalausfälle aufgrund von COVID-Erkrankungen aufzufangen, wurden gleich zu Beginn der Pandemie intensive Rekrutierungsmassnahmen getroffen. So konnte in den ehemaligen Alters- wie auch in den Pflegezentren der Stellenplan erhöht werden. Zusätzlich stand eine Leitende Ärztin des geriatrie Dienstes den Mitarbeitenden für alle Fragen zur Verfügung.

Die ehemaligen Alters- und Pflegezentren haben der Kommunikation gegenüber den Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Zudem wurden verschiedene Massnahmen getroffen, um den Austausch zwischen den Bewohner*innen und ihren Angehörigen trotz des Besuchs- und Ausgangsstoppes möglichst aufrecht zu erhalten.

Zum Zeitpunkt der intensiven zweiten Pandemiewelle von Oktober 2020 bis Februar 2021, den kürzeren Wellen im Frühling und Sommer 2021 und insbesondere der

starken fünften Welle von Oktober 2021 bis Mai 2022 bestand bereits Routine im Umgang mit den Schutzmassnahmen; allerdings waren die Betriebe viel breiter und stärker von Fällen betroffen.

Dass so bald Impfungen zur Verfügung standen, war eine grosse Erleichterung. Die Organisation des Impfprozesses selbst war jedoch mit viel Aufwand verbunden (Einwilligungen der Bewohner*innen bzw. deren Vertreter*innen einzuholen; wiederholte Neuanpassung der Planung des Impfprozesses, da die Verfügbarkeit des Impfstoffs nicht immer sichergestellt war). Um Mitarbeitende zu einer Impfung zu motivieren, wurde eine eigene Kampagne lanciert.

Zusammen mit dem Heimverband CURAVIVA organisierte der Geriatrie Dienst der GFA die Impfplanung über sämtliche Institutionen der Langzeitpflege im Kanton Zürich. Die zahlreichen Grundlagenpapiere wurden allen Heimen einheitlich zur Verfügung gestellt. Auch bezüglich des Umgangs mit weiteren pandemiebezogenen Herausforderungen wurden die ehemaligen Pflegezentren von anderen Heimen um Rat gefragt. Zahlreiche Unterlagen der GFA wurden via CURAVIVA an andere Institutionen weitergegeben (z. B. zu Hygienestandards oder zur Umsetzung von Schutzmassnahmen). Zudem konnten die ehemaligen Pflegezentren die Interessen der Langzeitpflege auf kantonaler Ebene wie auch auf Bundesebene einbringen. Insgesamt haben die GFA während der Pandemie ihre Vorreiterrolle in der kantonalen Langzeitpflege gestärkt.

Der Rückblick auf die vergangenen zweieinhalb Jahre macht auch etwas stolz. Die Bewohner*innen der heutigen Gesundheitszentren für das Alter erhielten trotz der sehr schwierigen Umstände insgesamt betrachtet eine qualitativ gute Betreuung und Pflege.

Die Gesundheitszentren für das Alter haben in allen Versorgungsbereichen und auf allen Organisationsebenen viel gelernt. Wie sich eine nächste Pandemie, bzw. ein ganz anderer Virus auswirken könnte, lässt sich nicht abschätzen. Die aktuelle Pandemie hat gezeigt, dass nicht jede Situation und jedes Risiko vorweggenommen und ausgeschaltet werden kann. Die Verantwortlichen der GFA erachten es als zentral, auch im weiteren Verlauf der coronabedingten Entwicklungen aufmerksam zu bleiben und auch weiterhin eine angemessene Balance anzustreben zwischen einem aktiven, situativen Handeln und einer bestmöglichen Vorwegnahme künftiger Entwicklungen.

2 Ausgangslage

2.1 Hintergrund

Im Januar 2021 wurde von Marion Schmid und Marcel Savarioud ein Postulat bezüglich der Auswirkungen und Handhabung der Corona-Pandemie in den städtischen Alters- und Pflegezentren eingereicht (GR Nr. 2021/6).

Mit dem Postulat wurde der Stadtrat aufgefordert zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die Handhabung und Auswirkungen der Corona-Pandemie in den städtischen Gesundheitszentren (vormals Alters- und Pflegezentren) ausgewertet werden. Das soll unter Einbezug aller relevanten Aspekte und aller Anspruchsgruppen erfolgen. Die Analyse soll kritische Punkte transparent machen und mögliche Verbesserungspotenziale für die Zukunft aufzeigen, aber auch positive Aspekte und erfolgreiche Massnahmen beleuchten.

Der Umgang mit der COVID-19-Pandemie ist von grossem Interesse und es ist wichtig das Geschehen zu analysieren, daraus zu lernen und die richtigen Schlüsse für zukünftige Krisen zu ziehen.

2.2 Vorgehen

Die vorliegende Analyse wurde von Mitarbeitenden der Dienstabteilung Gesundheitszentren für das Alter (GFA: Zusammenschluss der beiden vormaligen Dienstabteilungen Alterszentren [ASZ] und Pflegezentren [PZZ]) erstellt. Wo möglich wurde auf bereits bestehende Analysen und Wissensbestände zurückgegriffen. Die Analyse stützt sich auf Kennzahlen, Publikationen, Korrespondenz, etc. der ehemaligen ASZ und PZZ, bzw. der GFA. Weiter wurden persönliche Berichte und Einschätzungen aus den Pandemiestäben der PZZ und der ASZ, von Kadermitarbeitenden wie auch von Mitarbeitenden dieser Dienstabteilungen über den Zeitraum ab der ersten Pandemiewelle vom Frühjahr 2020 bis im Frühjahr 2022 einbezogen. In der Analyse wurden zudem Gespräche mit Wohnerrät*innen und die Ergebnisse der Bewohnendenbefragung 2021 der Alterszentren berücksichtigt. Darauf basierend wurden die «lessons learned» abgeleitet.

Im September 2021 wurde ein GFA-interner Workshop durchgeführt mit dem Ziel, das Wissen und die Erfahrungen bezüglich der Handhabung der Corona-Pandemie in den Betrieben breit abzuholen und zu diskutieren. Aus jedem der 31 Betriebe der Gesundheitszentren für das Alter (GFA) nahmen die Betriebsleitung teil oder deren Vertretung. Vorgängig hatten sich alle Betriebe mit ihren Kaderpersonen und weiteren Schlüsselpersonen auf den Workshop vorbereitet. Das Erlebte während der Pandemie wurde am Workshop gemeinsam reflektiert, die Erlebnisse konnten bis zu einem gewissen Punkt auch verarbeitet oder abgehakt werden.

2.3 Exkurs: Unterschiede der Versorgungsstrukturen der ehemaligen Alters- und Pflegezentren

Die beiden städtischen Dienstabteilungen Alterszentren (ASZ) und Pflegezentren (PZZ) wurden im September 2021 offiziell zur Dienstabteilung Gesundheitszentren für das Alter (GFA) zusammengeschlossen. Kurz nach der Kommunikation des Zusammenschlusses im Sommer 2020 erhielten die beiden Abteilungen mit Renate Monego, der bisherigen Direktorin PZZ, eine gemeinsame Leitung. ASZ und PZZ arbeiteten bereits zu Beginn der Pandemie eng zusammen; der Zusammenschluss und die gemeinsame Leitung haben diese Zusammenarbeit gestärkt.

Die Angebote der ASZ und PZZ wurden seither nicht grundlegend verändert. Wenn im folgenden Unterscheidungen zwischen den Angeboten der ehemaligen ASZ und PZZ gemacht werden, werden die Begriffe 'exASZ' resp. 'ehemalige ASZ' und 'exPZZ' resp. 'ehemalige PZZ' verwendet.

Beide Organisationen verfügten über die ganze Stadt verteilte Betriebe und eine zentrale Verwaltung (Services) mit einer/einem Direktor*in, einer Direktion oder Geschäftsleitung und Mitarbeitenden der Services. Wenn im Folgenden «zentrale Aufgaben» beschrieben werden, dann bedeutet das, dass sie durch Mitarbeitende der Services ausgeführt wurden.

Die ehemaligen ASZ und PZZ unterschieden sich in zahlreichen Punkten hinsichtlich ihrer Versorgungsstrukturen. Daher standen bei der Bewältigung der Pandemie teilweise auch unterschiedliche Problemlagen im Fokus der beiden Dienstabteilungen. Zum Verständnis der weiteren Ausführungen werden die Unterschiede nachfolgend charakterisiert:

Thema	exASZ	exPZZ
Anzahl Betriebe	23	8
Anzahl Mitarbeitende (in Vollzeitäquivalenten)	1163 (984)	2182 (1854)
Anzahl Auszubildende und Praktikant*innen	283	565
Platzangebot (Plätze)	1928	1507
Eintritte pro Jahr	364	1401
Austritte pro Jahr	394	1441
Durchschnittsalter der Bewohner*innen	87,2	84,0
Pflegestufen, Anteil in %		
0 bis 2	63,2	1,3
3 bis 4	16,4	3,6
5 bis 7	15,7	45,7
8 bis 10	4,4	42,4
11 bis 12	0,1	7,0
offen	0,2	

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	4,4 Jahre	Langzeit: 1,4 Jahre Median Langzeit: 9,2 Monate Akut- u. Übergangspflege: 23 Tage
Ärztliche Versorgung	Hausarzt-System: Versorgung durch die persönlichen Hausärzt*innen der Bewohner*innen. Zusätzlich geriatrischer Konsiliardienst und externer verantwortlicher Heimarzt bis Ende 2020, danach GFA-interne verantwortliche Heimarztin (für Einzelfälle).	Heimarzt-System (vor Ort) durch den Geriatrischen Dienst der Stadt Zürich*
Infrastruktur	1-Zimmer- oder 2-Zimmer-Appartements mit eigener Nasszelle (mind. Lavabo, WC)	Einer- oder Zweierzimmer mit eigener oder geteilter Nasszelle, z. T. nur mit Lavabo

Die Daten basieren auf dem Geschäftsbericht GUD 2021 und dem Kennzahlen-Factsheet GUD 2022.

*Der Geriatrische Dienst ist mit der ärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung der Stadt Zürich betraut. Zu seinen Aufgaben gehören die ärztliche Betreuung, Begleitung und Behandlung von rund 1600 stationären Bewohner*innen in den Gesundheitszentren. Der Geriatrische Dienst wird von der Ärztlichen Direktorin der GFA geleitet.

Die Bewohner*innen der damaligen Alters- und Pflegezentren unterscheiden sich deutlich voneinander. Das gilt im Grossen und Ganzen auch nach dem Zusammenschluss. Im Vergleich sind die Bewohner*innen der exASZ älter, jedoch gesünder und deutlich weniger pflegebedürftig als jene der ehemaligen Pflegezentren. Das zeigt sich insbesondere in der unterschiedlichen Verteilung der Pflegestufen. Knapp 80 Prozent der Bewohner*innen der ehemaligen Alterszentren benötigen eine Pflegestufe von maximal 4, während es bei den ehemaligen Pflegezentren nur knapp 5 Prozent sind. Bei den hohen Pflegestufen ist die Verteilung genau umgekehrt. Dabei ist ein grosser Teil der Bewohner*innen der ehemaligen Pflegezentren an Demenz erkrankt. Das bedeutet, dass sie sich nur begrenzt an Veränderungen im Umfeld bzw. an die pandemiebedingten Hygieneanforderungen anpassen können.

Beim Eintritt in ein Alterszentrum sind die Bewohner*innen noch selbstständig und wohnen in ihrem Appartement. Zum Grundangebot gehören drei Mahlzeiten im gemeinsamen Speisesaal. Wer (einzelne Mahlzeiten) selber kochen möchte, kann das in der gemeinsamen Etagenküche tun; nur wenige Appartements verfügen über eine eigene Küchenzeile.

Dass die Angebote auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet sind, zeigt sich noch bei weiteren Aspekten der Infrastruktur. In den ehemaligen Alterszentren leben die Bewohner*innen alleine in 1-Zimmer-Appartements oder mit der/dem Partner*in in einem 2-Zweier-Appartement. In den ehemaligen Pflegezentren gibt es Zweierzimmer, wo Personen leben, die sich zuvor nicht kannten.

Im Alterszentrum findet das Leben in den eigenen vier Wänden oder in den Gemeinschaftsräumen statt. Sie stehen (in der Regel) allen Bewohner*innen zur Verfügung, Die

selbstständigen und mobilen Bewohner*innen pflegen zudem ihre auswärtigen Kontakte und machen ihre Besorgungen ausser Haus.

Im Pflegezentrum findet der Alltag der Bewohner*innen hauptsächlich in ihrer Abteilung statt. Dort gibt es Aufenthaltsbereiche, wo auch gemeinsam gegessen wird. Bewohner*innen, die dazu in der Lage sind, besuchen auch das Restaurant oder verbringen Zeit in den öffentlichen Aufenthaltsbereichen. Auch gibt es abteilungsübergreifende Aktivitäten. Im Vergleich zu den ehemaligen Alterszentren ist die interne wie auch die externe Mobilität der Bewohnerschaft deutlich reduziert.

Auch die Personalstruktur der ehemaligen ASZ und PZZ ist sehr verschieden. In den ehemaligen PZZ kommen auf eine*n Bewohner*in 1,2 Vollzeitstellen, während es bei den ehemaligen ASZ 0,5 sind. Für den normalen Alltag reichen diese Stellenverteilungen. Bei gehäuften Personalausfällen kommen die ehemaligen Alterszentren aber viel rascher an ihre Grenzen, da die Aufgaben auf weniger Personen, v. a. weniger Pflegenden, verteilt werden können und auch weniger Personen da sind, die einspringen können. Ausserdem gibt es deutlich weniger spezialisierte Pflegenden wie z. B. Pflegeexpert*innen oder Hygienefachleute.

Auch die ärztliche Betreuung der Bewohner*innen unterscheidet sich stark. In den ehemaligen Alterszentren sind grundsätzlich die (bisherigen) Hausärzt*innen der Bewohnenden zuständig. Die Konsultationen erfolgen in der Arztpraxis oder durch Besuche im Heim. Für 100 Bewohner*innen können theoretisch 100 verschiedene Hausärzt*innen zuständig sein. Dabei erfolgt die Dokumentation der Krankengeschichte in der Praxis: der Pflegedienst der exASZ erfährt nur das, was von den Ärzt*innen oder Bewohner*innen aktiv kommuniziert wird. Der für die exASZ-Betriebe zuständige Heimarzt übernahm während der Covid-Pandemie viele Koordinationsaufgaben zwischen den Hausärzt*innen, z. B. hinsichtlich des Vorgehens bei positiv getesteten Bewohner*innen oder des Einholens der ärztlichen Impferklärung.

Die ehemaligen PZZ haben hingegen ausschliesslich eigene Heimarzt*innen, zum grossen Teil Fachärzt*innen für Geriatrie oder Gerontopsychiatrie. Sie sind vor Ort tätig: Die Versorgung erfolgt in Absprache mit dem Pflegepersonal, die Dokumentation wird zentral geführt und der Informationsfluss zwischen den Beteiligten ist somit deutlich erleichtert.

Die genannten Unterschiede erforderten während der Pandemie teilweise unterschiedliche Massnahmen und führten in der Folge auch zu einem unterschiedlichen Erleben dieser Massnahmen durch die Bewohner*innen.

3 Pandemieverlauf

3.1 Bewohner*innen von Langzeitinstitutionen als hoch vulnerable Risikogruppe

Die Bewohner*innen der ehemaligen Alters- und Pflegezentren sind in der Regel hochbetagt und gehören zur Hochrisikogruppe für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion. Sie wohnen und leben gemeinschaftlich. Insbesondere in den ehemaligen Pflegezentren leben sehr viele Menschen mit Demenz (exPZZ: rund 80 Prozent, exASZ rund 20 Prozent mit mindestens mittelschwerer Demenz), daher sind Präventions- und Schutzmassnahmen schwierig umzusetzen.

3.2 Auswirkungen auf die Betriebe

Die Auswirkungen und die spezifischen Problemstellungen waren in den ersten beiden Wellen und in den Wellen vor bzw. nach der Impfung sehr unterschiedlich.

Erste Welle (März bis Mai 2020)

Bei der ersten Welle standen die vielen unbekanntenen Aspekte des Virus, der Übertragung und der Erkrankung selbst bzw. das knappe Schutz- und Hygienematerial sowie die starke Einschränkung der Tests bzw. des Testmaterials im Vordergrund. Die Massnahmen von Bund und Kanton konzentrierten sich praktisch ausschliesslich auf die Spitäler. Das Besuchsverbot in den Langzeitinstitutionen forderte auf mehreren Ebenen heraus.

Schutz- und Hygienemassnahmen

In den städtischen Langzeitinstitutionen wurden sehr früh konsequente Schutz- und Hygienemassnahmen ergriffen. Bereits Anfang März 2020 wurde in den ehemaligen Pflegezentren dringend von Besuchen abgeraten, für Kinder und Jugendliche wurden Besuche ganz verboten. Die Regelungen von Bund und Kanton kamen später: Am 13. März 2020 erliess der Kanton ein Besuchsverbot in Heimen und ein Ausgehverbot für Bewohner*innen (mit nur wenigen Ausnahmen). Diese Massnahmen dauerten insgesamt sieben Wochen bis zum 30. April 2020.

In allen Betrieben wurden die Standardhygienemassnahmen aufgefrischt und deren Umsetzung vom Hygieneteam überwacht. Ab dem 16. März 2020 galt die Maskenpflicht für alle Mitarbeitenden, die Kontakt mit Bewohner*innen hatten. Die kantonale Anordnung zur Maskenpflicht und zu Restriktionen für Verlegungen in Spitäler kam am 20. März 2020.

Veranstaltungen mit externen Personen wurden ab 16. März 2020 nicht mehr durchgeführt und schliesslich wurden auch interne Gruppenaktivitäten eingestellt. Nur in Betrieben ohne Ausbrüche waren noch Kleingruppenaktivitäten möglich.

Alle Neueintritte erfolgten über eine Aufnahme- und Quarantäneabteilung (exPZZ) oder eine Zimmerquarantäne (exASZ). Die Quarantäne dauerte zwischen 14 und 16 Tagen. Es wurden zwei COVID-19-Isolationsabteilungen aufgebaut, in denen COVID-positive Bewohner*innen der PZZ und ASZ kohortiert (Zusammenlegen von COVID-positiven Bewohner*innen) wurden. Auch externe Patient*innen aus anderen Heimen, die aus unterschiedlichen Gründen (wenig Fachpersonal, Personalschlüssel, bauliche Gegebenheiten) die Isolation nicht selber durchführen konnten, wurden aufgenommen.

Ebenfalls wurden COVID-19-erkrankte ältere Patient*innen, die nicht mehr spitalbedürftig waren, im Sinne einer Entlastung der Spitäler (insbesondere das Stadtspital Zürich) aufgenommen.

Im Gegensatz zum Spital sind Isolations- und Quarantänemassnahmen im Pflegezentrum viel schwieriger umzusetzen. Bewohner*innen bewegen sich frei im Haus und ein konsequentes «social distancing» ist je nach räumlichen Verhältnissen (z. B. Zweierzimmer) und Kooperationsfähigkeit der Bewohner*innen (Demenz, Gerontopsychiatrie) schwierig umsetzbar oder gar nicht einzuhalten. Daher war eine Kohortierung unumgänglich. Die Pflgeteams wurden gemäss Vorgaben des BAG angewiesen, Bewohner*innen mit Fieber oder respiratorischen Symptomen sofort dem Arztdienst zu melden; diese Bewohner*innen wurden unmittelbar isoliert und getestet. Mitarbeitende mit Symptomen wurden angewiesen zu Hause zu bleiben und sich testen zu lassen.

Ausbrüche während der ersten Welle

Der erste Ausbruch wurde Mitte März 2020, noch vor der Maskenpflicht, in einem Alterszentrum verzeichnet. Die mutmassliche Infektionsquelle waren Mitarbeitende. Betroffen waren acht Bewohner*innen: drei zeigten einen schweren Verlauf, ein Bewohner wurde hospitalisiert, drei verstarben (Letalität 37,5 Prozent; Letalität = Prozentanteil der Erkrankten, die an der Erkrankung versterben). In den Pflegezentren gab es ab Mitte März 2020 erste Einzelfälle. Anfang April 2020 kam es in zwei Pflegezentren zu weiteren, schwer eingrenzbaren Ausbrüchen. Trotz konsequenter Testung der symptomatischen Bewohner*innen und strikten Quarantäne- und Isolationsmassnahmen zeigten immer wieder neue Bewohner*innen Symptome und wurden dann COVID-positiv getestet. Daher wurden in Absprache mit dem Vorsteher des GUD, den Infektiolog*innen des Stadtspitals und der Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich auch bisher asymptomatische Bewohner*innen auf den betroffenen Abteilungen im Sinne einer Punktprävalenzerhebung¹ getestet (in Absprache mit dem Vorsteher des GUD und der kantonalen Gesundheitsdirektion konnte vorgängig bezüglich der geltenden Testvorgaben eine Ausnahme erwirkt werden). Da die Infektionsquellen teilweise unklar waren, wurden auch die Mitarbeitenden der betroffenen Abteilungen getestet. 42 Prozent der 190 Bewohner*innen wurden COVID-positiv getestet, alle zeigten (noch) keine Symptome. Das erklärt, warum die Isolationsmassnahmen bei symptomatischen Bewohner*innen die weitere, sehr schnelle Ausbreitung nicht verhindern konnten.

Dass es auch in dieser Hochrisikogruppe so viele prä- oder asymptomatische Patient*innen gibt, war ein unerwartetes Ergebnis. Ferner erfüllten nur 41 Prozent der Bewohner*innen mit Symptomen die Testkriterien des BAG. Die Vorgabe des BAG, nur symptomatische Bewohner*innen zu testen, griff im Rahmen von gemeinschaftlichem Wohnen, wie im Heim, zu kurz. Ab diesem Zeitpunkt wurden bei einem COVID-positiven Befund bei Bewohner*innen alle Mitbewohner*innen und Mitarbeitenden mit möglichem Kontakt getestet. Auch Bewohner*innen mit leichten Symptomen wurden getestet. Die Richtlinien des Kantons und des BAG wurden später dahingehend angepasst.

¹ Anteil der erkrankten Personen an der Gesamtpopulation zum einem bestimmten Zeitpunkt

Insgesamt waren in der ersten Welle vier Pflegezentren und ein Alterszentrum von positiven Coronafällen betroffen. In den PZZ wurden in der ersten Welle 121 Bewohner*innen COVID-positiv getestet; davon verstarben 50, was einer Letalität von 41 Prozent entspricht. Die vielen Todesfälle in den betroffenen Betrieben waren für die Teams eine grosse Belastung.

Im Rahmen der Reihentestung erwiesen sich 13 der 154 getesteten asymptomatischen Mitarbeitenden COVID-positiv. Von den 2500 Mitarbeitenden der PZZ infizierten sich 107 im Verlauf der ersten Welle mit COVID. Sechs Personen wurden hospitalisiert. In den ehemaligen ASZ wurden in der ersten Welle 14 Mitarbeitende COVID-positiv getestet. Breite Reihentestungen wie in den Pflegezentren wurden in den ASZ nicht durchgeführt.

Auswirkungen der ersten Welle:

	Anzahl Betriebe	Anzahl COVID-positive Bewohner*innen	Letalität* Bewohner*innen	Anzahl COVID-positive Mitarbeitende
exASZ	1	8	37.5%	14
exPZZ	4	121	41%	107

*Letalität = Prozentanteil der Erkrankten, die an der Erkrankung versterben

Ausbrüche während der zweiten Welle

Bei Ausbruch der zweiten Welle (Oktober 2020 bis Februar 2021) waren die Prozesse bekannt und etabliert. Anfänglich war der niederschwellige Zugang zu Schnelltests durch restriktive Indikationsstellung und eingeschränkte Testverfügbarkeit erschwert. Von den Heimen wurde nun – im Gegensatz zum Besuchsstopp und zum Ausgehverbot der ersten Welle – eine komplette Öffnung erwartet. Gleichzeitig wurde aber auch der maximale Schutz für die Bewohner*innen eingefordert.

Die Herausforderungen der zweiten Welle waren die hohe Anzahl betroffener Betriebe mit vielen erkrankten Bewohner*innen und Personalausfälle durch erkrankte Mitarbeitenden sowie solche in Quarantäne. Die hausärztliche Versorgung in den ehemaligen ASZ stiess teilweise an ihre Grenzen, als sich einzelne Hausärzt*innen nicht in der Lage sahen, zur Testung oder zur Behandlung COVID-19-kranker Bewohner*innen ins Heim zu kommen. Die Kommunikation mit den über 300 verschiedenen Hausärzt*innen war in dieser Situation eine grosse Herausforderung.

In der zweiten Welle waren alle Betriebe betroffen. Die exPZZ verzeichneten 427 COVID-positive Bewohner*innen mit einer Letalität von 26 Prozent. 464 der rund 2500 Mitarbeitenden infizierten sich mit; sie fielen mindestens während der Isolationszeit aus. Auf den Isolationsstationen wurden 118 externe Patient*innen, grösstenteils aus den Spitälern, betreut. Durch die Aufnahme dieser Patient*innen konnten die Spitäler entlastet werden. Meist handelte es sich um ältere Personen, die keine Akutbehandlung im Spital benötigten oder bewusst darauf verzichteten.

Bei den ehemaligen ASZ erkrankten 541 Bewohner*innen (Letalität: 15 Prozent). Zudem erkrankten 277 der rund 1500 Mitarbeitenden.

Auswirkungen der zweiten Welle

	Anzahl Betriebe	Anzahl COVID-positive Bewohner*innen	Letalität* Bewohner*innen	Anzahl COVID-positive Mitarbeitende
exASZ	alle	541	15%	277
exPZZ	alle	427	26%	464

*Letalität = Prozentanteil der Erkrankten, die an der Erkrankung versterben

Ausbrüche ab der dritten Welle

Die weiteren Wellen ab April 2021 (siehe nachfolgende Grafik) waren stark von der Impfung und deren Schutzwirkung geprägt. Aufgrund der hohen Impfrate, insbesondere der Bewohner*innen, gab es in der dritten und vierten Welle nur noch kleinere, überschaubare Ausbrüche und bei den immunisierten Bewohner*innen deutlich mildere Verläufe. Erst ab Frühling 2022 kam es mit Nachlassen der Wirkung des Boosters wieder zu grösseren Ausbrüchen, aber viel seltener zu tödlichen Verläufen. Die Letalität der Omicron-Fälle ab Anfang 2022 lag in den Gesundheitszentren für das Alter im Sommer 2022 bei 2 Prozent, was einer Mortalität von 0,7 Promille entspricht (Todesfälle bei einer bestimmten Erkrankung pro 100 000 Personen der Bevölkerung); sie liegt damit nahe bei der Mortalität der Grippe.

Zeitliche Entwicklung

Laborbestätigte Fälle, Schweiz und Liechtenstein, 24.02.2020 bis 12.12.2022

Die Darstellung zeigt je nach Auswahl die Entwicklung der laborbestätigten Fälle in der Schweiz und Liechtenstein.

Tageswerte: Die Linie stellt den gleitenden 7-Tagesdurchschnitt (Durchschnitt der 3 Tage zuvor bis 3 Tage danach) dar.

14-Tageswerte: Die Linie stellt die Summe der letzten 14 Tage als Inzidenz (Fälle pro 100 000 Einwohner/innen) oder als absolute Zahl dar. Total: Die Linie beschreibt das Total aller Fälle ab dem gewählten Zeitraum.

Die hier veröffentlichten Daten basieren auf Informationen, die uns Laboratorien, Ärztinnen/Ärzte und Spitäler übermittelt haben. Sie beziehen sich auf Meldungen, die wir neu erhalten und überprüft haben. Deshalb können sie von denjenigen Zahlen abweichen, welche die Kantone kommunizieren. Neu kann der gewünschte Zeitraum mit dem Schieberegler unter der Grafik ausgewählt werden.



Quelle: BAG – Stand: 13.12.2022

Übersterblichkeit

In der ersten und zweiten Welle kam es in den exPZZ zu einer deutlichen Übersterblichkeit (vgl. violett gestrichelte Linie der nachfolgenden Abbildung) mit tiefen Todesfallzahlen im Sommer 2020. Seit Anfang 2021, mit dem Impfschutz, wurde die maximal zu erwartende Sterblichkeit (grüne Linie) nur wenig überschritten. Allerdings liegt die Sterblichkeit 2022 praktisch permanent an der oberen Grenz oder auch leicht darüber. In den exASZ wurden keine entsprechenden Zahlen erhoben.

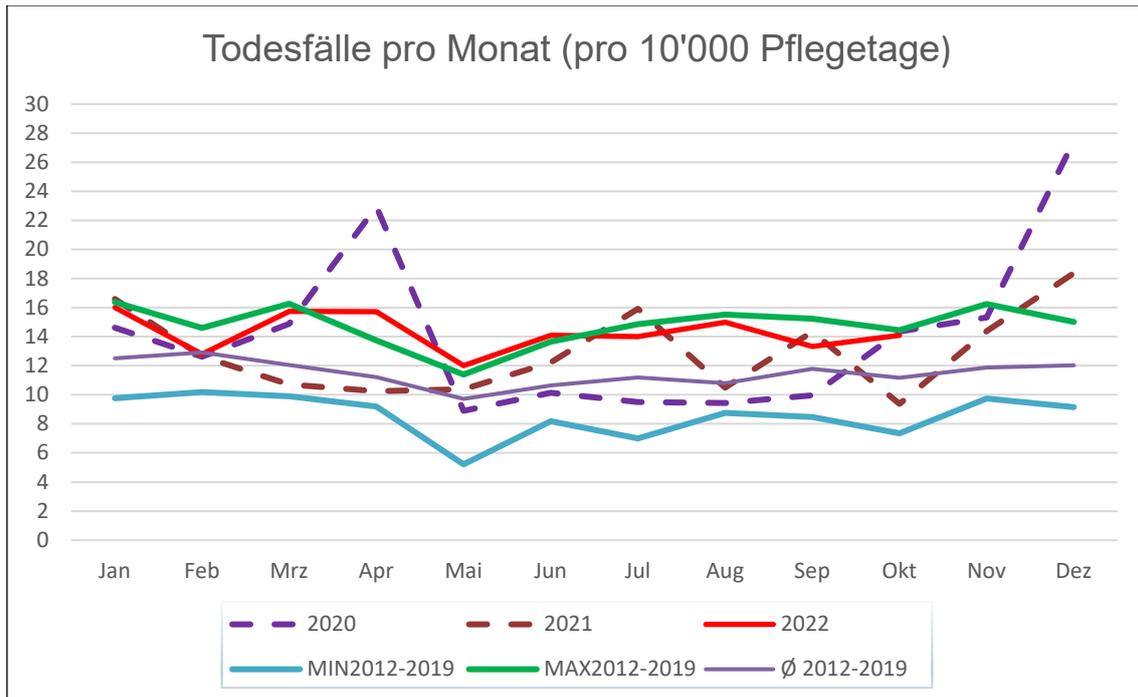


Abbildung: Todesfälle pro Monat (pro 10 000 Pflegetage) in den exPZZ, für die Jahre 2020, 2021 und 2022 sowie die minimale, maximale und mittlere Anzahl Todesfälle pro Monat im Zeitraum 2012–2019

3.3 Ansteckungswege

Nach den Ausbrüchen in der ersten Welle erhielt eine Epidemiologin von GFA den Auftrag, die Ansteckungswege der ersten Welle, soweit möglich, zu rekonstruieren. Das auch im Hinblick auf Vorwürfe aus den Medien, das Virus sei mit der COVID-19-Isolationsabteilung in noch nicht betroffene Betriebe eingeschleppt worden.

Die Rekonstruktion der Ansteckungswege gestaltete sich durch die vielen prä- und asymptomatischen Verläufe sowie eine mögliche Ansteckung schon 48 Stunden vor Krankheitsausbruch schwierig. Ausserdem konnten externe Faktoren (insbesondere Besucher*innen) nicht in die Analyse mit einbezogen werden. Die Analyse ergab, dass die Ansteckung unter den Bewohner*innen selbst am Wahrscheinlichsten war, insbesondere aufgrund der gemeinschaftlichen Wohnform und häufig auch aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit, eine Maske korrekt zu tragen. Auch kam es vor, dass Mitarbeitende Bewohner*innen angesteckt haben, insbesondere, bevor die Maskenpflicht eingeführt wurde. Dass Bewohner*innen Mitarbeitende ansteckten, war sehr selten. Das Überspringen des Virus von der Isolationsabteilung auf die anderen Abteilungen wird

als sehr unwahrscheinlich eingestuft. Es scheint eher so, dass Mitarbeitende das Virus in die jeweiligen Abteilungen hineingebracht hatten.

Die Ansteckungswege, die über Besucher*innen gingen, wurden in der Studie nicht untersucht. In der ersten Welle gab es aber nachweislich Fälle, bei denen das Virus auf diesem Weg eingeschleppt wurde. In mindestens einem Fall brachte ein neueintretender Bewohner das Virus vom Spital mit.

Generell kann festgehalten werden, dass das Virus dann einen Weg ins Heim findet, wenn die Ansteckungszahlen in der Gesellschaft hoch sind – sei es durch Mitarbeitende, Besucher*innen, Bewohner*innen, die das Haus regelmässig verlassen oder durch Neueintritte von Bewohner*innen.

4 Pandemiepläne und Organisation

4.1 Pandemiekonzept

Die ehemaligen Alters- und Pflegezentren verfügen je über ein Pandemiekonzept. Sie stammen aus 2008 und wurden im Zuge eines entsprechenden Auftrags des damaligen städtischen Pandemiestabs an alle städtischen Dienstabteilungen erstellt. Eine gesamtstädtische Überarbeitung der Pandemievorsorge unter der Leitung des Direktors der Städtischen Gesundheitsdienste war Anfang 2020 schon weit gediehen, konnte aber vor Ausbruch der Corona-Pandemie nicht mehr abgeschlossen werden. Im Pandemiekonzept werden die Verantwortlichkeiten (inkl. erster und zweiter Stellvertretung) bezeichnet und ebenso die vitalen betrieblichen Leistungen, die möglichst aufrechterhalten werden sollen und andere Angebote, die während einer Pandemie reduziert werden können. Relativ detailliert wird die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Schnittstellen und deren Relevanz beschrieben.

Rückblickend zeigte sich, dass die Vorgaben der Pandemiekonzepte aus 2008 nur begrenzt anwendbar waren. Beim Erstellen des Pandemiekonzepts orientierte man sich an kantonalen und nationalen Grundlagen, die auf den Erfahrungen aus vergangenen Pandemien wie der Vogel- oder Schweinegrippe basierten. Es wurde von einem Szenario ausgegangen, bei dem Menschen aller Altersklassen starben und infolgedessen vitale Leistungen wie z. B. die Strom- und Wasserversorgung gefährdet waren. Letzteres ist nicht eingetroffen; trotzdem war die Corona-Pandemie eine grosse Herausforderung. Die Pandemiebewältigung musste auf die spezifischen Merkmale der Corona-Pandemie abgestimmt werden. So kam z. B. der grosse Aufwand für die Rekrutierung von neuen Mitarbeitenden, die bereits während der ersten Welle rasch startete, im Konzept aus 2008 nicht vor, ebenso wenig wie eine Schliessung der Betriebe.

Rückwirkend kann gesagt werden, dass im Vergleich zum ursprünglichen Pandemiekonzept, das primär darauf fokussierte, die wichtigsten Funktionen aufrecht zu erhalten, der Mehraufwand während der Corona-Pandemie auch durch den Anspruch hervorgerufen wurde, den Bewohner*innen weiterhin eine möglichst hohe Lebensqualität zu bieten und würdige Bedingungen zu schaffen.

Auch das Ausmass der erforderlichen Kommunikationsaufgaben wurde im Pandemiekonzept 2008 unterschätzt. So wurde z. B. nicht daran gedacht, die Kommunikation fest im Pandemiestab zu verankern. Bei der Corona-Pandemie wurde das dann rasch korrigiert.

Beim Thema Impfen ging man im damaligen Pandemiekonzept davon aus, dass Impfstoffe bereits vor oder zu Beginn einer Pandemie zur Verfügung stehen. Auch wurde die rasante Entwicklung, bzw. die Dynamik einer exponentiellen Fall-Entwicklung, unterschätzt. Im Konzept wurde davon ausgegangen, dass sich die Pandemie langsamer und kontrollierter nähert, so dass mehr Zeit für die Vorbereitung bleibt.

Eine wichtige Erkenntnis ist heute, dass jede Pandemie ihre eigene Dynamik hat (z. B. Übertragungswege, Virulenz [Ansteckungsfähigkeit], Symptome oder Letalität). Es muss genau beobachtet werden, welche Bevölkerungsgruppen und welche Bereiche des Gesamt- und des Gesundheitssystems am stärksten und in welcher Form betroffen sind. Das ist dann die Basis fürs Ableiten von Massnahmen.

4.2 Pandemiestab

Der Pandemiestab der exPZZ wurde am 3. März 2020 zum ersten Mal einberufen, jener der exASZ am 18. März 2020. Zu diesem Zeitpunkt waren die beiden Dienstabteilungen noch unabhängig und führten ihre eigenen Pandemiestrukturen. Ein regelmässiger Austausch wurde rasch etabliert. Entscheide der Pandemiestäbe wurden jeweils im Protokoll «Entscheidungen Pandemiestab» (exPZZ) fortlaufend festgehalten und breit kommuniziert. Die ehemaligen ASZ arbeiteten mit Merkblättern, die laufend aktualisiert und an die Betriebe verschickt sowie im Intranet publiziert wurden. Die Entscheide der Pandemiestäbe wurden an Telefonkonferenzen regelmässig mit den Betriebsleitungen besprochen.

Der erste exPZZ-Statusbericht zur Pandemie datiert vom 12. März 2020, jener der exASZ vom 17. März 2020. Ab dem 16. März 2020 bis Ende April 2020 tagten die Pandemiestäbe täglich (PZZ) bzw. mehrmals wöchentlich (exASZ), danach lockerte sich die Frequenz der Treffen immer mehr. Sodann tagte der Pandemiestab PZZ im August 2020 drei Mal, im September 2020 ein Mal. Mit den steigenden Fallzahlen im Herbst 2020 trafen sich die Pandemiestäbe wieder mehrmals wöchentlich. Jeder Betrieb führte wiederum einen eigenen Pandemiestab (exPZZ) oder das Kader traf sich zum täglichen Rapport (exASZ).

Aufgrund der Zusammenlegung der ASZ und PZZ wurden ab August 2020 beide Dienstabteilungen von der Direktorin der PZZ geleitet. Die beiden Pandemiestäbe tagten bis Ende 2021 weiterhin getrennt, denn es war hilfreich, sich weiterhin auf die bekannten und eingespielten Strukturen abstützen zu können. So führten die ehemaligen ASZ die Telefonkonferenzen mit den Betriebsleiter*innen bis zur Aufhebung der Massnahmen im Mai 2021 weiter. Auch waren die Fragestellungen von exASZ und exPZZ zum Teil unterschiedlich. Die Zusammenarbeit wurde aber intensiviert und es fand vor allem auf medizinischer Ebene ein regelmässiger Austausch statt.

4.3 Kennzahlen / Statusbericht

Seit Beginn der Pandemie wurde von jedem Betrieb der exASZ und exPZZ täglich oder in einem grösseren zeitlichen Intervall ein Statusbericht abgegeben. Aus diesen Angaben wurde dann je eine Gesamtübersicht für die exASZ und exPZZ erstellt. Ab 2022 besteht ein Bericht für die Gesamtorganisation GFA. Für den Vorsteher des GUD wurden wöchentliche Übersichten erstellt. Diese Kennzahlen waren/sind eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für den Pandemiestab. Die Kennzahlen beinhalten Angaben zu den erkrankten, geheilten, hospitalisierten und verstorbenen Bewohner*innen und Mitarbeitenden, die Anzahl der durchgeführten Tests, Isolationen, Personen in Quarantäne und Verlegungen. Die Kennzahlen sind so relevant, dass zu Beginn der Erhebung das System mehrmals angepasst und verfeinert wurde. Es muss festgehalten werden, dass das Erfassen der Kennzahlen für die Betriebe sehr aufwändig war/ist.

4.4 Pandemielager

Aus der ursprünglichen Pandemie Vorbereitung von 2008 existierte ein städtisches Lager mit chirurgischen Masken. Diese wurden rasch in Umlauf gebracht. Zudem hatten die Pflegezentren in jedem Betrieb einen Sicherheitsbedarf an Inkontinenzprodukten für zwei Wochen eingelagert.

Die rasche und sichere Verfügbarkeit an Masken war zu Beginn der Pandemie sehr hilfreich und wichtig, denn es waren auf dem Markt kaum noch Masken erhältlich. Da sich der Versorgungsbedarf an Schutzmaterial sehr rasch ausweitete, wurde zunächst im Pflegezentrum Gehrenholz ein eigenes Pandemielager für die exPZZ errichtet. Dort wurde eingekauftes Schutzmaterial (Masken, Schutzmäntel, Nitrilhandschuhe, Schutzbrillen wie auch Hände- und Flächendesinfektionsmittel) gelagert und – abgestimmt auf den jeweiligen Bedarf – in die Betriebe verteilt. Aufgrund der engen Platzverhältnisse im Pflegezentrum Gehrenholz wurde das Lager im Sommer 2020 ins Pflegezentrum Entlisberg verschoben, wo dann gezielt ein Lager mit den wichtigsten Schutzmaterialien für den Bedarf von drei Monaten der ehemaligen PZZ-Betriebe aufgebaut wurde. Im ehemaligen Alterszentrum Sydefädeli gab es ein ASZ-Lager für Nitrilhandschuhe, Schutzmäntel und Sauerstoffgeräte sowie für COVID-19-Tests.

Die Verfügbarkeit der Hände- und Flächendesinfektionsmittel wurde sehr schnell äusserst kritisch. Hierfür gab es kein Pandemielager. Die Apotheke des Stadtspitals Zürich konnte den Engpass mit einer Eigenproduktion von Händedesinfektionsmittel überbrücken.

Ab März 2020 wurde kontinuierlich unter der Leitung der KoBe (Koordinierte Beschaffung des GUD) ein gesamtstädtisches Pandemielager aufgebaut und geführt; in der Anfangsphase mit Masken, Handschuhen und Desinfektionsmitteln. Ab April 2020 konnte zusätzliches Schutzmaterial aus der gemeinsamen Beschaffung mit der Kantonsapotheke bezogen werden. Nach dem Umzug des damaligen ins heutige bestehende Pandemielager im Juli 2020 wurde das Lager mit weiteren Schutzmaterialien ergänzt. Seither werden die Betriebe der Gesundheitszentren für das Alter durch dieses Lager mit Schutzmaterial beliefert.

4.5 Fazit und lessons learned

Es war hilfreich, dass bereits ein Pandemiekonzept bestand. Es gab eine erste Struktur und Orientierung. Danach gaben der Pandemieverlauf und die daraus resultierenden Fragestellungen die weiteren Pandemiemassnahmen vor. Die Arbeit in den Pandemie-stäben exASZ und exPZZ etablierte sich rasch. Beide Dienstabteilungen fanden schnell zu einem System, das die neusten Entscheidungen und Vorgaben abbildete. Zudem waren die Telefonkonferenzen und später die Videokonferenzen, an denen ein direkter Austausch möglich war, sehr hilfreich. Die regelmässigen Informationsschreiben an die Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden (auch durch den Stadtrat) konnten zumindest einen Teil der zahlreichen Fragen beantworten.

Aufgrund der dezentralen Strukturen von exASZ und exPZZ war der Statusbericht mit den Kennzahlen zum Pandemieverlauf ein wichtiges Hilfsmittel, um den Überblick über die Gesamtorganisation zu bewahren. Nach einer anfänglich grossen Unruhe bei der Beschaffung von Schutzmaterial, hat die koordinierte Beschaffung von Schutzmaterial und der Aufbau der verschiedenen Pandemielager (städtisch und exPZZ) die Situation stark beruhigt. Dass zu Beginn der Pandemie dank der städtischen Vorsorge Masken verfügbar waren, war essenziell.

Die vorhandenen Pandemiekonzepte boten für die Corona-Pandemie nur beschränkt Sicherheit und sinnvolle Handlungsanweisungen. Die Konzepte gingen von anderen Voraussetzungen aus, als die Corona-Pandemie sie schuf. Die Vorgaben waren eher an einem die ganze Bevölkerung betreffenden Infektionsgeschehen ausgerichtet, mit fast gleichzeitigen schweren Erkrankungen in allen Altersgruppen.

Durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Spitäler, Heime und Spitex war zu Beginn nicht immer klar, wer welche Vorgaben macht. Somit konnten sich auch die GFA nicht einfach an die Vorgaben der bestehenden Konzepte halten, sondern mussten sehr situativ reagieren und dafür sorgen, dass die jeweils neusten Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden konnten. Für ein künftiges Pandemiekonzept muss genau überlegt werden, was im Voraus zu regeln ist und was innerhalb einer Krisenorganisation zu bewältigen sein wird.

5 Pandemie im politischen Kontext

5.1 Zuständigkeiten: Bund, Kantone, Gemeinden

Bund und Kantone konzentrierten sich am Anfang der Pandemie zunächst auf die Spitäler. Der Kanton veröffentlichte seine erste Anordnung bezüglich der Heime am 20. März 2020. Neben der Maskenpflicht bei Kontakt zu Bewohner*innen ging es darin vor allem um eine Restriktion der Spitaleinweisung von COVID-positiven Heimbewohner*innen. Die ersten Empfehlungen für Heime publizierte das BAG im September 2020, also sieben Monate nach Beginn der Pandemie. Diese nachgelagerte Reaktion ist unter dem Grundsatz zu betrachten, dass die Kantone und die Gemeinden für die Heime zuständig sind.

Den städtischen Institutionen kamen in dieser Situation ihre Grösse, ihr spezialisiertes Fachpersonal, ihre gute Vernetzung und die Unterstützung der Stadt zugute. Die ehemaligen PZZ und ASZ konnten von Anfang an ihre Erfahrungen und Erkenntnisse auf Bundes- und Kantonsebene einbringen. Kleinere Heime mit weniger ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal gerieten allerdings teilweise an ihre Grenzen.

5.2 Zusammenarbeit kantonal

Die Zusammenarbeit der städtischen Institutionen mit dem Kanton Zürich war auf verschiedenen Ebenen gut – einerseits zwischen dem Vorsteher des GUD und der Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich, dann aber auch zwischen der ärztlichen Direktorin und dem kantonsärztlichen Dienst. Die GFA hätten sich gewünscht, dass der Kanton proaktiver die Koordination übernimmt (Kohortierung von Bewohner*innen, Zusammenarbeit mit den Spitälern). Die kantonal verordneten Massnahmen konnten im Pandemieverlauf jedoch zunehmend vor der Verordnung bezüglich ihrer Umsetzbarkeit in der Praxis diskutiert werden. Auf oberster politischer Ebene war die Zusammenarbeit zwischen Stadt und Kanton unbürokratisch und lösungsorientiert.

5.3 Zusammenarbeit stadtweit

Im städtischen Pandemiestab waren anfänglich eher wenige medizinische Fachpersonen vertreten und der Fokus lag in erster Linie auf dem Wohlergehen der städtischen Mitarbeitenden. In den Gesundheitsinstitutionen war zusätzlich der Schutz der Bewohner*innen, bzw. Patient*innen, nicht nur der Mitarbeitenden, ganz zentral. Entsprechend wurde eine zusätzliche Koordinationsgruppe im GUD geschaffen. Auf Stufe der Geschäftsleitung des GUD fanden während der Dauer der Pandemie wöchentlich telefonische Austauschsitzen statt. Sie haben viel dazu beigetragen, dass die Herausforderungen der Gesundheitsinstitutionen auf allen Ebenen Gehör fanden.

5.4 Zusammenarbeit im GUD und mit Spitex Zürich

Auf der bereits etablierten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsinstitutionen des GUD und der Spitex Zürich konnte ab Beginn der Pandemie aufgebaut werden. Alle relevanten Schutz- und Hygienekonzepte, das Vorgehen bei Verdacht auf Erkrankung, die Behandlung und Triage der Erkrankten, der Umgang mit Risiko-Mitarbeitenden, palliative Massnahmen bei geriatrischen Patient*innen, die Verlegung vor allem

von geriatrischen Patient*innen ins Spital und vom Spital auf die COVID-19-Abteilung der exPZZ und vieles mehr wurde gemeinsam abgesprochen, dem Setting angepasst und möglichst einheitlich umgesetzt. So konnten trotz fehlender oder wechselnder Vorgaben innerhalb des GUD einheitliche Prozesse umgesetzt werden, was insbesondere den Mitarbeitenden viel Sicherheit gab und gibt.

5.5 Zusammenarbeit mit Verbänden

Die Zusammenarbeit mit den beiden Verbänden CURAVIVA Zürich und Senesuisse intensivierte sich im Laufe der Pandemie. So traten z. B. der Präsident der CURAVIVA und die Ärztliche Direktorin der GFA gemeinsam mit der Kantonsärztin an Medienkonferenzen auf. Die Organisation der Impfung für die Heime im Kanton wurde durch CURAVIVA und GFA gemeinsam umgesetzt.

5.6 Unterstützung für andere Heime im Kanton

Viele Heime im Kanton Zürich meldeten sich, um sich von GFA beraten zu lassen, sei es z. B. zu Schutz- und Hygienemassnahmen oder zur Kohortierung und insbesondere auch zur Impfung. Im Rahmen der Pandemie etablierte sich die Vorreiterrolle der GFA als eine der grössten Langzeitinstitutionen im Kanton und auf Bundesebene weiter.

5.7 Fazit und lessons learned

Die enge Zusammenarbeit mit stadtinternen Fachpersonen und politischen Gremien hat sich bewährt. Sie erlaubte es, auch unkonventionelles Vorgehen umzusetzen, wie z. B. die intensiven Reihentestungen ausserhalb der Testvorgaben des Bundes. Die Zusammenarbeit und der regelmässige Austausch zwischen den Gesundheitsinstitutionen der Stadt zur Entwicklung einheitlicher Schutzmassnahmen und Prozesse waren/sind sehr hilfreich. Das Sicherheitsgefühl der Mitarbeitenden und die Akzeptanz von Schutzmassnahmen sind viel höher, wenn sie einheitlich umgesetzt werden.

Die Grösse der damaligen Pflegezentren und das Vorhandensein von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal sowie die oben beschriebene Zusammenarbeit mit Verbänden und Behörden ermöglichten es, im Bereich der Geriatrie national anerkannte Prozesse im Umgang mit einer noch wenig bekannten Erkrankung zu definieren. Auch die frühzeitige Rekrutierung von zusätzlichem Personal, insbesondere während der ersten Welle (danach gestaltete sich der Prozess deutlich schwieriger) hat sich bewährt.

Institutionen der Langzeitpflege sind relevante Partner in der Gesundheitsversorgung. Die strukturelle Einbindung der Institutionen (in vielen Kantonen in Verantwortung der Gemeinden), die Vorgaben bezüglich personeller Dotierung (Hygienefachpersonal, Palliative Care, ärztliche Versorgung) und die fachbezogenen Aufgaben sollten aus Sicht der GFA diskutiert werden. Auf Initiative der COVID-19-Taskforce, in der Eva Horvath und Gaby Bieri (beide von GFA) als Langzeitvertreterinnen Einsitz hatten, kam eine vom BAG unterstützte Roundtable-Diskussion zustande. In dieser Runde konnten die beteiligten Expert*innen verschiedene Schwachstellen aufzeigen und Verbesserungsmassnahmen vorschlagen.

6 Sicht der Betroffenen: Auswirkungen auf Bewohner*innen und Mitarbeitende

6.1 Direktion und Kader der Betriebe

Handlungs- und Entscheidungsdruck

Mit der Anordnung der nationalen Massnahmen standen die Direktionen und Geschäftsleitungen der ehemaligen Alters- und Pflegezentren unter grossem Handlungs- und Entscheidungsdruck. Massnahmen wie das Besuchsverbot oder die Homeofficepflicht mussten für die jeweilige Organisation interpretiert und definiert werden. Aufgrund der laufend ändernden und terminlich häufig sehr kurzfristig umzusetzenden Vorgaben, war dies v. a. während der ersten Welle, aber auch darüber hinaus, ein permanenter und sehr fordernder Prozess.

Die dezentrale Struktur der beiden Organisationen war dabei ein Vor- wie auch ein Nachteil zugleich. Ein Vorteil, weil in den beiden Direktionen/Services administrative Mitarbeitende zur Verfügung standen, die ihre Alltagsaufgaben zurückstellten konnten um die notwendigen Grundlagen für die Betriebe zu erstellen. Insbesondere waren die Betriebe sehr froh über die zentral erstellten Informationsschreiben für Bewohner*innen, Angehörige und Mitarbeitende, das war eine grosse Entlastung und sicherte die einheitliche Kommunikation. Die örtliche Distanz und der fehlende direkte Austausch der Direktionen, beziehungsweise der Pandemiestäbe mit den Betrieben und der hohe Zeitdruck erschwerten die Kommunikation aber auch. Die neuen digitalen Kommunikationskanäle konnten das zum Glück zu einem guten Stück kompensieren, aber eben nicht ganz.

Bei 8 (exPZZ) und 23 (exASZ) einzelnen Betrieben, kann man es nicht immer allen recht machen. Zwischendurch fühlten sich einzelne Betriebe auch alleine gelassen und zu wenig unterstützt. Dafür hatten sie dank der Grösse der Gesamtorganisation(en) eine breite Basis um sich untereinander auszutauschen.

Eine zusätzliche Belastung, insbesondere für die beiden Direktionen war die Zusammenlegung der beiden Dienstabteilungen Alterszentren und Pflegezentren der Stadt Zürich zu einer neuen Dienstabteilung während der laufenden Pandemie. Erschwerend kam dazu, dass aufgrund der Social-Distancing Massnahmen während den starken Wellen im Herbst/Winter 20/21 und 21/22 das direkte gegenseitige Kennenlernen fast nicht möglich war.

Unsicherheit

Gerade zu Beginn der Pandemie war die generelle Unsicherheit eines der Hauptmerkmale. Es gab so viele offene Fragen, auf die es keine klaren Antworten gab. Auch die Mitarbeitenden der Alters- und Pflegezentren waren verunsichert. Stecke ich mich bei der Arbeit an? Bringe ich meine Familie in Gefahr? Wie schütze ich mich und erhalte ich am Arbeitsplatz den notwendigen Schutz?

Um die Arbeit aufrecht erhalten zu können, wurden alle Mitarbeitenden benötigt. Wichtig war v. a. zu Beginn, dass die Mitarbeitenden über ausreichend Schutzmaterial verfügten. Informationsschreiben durch die Direktorin und die ärztliche Direktorin aber auch direkte Ansprechpersonen vor Ort boten Orientierung und Sicherheit.

Zeitliche Belastung

Rückblickend erscheint die hohe zeitliche Belastung für die Personen in den beiden Pandemiestäben der exASZ und exPZZ, wie auch in den betrieblichen Pandemiestäben und den unterstützenden Stäben surreal. Die Pandemie vereinnahmte alles, alles wurde der Bewältigung der Krise untergeordnet. Permanent musste auf sich ändernde Situationen und Vorgaben reagiert und Prioritäten gesetzt werden. Die Arbeitstage bestanden aus 12 bis 14 Arbeitsstunden, Wochenendarbeit wurde zeitweilig üblich. Trotzdem blieb das Gefühl, immer nur von einem Brandherd zum nächsten zu hetzen. So war es während der ersten Welle und auch während der zweiten. Danach half die Routine, dazu gehört auch die Routine im Umgang mit immer wieder neuen Situationen. Bei der Organisation der Impfkampagne fühlte es sich wieder ähnlich an, immerhin war es sehr motivierend, dass die Impfungen eine grundlegende Verbesserung der Situation versprachen.

Wahrnehmung der Betriebe in der Öffentlichkeit

Obwohl schnell klar war, dass ältere Menschen ein erhöhtes Risiko einer schweren Erkrankung hatten, standen die Institutionen der Langzeitpflege zu Beginn der Pandemie nicht im medialen Fokus. In die Wahrnehmung der breiten Öffentlichkeit gelangten die Langzeitinstitutionen erst später, als etwa über gehäufte Krankheitsausbrüche und erhöhte Sterberaten, über fehlendes Schutzmaterial oder die Missachtung gesetzlicher Vorgaben wie die Maskenpflicht berichtet wurde. Auch das zeitweise geltende Besuchs- und Ausgangsverbot in den Langzeitinstitutionen wurde medial intensiv thematisiert. Die Medien berichteten aber auch über die zahlreichen Massnahmen, die ergriffen wurden um das Besuchsverbot abzumildern. Insgesamt wäre es wünschenswert gewesen, dass die Medien positiver über die Langzeitinstitutionen berichtet hätten und sichtbar geworden wäre, dass viele der Erkrankten dort gut aufgehoben waren und die meisten der an COVID-19 Erkrankten wieder gesund wurden.

6.2 Mitarbeitende

Arbeitsbelastung

Die Arbeitsbelastung während der Pandemie war in den Betrieben für die Mitarbeitenden aller Bereiche sehr hoch. Mit oder ohne zusätzlich erkrankte Bewohner*innen mussten zahlreiche Abläufe hinterfragt und umgestellt werden. Die immer wieder ändernden Schutzmassnahmen verwirrten und mussten immer wieder neu vermittelt werden.

Die Bewohner*innen hielten sich – vermehrt oder ständig – in ihren Zimmern auf, der Kontakt zu ihnen musste daher aktiver gesucht werden. In den ehemaligen Alterszentren wurde das Essen nicht mehr gemeinsam in den Speisesälen, sondern allein im Zimmer serviert. Nur schon das erforderte ganz andere Abläufe und bedeutete einen deutlichen Mehraufwand. Insbesondere in den ehemaligen Pflegezentren, wo nur wenige die Bewohner*innen elektronische Hilfsmittel selbständig bedienen können, wurden die Mitarbeitenden zu Vermittler*innen zwischen den Bewohner*innen und ihren Angehörigen. Und als Besuche wieder möglich waren, galt es, diese zu organisieren und koordinieren.

Daneben gab es erkrankte und sterbende Bewohner*innen, die unter Isolationsbedingungen gepflegt werden mussten. Die anderen Bewohner*innen mussten geschützt werden und die Mitarbeitenden mussten sich selbst und ihre Kolleg*innen schützen. Wurden Mitarbeitende krank, sprangen andere ein. Jeder Tag konnte anders sein, immer wieder mussten sich die Mitarbeitenden auf neue Situationen einstellen. Gegen Ende 2020 zeigten sich beim Personal deutliche Ermüdungserscheinungen.

Ängste

Vor allem zu Beginn der Pandemie hatten viele Mitarbeitenden grosse Ängste vor einer Ansteckung. Die Ängste legten sich mit der Erfahrung, dass bei Anwendung der Schutzmassnahmen ein Kontakt mit COVID-19-Erkrankten nicht zu einer Ansteckung führt. Auch war es beruhigend zu sehen, dass die allermeisten der erkrankten Kolleg*innen ohne Komplikationen wieder gesund wurden.

Auch die Impfung war mit Ängsten und Unsicherheit verbunden. Während zahlreiche Mitarbeitende sehr dankbar dafür waren, sie zu einem sehr frühen Zeitpunkt zu erhalten, waren andere Mitarbeitende aus verschiedenen Gründen der Impfung gegenüber sehr kritisch eingestellt.

Personalsituation

Um die Mitarbeitenden zu unterstützen, wurden in den Pflegezentren bereits sehr früh Stelleninserate geschaltet und zusätzliches Personal rekrutiert. Die Stellenpläne waren 2020 in beiden Organisationen rund 4 Prozent höher als normal. Auch 2021 waren die Stellenpläne noch erhöht. Diese zusätzlichen Stellen waren sehr wichtig und bedeuteten für die Mitarbeitenden eine substanzielle Entlastung. Es war in der zweiten Welle viel schwieriger, zusätzliche Mitarbeitende zu gewinnen. Mit der Normalisierung der Situation wurden die eingesetzten Stellen wieder an das vorherige Niveau – unter Berücksichtigung der tieferen Auslastung – angepasst.

Die Rekrutierung zusätzlicher Mitarbeitenden war notwendig durch die zusätzlichen Aufgaben, die sich durch den Mehraufwand beziehungsweise die zeitliche Mehrbelastung aufgrund der Isolationsmassnahmen sowie die teilweise hohen Personalausfälle wegen Krankheitsfällen mit COVID-19 oder Quarantäneanordnung ergaben. Bewohner*innen in Isolation oder Quarantäne mussten separat betreut werden. Die Bewohner*innen benötigten Unterstützung bei der Bedienung der Tablets für den Kontakt mit den Angehörigen. Es wurde mehr Personal beim Empfang benötigt, bei den Alterszentren während dieser Zeit zusätzlich auch an den Wochenenden (z. B. für die Zertifikatskontrolle oder die Aufnahme von Personaldaten). Später mussten die Besucherboxen aufgebaut und betreut werden. Und auch die Testungen und Impfungen bedeuteten einen deutlichen Mehraufwand.

Fehltage wegen Krankheit, Fluktuation

Es wurden, abgesehen von den Tagesübersichten, keine speziellen Statistiken zu den coronabedingten Abwesenheiten erstellt. Im Vergleich mit den Vorjahren lagen in den exPZZ die krankheitsbedingten Abwesenheiten 2020 und 2021 erstaunlicherweise nur leicht höher als in den Vorjahren. Die Fluktuation der Mitarbeitenden der ehemaligen PZZ war 2020 deutlich tiefer als im Vorjahr. 2021 stieg die Fluktuation wieder an, lag aber immer noch tiefer als 2019. Im ersten Halbjahr 2022 lag die Fluktuation etwas höher als 2019. Erfreulicherweise war und ist seit Pandemiebeginn keine signifikante Abwanderung von Mitarbeitenden zu beobachten (von den ehemaligen Alterszentren stehen keine entsprechenden Zahlen zur Verfügung).

Lernende / Lehrabschluss

Die Lernenden trugen auch einen wichtigen Teil zur Bewältigung der verschiedenen Herausforderungen in den Betrieben bei. Zu Beginn der Pandemie war nicht klar, ob die Lernenden in den Betrieben sein sollten oder nicht. Es gab diesbezüglich von den übergeordneten Organisationen CURAVIVA und der für die Ausbildung zuständigen Organisation der Arbeitswelt (OdA) zunächst unterschiedliche Aussagen. Da die Arbeit vor Ort in den Betrieben weiterging, konnten dann aber auch die Lernenden weiterarbeiten und somit auch ihre Lernziele erreichen. Die Lernenden wurden jedoch möglichst nicht auf Abteilungen mit COVID-19-Fällen eingesetzt.

Schwierig war, dass die Schultage online stattfanden. Jene Lernenden, die zu Hause nicht dafür eingerichtet waren, konnten dem Unterricht aber von den Betrieben aus teilnehmen. Es zeigte sich, dass während diesen Phasen die schulischen Leistungen etwas sanken.

Unterstützungsmassnahmen für Mitarbeitende

Zur Entlastung der Mitarbeitenden wurden diverse Massnahmen ergriffen. Neben der bereits erwähnten Rekrutierung von neuen Mitarbeitenden und der Aufstockung des Stellenplans, wurde ein Mitarbeitenden-Pool errichtet, der es ermöglichte, dass Mitarbeitende betriebsübergreifend, auch zwischen exASZ und exPZZ, in jenen Betrieben aushalfen, in denen es am dringendsten war. Zudem arbeiteten einzelne Mitarbeitende aus den Services in den Betrieben mit.

Auch innerhalb der Betriebe half man sich bereichsübergreifend. Sehr geschätzt wurde es, dass auch an den Wochenenden meist jemand aus dem Kader anwesend war. In den ehemaligen Pflegezentren wurde zur Entlastung der Pflegenden, die Einstufung des Pflegebedarfs der Bewohner*innen durch Mitarbeitende des zentralen Leistungsmanagements übernommen. Das hat sich so gut bewährt, dass das inzwischen eine fixe Aufgabe des Leistungsmanagements geworden ist.

Eine weitere Massnahme war, dass Mitarbeitende der Pflege, Therapien oder Ärzteschaft mit Risikoerkrankungen so eingesetzt wurden, dass sie keinen direkten Kontakt mehr mit Bewohner*innen hatten, z. B. gab man ihnen Arbeiten im administrativen Bereich.

Eine Leitende Ärztin des geriatrischen Dienstes stand den Mitarbeitenden für alle Fragen rund um COVID-19 zur Verfügung. In stark belasteten Betrieben konnten sich die Mitarbeitenden auch an die Betriebsseelsorge und die Betriebspsychologin wenden. Zudem erhielten die Mitarbeitenden zwischendurch Anerkennung in Form von Süßigkeiten oder Gutscheinen, z. B. als Ersatz für die Teamessen, die nicht durchgeführt werden durften. Auch gab es Naturalspenden von Firmen.

6.3 Bewohner*innen und Angehörige

Die Grundversorgung der Bewohner*innen war jederzeit sichergestellt. Im Krankheitsfall war immer jemand da, der sich um sie kümmerte. Insgesamt hatten der Grossteil der Bewohner*innen viel Verständnis für die Situation. Jene, die sich vor einer Ansteckung fürchteten, waren über die strengen Schutzmassnahmen froh. Aus Gesprächen

mit Bewohner*innen oder Bewohnerräten geht hervor, dass die meisten mit der Situation gut umgehen konnten. Mit Ausnahme des Besuchsverbots, schätzten sie die getroffenen Massnahmen mehrheitlich und haben sie auch mitgetragen, auch wenn viele mit Einsamkeitsgefühlen kämpften (wie die Bevölkerung generell). Viele äusserten sich vor allem im Setting der ehemaligen Alterszentren positiv darüber, dass sie die Pandemie nicht alleine zu Hause durchstehen mussten, sondern diese Zeit in der Gemeinschaft verbringen konnten. Sehr belastend war es für sie aber dann, wenn Mitbewohner*innen an COVID-19 erkrankten und starben.

Eine Herausforderung für die Verantwortlichen in den Betrieben war das Abwägen zwischen der Verantwortung, die Bewohner*innen einerseits bestmöglich vor einer Ansteckung zu schützen, und ihnen andererseits auch Austausch mit anderen Menschen und Gestaltungsmöglichkeiten in der Tagesstruktur zu ermöglichen. Gleichzeitig galt es, den Bewohner*innen eine grösstmögliche Freiheit zu ermöglichen, ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können.

Die Maskenpflicht in den Häusern war eine weitere Herausforderung. Insbesondere für Bewohner*innen die schlecht hören und für an Demenz erkrankte Bewohner*innen erschwerten die Masken die Kommunikation mit anderen Mitbewohner*innen, Besuchenden und Mitarbeitenden deutlich.

Unterstützungsmassnahmen für Bewohner*innen und Angehörige

Eine wichtige Unterstützungsmassnahme waren die regelmässigen Informationsschreiben an die Bewohner*innen und Angehörigen. Die Schreiben behandelten für die Zielgruppe relevante Themen rund um die Pandemiesituation in den Häusern. Dazu zählten Informationen zu den geltenden Schutzmassnahmen, zur Besuchsregelung oder der Coronavirus-Impfung. Auch auf eine externe Sprechstunde für Angehörige wurde in den Briefen hingewiesen.

Um den Austausch mit den Angehörigen zu ermöglichen, wurden in den ehemaligen Alters- und Pflegezentren Tablets zur Verfügung gestellt (die ehemaligen Alterszentren konnten die Tablets von der Stadtpolizei übernehmen und erhielten weitere leihweise von der Krankenversicherung Helsana; die exPZZ haben Tablets beschafft). In einigen Betrieben wurden Begegnungszonen eingerichtet, die es erlaubten, Angehörigen durch eine Glasscheibe zu sehen und gleichzeitig zu telefonieren. Als Besuche wieder erlaubt waren, wurden überall Begegnungszonen eingerichtet, die den vorgeschriebenen Sicherheitsabstand gewährleisteten. Auch haben einzelne Betriebe eine Sprechstunde für Bewohner*innen und Angehörige angeboten und in den Informationsschreiben wurde insbesondere zu Beginn der Pandemie auch auf die Beratungsstelle Leben im Alter (LiA) verwiesen.

Wenn immer möglich, besuchten Mitarbeitende darüber hinaus die einzelnen Bewohner*innen, damit sie weniger lange alleine waren. In zahlreichen (Demenz-)Abteilungen konnten freiwillige Helfer*innen eingesetzt werden, sodass zeitweise eine 1:1 Betreuung möglich war. Für Bewohner*innen in der Sterbephase konnte das Besuchsverbot gelockert werden.

6.4 Fazit und lessons learned

Insgesamt haben sich die beschriebenen Massnahmen bewährt. Viele Bewohner*innen fühlten sich gut geschützt und waren froh um die Massnahmen. Bei der Bewohner*innenbefragung von 2021 in den ehemaligen Alterszentren, äusserten sich 84.3 Prozent der Antwortenden bezüglich der Frage zum allgemeinen Umgang mit der Pandemie als «Sehr zufrieden» oder «eher zufrieden». Nur 3.8 Prozent gaben an, damit «sehr unzufrieden» oder «eher unzufrieden» gewesen zu sein. Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit den Schutzmassnahmen fiel das Ergebnis sogar noch etwas besser aus (88,5 Prozent «Sehr zufrieden» oder «eher zufrieden» versus 2.1 Prozent «sehr unzufrieden» oder «eher unzufrieden»).

In Bezug auf die Mitarbeitenden haben sich die getroffenen Massnahmen ebenfalls bewährt. Die GFA konnten sicherstellen, dass genügend Material zur Verfügung stand, ein zeitnaher Informationsfluss stellte die Kommunikation der aktuellen Entwicklungen und Vorgaben sicher und die diversen Ansprechstellen wurden von den Mitarbeitenden genutzt um für sich Fragen zu klären.

Das Besuchs- und Ausgangsverbot scheint rückwirkend eine zu harte Massnahme gewesen zu sein. Keine andere Bevölkerungsgruppe war während der Pandemie so radikal eingeschränkt. Hier stellt sich tatsächlich die Frage, ob sich das mit der kollektiven Wohnsituation rechtfertigen liess.

Rückblickend wären die Betriebe froh gewesen um mehr Unterstützung durch freiwillige Mitarbeitende, um das Personal zu entlasten und Zeit mit Bewohner*innen zu verbringen. Allerdings war die Anzahl dieser zusätzlichen personellen Ressourcen beschränkt, denn viele der bestehenden freiwilligen Personen in den Betrieben gehörten selber zur Risikogruppe der über 65-jährigen und konnten über längere Zeit nicht miteinbezogen werden.

7 Kommunikation

Die Pandemie hat alle Beteiligten sehr verunsichert. Umso zentraler war es deshalb, dass die verschiedenen Anspruchsgruppen konsistent, offen und bei Veränderungen zeitnah informiert wurden. Die ehemaligen ASZ und PZZ waren aufgrund ihrer Grösse und Struktur mit eigenen Pflegeexpert*innen und einer Kommunikationsabteilung – sowie teilweise eigenem Arztdienst und eigenen Kommunikationsbeauftragten in den Betrieben – im Vergleich zu kleinen Alters- und Pflegeinstitutionen im Vorteil.

Von Anfang an war es der Anspruch des Vorstehers des Gesundheits- und Umweltdepartements, eine zielgruppenorientierte und zeitnahe Kommunikation an sämtliche Anspruchsgruppen (Bewohner*innen, Angehörige, Mitarbeitende, Freiwillige etc.) sicherstellen zu können. Jeweils ein*e Mitarbeiter*in der Kommunikationsabteilung der exASZ und exPZZ nahmen Einsitz im internen Pandemiestab. Basierend auf den dort gefällten Entscheiden erstellte insbesondere die Kommunikationsabteilung der exPZZ mit der notwendigen Fachunterstützung, entsprechende Informationsschreiben und Plakataushänge.

7.1 Kommunikationsgefässe

Nebst allseits bekannten Kommunikationsmitteln und -gefässen wie Briefe, E-Mail, Telefon oder Sitzungen setzte man zudem auf Intranet und bis anhin eher wenig benutzte Technologien wie Videokonferenzen oder Chatgruppen/Online-Teamräume. Da nur wenige Mitarbeitende an ihrem Arbeitsplatz bereits über diese Infrastruktur verfügten zeigten sich im Umgang mit den bis dato wenig bekannten Technologien zu Beginn der Pandemie hie und da Schwierigkeiten.

Ein wichtiges direktes Kommunikationsgefäss war die eigens geschaffene ärztliche Sprechstunde für Mitarbeitende, in der individuelle Fragen rund um die Pandemie angesprochen werden konnten.

7.2 Betriebe und Mitarbeitende

Regelmässig und zeitnah erfolgten mündliche Informationen und Entscheide durch die Pandemiestäbe exASZ und exPZZ via Telefon- und Videokonferenzen an die einzelnen Betriebe (Betriebsleitungen oder deren Stellvertretungen zudem die Ärzteschaft der exPZZ Betriebe). Basis dafür bildete das Protokoll «Entscheidungen Pandemiestab» (exPZZ). Dort wurden sämtliche Entscheide des Pandemiestabs dokumentiert und laufend aktualisiert. Aktualisierungen gegenüber vorher wurden farblich gekennzeichnet. Das ermöglichte es den Verantwortlichen in den einzelnen Betrieben, sich möglichst rasch einen Überblick über die Neuerungen zu verschaffen. Zudem wurden die wichtigsten Zusatzdokumente darin verlinkt. Ein weiteres Element war der Statusbericht; in ihm wurden sämtliche COVID-19-bedingte Krankheits- und Todesfälle von Bewohner*innen sowie Krankheitsfälle von Mitarbeitenden erfasst.

Das Protokoll «Entscheidungen Pandemiestab» hatte die Funktion eines Nachschlagewerks zu sämtlichen Pandemiethematen; es wurde zeitnah zu den beschlossenen Aktua-

lisierungen per E-Mail an die Kaderpersonen verschickt. Die einzelnen Betriebe wiederum hatten ihre internen Pandemiestructuren mit täglichen Rapports, COVID-19-Verantwortlichen etc.

Mit den Mitarbeitenden erfolgte die Kommunikation über diverse Kanäle. Hauptkommunikationsmittel für Pandemiethemata waren Briefe der Direktorin (und wahlweise weiterer Geschäftsleitungsmitglieder resp. der Ärztlichen Direktorin) an die Mitarbeitenden. Der Versand dieser Briefe erfolgte per E-Mail. Weiter wurden intern eigene Plakate erstellt, die in den Häusern ausgehängt wurden (z. B. zu geltenden Schutzmassnahmen, für die interne Impf-Kampagne). Bei Bedarf griff man auch auf direkte E-Mails oder Publikationen im Intranet zurück. So konnten zum Beispiel die interne ärztliche Anlaufstelle (Telefonsprechstunde bei Fragen zu Pandemiethemata) oder Videoanleitungen und Videobotschaften (korrekte Handhabung der Maske) einfach und schnell zur Verfügung gestellt werden.

7.3 Bewohner*innen und Angehörige

Auch mit den Bewohner*innen und Angehörigen resp. Beistand*innen erfolgte die Kommunikation über diverse Kanäle. Es erfolgten mehrere Informationsschreiben der Direktorin und/oder Ärztlichen Direktorin. Die Schreiben behandelten für die Zielgruppe relevante Themen rund um die Pandemiesituation in den Häusern. Dazu zählten Informationen zu den geltenden Schutzmassnahmen, zur Besuchsregelung oder der Coronavirus-Impfung. Auch auf eine externe Sprechstunde für Angehörige, die unabhängige Beratungsstelle Leben im Alter (LiA), wurde in den Briefen hingewiesen. Zudem wurden auch hier intern eigene Plakate erstellt, die am Eingang der Häuser ausgehängt wurden (zur Besuchsregelung und geltenden Schutzmassnahmen). Analog dazu bespielte man die Informationsbildschirme in den Häusern; ebenfalls mit Informationen zur Besuchsregelung und geltenden Schutzmassnahmen.

7.4 Verbände

Die GFA haben ihr Wissen aktiv und breit mit den Verbänden und anderen Institutionen der Langzeitpflege geteilt. So wurde etwa den anderen Institutionen via CURAVIVA Vorlagen für Informationsschreiben, insbesondere im Kontext des Impfens, zur Verfügung gestellt.

7.5 Medien

Die mediale Berichterstattung zur Situation in Alters- und Pflegeinstitutionen fokussierte zu Beginn der Pandemie vor allem auf die COVID-19-bedingten Todesfälle der Bewohner*innen sowie das anfänglich verhängte Besuchsverbot. Mit dem Fortschreiten der Pandemie veränderte sich auch die Berichterstattung: Zunehmend rückten Themen wie die Belastung für das Pflegepersonal, die Impfung resp. Impfdurchbrüche sowie die Besuchsregelungen ins Zentrum des öffentlich geführten Diskurses. Seit Pandemiebeginn gingen bei den GFA über 160 Medienanfragen ein, die in Zusammenarbeit mit der Departements-Kommunikation des GUD bearbeitet wurden. Die Ärztliche Direktorin der GFA informierte an diversen Medienkonferenzen, in der Printpresse und am Fernsehen öffentlich zur Situation und zum Umgang der GFA mit der Pandemie.

7.6 Fazit und lessons learned

Es zeigte sich schnell, dass die regelmässigen Telefonkonferenzen zwischen Pandemiestabsmitgliedern (Direktorin, Ärztliche Direktorin, Geschäftsleitungssekretariat) und den Betrieben sehr nützlich waren. Es erleichterte den Austausch für beide Seiten und ermöglichte das zeitnahe Einbringen dringlicher Themen aus den Häusern (z. B. wenn ein Beschluss in der Praxis nicht zufriedenstellend umgesetzt werden konnte). Von der übergeordneten Kommunikationsabteilung vorbereitete Informationsschreiben an Bewohner*innen und Angehörige resp. Beistand*innen sparten den Häusern Zeit, da sie nur noch leicht auf die betrieblichen Gegebenheiten angepasst werden mussten und anschliessend gleich verschickt werden konnten. Die Betriebe wurden dadurch einerseits entlastet, andererseits konnte eine einheitliche Kommunikation sichergestellt werden. Gewisse Schreiben wurden auch CURAVIVA zur Verfügung gestellt. CURAVIVA wiederum stellte die Inhalte der Schreiben anderen Heimen zur Verfügung.

Im Allgemeinen schätzten Anspruchsgruppen wie Bewohner*innen, Angehörige, Mitarbeitende aber auch Grundversorger*innen, Spitex oder Verbände die proaktive Kommunikation. Ein rascher und unkomplizierter Austausch zwischen den verschiedenen Stellen (Stadt, Kanton, Verbände, Spitex) und die gegenseitige Hilfsbereitschaft waren sehr wichtig. Hilfreich war, dass sich viele verantwortliche Personen vorher bereits kannten und ein tragendes Netzwerk bestand. Zudem ist die Medienpräsenz der Ärztlichen Direktorin zu erwähnen; Medienschaffende holten wiederholt ihre Einschätzung zu Pandemiefragen in Alters- und Pflegeinstitutionen ein. Das unterstrich den Charakter der Gesundheitszentren für das Alter als eine führende Institution für Langzeitpflege in der Schweiz.

Die kurzfristig auferlegten Vorgaben der kantonalen Gesundheitsdirektion und/oder des Bundes (Bund informierte am Mittwoch, der Kanton am Freitag, Umsetzung ab Montag, teilweise über Feiertage) erschwerten eine frühzeitige Abstimmung von neuen Massnahmen mit den Betrieben. In diesen Situationen wurde die Kommunikation des Pandemiestabs von den Betrieben häufig als sehr direktiv wahrgenommen. Auch liess sich – vor allem zu Beginn der Pandemie – die interne Informationsflut hinsichtlich pandemiebedingter Prozessanpassungen für die einzelnen Häuser fast nicht überblicken. Die Vorgaben und Anpassungen wechselten zu Beginn der Pandemie in einer sehr hohen Kadenz und erschwerten es allen Beteiligten sich auf dem neusten Stand zu halten.

Die Hintergründe von Vorgaben und Abläufen, insbesondere der politischen Mechanismen, wurden den Betrieben rückblickend zu wenig gut erklärt. Die Informationen der Pandemiestäbe exASZ und exPZZ hätten noch fokussierter aufbereitet und an einen breiteren Verteilerkreis verschickt werden sollen. Was ebenfalls fehlte, war ein*e Pandemie-Beauftragte*r in jedem Betrieb. Zudem hätten vor allem zu Beginn die Kaderpersonen mehr Unterstützung bei Problemen mit den neuen Kommunikationstechnologien gebraucht.

8 Fachliche Richtlinien und Vorgaben

8.1 Medizinisches Behandlungswissen

Die Behandlung von COVID-19-erkrankten Bewohner*innen, die über die rein unterstützenden Therapien hinausgingen und im Setting der schweizerischen Langzeitinstitution umsetzbar war, etablierte sich erst in der zweiten Welle. Insbesondere die Behandlung mit Dexamethason und die Heparinisierung zur Verhinderung thromboembolischer Ereignisse hat sicher zur Reduktion der Letalität in der zweiten Welle beigetragen.

8.2 Testung, Reihentestungen

Die Test- und Prozessvorgaben des BAG waren anfänglich nicht für die spezifischen Herausforderungen der stationären Langzeitpflegeinstitutionen angepasst. Während der ersten Welle wurden in den ehemaligen Pflegezentren breit angelegte Reihentestungen bei Bewohner*innen und Mitarbeitenden durchgeführt (vgl. Abschnitt 3. Pandemieverlauf). Aufgrund der damals geltenden Vorgaben hätten diese Testungen nicht durchgeführt werden dürfen; in Absprache mit dem Vorsteher des GUD und der kantonalen Gesundheitsdirektion konnte bezüglich der Testvorgaben eine Ausnahme erwirkt werden. Die Ergebnisse brachten neue Erkenntnisse für die ganze Branche.

Generell war es ein grosser Vorteil, dass Mitarbeitende vor Ort und mit raschem Ergebnis getestet werden konnten. Rund um das Testen gab es aber auch viel Unruhe aufgrund von wechselnden übergeordneten Vorgaben, fehlendem Testmaterial, unterschiedlichen Tests oder auch bei langem Warten auf die Ergebnisse.

8.3 Hygiene

Bei einer Pandemie mit einem unbekanntem Erreger gibt es viele Unsicherheiten bezüglich der Übertragungswege, Überlebensdauer des Erregers und dessen Virulenz. Von diesen Eckwerten leiten sich dann die konkreten Hygienemassnahmen ab.

Bereits vor der Pandemie standen in den exASZ und exPZZ Hygienekonzepte und externe oder interne Hygienefachpersonen zur Verfügung. Es zeigte sich aber v. a. zu Beginn der Pandemie, dass die Mitarbeitenden bezüglich der Hygienemassnahmen, auch im Hinblick auf den Selbstschutz, viele Fragen hatten, insbesondere auch, ob sie selbst genug geschützt seien. Die vom Bund vorgegebenen Schutzmassnahmen wurden hinterfragt und mit Bildern vom Fernsehen, wo man Bilder von Intensivstationen mit den entsprechenden Schutzausrüstungen sah, verglichen. Auf der Intensivstation finden aerosolgenerierende Tätigkeiten statt (Absaugen, Intubieren...) und das Personal braucht mehr Schutzmassnahmen.

Um den Betrieben mehr Sicherheit zu geben wurden sie von internen und Hygienefachpersonen besucht. Neue Mitarbeitende und Freiwillige wurden vor dem Einsatz bezüglich der Hygienethematik geschult. Trotzdem fühlten sich einige Mitarbeitende weiterhin unsicher und hätten sich diesbezüglich eine engere Begleitung durch Fachpersonen gewünscht. So war der korrekte Selbstschutz ein häufiges Thema in der ärztlichen Telefonsprechstunde für Mitarbeitende.

8.4 Therapieentscheide, Advance Care Planning und Notfallpläne

Der in den ehemaligen Pflegezentren seit vielen Jahren etablierte Advance Care Behandlungsplan, beziehungsweise die Gesundheitliche Vorausplanung, hat sich während der Corona-19-Pandemie sehr bewährt. Dabei werden bereits vor einer (weiteren) Verschlechterung des Gesundheitszustands die Behandlungsoptionen hinsichtlich einer künftigen möglichen Verschlechterung vorbesprochen und die Behandlungswünsche der Bewohner*innen festgehalten. Bei COVID-19-positiven Bewohner*innen konnte mit diesem Instrument so der Entscheid bezüglich einer Hospitalisation im Falle einer COVID-19-Erkrankung rasch getroffen werden.

In den ehemaligen Alterszentren musste zu Beginn der Pandemie von den jeweiligen Hausärzt*innen der Bewohner*innen so schnell wie möglich ärztliche Notfallanordnungen für den Fall einer COVID-19-Erkrankung (COVID-19-ÄNOs) eingeholt werden.

8.5 Palliation und Palliative Care Hotline des Stadtspitals

Eine gute Palliative Care Versorgung war bei den schwer an COVID-19-erkrankten Bewohner*innen essenziell. Eine Überweisung in ein Spital wurde von diesen Bewohner*innen oft nicht gewünscht. Hier hat sich die bereits etablierte Palliative Care in den exPZZ bewährt. Alle Betriebe konnten auf das bestehende interprofessionelle palliativ-Fachwissen abstützen. In den exASZ hatte die Implementierung des Palliative Care Konzepts erst kurz vor der Pandemie gestartet und nicht alle Hausärzt*innen verfügen über Palliative Care-spezifisches Fachwissen. Die Richtlinien der Geriatrischen Palliative Care und die Palliative Care Hotline des Stadtspitals für Fachpersonen ab April 2020 waren sehr hilfreich.

Zeitweilige Engpässe bei der Verfügbarkeit von wichtigen Medikamenten, wie z. B. von Dormicum-Ampullen, bildeten eine zusätzliche Herausforderung. Hier hat die Apotheke des Stadtspitals sehr hilfreich unterstützt.

8.6 Forschung / Publikationen

Die ehemaligen Pflegezentren waren während der ersten Welle eine der ersten betroffenen Langzeiteinrichtungen mit grösseren Ausbrüchen. Dabei machten sie Erfahrungen mit vielen prä- und asymptomatischen Bewohner*innen, inklusive Symptomen, die nicht den damaligen Testkriterien entsprachen (vgl. Abschnitt 3. Pandemieverlauf). Diese Informationen wurden direkt an das Bundesamt für Gesundheit übermittelt.

Die Ergebnisse der Reihentestungen in den exPZZ wurden von einer Epidemiologin vertieft ausgewertet (Mbilo, 2020). Ein Artikel dazu wurde in der Ärztezeitung publiziert (Bieri-Brüning et al., 2020). Die Ergebnisse wurden zudem am Europäischen Geriatriekongress 2020 und am Zürcher Hygienesymposium für Langzeiteinrichtungen 2022 präsentiert. Eine weitere Publikation zu den präventiven Massnahmen bezüglich Übertragungen (Bieri-Brüning, Geschwindner, 2020), ein Bericht über einen Ausbruch kurz nach der Impfung (Bieri-Brüning, Schibli 2021) und ein Bericht über Malnutrition als Symptom von LongCOVID-19 (Negatsch, Geschwindner, 2022) wurden verfasst.

Auf nationaler Ebene nahmen die GFA am nationalen «Roundtable Pandemie» teil. Dabei ging es um den Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz und die Erkenntnisse daraus.

8.7 Fazit und lessons learned

Das Heimarztsystem der exPZZ mit einem gut dotierten Arztdienst (qualitativ und quantitativ) hat sich während der Pandemie auf verschiedensten Ebenen sehr bewährt. Die Ärzt*innen waren wichtige Ansprechpersonen vor Ort. Ihre Verantwortung für eine grosse Bewohner*innengruppe hat es vereinfacht, atypische Symptome und unerwartete Übertragungen zu erkennen. Einen eigenen Arztdienst zu haben, der sich direkt mit dem Stadtspital austauschen konnte, hat es zudem vereinfacht, therapeutisch auf dem neuesten Stand zu sein.

Sehr bewährt hat sich auch die pflegerische Kompetenz vor Ort. Vertiefte Fachkenntnisse in Hygiene oder Palliative Care sowie die in den ehemaligen Pflegezentren schon länger etablierte Gesundheitliche Vorausplanung, haben sich sehr positiv auf die Pflege- und Behandlungsqualität während der Pandemie ausgewirkt. Die überdurchschnittlich hohe Fachlichkeit der GFA war auch eine Verpflichtung, innerhalb der Langzeitbranche im Kanton Zürich Verantwortung zu übernehmen und das Fachwissen breit mit der Branche zu teilen.

Die Gesundheitliche Vorausplanung war in den exASZ nicht etabliert. Der Versuch, sie in der akuten Situation oder bei einem Ausbruch in einem Betrieb der ehemaligen Alterszentren unter Zeitdruck umzusetzen war schwierig; die Bewohner*innen fühlten sich unter Druck gesetzt. Das ist ein Problem, von dem alle Langzeitinstitutionen ohne Heimarztversorgung (also die meisten) betroffen waren und sind.

Wie bereits mehrfach erwähnt, war es auch aus fachlicher Perspektive schwierig, dass die Anforderungen Langzeitbranche erst sehr spät ins Bewusstsein der übergeordneten Pandemieplanung gelangten.

Hilfreich wären v. a. in den Betrieben der exASZ gut verankerte Palliativ Care-Prozesse gewesen (inkl. Gesundheitliche Vorausplanung) in Abstimmung mit den Grundversorger*innen. Das wird jetzt implementiert.

9 Schutzmassnahmen

9.1 Massnahmen Social Distancing

Bewohner*innen

Es wurden früh Schutzmassnahmen ergriffen:

- Verzicht auf abteilungsübergreifende Gruppenaktivitäten ab dem 11. März 2020
- Besuchsverbot ab dem 13. März 2020
- Einführung der Maskenpflicht ab dem 16. März 2020
- Verzicht auf Gruppenaktivitäten innerhalb der Abteilung ab dem 6. April 2020 (ex-PZZ)
- Im PZ Gehrenholz und später in den PZ Mattenhof und Entlisberg wurden zwei COVID-19-Isolationsabteilungen eingerichtet mit dem Ziel interne (PZZ inkl. Pflegegruppen und ASZ der Stadt Zürich) sowie auch externe (Spitäler oder andere städtische Heime) COVID-19-Fälle aufzunehmen. Die Isolationsabteilung im PZ Mattenhof wurde auf Menschen mit Demenz ausgerichtet.
- Im weiteren Verlauf der Entwicklung der Epidemie und bei vielen COVID-19-positiven Bewohner*innen auf der Abteilung oder dem Stockwerk wurden die Bewohner*innen zunehmend direkt in der Abteilung oder auf dem Stockwerk isoliert. Betroffene Abteilungen wurden in COVID-19-freie und COVID-19-betroffene Bereiche unterteilt. In den betroffenen Abteilungen wurden die Hygienemassnahmen intensiviert: das Pflegepersonal wurde angewiesen Atemschutzmasken, Schutzbrillen, -kittel und -handschuhe bei der Betreuung von COVID-19-positiven Bewohner*innen zu tragen.
- Die Gruppenaktivitäten fanden nur noch in Kleingruppen auf COVID-19-freien Abteilungen statt
- In den ehemaligen Alterszentren wurde das Essen teilweise nicht mehr in den Speisesälen serviert, sondern in den Appartements.
- Aufbau von getrennten Besucherzonen mit Sichtkontakt durch eine Scheibe.
- Später Angebot von Besucherzonen mit einem Mindestabstand von 1.5 Metern.
- Ausnahmen des Besuchsverbots waren in der Sterbephase möglich.

Besuchsverbot

Am 13. März 2020 erliess der Kanton Zürich ein Besuchsverbot in Heimen und ein Ausgangsverbot (mit nur wenigen Ausnahmen) für insgesamt sieben Wochen bis zum 30. April 2020. Danach wurden bis zum Ende der ersten Welle Besuchszonen ohne direkten Kontakt zwischen Bewohner*innen und Besuchenden eingerichtet. Insbesondere für die Bewohner*innen der exASZ die noch regelmässig das Haus verliessen, für Bewohner*innen, die viel Besuch bekamen und für kognitiv beeinträchtigte Bewohner*innen für die die Kommunikation über Tablet oder durch eine Glasscheibe kaum verständlich war, war das eine sehr einschneidende Massnahme. Rückblickend erscheint das Besuchsverbot nicht verhältnismässig, da nicht nur Besuchende das Virus in die Institution trugen.

In den städtischen Institutionen standen durch die Unterstützung von städtischen Mitarbeitenden aus anderen Dienstabteilungen und von weiteren Firmen, die im Lockdown waren, zusätzliche Betreuungspersonen zur Verfügung. Das ermöglichte, einen Teil der Sozialkontakte zu ersetzen. Insbesondere in den spezialisierten Demenzabteilungen profitierten die Bewohner*innen sehr davon.

Die Schutzmassnahmen waren für die Bewohner*innen obligatorisch, das Besuchsverbot vom Kanton verordnet. Die Einschränkungen der Bewegungsfreiheit durch die obligatorischen Schutzmassnahmen wurden von gesundheitlich weniger eingeschränkten Bewohner*innen, v. a. der ehemaligen Alterszentren, teils stark kritisiert. Die allermeisten Bewohner*innen fühlten sich aber offenbar gut geschützt (vgl. oben, Resultate der Bewohner*innenbefragung).

Mitarbeitende

Die Umsetzung von Schutzmassnahmen für Risikopersonen unter den Mitarbeitenden war schwierig, da Homeoffice für Pflegende nicht umzusetzen ist. Zudem war zu Beginn der Pandemie nicht immer klar, wer genau zu den Risikopersonen gehörte und wer nicht. Die allgemeinen Vorgaben, wie z. B. Homeoffice, konnten meist nicht umgesetzt werden, denn die Mitarbeitenden fast sämtlicher Berufsgruppen, nicht nur die Pflegenden oder Ärzt*innen, wurden vor Ort benötigt. Mitarbeitende der Pflege, Therapien oder Ärzteschaft mit Risikoerkrankungen wurden so eingesetzt, dass sie keinen direkten Kontakt mehr mit Bewohner*innen hatten, z. B. gab man ihnen Arbeiten im administrativen Bereich.

Die Ängste der Mitarbeitenden, sich anzustecken und das Virus in die eigene Familie zu tragen nährten den Wunsch nach mehr und besserem Schutzmaterial (z. B. Handschuhe, FFP-2-Masken, Hauben). Gleichzeitig war v. a. zu Beginn das Schutzmaterial sehr knapp und andererseits war nicht alles, was gewünscht wurde, aus fachlicher Sicht auch nötig.

9.2 Aufnahmeregungen

In der ersten Welle wurden Eintritte über die Aufnahme- und Quarantäneabteilung aufgenommen beziehungsweise die neu Eintretenden hatten während 14 bis 16 Tagen Zimmerquarantäne. Später wurde die Quarantäne in eine Beobachtungsphase mit Testung, Symptomkontrolle und Maskenpflicht angepasst.

Als zusätzliche Massnahme wurde im damals leerstehenden Gebäude des ehemaligen Pflegezentrums Irchelpark eine COVID-19-Aufnahmestation für Patient*innen aus dem Spital eingerichtet. Es wurden eine Leitung und mehrere Mitarbeitende eingesetzt und die Logistik wie Verpflegung, Reinigung und Wäscheversorgung aufgegleist. Rückblickend zeigte sich, dass diese Massnahme nicht notwendig gewesen wäre. Der Irchelpark war nicht ausgelastet, der Bedarf an COVID-19-Betten konnte mit den bestehenden COVID-19-Abteilungen abgedeckt werden.

9.3 Fazit und lessons learned

Die gemeinsamen Absprachen unter den Gesundheitsinstitutionen des GUD für ein einheitliches Vorgehen sowie mit Spitex Zürich hinsichtlich der Schutzmassnahmen war einer der relevantesten Punkte in der Zusammenarbeit.

Die ärztliche Telefonsprechstunde des Geriatriischen Dienstes um auf Ängste und Fragen der Mitarbeitenden individuell eingehen zu können, wurde als hilfreich empfunden. Die Sprechstunde stand auch Mitarbeitenden der exASZ zur Verfügung. Das absolute Besuchsverbot hat sich für stationäre Institutionen der Langzeitpflege im Nachhinein

betrachtet nicht bewährt. Mildere Einschränkungen wie Kontaktmöglichkeiten in speziellen Besucherzonen und das Tragen einer Maske für die Besucher*innen wären wenn immer möglich vorzuziehen.

10 Schutzmaterial

Im GFA-internen Workshop zur Pandemie war das Schutzmaterial einer der am häufigsten angesprochenen Punkte. Die Versorgung der Mitarbeitenden mit Schutzmaterialien ist während einer Pandemie eine zentrale Massnahme. Das Schutzmaterial schützt die Mitarbeitenden nicht nur vor einer Ansteckung, sondern sorgt auch dafür, dass sich die Mitarbeitenden sicher und ernstgenommen fühlen. Auch wenn es nicht immer einfach war, ist es den Alters- und Pflegezentren mit hohem Einsatz gelungen, den Mitarbeitenden das benötigte Schutzmaterial jederzeit zur Verfügung zu stellen.

Sehr schnell zu Beginn der Pandemie wurde die städtische FGG4-Beschaffungsgruppe unter der Leitung der KoBe (Koordinierte Beschaffung des GUD) gebildet. Mitarbeitende aus verschiedenen Departementen und Dienstabteilungen mit breitem Fachwissen konnten sich austauschen und das nötige Knowhow aufbauen. Das Pandemielager wurde dementsprechend aufgebaut.

10.1 Beschaffung von Schutzmaterial

Vor der Pandemie existierte bereits ein stadtweites Lager an chirurgischen Schutzmasken. Ein Teil dieser Masken wurde im Pflegezentrum Entlisberg gelagert und dann auch in die Alters- und Pflegezentren verteilt. Zudem wurde im Rahmen der Pandemieplanung von 2008 bestimmt, dass jeder Betrieb der Pflegezentren vor Ort eine Reserve für zwei Wochen an Inkontinenzmaterial an Lager hat. Das in den betrieblichen Materiallagern vorhandene Material deckt den Bedarf im normalen Betriebsalltag ab und ist bei einer Pandemie aber sehr schnell aufgebraucht.

Mit dem schnellen Pandemieverlauf wurde die Beschaffung von Schutzmaterial (Schutzkittel, Schutzmasken [Chirurgische- und FFP2-Masken], Nitrilhandschuhe), aber auch von weiterem relevanten Material wie z. B. Wäschesäcken aus Plastik oder Kehrichtsäcke, innerhalb von Tagen sehr schwierig. Erschwerend war, dass im normalen Alltag (Spitäler und Heime) Schutzkittel und Schutzmasken nur in bestimmten Bereichen oder nur punktuell benötigt werden. Entsprechend hatten auch die Lieferanten für diese Produkte nur kleine Reserven angelegt und konnten den massiven Mehrbedarf sehr rasch nicht mehr abdecken. Die GFA Betriebe wurden jedoch aus dem bestehenden Vertrag der KoBe prioritär mit Handschuhen beliefert.

Mit den vorhandenen städtischen Masken aus dem Pandemielager konnte der Bedarf gedeckt werden. Da während einer gewissen Zeit gar keine neuen Masken mehr verfügbar waren, wurden die vorhandenen Masken sehr sparsam eingesetzt; die Mitarbeitenden erhielten pro Tag eine Maske. Sie konnten sie auch für dem Arbeitsweg verwenden.

Auch die ZWZ AG (ehemalige Zentralwäscherei) war in dieser Phase sehr hilfsbereit. Als zeitweilig weder Einweg- noch Mehrwegschutzmäntel bestellt werden konnten, bot die ZWZ AG mit Unterstützung durch die KoBe, Ersatzprodukte wie z. B. Reinraumkombis im leasing an. Um die Verfügbarkeit zu erhöhen, wuschen die GFA-Betriebe die Schutzmäntel aus Stoff in der eigenen Lingerie. So standen die Mäntel nach dem Waschen sofort wieder zur Verfügung.

Abgesehen von Masken und Desinfektionsmitteln, die von allen Mitarbeitenden genutzt werden mussten, kam das Schutzmaterial während der ersten Welle nur beim Kontakt mit an COVID-19 erkrankten Bewohner*innen und beim Testen zum Einsatz. Die PZZ führten daher ein zentrales Lager, von dem die knappen Schutzmaterialien gezielt dorthin geliefert werden konnten, wo sie gerade benötigt wurden. Der Einkauf aller Schutzmaterialien wurde über den Zentralen Einkauf von exPZZ getätigt. Als wieder Schutzmaterial verfügbar war, wurde im ehemaligen Pflegezentrum Entlisberg ein Pandemielager mit den wichtigsten Schutzmaterialien (Schutzkittel, Nitrilhandschuhe, Schutzmasken) für einen Bedarf von drei Monaten angelegt.

Die Koordinierte Beschaffung des GUD (KoBe) hat ab Pandemiebeginn laufend die Aufgabe übernommen, in Koordination mit den Fachgruppemitgliedern stadtweit Schutzmaterial zu kaufen. Dazu haben sie kontinuierlich ein städtisches Pandemielager aufgebaut, über das die Betriebe immer noch diverses Schutzmaterial wie z. B. Masken, Nitrilhandschuhe und Schutzmäntel bestellen.

10.2 Desinfektionsmittel

Desinfektionsmittel wurden mit Beginn der Pandemie eine absolute Mangelware. Die meisten Desinfektionsmittel wurden in Deutschland produziert. Da Deutschland die Ware während der ersten Pandemiephase kontingentierte und Lastwagen an der Schweizer Grenze festgehalten wurden, konnten die Niederlassungen in der Schweiz den Bedarf nicht mehr decken. Prioritär wurden die Spitäler beliefert, Pflegeeinrichtungen kamen auf eine Warteliste.

Händedesinfektion:

Aufgrund der Knappheit regten die ehemaligen Pflegezentren bei der Spitalapotheke des Stadtspitals Triemli an, Händealkohol für die Betriebe der GFA-Betriebe in Eigenproduktion herzustellen. Zudem organisierte die KoBe zusätzliche Lieferungen von Desinfektionsmittel von der Kantonsapotheke.

Flächendesinfektion:

Bei den Flächendesinfektionsprodukten war die Situation noch schwieriger. Die üblicherweise eingesetzten Produkte waren für die Pflegeinstitutionen nicht mehr verfügbar, denn praktisch sämtliche dieser Produkte werden im Ausland produziert. Da bei der Flächendesinfektion ein breites Spektrum an Keimen abgedeckt werden muss, war es nicht einfach auf ein anderes Produkt umzustellen. Dank sehr guten Lieferantenbeziehungen konnten die GFA-Betriebe vorübergehend den Bedarf mit einem geeigneten, speziell während der Pandemie in der Schweiz hergestellten Produkt überbrücken. Zudem wurden die GFA-Betriebe zusätzlich mit Desinfektionstüchern aus dem Pandemielager beliefert.

Ab Oktober 2020 (exPZZ) und Juli 2021 (exASZ) konnte ein neuer und der bisherige Lieferant die Betriebe wieder vollumfänglich mit bewährten Hände- und Flächendesinfektionsprodukten beliefern. Zudem wurden Versorgungssicherheitsverträge abgeschlossen. Dadurch kann für einen zeitlich begrenzten Zeitraum die Liefersicherheit gewährleistet werden. Das schafft Zeit, um einen Lieferengpass zu überbrücken und/oder nach weiteren Lösungen zu suchen.

10.3 Fazit und lessons learned

Die vor der Pandemie bestehenden guten Lieferantenbeziehungen mit vertraglich vereinbarter prioritärer Belieferung waren in der Krise Gold wert. Durch das städtische Pandemielager konnte der Gesamtbedarf gebündelt werden und die Versorgungssicherheit erhöht werden. Da es aber weiterhin Lieferengpässe gibt, sind die GFA froh, zusätzlich noch über ein eigenes Lager zu verfügen.

Insgesamt hat sich in den vergangenen zwei Jahren die Beschaffungssituation stark verändert. Es kam zu Versorgungsengpässen, die man früher nicht für möglich gehalten hätte. Daher ist der Zentrale Einkauf der GFA generell aufmerksamer geworden. Die Versorgungssituation wird laufend beobachtet, es werden Gespräche mit den Lieferanten geführt und die Betriebe wurden angehalten, ihre Lager vor Ort leicht aufzustocken. Rückblickend wäre es sinnvoll gewesen, beim Schutzmaterial, insbesondere bei den Schutzmasken über höhere Lagerbestände zu verfügen.

11 Impfung

11.1 Organisation der kantonsweiten Impfung von Heimbewohner*innen

Im Auftrag des Kantons leiteten der Präsident von CURAVIVA Zürich (André Müller) und die Ärztliche Direktorin der GFA (Gaby Bieri) die kantonale Impfgruppe, die die Impfung in den Langzeitinstitutionen im Kanton organisierte und umsetzte. So konnte der Impfprozess in einer für die Heime angepassten Form durchgeführt werden und es konnten alle Bewohner*innen und Mitarbeitenden (die das wünschten) in rund 380 kantonalen Betrieben – in der Regel im Betrieb selber – geimpft werden.

Durch die Mitarbeit in der Impfgruppe konnte der Impfprozess für die Gesundheitszentren proaktiv geplant und alle nötigen Dokumente vorbereitet werden. Die vorgängige Einholung des Impf-Einverständnisses, insbesondere bei nicht mehr urteilsfähigen Bewohner*innen, und das Einholen der Arztzeugnisse bei hausärztlich versorgten Institutionen (exASZ) erwies sich hingegen als sehr aufwändig.

11.2 Impfung der GFA-Bewohner*innen

Die Bewohner*innen wurden (pro Betrieb) in ihren Zimmern oder Appartements geimpft und danach entsprechend überwacht. Die Impfung erwies sich insgesamt als sehr gut verträglich; es traten keine schweren Nebenwirkungen auf. In den Betrieben der exASZ konnten die Ärztinnen und Ärzte des Geriatrischen Dienstes und Pflegenden der exPZZ für die Impfung eingesetzt werden. Die Impfdokumentation stand beim Start der Impfung noch nicht zur Verfügung; das spätere Nachholen der Impfdokumentation, die für den Erhalt des Zertifikats notwendig war, war sehr aufwändig und musste durch einen Zusatzeffort der Betriebe geleistet werden.

11.3 Impfen der Mitarbeitenden

Die Impfung war/ist für Mitarbeitende der GFA ein persönlicher Entscheid und freiwillig. Die Information und Motivation der Mitarbeitenden zur Impfung (Impfung zu einem Zeitpunkt, an dem andere jüngere Bevölkerungsgruppen noch nicht geimpft wurden) war sehr aufwändig; für das Erreichen einer hohen Impfquote aber essenziell. Ängste, wie z. B. als Versuchskaninchen missbraucht zu werden oder durch die so schnell entwickelte Impfung unfruchtbar zu werden, musste mit Aufklärung begegnet werden.

Auch wenn es aufgrund der Impfnebenwirkungen zu Krankheitsabsenzen kam, war die Impfung für die Mitarbeitenden insgesamt gut verträglich und es sind keine schweren Nebenwirkungen aufgetreten. Durch monatliche Impfangebote und eine GFA-interne Impfkampagne konnte eine hohe Impfquote bei den Mitarbeitenden erreicht und gehalten werden.

11.4 Fazit und lessons learned

Die Übernahme der Impforganisation zusammen mit CURAVIVA bedeutete sehr viel Arbeit, hatte aber den Vorteil, dass das Vorgehen den Bedürfnissen der Heime angepasst werden konnte. Ausserdem stärkte das die Zusammenarbeit der GFA mit dem Kanton noch mehr, insbesondere mit dem kantonsärztlichen Dienst.

Eine der Herausforderungen hierbei waren jedoch der phasenweise Impfstoffmangel sowie die begrenzte Kapazität der Kantonsapotheke für die Impfstoffkonfektionierung. Als Konsequenz musste die Planung der Impftermine und die Impfstoffzuteilung wiederholt neu angepasst werden. Auch die Handhabung des Impfstoffs selber (Lagerung; kein Weitertransport) erwies sich als sehr anspruchsvoll.

12 Schlussbetrachtung

Während der Pandemie haben die GUD-Institutionen erfolgreich zusammengearbeitet; sie konnten dabei auf die bereits bestehende gute Zusammenarbeit, auch mit der Spitzex Zürich, aufbauen.

Rückblickend stellen die GFA fest, dass die bisherigen Pandemiewellen im Rahmen der Möglichkeiten der GFA insgesamt gut bewältigt wurden. Ein flexibles Krisenmanagement durch ein etabliertes Führungsteam, das Entscheide traf und zur Unsicherheit der Entscheidungsgrundlage stand, erscheinen hierbei essenziell. Die beiden Organisationen exASZ und exPZZ und nun die Gesundheitszentren für das Alter (GFA) konnten angemessen auf die Herausforderungen reagieren. Grundlage dafür war der grosse Einsatz auf allen Ebenen.

Bei den verordneten Massnahmen stand immer das Wohl der Bewohner*innen und der Mitarbeitenden im Zentrum. Auf dieser Prämisse erfolgte die Zusammenarbeit zwischen den übergeordneten Pandemiestäben und den Betrieben. Die Bewohner*innen erhielten trotz der sehr schwierigen Umstände insgesamt eine qualitativ gute Betreuung und Pflege.

Als grösste Organisation der Langzeitpflege im Kanton hat die GFA in der Pandemie Verantwortung für das Gesamtsystem übernommen und die Spitäler, wie auch die kleineren Langzeitinstitutionen entlastet, etwa durch die Aufnahme von COVID-19-Erkrankten. Als es während der ersten Welle in einem Betrieb der PZZ zu einem grossen Ausbruch kam, wurde die Situation wissenschaftlich analysiert. Das war unter den geltenden Vorgaben nicht vorgesehen; in Absprache mit dem Vorsteher des GUD und der kantonalen Gesundheitsdirektion konnte bezüglich der Testvorgaben eine Ausnahme erwirkt werden. Die Ergebnisse waren ein «Game changer», der weit über die Stadt Zürich hinaus Effekte zeigte und schliesslich die späteren kantonalen und nationalen Teststrategien mitprägte.

Die Versorgung mit Schutzmaterial hätte besser vorbereitet sein können. Schutzmaterial wird bei jeder Pandemie benötigt. Hier geht es um ein Abwägen zwischen den effektiven Kosten eines Pandemielagers und der Wahrscheinlichkeit eines Pandemieeintritts. Die Versorgungslage mit Schutzmaterial wurde im Frühling 2020 sehr eng. Die GFA und die Stadt haben daraus gelernt; inzwischen wurden Reserven angelegt, so dass die Versorgungssicherheit heute deutlich höher ist.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Pandemie wie die aktuelle Corona-Pandemie für Langzeiteinrichtungen zu bewältigen ist. Die Betriebe blieben immer handlungsfähig. Die GFA wissen nun, dass sie gemeinsam grosse Kräfte mobilisieren und hohe Belastungen aushalten können.

Der Impfschutz und die Verbreitung der mildereren Virusvariante Omikron haben den Pandemieverlauf abgemildert. Im Moment steht das Gefühl im Vordergrund, die Pandemie soweit überstanden zu haben: der Krisenmodus ist übergegangen in eine gewisse Routine im Umgang mit der Pandemie. Die letzte Welle mit erhöhten Fallzahlen ist zum Stand November 2022 bereits wieder am Abklingen. Die Auswirkungen von weiteren Wellen sind nicht absehbar.

Die Gesundheitszentren für das Alter (GFA) sind stolz auf alle Mitarbeitenden. Nicht nur die Pflegefachpersonen haben ausserordentliches geleistet, sondern auch die Mitarbeitenden der Hotellerie, des technischen Dienstes, der Therapien, der Administration und die Mitarbeitenden der Services. Nur durch ein gutes, aufeinander abgestimmtes Handeln konnte die Krise zugunsten der Bewohner*innen gut bewältigt werden.

Die Gesundheitszentren für das Alter haben in allen Versorgungsbereichen und auf allen Organisationsebenen viel gelernt. Wie sich eine nächste Pandemie beziehungsweise ein ganz anderer Virus auswirken könnte, lässt sich nicht abschätzen. Die aktuelle Pandemie hat gezeigt, dass nicht jede Situation und jedes Risiko vorweggenommen und ausgeschaltet werden kann. Die Verantwortlichen der GFA erachten es als zentral, auch im weiteren Verlauf der coronabedingten Entwicklungen aufmerksam zu bleiben und auch weiterhin eine angemessene Balance anzustreben zwischen einem aktiven, situativen Handeln und einer bestmöglichen Vorwegnahme künftiger Entwicklungen.

13 Literaturverzeichnis

Bieri-Brüning Gabriela et al. (2020), COVID-19: Erfahrungen aus den Pflegezentren der Stadt Zürich, Schweizerische Ärztezeitung, 101 (23-24):743-745).

Bieri-Brüning Gabriela und Geschwindner Heike (2020) COVID-19, Prevention and Outbreak Management in Nursing Homes: Experiences from the Nursing Homes of the City of Zurich, The Journal of Nursing Home Research Sciences, Volume 6).

Bieri-Brüning Gabriela, Schibli Adrian (2021), COVID-19-Ausbruch in einem Pflegezentrum nach mRNA-Impfung, Schweizerische Ärztezeitung, 102 (40):1293-1295).

Mbilo Céline (2020), COVID-19, Erfahrungen aus den Pflegezentren der Stadt Zürich.

Negatsch Siegfried, Geschwindner Heike (2022), Unerwarteter Gewichtsverlust – eine Spurensuche, NOVAcura 4/22 (23-25).