

## Auszug aus dem Protokoll des Stadtrats von Zürich

vom 2. September 2020

**798.**

**Schriftliche Anfrage von Natascha Wey, Dr. Pawel Silberring und 2 Mitunterzeichnenden betreffend Ansteckungsraten und Todesfälle in den städtischen Alters- und Pflegezentren im Zusammenhang mit dem Corona-Virus, Ausmass und Gründe für die unterschiedlichen Ansteckungsraten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern und den Mitarbeitenden sowie möglicher Zusammenhang mit dem Mangel an qualifiziertem Personal**

Am 3. Juni 2020 reichten Gemeinderätin Natascha Wey und Gemeinderat Pawel Silberring (beide SP) und zwei Mitunterzeichnende folgende Schriftliche Anfrage, GR Nr. 2020/233, ein:

Im Zusammenhang mit dem tragischen Sterben von Menschen in den 8 städtischen Pflegezentren und den 12 angeschlossenen Wohngruppen sowie in den 21 Alterszentren seit Anfang Jahr aufgrund des Corona-Virus bitten wir um Antwort auf folgende Fragen:

1. Was wird unternommen um herauszufinden, warum in den städtischen Institutionen wie insbesondere im Zentrum Gehrenholz eine grosse Anzahl Todesfälle zu verzeichnen waren und warum und wie sich mehrere dutzend oder hundert Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Virus anstecken konnten?
2. Die Chefärztin des Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich, Frau Bieri, dementiert gemäss dem Online-Magazin „Republik“ entschieden, dass zwischen den Ansteckungen in Gehrenholz und der Errichtung einer Isolationsstation ebenda ein Zusammenhang bestehe. Warum weiss Frau Bieri das so sicher, dass sie das vor einer Untersuchung bereits bekanntgeben kann?
3. Ist bekannt, ob und wie viele Mitarbeitende sich ebenfalls mit dem Corona-Virus angesteckt haben? Wenn ja, wie viele und in welchen der Institutionen im Einzelnen?
4. Wer bezahlt die Corona-Tests der Mitarbeitenden? Hatten alle Mitarbeitenden mit Symptomen zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, sich auf Arbeitgeberkosten testen zu lassen? Wie oft wurde das Personal generell getestet?
5. Es fällt auf, dass mindestens in 2 der als Schwerpunktzentren bestimmten Pflegezentren, in denen spezifisch Corona-Infizierte betreut und überführt wurden, eine hohe Sterblichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu verzeichnen ist. Wir bitten in diesem Zusammenhang um folgende Zahlen in einer tabellarischen Auflistung:
  - In welchen Pflege- und Alterszentren sind Corona-Infizierte festgestellt oder zugewiesen worden bis heute?
  - Auflistung aller einzelnen Institutionen, mit der jeweiligen Anzahl der registrierten Fälle?
  - Wie viele davon wurden in eines der Schwerpunktzentren überführt?
  - Wie viele davon sind, u. a. mit den bekannten, coronabasierten Symptomen verstorben? Wir bitten um Auflistung nach dem jeweiligen Sterbemonat?
6. Inwiefern kann ein Mangel an qualifiziertem Personal, an entsprechenden Schulungen und / oder an angemessenem Schutzmaterial der Grund für diese Ansteckungen gewesen sein oder diese zumindest mitverursacht haben?
7. Bitte die Zahlen aus Frage 5 und 6 auch für die städtischen Spitäler auflisten.
8. Bekanntlich werden in Spitälern Covid-Stationen als Bereiche von Intensivpflegestationen geführt, mit entsprechend ausgebildetem und qualifiziertem Personal. Die Pflegezentren verfügen nicht oder nur in reduziertem Umfang über entsprechend qualifiziertes Personal. Mit welchen personellen Qualifikationen/Ressourcen wurden/werden die Covid-Stationen in den Pflegezentren betrieben?
9. Eine analoge Frage stellt sich für die Ausstattung der Covid-Stationen. Über welche relevanten Geräte verfügt eine übliche Intensivstation im Regelfall auf dem Gebiet der Stadt Zürich? Welche davon sind auf den Covid-Stationen unserer Pflegezentren in genügender Zahl verfügbar? Bitte um eine tabellarische Auflistung mit Gegenüberstellung.
10. Wie soll verhindert werden, dass die Lage weiterhin schwierig bleibt? Sind Massnahmen aufgrund von Erkenntnissen ergriffen worden? Wenn Ja, welche?

11. Kann aufgrund der bisherigen Resultate in Zukunft ein sichererer Betrieb der Corona-Zentren eingerichtet werden oder ist eine Trennung von Pflege-/ u. Altersinstitution und Corona-Betreuungsinstitutionen (auch psychologisch) ev. eine bessere Lösung?
12. Wie wird über die Probleme, die Massnahmen sowie die Entwicklung informiert:
  - beim Personal
  - bei den PatientInnen
  - bei Angehörigen
13. Wie wird sichergestellt, dass auch die Sicht der Bewohnenden und des Personals, das mit ihnen zusammenarbeitet, vernehmbar ist? Gab es bezüglich der Corona-Situation Beschwerden seitens des Personals? Was wurde mit Beschwerden gemacht, falls es welche gab?
14. Wie viele freiwillige Helferinnen und Helfer haben im letzten Jahr Einsätze in den Alterszentren geleistet? Unter welchen Bedingungen konnten diese Helferinnen und Helfer während der Corona Zeit freiwillige Einsätze leisten und wie viele Einsätze waren dies?
15. Die Alterszentren haben mittels einen Inserat freiwillige Helferinnen gesucht. Dies zur Erfüllung verschiedenste Aufgaben - vom Zimmerservice zum Aushelfen am Empfang, vom Betreuen der Bewohnenden oder Spaziergänge mit Bewohnenden über die Unterstützung im Wäscheservice bis hin zu Botengängen. Wie viele freiwillige Helferinnen und Helfer konnten rekrutiert werden?
16. Die aufgeführten Tätigkeiten werden normalerweise vom professionellen, bezahltem Betreuungs-/Hotellerpersonal ausgeführt. Wie begründen die Alterszentren den Einsatz von Freiwilligen anstatt von bezahltem Personal? Wieso dürfen externe Freiwillige ohne Ausbildung aber mit entsprechenden Schutzmassnahmen in Alterszentren mit Bewohnenden Kontakt haben (z. B. Zimmerservice) Angehörigen hingegen ist jeglicher Besuch verwehrt?
17. Haben sich Angehörige als Freiwillige gemeldet, um so zu ihren Angehörigen regelmässigen Kontakt haben zu können?
18. Wie wird sichergestellt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentren ohne Angst vor Sanktionen über ihre Sicht berichten können?
19. Ist eine wissenschaftliche Evaluation der gesamten Entwicklung, der Erfahrungen und der Erkenntnisse geplant? In medizinischer und/oder in institutioneller und organisatorischer Hinsicht?
20. Bis wann sind erste Resultate von Untersuchungen bekannt?

Der Stadtrat beantwortet die Anfrage wie folgt:

**Zu Frage 1 («Was wird unternommen um herauszufinden, warum in den städtischen Institutionen wie insbesondere im Zentrum Gehrenholz eine grosse Anzahl Todesfälle zu verzeichnen waren und warum und wie sich mehrere dutzend oder hundert Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Virus anstecken konnten?»):**

Obwohl aufgrund des kurzen Zeitraums bislang erst wenige wissenschaftliche Studien dazu publiziert wurden, zeigen die Erfahrungen aus der Schweiz und anderen Ländern in Europa, dass die Sterblichkeit bei COVID-Erkrankungen in Pflegeheimen grundsätzlich hoch ist. Es besteht Konsens darüber, dass die verschiedenen und teils multiplen Vorerkrankungen der hochaltrigen Bewohnerinnen und Bewohner entscheidend zu diesem Umstand beitragen.

Da es sich bei SARS-CoV-2 um ein sehr ansteckendes Virus handelt, ist auch die Ansteckungsgefahr unter den Bewohnerinnen und Bewohnern oder Patientinnen und Patienten sehr gross. Es gestaltet sich ausserdem als schwierig, Social Distancing, Maskenpflicht oder Händehygiene bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern konsequent umzusetzen – insbesondere bei Menschen mit Demenz. Überdies zeigte sich, dass rund 40 Prozent der infizierten Bewohnerinnen und Bewohner asymptomatisch waren und entsprechend erst von den anderen, nicht infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern isoliert werden konnten, als eine Durchtestung der ganzen Abteilung Klarheit schaffte.

Es wird momentan noch untersucht, auf welchem Weg das Virus ins Pflegezentrum Gehrenholz kam. In zwei Fällen wurde das Virus vermutlich noch vor Verordnung der Maskenpflicht

durch infizierte Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter eingebracht, in einem Fall durch einen infizierten Besucher. Auch gab es Bewohnerinnen und Bewohner, welche bereits infiziert ins Pflegezentrum Gehrenholz eintraten.

**Zu Frage 2** («Die Cheförztin des Geriatriichen Dienstes der Stadt Zürich, Frau Bieri, dementiert gemäss dem Online-Magazin „Republik“ entschieden, dass zwischen den Ansteckungen in Gehrenholz und der Errichtung einer Isolationsstation ebenda ein Zusammenhang bestehe. Warum weiss Frau Bieri das so sicher, dass sie das vor einer Untersuchung bereits bekanntgeben kann?»):

Es gilt festzuhalten, dass alle Entscheidungen in Bezug auf infektiologische Fragestellungen, die notwendigen Schutz- und Isolationsmassnahmen oder das weitere Vorgehen stets in Rücksprache mit der Koordinationsgruppe Pandemie und den darin vertretenen Fachexperten (u. a. Infektiologen des Stadtsitals Waid und Triemli) diskutiert und gefällt wurden.

Unter Fachexperten ist das Vorgehen der Kohortierung oder Kohortenisolierung, sprich das Zusammenlegen und gemeinsame Isolieren von Patientinnen und Patienten mit dem gleichen Krankheitserreger, unbestritten und wird in der Praxis häufig angewendet. Eine Kohortenisolierung dient vor allem dazu, eine weitere Ausbreitung zu verhindern und die sichere Behandlung und Pflege der infizierten Patientinnen und Patienten zu vereinfachen. Auf den Isolationsstationen wird immer in vollständiger Schutzkleidung gearbeitet und die Stationen werden nur über eine Schleuse betreten oder verlassen, bei der die Schutzkleidung an- oder ausgezogen wird. Die Ausbreitung des Virus ausgehend von einer spezialisierten Isolationsstation ist sehr unwahrscheinlich, weil die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stark für die Problematik sensibilisiert sind und die Hygiene- und Schutzmassnahmen konsequent umsetzen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten dürfen die Station grundsätzlich nicht verlassen und es wird darauf geachtet, das Personal nicht untereinander zu mischen.

Hätte sich das Virus im konkreten Fall des Pflegezentrums Gehrenholz von der COVID-Isolationsstation aus ausgebreitet, so hätte mit grosser Wahrscheinlichkeit die auf dem gleichen Stockwerk liegende Nicht-COVID-Abteilung betroffen gewesen sein müssen. Dies war jedoch nicht der Fall, die Ausbrüche im Gehrenholz betrafen andere, nicht in der Nähe der COVID-Isolationsstation gelegene Abteilungen. Es kann deshalb und aufgrund der strengen Schutzvorkehrungen davon ausgegangen werden, dass zwischen den Ansteckungen und der Isolationsstation kein Zusammenhang besteht.

**Zu Frage 3** («Ist bekannt, ob und wie viele Mitarbeitende sich ebenfalls mit dem Corona-Virus angesteckt haben? Wenn ja, wie viele und in welchen der Institutionen im Einzelnen?»):

Die Angaben für die Pflegezentren und Alterszentren können den nachstehenden Tabellen entnommen werden:

Pflegezentren	Personal
Bachwiesen	1
Bombach	8
Entlisberg	8
Gehrenholz	55
Käferberg	10
Mattenhof	1
Irchelpark	1
Riesbach	18
Witikon	5
Pflegewohngruppen	1

Alterszentren	Personal
Dorflinde	7
Herzogenmühle	1
Wildbach	1
Klus Park	2

Bei den Angaben ist zu beachten, dass es sich dabei um die Anzahl positiv getesteter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt. Diese Zahlen machen keine Aussage darüber, wo sich diese Personen angesteckt haben. Da die stärker betroffenen Betriebe aber nicht nur mehr infizierte Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch deutlich mehr infizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufweisen als die restlichen Betriebe, scheint eine Ansteckung im Betrieb wahrscheinlich. Es wird jedoch angenommen, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter primär in den Pausen (ohne Maske) untereinander angesteckt haben und nicht auf der Abteilung (mit Maske) bei kranken Bewohnerinnen und Bewohnern, da die Schutzmassnahmen eingehalten wurden und auch genügend Schutzmaterial zur Verfügung stand.

**Zu Frage 4** («Wer bezahlt die Corona-Tests der Mitarbeitenden? Hatten alle Mitarbeitenden mit Symptomen zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, sich auf Arbeitgeberkosten testen zu lassen? Wie oft wurde das Personal generell getestet? »):

Die Dienstabteilungen des Gesundheits- und Umweltdepartements (GUD) haben autonom entschieden, wie die Kosten für Corona-Tests der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getragen werden. Seit dem 25. Juni 2020 gilt eine neue BAG-Anordnung mit klarer Kostenaufteilung zwischen Bund und Arbeitgeber.

Die Corona-Tests der Mitarbeitenden in den Pflegezentren wurden zum grossen Teil direkt durch die Ärzteschaft der Pflegezentren verordnet und die Abstriche in den Pflegezentren vorgenommen. Die Kosten dieser Testungen wurden von den Pflegezentren getragen. Bei Tests, die bei Hausärztinnen und -ärzten oder anderen Institutionen (z. B. ambulante Testung im Spital) veranlasst wurden, übernahmen die Pflegezentren die Kosten der Tests inklusive der Konsultationen. Bei Mitarbeitenden mit positivem Testergebnis wurde eine Anmeldung bei der Unfallversicherung (Berufskrankheit) gemacht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden jedoch nur bei Symptomen und nicht generell getestet.

Die Alterszentren haben die Kosten für Tests ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne einer arbeitsmedizinischen Massnahme ebenfalls übernommen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Verdacht wurden aufgefordert, sich unverzüglich testen zu lassen und bis zum Vorliegen des Ergebnisses in Selbstisolation zu Hause zu bleiben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden ebenfalls nur bei Symptomen und nicht generell getestet.

**Zu Frage 5** («Es fällt auf, dass mindestens in 2 der als Schwerpunktzentren bestimmten Pflegezentren, in denen spezifisch Corona-Infizierte betreut und überführt wurden, eine hohe Sterblichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu verzeichnen ist. Wir bitten in diesem Zusammenhang um folgende Zahlen in einer tabellarischen Auflistung:

- In welchen Pflege- und Alterszentren sind Corona-Infizierte festgestellt oder zugewiesen worden bis heute?
- Auflistung aller einzelnen Institutionen, mit der jeweiligen Anzahl der registrierten Fälle?
- Wie viele davon wurden in eines der Schwerpunktzentren überführt?
- Wie viele davon sind, u. a. mit den bekannten, coronabasierten Symptomen verstorben? Wir bitten um Auflistung nach dem jeweiligen Sterbemonat?»):

Die Sterblichkeit an COVID-Erkrankungen war in allen Pflegezentren grundsätzlich gleich hoch. In zwei Pflegezentren kam es jedoch zu besonders vielen Ansteckungen, was vor allem auf die grosse Anzahl asymptomatischer und somit unerkannter Fälle zurückzuführen ist.

In folgenden Pflegezentren wurden infizierte Personen festgestellt:

<b>Pflegezentren</b>	<b>Bewohnerinnen/Bewohner</b>	<b>Personal</b>
Bachwiesen	0	1
Bombach	9	8
Entlisberg	0	8
Gehrenholz	55	55
Käferberg	16	10
Mattenhof	0	1
Irchelpark	0	1
Riesbach	38	18
Witikon	4	5
Pflegewohngruppen	0	1

In den Alterszentren wurden nur im Alterszentrum Dorflinde infizierte Bewohnerinnen oder Bewohner festgestellt:

<b>Alterszentren</b>	<b>Bewohnerinnen/Bewohner</b>	<b>Personal</b>
Dorflinde	8	7
Herzogenmühle	0	1
Wildbach	0	1
Klus	0	2

Es fanden folgende Überweisungen auf die spezialisierte COVID-Station im Pflegezentrum Gehrenholz statt:

- Eine Person aus dem Stadtspital Waid und Triemli
- Zwei Personen aus dem Pflegezentrum Witikon/Riesbach
- Eine Person aus dem Pflegezentrum Bombach
- Vier Personen aus dem Alterszentrum Dorflinde

Auf der spezialisierten COVID-Station im Pflegezentrum Gehrenholz verstorben sind:

- Eine Person aus dem Stadtspital Waid und Triemli
- Eine Person aus dem Alterszentrum Dorflinde

Es fanden folgende Überweisungen auf die spezialisierte COVID-Station im Pflegezentrum Mattenhof statt:

- Zwei Personen aus dem Stadtspital Waid und Triemli
- Drei Personen aus dem Pflegezentrum Bombach
- Eine Person aus dem Pflegezentrum Käferberg
- Eine Person aus dem Pflegezentrum Witikon/Riesbach

Auf der spezialisierten COVID-Station im Pflegezentrum Mattenhof verstorben sind:

- Zwei Personen aus dem Pflegezentrum Bombach

Eine Patientin vom Inselspital war eine Nacht bei den internen COVID-Fällen im Pflegezentrum Riesbach untergebracht.

Von den Alterszentren (AZ) wurden nebst den oben genannten vier Bewohnerinnen oder Bewohner des AZ Dorflinde, welche auf die spezialisierte COVID-Station des Pflegezentrums Gehrenholz verlegt wurden, auch eine Person in die Klinik Hirslanden verlegt.

Die Todesfälle in den Pflegezentren und Alterszentren aufgeschlüsselt nach Monat können den nachfolgenden Tabellen entnommen werden:

Pflegezentren	COVID-Todesfälle	Andere Todesfälle
März	2	66
April	47	51
Mai	2	36

Alterszentren	COVID-Todesfälle	Andere Todesfälle
März	3	27
April	0	28
Mai	0	29

**Zu Frage 6** («Inwiefern kann ein Mangel an qualifiziertem Personal, an entsprechenden Schulungen und/oder an angemessenem Schutzmaterial der Grund für diese Ansteckungen gewesen sein oder diese zumindest mitverursacht haben?»):

Die Pflegezentren verfügten jederzeit über genügend qualifiziertes, adäquat geschultes und ausgerüstetes Personal. Ausfälle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, beispielsweise im Pflegezentrum Gehrenholz, wurden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Pflegezentren aufgefangen.

Auch in den Alterszentren bestand zu keiner Zeit Mangel an qualifizierten Mitarbeitenden für die Grundversorgung, da nur vereinzelt Ausfälle zu verzeichnen waren. Die Mitarbeitenden wurden regelmässig informiert, instruiert und geschult, zusätzlich standen Fotoinstruktionen und Videos zur Verfügung. Auch war stets ausreichend Schutzmaterial vorhanden und ab dem 16. März 2020 galt eine strikte Maskenpflicht für Mitarbeitende während der Arbeit im Alterszentrum.

Wie Zahlen des Kantons Zürich zeigen, war das Virus in der städtischen Bevölkerung deutlich stärker verbreitet als in den ländlichen Gebieten des Kantons. Trotz aller Schutzmassnahmen können Ausbrüche in städtischen Gesundheitsinstitutionen leider nicht vollständig ausgeschlossen werden.

**Zu Frage 7** («Bitte die Zahlen aus Frage 5 und 6 auch für die städtischen Spitäler auflisten.»):

*Frage 5:* Im Stadtspital Waid ist im April 2020 eine aus dem Pflegezentrum Gehrenholz eingelieferte Person verstorben.

*Frage 6:* Im Stadtspital Triemli wurden während der ersten Pandemiewelle über 170 Patientinnen und Patienten – und damit die grösste Zahl von COVID-Patientinnen und -Patienten im Kanton Zürich – betreut. Gleichzeitig war die Zahl der im Spital erworbenen Infektionen im kantonalen Vergleich sehr niedrig. Dies ist auch ein Beleg dafür, dass die getroffenen Schutzmassnahmen angemessen und wirksam waren. Die im Spital erworbenen Infektionen ereigneten sich vor allem in der Frühphase der ersten Welle. Möglicherweise hätten einzelne Fälle vermieden werden können, wenn die generelle Maskenpflicht schon früher eingeführt worden wäre. In dieser Phase war dies jedoch weder vom BAG noch von Swissnoso empfohlen worden und wurde auch in keinem Zürcher Spital praktiziert. Das Stadtspital Waid und Triemli war das erste Spital im Kanton Zürich, das am 14. März 2020 eine Maskenpflicht bei jedem Patientenkontakt und am 6. April 2020 eine generelle Maskenpflicht auf dem Spitalareal verfügte. Damit war das Stadtspital Waid und Triemli den gesamtschweizerischen Empfehlungen einen Schritt voraus. Das Stadtspital Waid und Triemli hat ausserdem zu jedem Zeitpunkt über ausreichend qualifiziertes Personal und über genügend Schutzmaterial verfügt.

**Zu Frage 8 («Bekanntlich werden in Spitälern Covid-Stationen als Bereiche von Intensivpflegestationen geführt, mit entsprechend ausgebildetem und qualifiziertem Personal. Die Pflegezentren verfügen nicht oder nur in reduziertem Umfang über entsprechend qualifiziertes Personal. Mit welchen personellen Qualifikationen/Ressourcen wurden/werden die Covid-Stationen in den Pflegezentren betrieben?»):**

Grundsätzlich ist im Zusammenhang mit COVID-19 zu unterscheiden zwischen Intensivpflegestationen in den Spitälern (intensivmedizinische Versorgung wie z. B. Beatmung) und Isolierstationen in den Pflegezentren (Isolation von positiv getesteten Patientinnen und Patienten, keine intensivmedizinische Versorgung). Die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten auf Isolierstationen in den Pflegezentren erfordern keine intensivmedizinischen und medizintechnischen Massnahmen, entsprechend ist dafür auch kein Intensivpflegepersonal notwendig.

In den Pflegezentren wurden jene COVID-Patientinnen und Patienten betreut, die weder spitalbedürftig waren noch ein palliatives Behandlungskonzept hatten. Wie bereits erläutert, ist für diese Betreuung kein Intensivpflegepersonal notwendig. Neben den erforderlichen Pflege- und therapeutischen Massnahmen steht bei Patientinnen und Patienten auf den Isolierstationen die empathische individuelle Unterstützung und Begleitung in der zusätzlich zur Krankheit belastenden Situation der Isolation im Vordergrund. Für die Arbeit in solchen spezialisierten Abteilungen sind gänzlich andere Kompetenzen wichtig als auf Intensivpflegestationen.

Die vorliegende Pandemie ist nicht die erste Situation, die eine umfassende Isolation von Abteilungen oder Häusern erfordert. Aufgrund der periodisch auftretenden Ausbrüchen von beispielsweise Noro- und Rotaviren sind die Mitarbeitenden der Pflegezentren in der Umsetzung von Isolationsmassnahmen erfahren und mit der korrekten Durchführung der Einzelmassnahmen vertraut. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass im Pflegezentrum Gehrenholz seit 2013 eine Abteilung als Kompetenzzentrum für Langzeitbeatmete und komplexe Pflege (z. B. Tracheostoma, Peritonealdialyse, MRSA) geführt wird und somit entsprechend qualifiziertes Personal im Einsatz ist.

**Zu Frage 9 («Eine analoge Frage stellt sich für die Ausstattung der Covid-Stationen. Über welche relevanten Geräte verfügt eine übliche Intensivstation im Regelfall auf dem Gebiet der Stadt Zürich? Welche davon sind auf den Covid-Stationen unserer Pflegezentren in genügender Zahl verfügbar? Bitte um eine tabellarische Auflistung mit Gegenüberstellung.»):**

Für die Ausstattung einer Isolationsstation in den Pflegezentren sind keine intensivmedizinischen Geräte (Monitoring, Beatmungsgeräte, Perfusoren, Infusomaten usw.) erforderlich. Nur ein geringer Prozentsatz (< 5 Prozent der Erkrankten) der COVID-Patientinnen und -Patienten benötigt eine intensivmedizinische Behandlung und Pflege. Bei Bedarf an einer intensivmedizinischen Behandlung ist eine Verlegung vom Pflegezentrum ins Spital erforderlich.

Die Intensivstation des Stadtpitals Triemli ist wie folgt ausgerüstet.

<b>Grundausrüstung</b>	
–	Basis-Monitoring mit
–	EKG
–	Blutdruck
–	Sauerstoffsättigung, evtl. erweitert durch zentralvenöse Sättigung mit entsprechenden Druckmodulen
–	mobiles EKG-Gerät
–	Sauerstoff- und Druckluftanschluss
–	Sauerstoffsonde, Sauerstoffmaske
–	Blutgasmessung
–	Absaugvorrichtung
–	Bronchoskop, Ein- oder Mehrweggerät, Thoraxdrainagen
–	Intubationsmaterial, Set für den schwierigen Atemweg und Beatmungsgerät

-	Infusomaten, Perfusoren, Ernährungspumpen
-	Ultraschall- und Echokardiographiegerät
-	Kopfstützen für Bauchlage
-	Warmtouchgerät
-	Transportwagen mit Monitor
<b>Zusatzausstattung</b>	
-	Hämodiafiltrationsgerät (Dialysegerät)
-	Point of Care-Gerinnungsmessung
-	ECMO

**Zu Frage 10** («Wie soll verhindert werden, dass die Lage weiterhin schwierig bleibt? Sind Massnahmen aufgrund von Erkenntnissen ergriffen worden? Wenn Ja, welche?»):

In den Stadtspitälern und in den städtischen Pflegezentren und den Alterszentren sind seit Wochen keine neuen Ansteckungen mehr gemeldet worden. Nichtsdestotrotz bleibt die Lage schwierig, und es ist mit weiteren Ausbrüchen zu rechnen. Bei weiteren Ausbrüchen sind in den Institutionen auch wieder weitere Einschränkungen beispielsweise der Bewegungsfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner und der Besucherinnen und Besucher nötig. Die Haupterkenntnis – die auch das BAG in seine Empfehlungen aufgenommen hat – ist, dass es viele positive, aber asymptomatische Personen gibt und dass bei einem Ausbruch alle Kontaktpersonen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern getestet werden müssen, um konsequent alle ansteckenden Personen isolieren zu können. Es wurde ein Stufenplan erarbeitet, der je nach epidemiologischer Lage und Ausbrüchen die konkreten Umsetzungen auf diversen Ebenen vorgibt. Die Quarantänemassnahmen auf den betroffenen Abteilungen werden in Zukunft noch schärfer sein.

**Zu Frage 11** («Kann aufgrund der bisherigen Resultate in Zukunft ein sichererer Betrieb der Corona-Zentren eingerichtet werden oder ist eine Trennung von Pflege-/ u. Altersinstitution und Corona-Betreuungsinstitutionen (auch psychologisch) ev. eine bessere Lösung?»):

Die Corona-Zentren waren und sind sicher und werden weitergeführt. Eine Auslagerung in eine andere Institution scheint nicht zielführend und entspricht auch nicht den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner, welche auch bei einer akuten Erkrankung in einem möglichst vertrauten Umfeld betreut werden möchten.

**Zu Frage 12** («Wie wird über die Probleme, die Massnahmen sowie die Entwicklung informiert:

- beim Personal
- bei den PatientInnen
- bei Angehörigen»):

Die Pflegezentren informierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Angehörigen und Beistände regelmässig über die betriebliche Informationskaskade, ausserdem wurden seitens Direktion und Geschäftsleitung Informationsschreiben zur aktuellen Situation und den Veränderungen per E-Mail versendet und im Intranet aufgeschaltet.

**Zu Frage 13** («Wie wird sichergestellt, dass auch die Sicht der Bewohnenden und des Personals, das mit ihnen zusammenarbeitet, vernehmbar ist? Gab es bezüglich der Corona-Situation Beschwerden seitens des Personals? Was wurde mit Beschwerden gemacht, falls es welche gab?»):

Die Geschäftsleitung der Pflegezentren hat sich mindestens einmal pro Woche zu aktuellen Themen ausgetauscht. Dabei hatten Rückmeldungen von Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Angehörigen einen hohen Stellenwert. Es ging in einem Teil der wöchentlichen Absprachen immer auch um die Stimmung und Anliegen der einzelnen Häuser. Zudem wurde u. a. für gesundheitliche Fragen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu Fragen zu Schutzmaterialien oder der Anwendung von Schutzmaterialien eine



Sprechstunde mit einer Leitenden Ärztin des Geriatriischen Dienstes eingerichtet. Diese wurde sehr gut genutzt und es konnten so viele offene Fragen geklärt werden.

Es handelte sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegezentren zweifellos um eine sehr intensive, belastende Zeit mit grosser Unsicherheit. Entsprechend gab es in den Pflegezentren Bedenken, Anregungen und auch einzelne Beschwerden, welche immer sehr zeitnah bearbeitet und beantwortet wurden. In diesem Zusammenhang fand Anfang Mai 2020 auch eine Aussprache mit einer Vertretung des Schweizerischen Verbands des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) zu den Themen Schutzmaterial sowie Anzahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter statt. Abgesehen von der damals bereits laufenden, konstanten Beschaffung von Schutzmaterial waren jedoch keine weiteren konkreten Massnahmen notwendig.

**Zu Frage 14 («Wie viele freiwillige Helferinnen und Helfer haben im letzten Jahr Einsätze in den Alterszentren geleistet? Unter welchen Bedingungen konnten diese Helferinnen und Helfer während der Corona Zeit freiwillige Einsätze leisten und wie viele Einsätze waren dies?»):**

Im Jahr 2019 haben in den Alterszentren 407 freiwillige Mitarbeitende (FMA) einmalig oder regelmässig Einsätze geleistet. Es handelt sich dabei um Einsätze unterschiedlicher Art, Dauer und Umfang. Rund 35 Prozent der FMA sind unter 64 Jahre alt. FMA über 65 Jahre (und damit Teil der Risikogruppe) kamen während einer längeren Zeit nicht oder nur eingeschränkt zum Einsatz. Ab dem 13. März 2020 galt in den Alterszentren ein Besuchsverbot. Die Einsatzmöglichkeiten für FMA wurden dadurch stark eingeschränkt. Ab dem 2. April 2020 durften FMA über 65 Jahre keine Einsätze mehr durchführen (auch keine Begleitungen / Einkäufe). Seit dem 8. Juni 2020 werden wieder alle FMA eingesetzt (auch FMA über 65 Jahre). Für FMA gelten dieselben Vorgaben wie für Mitarbeitende: Strikte Maskenpflicht, regelmässiges Händewaschen und/oder desinfizieren und strikte Einhaltung der Abstandsregelung. Die FMA, welche Einsätze leisten, werden analog der Mitarbeitenden geschult. In den 23 Alterszentren der Stadt standen von März bis und mit Juni insgesamt 85 FMA im Einsatz und haben total 4684 Stunden Freiwilligenarbeit geleistet.

**Zu Frage 15 («Die Alterszentren haben mittels einen Inserat freiwillige Helferinnen gesucht. Dies zur Erfüllung verschiedenste Aufgaben - vom Zimmerservice zum Aushelfen am Empfang, vom Betreuen der Bewohnenden oder Spaziergänge mit Bewohnenden über die Unterstützung im Wäscheservice bis hin zu Botengängen. Wie viele freiwillige Helferinnen und Helfer konnten rekrutiert werden?»):**

Da die regulären freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilweise selbst zu einer Risikogruppe gehörten, wurde ein Inserat aufgeschaltet, mit welchem zusätzliche freiwillige Helferinnen und Helfer gesucht wurden. Diese mussten entsprechend gewisse Anforderungen erfüllen (keine Risikogruppe, Einhalten der Hygieneregeln einschliesslich Tragen von Masken, vorzugsweise längere Einsätze von mehreren Stunden/Tagen). Selbstverständlich stand es auch den regulären freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern offen, sich für diese Spezialeinsätze und Tätigkeiten während der Pandemie zu melden, sofern sie die Anforderungen erfüllten. Es konnten total 82 Personen rekrutiert werden.

**Zu Frage 16 («Die aufgeführten Tätigkeiten werden normalerweise vom professionellen, bezahltem Betreuung-/Hotelleriepersonal ausgeführt. Wie begründen die Alterszentren den Einsatz von Freiwilligen anstatt von bezahltem Personal? Wieso dürfen externe Freiwillige ohne Ausbildung aber mit entsprechenden Schutzmassnahmen in Alterszentren mit Bewohnenden Kontakt haben (z. B. Zimmerservice) Angehörigen hingegen ist jeglicher Besuch verwehrt?»):**

Nicht alle Tätigkeiten werden von ausgebildeten Mitarbeitenden durchgeführt, z. B. Botengänge, Spaziergänge, Spiele / Gespräche, Einzelbegleitungen.

Die pandemiebedingten Helferinnen und Helfer dienen der Unterstützung und Entlastung der stark beanspruchten, ausgebildeten Mitarbeitenden, damit diese die professionellen Tätigkeiten ausführen und den Mehraufwand aufgrund der Schutzvorkehrungen bewältigen konnten. Die Bewohnenden erlebten starke Einschränkungen, die durch den Einsatz von freiwilligen

Helferinnen und Helfern teilweise kompensiert werden konnten. Die gut instruierten und geschulten Helferinnen und Helfer konnten beispielsweise Spaziergänge begleiten und damit den Bewohnerinnen und Bewohnern etwas Abwechslung und Normalität ermöglichen. Auf die Inserate haben sich viele Personen gemeldet, welche aufgrund der Pandemie ihre ordentliche Tätigkeit nicht ausüben konnten, die jedoch einen Beitrag für andere leisten wollten.

Bei den freiwilligen Mitarbeitenden während der Pandemie handelte es sich um eine überschaubare Anzahl Personen, welche spezifisch geschult wurden und kontinuierlich und über einen längeren Zeitraum hinweg eingesetzt und in den Alltag der Alterszentren eingebunden werden konnten. Diese Einsätze unterscheiden sich damit deutlich von regulären Besuchen. Für Angehörige und Besucherinnen oder Besucher galt zu dieser Zeit gemäss Anordnung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zudem ein Besuchsverbot.

**Zu Frage 17 («Haben sich Angehörige als Freiwillige gemeldet, um so zu ihren Angehörigen regelmässigen Kontakt haben zu können?»):**

Es haben sich keine Angehörigen auf das Inserat gemeldet.

**Zu Frage 18 («Wie wird sichergestellt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentren ohne Angst vor Sanktionen über ihre Sicht berichten können?»):**

Die Pflegezentren verfügen über ein Meldeinstrument (ähnlich dem CIRS-Instrument der Spitäler), über das sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch anonym mit Anliegen melden können. Zudem wird grundsätzlich eine positive Fehlerkultur gefördert, die es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erlaubt, auf spezifische Situationen hinzuweisen. Während den Monaten März / April / Mai kamen immer wieder konkrete Meldungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Direktion oder der Geschäftsleitung, die zeitnah aufgenommen und bearbeitet wurden (siehe dazu auch Frage 13).

Insbesondere für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stark belasteten Betriebe Gehrenholz und Riesbach standen zudem die Seelsorgerinnen und Seelsorger der Betriebe, die Leitende Ärztin des Geriatrischen Dienstes mit der eigens eingerichteten Sprechstunde und die Betriebspsychologin zur Verfügung.

In den Alterszentren besteht eine Kultur des Vertrauens, in der auch kritische Fragen gestellt werden können. Bei der Direktion und Geschäftsleitung der Alterszentren sind täglich viele Fragen aus den einzelnen Alterszentren eingetroffen, welche stets zeitnah beantwortet wurden. Mit den Leitungen der Alterszentren wurden regelmässige Telefonkonferenzen und Vernehmlassungen durchgeführt.

**Zu Frage 19 («Ist eine wissenschaftliche Evaluation der gesamten Entwicklung, der Erfahrungen und der Erkenntnisse geplant? In medizinischer und/oder in institutioneller und organisatorischer Hinsicht?»):**

Im Hinblick auf eine zweite Welle ist bereits Mitte April 2020 eine Epidemiologin beauftragt worden, die COVID-Ausbrüche in den städtischen Pflegezentren zu analysieren. Der Fokus der Untersuchung liegt dabei auf der Einschleppung und Ausbreitung des Virus, dem Verlauf der Symptome sowie der Identifikation sinnvoller Massnahmen. Die Pflegezentren führen zusätzlich weitere systematische wissenschaftliche Untersuchungen der Pandemie in ihren Häusern durch, wobei sowohl auf die Bewohnerinnen und Bewohner als auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fokussiert wird. Es sind folgende Analysen geplant:

- Epidemiologische Analysen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter u. a. zur:
  - Identifikation der Infektionswege
  - Chronologische Darstellung des Pandemieverlaufs
- Analyse des Krankheitsverlaufs der Bewohnerinnen und Bewohner:

- Erkenntnisgewinn hinsichtlich der unterschiedlichen Krankheitsverläufe (asymptomatisch, leicht, schwer und fulminant)
- Identifikation möglicher Schlüsselsymptome/-kriterien zur Prädiktion des Verlaufs bei zukünftigen Ausbrüchen
- Todesfallanalyse, Identifikation möglicher Einflussfaktoren
- Erleben der Pandemie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:
  - Informationen zu Exposition und Testung sowie gegebenenfalls eigener Erkrankung
  - Belastung durch COVID-19-Pandemie (berufliche und private / persönliche Aspekte)
- Umgang mit / Erfahrungen aus der Gesamtsituation COVID-19-Pandemie

**Zu Frage 20 («Bis wann sind erste Resultate von Untersuchungen bekannt?»):**

Die Resultate der epidemiologischen Analyse und der Krankheitsverläufe in den Pflegezentren sollten Ende 2020 vorliegen. Die Resultate der Untersuchungen zum Erleben der Pandemie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen voraussichtlich im 1. Semester 2021 vor. Frühe Ergebnisse insbesondere zu den Ausbrüchen im Pflegezentrum Gehrenholz und Pflegezentrum Riesbach wurden bereits publiziert (siehe Beilagen 1 und 2: Journal of Nursing Home Research, Schweizerische Ärztezeitung).

Vor dem Stadtrat

die Stadtschreiberin

**Dr. Claudia Cuche-Curti**

## Beilage 1 zu GR Nr. 2020/233

### SHORT REPORT

# COVID-19: PREVENTION AND OUTBREAK MANAGEMENT IN NURSING HOMES: EXPERIENCES FROM THE NURSING HOMES OF THE CITY OF ZURICH

H. GESCHWINDNER<sup>1</sup>, G. BIERI-BRÜNING<sup>2</sup>

1. Nursing Science & Research, Nursing Homes ,City of Zurich, Switzerland; 2. Chief Physician of Geriatrics Department, Medical Director Nursing Homes ,City of Zurich , Switzerland.  
Corresponding author: Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning, FMH Gen. Int. Med. spez. geriatrics, Chief Physician Department of Geriatrics, Nursing Homes, City of Zurich, Walchestrasse 31, P.O. Box, 8021 Zurich; Tel. 044 412 10 13; [gaby.bieri@zuerich.ch](mailto:gaby.bieri@zuerich.ch)

Residents of nursing homes are generally of older age and regarded as a high risk group for contracting a SARS-CoV-2 infection. Protective measures and a consistent outbreak management are essential.

In contrast to hospitals, hygiene policies, isolation and quarantine measures are difficult to implement in nursing homes. Residents live in these institutions and move freely around their ward and the public sites of the nursing home. Adherence to strict social distancing is difficult depending on spatial factors and the cooperativeness of residents. 80 % of the residents in the Nursing Homes of the City of Zurich (German abbreviation: PZZ) suffer from dementia. They do not understand why they have to stay in their rooms. In order to avoid having to lock them in their rooms, one-to-one care is inevitable.

#### Prevention Measures and Outbreak Management

Protection measures have been implemented early on in all nine PZZ sites (approximately 1600 beds). Hand hygiene measures, previously already of great importance, were reinforced and supervised by link nurses of the hygiene team. A step by step ban on visitors was enacted. From mid March, all the healthcare personnel on the wards were required to wear masks, and soon after that this measure was extended to all employees upon entering the nursing homes. Visits to the hairdresser and podiatric treatments were no longer possible and events by a third party were cancelled. Eventually activities spanning multiple nursing wards and group activities were also discontinued.

New residents had to stay in designated entry into admission and quarantine wards, where they were monitored for 14 days for the appearance of symptoms and their temperature was regularly taken. Additionally, two wards have been installed to provide a systematic cohort isolation, one of which was assigned to demented residents with specific equipment e.g. anti-wandering system.

Nurses were instructed to immediately inform the physicians about residents with any light symptoms such as coughing, fever or subfebrile temperature. Those residents were tested immediately by internal or doctors on call, every day including weekends. The residents were isolated until the test results were available. Soon we found out that a group of residents

manifests less pronounced SARS-CoV-2 symptoms in the beginning. Even residents with subfebrile temperatures could be tested positive.

Isolation measures were implemented in the same manner as in the municipal hospitals by use of protective equipment for the personnel (jackets, gloves, surgical masks, glasses; FFP2 masks were provided only for tasks with higher aerosol formation). Staff with fever and/or cough had to give notice and were referred to be tested.

#### Outbreaks

There have so far been six Coronavirus outbreaks in the Nursing Homes of the City of Zurich. The presumptive infection sources were as follows: one index patient brought the virus from hospital; one resident who visited her sick partner at home; two employees who tested positive (before the mask obligation was implemented); two as of yet unknown infection sources. There was no spread of the virus from designated COVID-19 wards, where besides PZZ internal patients, occasionally patients with COVID-19 from retirement homes and hospitals were admitted (n= 6). In case of an outbreak, stringent cohort isolation was carried out and patients were isolated in designated COVID-19 wards or designated rooms.

At the beginning of April, there were a series of outbreaks in the nursing homes A and B, which were difficult to contain. Despite rigorous testing, quarantine and isolation, more and more residents became symptomatic and tested positive. In consultation with the head infectologist at the Triemli Municipal Hospital, the PZZ directors decided to test all asymptomatic residents in affected wards too. Additionally, all employees working in these wards were tested.

52 out of 110 respectively 28 out of 80 residents were tested positive. Evidently there was a wide spread of the virus. Particularly surprising were the results of the cohort testing (cf. table 1): 18 out of 52 residents or 14 out of 28 residents tested positive for COVID-19 had no symptoms and were identified through the cohort testing only.

EXPERIENCES FROM THE NURSING HOMES OF THE CITY OF ZURICH

**Table 1**  
Symptomatic and asymptomatic COVID-19 positive residents

	Nursing home A		Nursing home B	
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
asymptomatic	18	34.6	14	50
symptomatic	34	65.4	14	50
total	52	100	28	100

Furthermore, only approximately 41 % of infected and symptomatic residents qualified for testing with the presented symptoms according to the criteria of the Swiss Federal Office of Public Health (FOPH). Besides the approximately 40 % of asymptomatic patients, there are also many oligosymptomatic patients (cf. table 2). They most commonly show subfebrile temperatures. We can therefore conclude that there are asymptomatic patients in the high risk groups as well.

**Table 2**  
Fever and other symptoms in nursing home A

		afebrile <37.5	subfebrile 37.5 - 38.0	febrile >38.0	total
other					
symptoms	no other symp.	0	6	9	15
	coughing	2	4	2	8
	hoarseness	1	2	1	4
	dyspnoe	0	3	0	3
	others	0	3	1	4
total		3	18	13	34

These results help to explain why isolation measures in both nursing homes were not primarily successful, due to asymptomatic patients spreading the virus undetected.

From the analysis of the SARS-CoV-2 outbreak on the cruise ship <Diamond Princess>, there are also known cases of elderly asymptomatic COVID-19 patients. Out of 55 COVID-19 patients between the age of 80 and 89, 24 were asymptomatic (1). Comparable results are published from a SARS-CoV-2 outbreak in an American skilled nursing home as well: more than 50 % of the residents with positive tests were asymptomatic at the time of testing (2).

**Residents in nursing wards not affected by COVID-19**

In consultation with the Zurich City Council and the Department of Health of the Canton of Zurich, another cohort test was conducted before Easter. The plan was to test all residents in wards that had not been affected, to evaluate if

they also presented a high number of asymptomatic COVID-19-cases. However, due to the high number of residents, it was decided to go forward with a two-stage approach. In a first step, only not affected wards in nursing homes with COVID-19-cases were tested. This included 19 wards with a total of 320 residents. All results were negative. We subsequently refrained from testing the rest of the nursing homes. It can be assumed that it is highly unlikely that there will be asymptomatic carriers in wards without COVID-19-cases.

With respect to our findings of the high proportion of asymptomatic residents tested positive the Department of Health of the Canton of Zurich and the Federal Office of Public Health adapted the testing policy for elderly people living in nursing homes.

In the course of the COVID-19-pandemic we observed no further outbreak. Until mid of May only few more residents were tested positive. In total 121 out of 1600 residents have been tested positive, 51 of them died.

Since during the cohort testing beginning of April in nursing home A, 10 out of 64 staff tested positive in the cohort testing; in nursing home B, 3 out of 90 tested positive. As an immediate measure, the enforcement of social distancing measures during meals, smoking and in changing rooms were stepped up: e. g. food in the nursing homes' restaurants is collected while wearing a mask and eaten outside with ample distance. The exact path of infection could not be determined yet. During the whole pandemic period in total 108 employees have been identified as SARS-CoV-2 positive. Three of them suffered from severe symptoms and needed hospital care.

**Conclusion**

In nursing homes, where social distancing can only be insufficiently implemented, the virus will spread rapidly. Only by systematic isolation of virus carriers, the spread can be contained. To this end, virus carriers have to be identified. Even among symptomatic patients, many do not meet the test criteria set out by the FOPH and many of them only present with subfebrile temperature. 40 % of virus carriers are asymptomatic upon diagnosis. Therefore, broad testing is necessary in nursing home wards in case of COVID-19 infections, in order to facilitate effective isolation measures. In that process, all possible contacts of the COVID-19-cases have to be included. In a nursing home this includes, at the minimum, all residents of the same nursing ward.

This approach is worth the effort, due to the high lethality because of the COVID-19 virus in nursing homes. Due to the highly vulnerable population in nursing homes, PZZ is regretfully showing a lethality of COVID-19 around 40 % in its institutions, which is significantly higher than that in the average general population of the same age.

For comparison: We know from Italy, that mortality significantly rises with the increase of age. In the age group between 79 and 79 years, 12.6 % die. This increases to 19.7 %

*THE JOURNAL OF NURSING HOME RESEARCH SCIENCES*©

with people aged 80 to 89, and to 22.9 % with the very elderly (≥90 years old) (3).

*Conflict of interest:* none

**References**

1. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020, Euro Surveill. 2020;25(10):pii=2000180.
2. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility, NEJM, DOI: 10.1056/NEJMoa2008457
3. Livingston E, Bucher K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. JAMA 2020

## Beilage 2 zu GR Nr. 2020/233

## Koordinative Zusammenarbeit zwischen städtischen Langzeitinstitutionen, Spitex und Spital

# COVID-19: Erfahrungen aus den Pflegezentren der Stadt Zürich

Gabriela Bieri-Brüning<sup>a</sup>, Sacha Beck<sup>b</sup>, Adrian Schibli<sup>c</sup>, Heike Geschwindner<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr. med. MHA, Chefarztin Geriatriischer Dienst, Pflegezentren der Stadt Zürich; <sup>b</sup> Dr. med. MHA, Ärztlicher Leiter Alterszentren Stadt Zürich, Leitender Arzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid und Triemli, Zürich; <sup>c</sup> Dr. med., Oberarzt m.e.V., Abteilung Infektiologie, Spitalhygiene und Personalmedizin, Departement Innere Medizin, Stadtspital Waid und Triemli, Zürich; <sup>d</sup> PhD, Klinische Pflegewissenschaft, Pflegezentren der Stadt Zürich

Heimbewohnerinnen und -bewohner sind in der Regel hochbetagt und gehören zur Hochrisikogruppe für einen Infekt mit SARS-CoV-2. Präventions- und Schutzmassnahmen und ein konsequentes Ausbruchmanagement sind essentiell. Wie unsere Erfahrungen von COVID-19-Ausbrüchen zeigen, sind die Symptome dieser Patientengruppe oft wenig ausgeprägt. Dadurch besteht ein grosses Risiko, das Virus unerkant in einer Institution zu verbreiten.

## Versorgung älterer Menschen in der Stadt Zürich

Die Stadt Zürich betreibt als Gesundheitsorganisation unter anderem ein Spital (679 Betten) an zwei Standorten sowie acht Pflegezentren und zwölf Pflegewohngruppen mit insgesamt 1600 Betten für mittelschwer bis schwer pflegebedürftige und v.a. hochbetagte Menschen. Zudem werden weitere 2000, meist robustere und selbständigere ältere Menschen in 23 städtischen Alterszentren betreut. Die ärztliche Versorgung der Menschen erfolgt in den Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) durch den Geriatriischen Dienst (angestellte Ärzte in Weiterbildung, Kaderärzte mit Schwerpunkt Geriatrie oder Gerontopsychiatrie) und in den Alterszentren Stadt Zürich (ASZ) durch über 300 Hausärzte und einen verantwortlichen ärztlichen Leiter (Heimarzt). Ausserdem gibt es drei Spitexorganisationen mit städtischem Versorgungsauftrag. Im Bereich der Spitalhygiene gab es vor der Pandemie eine lockere Zusammenarbeit zwischen den PZZ und dem Stadtspital Waid und Triemli, bei ASZ mit einer privaten Hygienefachfrau. Diese Zusammenarbeit wurde zu Beginn der Pandemie stark intensiviert und durch einen regelmässigen fachlichen Austausch gemeinsame Haltungen und Vorgehensweisen beschlossen.

So waren zum Beispiel die Vorgaben und Weisungen der Bundesbehörden und auch der kantonalen Gesundheitsdirektion zu Beginn der Pandemie ganz auf die Spitäler ausgerichtet. Durch das gemeinsame Ein-

bringen der Anliegen und Bedürfnisse der Spitexorganisationen und Langzeitinstitutionen, die plötzlich als «kleine Spitäler» zu funktionieren hatten und denen viele behördlich verordnete Pflichten ohne die nötigen Ressourcen auferlegt wurden, konnte teilweise korrigierend eingewirkt werden.

## Präventions- und Schutzmassnahmen: zahlreich und schwierig in der Umsetzung

In den städtischen Institutionen wurden sehr früh konsequente Schutzmassnahmen ergriffen. In allen Betrieben wurde die Standardhygiene wiederholt instruiert und von Hygieneteams überwacht. Ab dem 13. März wurde ein Besuchsverbot erlassen. Seit dem 16. März gilt die Maskenpflicht für alle Mitarbeitenden der Spitex, ASZ, PZZ und Spitäler, sofern sie Patientenkontakt haben. Kurz darauf wurde die Maskenpflicht für alle Mitarbeitenden umgesetzt.

## In den städtischen Institutionen wurden sehr früh konsequente Schutzmassnahmen ergriffen.

Alle Neueintritte erfolgen über eine Aufnahme- und Quarantäneabteilung oder eine Zimmerquarantäne. Zudem wurden in den PZZ zwei designierte Abteilungen aufgebaut mit dem Ziel, COVID-19-erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner der ASZ, anderer städtischer Heime oder auch Spitäler aufzunehmen bzw. zu kohortieren.



Die Pflgeteams der PZZ und ASZ wurden gemäss den Vorgaben des BAG angewiesen, Bewohnerinnen und Bewohner mit Fieber oder respiratorischen Symptomen sofort dem Arztdienst zu melden. Betroffene werden unmittelbar isoliert und auch am Wochenende durch den Arzt- bzw. Pikettdienst getestet.

Die Isolation erfolgt wie in den Spitälern mit Schutzausrüstung für das Personal. Im Gegensatz zum Spital sind Isolations- und Quarantänemassnahmen in Alters- und Pflegeheimen allerdings viel schwieriger umzusetzen. Bewohnerinnen und Bewohner wohnen in der Institution und bewegen sich frei auf ihren Abteilungen. Die Prävalenz von dementiellen Erkrankungen ist hoch.

### Unverhofft kommt oft

In einer Institution der ASZ kam es Mitte März zu einem ersten COVID-19-Ausbruch. Die mutmasslichen Infektionsquellen waren Mitarbeitende vor der Einführung der Maskenpflicht. Mobile und kognitiv eingeschränkte COVID-19-Erkrankte, die keine Hospitalisierung wünschten, wurden wegen des hohen Verbreitungsrisikos auf die COVID-Abteilungen der PZZ verlegt. Die Kohortierungsmassnahmen wurden jeweils vorgängig mit den zuständigen Hausärzten und Angehörigen besprochen. COVID-Erkrankte in schlechtem Allgemeinzustand wurden nicht verlegt, sondern in ihrem Zimmer isoliert und gepflegt.

### Zwei weitere Ausbrüche

In den Pflegezentren (PZ) A und B kam es Anfang April zu zwei weiteren, schwer einzugrenzenden Ausbrüchen. Trotz konsequenter Testung symptomatischer Patientinnen und Patienten, strikter Quarantäne bzw. Isolation wurden immer wieder neue Bewohnerinnen oder Bewohner symptomatisch und auch positiv getestet. Daher entschieden sich die PZZ, in Absprache mit den Infektiologen des Stadtsitals Waid und Triemli und den Gesundheitsbehörden von Stadt und Kanton, alle bisher asymptomatischen Bewohnerinnen und Bewohner auf den betroffenen Abteilungen im Sinne einer Punktprävalenzenerhebung ebenfalls zu testen. Weil die Infektions-

quelle(n) unklar war(en), wurden ausserdem alle auf diesen Abteilungen eingesetzten Mitarbeitenden getestet.

### Überraschende Testresultate

42% der 190 Bewohnerinnen und Bewohner der PZ A und B wurden positiv getestet.

Erstaunlich war, dass 40% der Getesteten (noch) keine Symptome hatten. Bei der Hochrisikogruppe der Hochbetagten gibt es offenbar und v.a. zu Beginn der

### Erstaunlich war, dass 40% der Getesteten (noch) keine Symptome hatten.

Infektion zahlreiche asymptomatische Patientinnen und Patienten, die das Virus unerkannt verbreiten können. Isolationsmassnahmen lediglich für symptomatische Patientinnen und Patienten waren deshalb nicht erfolgreich in der Bekämpfung des Ausbruchs. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit der Analyse eines SARS-CoV-2-Ausbruchs in einem amerikanischen Pflegeheim, in dem gut die Hälfte der zu Beginn des Ausbruchs positiv Getesteten asymptomatisch war [1]. Bei Reisenden auf dem Kreuzfahrtschiff «Diamond Princess» konnte nachgewiesen werden, dass knapp 20% der asymptomatischen positiv getesteten Mitreisenden im Verlauf asymptomatisch geblieben sind [2]. Im Pflegezentrum A wurden 10 von 64, im Pflegezentrum B 3 von 90 asymptomatischen Mitarbeitenden positiv getestet. Als Sofortmassnahme bei den Mitarbeitenden wurde das noch konsequentere Social Distancing beim Essen, Rauchen und in der Garderobe durchgesetzt. So wurden den Mitarbeitenden zum Beispiel persönliche Zeitfenster zur Garderobenbenutzung zugeteilt oder das Essen im Freien und in Schichten organisiert.

### Testresultate auf COVID-freien Abteilungen

Vor Ostern wurde – wiederum in Absprache mit dem Stadtrat und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich – eine erweiterte Punktprävalenztestung durchgeführt. Geplant war, alle Bewohnerinnen und

Tabelle 1: Kohortentestung nicht betroffene Abteilungen.

SARS-CoV-2-Kohortentestung auf nicht betroffenen Abteilungen					
PZ	N Abteilungen	N Bewohner	Datum Kohortentest	Status Corona	N positiv Tag Kohortentest
PZ1	8	125	8.4.2020	negativ	0
PZ2	10	170	8.4.2020	negativ	0
PZ3	1	25	6.4.2020	negativ	0



Bewohner der PZZ von bisher nicht betroffenen Abteilungen zu testen, um zu überprüfen, ob auch dort asymptomatische COVID-Fälle vorhanden sind. Die Resultate der ersten 320 Bewohnerinnen und Bewohner sind in Tabelle 1 dargestellt. Alle Beprobten waren

### In einer Ausbruchssituation mit mehreren COVID-Erkrankten erscheint es sinnvoll, im Sinne einer Punktprävalenzmessung breit zu testen.

negativ. Auf die Testung weiterer Pflegezentren ohne COVID-Fälle wurde daraufhin verzichtet. Es ist anzunehmen, dass auf Abteilungen ohne symptomatische COVID-Fälle und ohne erkrankte Mitarbeitende mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch nicht mit asymptomatischen Trägern zu rechnen ist.

### Fazit

In Alters- und Pflegeheimen, in denen Schutzmassnahmen wegen Patientencharakteristika oder struktureller Begebenheiten nur ungenügend umgesetzt werden können, breitet sich das SARS-CoV-2-Virus rasch aus. Nur durch eine konsequente Isolation der Virusträger lässt sich die Ausbreitung eingrenzen. Dazu muss man die Virusträger aber auch kennen. Selbst bei den erkrankten, symptomatischen Bewohnerinnen und Bewohnern erfüllten nur 41% die damals geltenden Testkriterien des BAG. 40% der Virusträger waren in unserer Ausbruchskohorte bei Diagnosestellung asymptomatisch. In einer Ausbruchssituation mit meh-

renen COVID-Erkrankten erscheint es deshalb sinnvoll, im Sinne einer Punktprävalenzmessung breit zu testen. Dieses Vorgehen lohnt sich, denn im Pflegeheim hat das Virus eine hohe Letalität. In unserer untersuchten Population liegt sie bei ca. 40%. Sie ist damit deutlich höher als in der gleichaltrigen Durchschnittspopulation [3].

Die Zusammenarbeit und der regelmässige Austausch von Vertretern aus den verschiedenen Fachdisziplinen und Institutionen ermöglichen koordinierte Aktionen und Massnahmen mit Sicht über die eigenen Versorgungsgrenzen hinaus.

### Ausblick

Durch weiterführende Analysen unserer Daten hoffen wir, neue Erkenntnisse über den Verlauf der Erkrankung bei dieser Hochrisikogruppe bzw. über mögliche Korrelationen zwischen Patientencharakteristika und dem Verlauf zu erhalten.

### Interessenverbindungen

keine

### Literatur

- 1 Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *NEJM*; DOI: 10.1056/NEJMoa2008457
- 2 Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(10):pii=2000180.
- 3 Livingston E, Bucher K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA.* 2020.

Dr. med.  
Gabriela Bieri-Brüning,  
FMH Allgemeine Innere  
Medizin, spez. Geriatrie  
Chefärztin  
Geriatrischer Dienst  
Pflegezentren Zürich  
Walchstrasse 31, Postfach  
CH-8021 Zürich  
Tel. 044 412 10 13  
gaby.bieri[at]zuerich.ch

### Das Wichtigste in Kürze

- Präventions- und Schutzmassnahmen sind in Langzeitinstitutionen essentiell und müssen koordiniert und gut vernetzt erfolgen.
- Aufgrund der hohen Prävalenz von kognitiven Störungen und strukturellen Hürden sind Schutz-, Quarantäne- und Isolationsmassnahmen in Langzeitinstitutionen viel schwieriger umzusetzen.
- Gerade hochbetagte Heimbewohnerinnen und -bewohner können wenig Symptome zeigen und dadurch unerkannt das Virus verbreiten.
- In einer Ausbruchssituation sollen breite Testungen von Patientinnen und Patienten und wenn angezeigt auch von Mitarbeitenden erwogen werden. Dadurch werden zielgerichtete Isolationsmassnahmen rascher möglich.
- Der regelmässige Austausch von Vertretern aus den verschiedenen Fachdisziplinen und Institutionen ermöglicht koordinierte Aktionen und Massnahmen mit Sicht über die eigenen Versorgungsgrenzen hinaus.

### L'essentiel en bref

- Essentiels dans les institutions de long séjour, les mesures de prévention et de protection doivent y être interdisciplinaires et coordonnées.
- Du fait d'obstacles structurels et de la forte prévalence des troubles cognitifs, les dispositifs de protection, de quarantaine et d'isolement sont beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre dans ces établissements.
- Or, les résidentes et résidents très âgés des EMS présentent souvent peu de symptômes, ce qui favorise une propagation silencieuse du virus.
- Si un foyer épidémique apparaît, il faut donc envisager des tests à grande échelle auprès des patientes et patients et, le cas échéant, du personnel. Cela permet de prendre plus rapidement des mesures d'isolement ciblées.
- Les échanges réguliers entre représentants des différentes disciplines spécialisées et institutions permettent de coordonner les actions et mesures au-delà de ses propres limites de soins de santé.