

Dr. Erwin Carigiet

Gibt es vernünftige Alternativen zur kompletten Abschliessung der Pflegeheime in Pandemiezeiten?

Ja, es gibt Alternativen. Der Wissensstand heute unterscheidet sich wesentlich von jenem zu Beginn der Covid-19-Pandemie anfangs 2020. Die Art der Pandemieplanung (1) und das Personal mit seiner Ausbildung und Haltung (2) sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren beim aus meiner Sicht adäquaten Umgang mit der Pandemie.

(1) Differenzierte Pandemieplanung

Jede Alters- und Pflegeeinrichtung erstellt einen differenzierten Pandemieplan, der die Wahrung der Würde der Person mit Pflege und Betreuungsbedarf in den Mittelpunkt stellt: Es geht mithin

- um die bestmögliche Verknüpfung des Infektionsschutzes und der Hygiene
- mit der Wahrung der Würde und den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner.

Somit muss eine bewusste, nicht von vornherein einseitige Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld von Lebensschutz und Lebensqualität stattfinden. Die alleinige „absolute“ Priorisierung und Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen zur Einhaltung von Quarantäneregeln, wie sie im Frühling und Sommer 2020 durchaus angemessen gewesen ist, ist für die nächste Zukunft abzulehnen. Auch wenn das social bzw. physical distancing und die eigentliche Quarantäne zurzeit als die effektivsten Methoden zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie gelten, stellen sie für die Menschen mit Pflegebedarf eine enorme Belastung (mit einem zudem hohen Schadenspotential) dar (DGP 2020, S. 14 mit zahlreichen Verweisen): „Die Dauer und die Ausprägung der Quarantänemaßnahmen sind deshalb vor dem Hintergrund der Risiken und Nachteile individuell zu bestimmen.“

Es sind (endlich) schweizweit¹ einheitliche Muster-Pandemiepläne aufgrund verbindlicher Vorgaben des BAG für die ambulante und stationäre Pflege zu erstellen. Die Erstellung und die Anwendung sind durch die Kantone ausnahmslos zu kontrollieren.

Ein derartig fokussierter Pandemieplan

- berücksichtigt unterschiedliche Gruppen von von Bewohnerinnen und Bewohnern, zum Beispiel Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen

¹ Allenfalls kann der Kanton Zürich für sein Gebiet hier „vorangehen“, im Zusammenspiel mit den betroffenen Einrichtungen und ihren Organisationen wie Curaviva usw.

- Beeinträchtigungen, Menschen in der palliativen Versorgung, insbesondere auch in der Sterbephase, alte und junge Menschen, also auch Kinder- und Jugendliche, Menschen mit psychischen Erkrankungen, etc.;
- beinhaltet Quarantäne- und Isolationsmöglichkeiten, wie ein Rooming-in Angebot für Angehörige und Vertrauenspersonen sowie
 - die Vernetzung der Einrichtung mit nahe gelegenen Spitälern mittels eines Überleitungsmanagements, welches Teilhabe und Infektionsschutz berücksichtigt;
 - bezieht von vornherein den ausformulierten Willen (Patientenverfügung, vorausschauende Behandlungsplanung, ACP Advanced Care Planning) der Bewohnerinnen und Bewohnern in die Massnahmenplanung der Einrichtung ein, regelt also klar und kommuniziert dies transparent an die Betroffenen und deren Angehörige, wie bei schwerem Verlauf einer Covid-19-Erkrankung vorzugehen ist (z.B. auf Wunsch der Erkrankten Verbleib im Heim und Verzicht auf eine Spitaleinweisung);
 - stellt dies durch eine entsprechende Auswahl und permanente Schulung des Personals sowie
 - durch die Beschaffung von für die Umsetzung benötigtem Schutzmaterial sicher.

Teilhabe und Infektionsschutz widersprechen sich nicht per se (Appell 2020, DGP 2020). Als unbedingt zu realisierende Massnahmen seien genannt (nicht abschliessende Aufzählung):

- Engen Angehörigen und Bezugspersonen sowie gesetzlichen Vertretungspersonen und Beiständen ist der Zugang zu urteilsunfähigen Personen stets zu gewähren. Dies selbstverständlich unter Beachtung der allgemein geltenden Schutzstandards (es gibt bereits zahlreiche Beispiele für an die Bedrohungslage angepasste Begegnungsräume und -zonen).
- Massnahmen zur Früherkennung von Infizierten beim Personal und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (systematisches regelmässiges Testen).
- Organisatorische Aufteilung von Grosseinheiten (sc. Alters- und Pflegeheimen mit mehr als 30 Bewohnerinnen und Bewohnern) in kleinere Einheiten (z.B. unterteilt nach Stockwerken) und damit die Reduktion des Risikos (Bildung kleinerer, von einander räumlich und kontaktmässig getrennten Behandlungsteams usw.).
- Miteinbezug der Angehörigen und gesetzlichen Vertretungspersonen bei unabwendbaren freiheitsbeschränkenden Massnahmen unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen.
- Ein multiprofessionelles Team entwickelt bei Problemen in der Umsetzung der Quarantäneregeln individuelle Lösungsansätze, bei denen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Hygienemaßnahmen in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Der Vorsitzende des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, KDA hat die sich in diesem

Kontext stellenden Fragestellungen auf den Punkt gebracht (Schulz-Nieswandt 2020, S. 24): „Die Corona-Pandemie verweist uns auf soziale Praktiken zwischen Solidarität und Ausgrenzung. Die Sorge der Politik, die rechtlich der Gesellschaft der Bürger*innen verordnet wird, gilt dem Schutz vor dem Tod vulnerabler Gruppen und hierbei insbesondere dem hohen Alter. Einerseits. Andererseits wird damit das hohe Alter in den Pflegeheimen zugleich verstärkt einem sozialen Tod infolge von sozialen Ausgrenzungen ausgesetzt. Das ist die Ambivalenz.“

(2) Ausbildung und Haltung des Personals in Pflegeeinrichtungen

Das Personal mit seiner Ausbildung, seiner Erfahrung und seiner Haltung den Schutzbefohlenen und sich selber gegenüber ist in Zeiten hoher Unsicherheit wie jenen bei einer Pandemie entscheidend.

Wichtige Parameter sind (keine vollständige Aufzählung):

- ein adäquater Skills-Grade-Mix (d.h. angemessen erfüllte Anforderungen an die Anzahl und die fachliche Qualifikation des Personals pro Schicht),
- genügend Personal, keine unterbesetzte Planstellen,
- keine Anhäufung von Überstunden ohne Ausgleich mit Ruhezeiten (allenfalls auch verordnete Ruhezeiten, wie vorgezogene Ferien in „ruhigen“ Zeiten),
- Massnahmen zur Früherkennung von Infizierten beim Personal und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (regelmässiges Testen),
- tägliches Gesundheitsscreening der Mitarbeitenden, allenfalls verbunden mit der Pflicht für diese, ein „Gesundheitstagebuch“ zu führen, um Expositionen zu erfassen,
- aufmerksame „Pflege“ des Personals aller Stufen durch die Vorgesetzten und durch die Vertretungen der Trägerschaften, insbesondere durch
 - (a) regelmässige niederschwellige Weiterbildungen rund um die Covid-19-Pandemie,
 - inkl. Schulungen zur Vermeidung der häufigsten Fehler bei den Schutzmassnahmen (z.B. beim An- und Ablegen der Schutzmasken, unsorgfältiges Händewaschen – reine Appelle genügen nicht),
 - inkl. Schaffung von Rahmenbedingungen zur Reduktion des „Präsentismus“ von kranken Mitarbeitenden, die trotz Krankheitssymptomen arbeiten, usw.
 - inkl. periodischer Austausch mit Spezialistinnen und Spezialisten in den Spitälern
 - (b) Schaffung von niederschweligen Unterstützungsangeboten bei (zu) hoher psychischer, emotionaler oder körperlicher Belastung, die in derartigen Situationen nichts Ausserordentliches darstellen, darüber hinaus Förderung der „Selbst(für)sorge“,
 - (c) ausführlich dazu DGP 2020, S. 27-32, Taylor 2020, S. 141-150.

- genügend Schutzmaterial,
- Schutzkonzepte für Beistände, Besuchs- und Vertretungspersonen (diese erleichtern dem Personal die Arbeit wesentlich).

Eine abschliessende Bemerkung zur Haltung von Gesellschaft und Pflegeeinrichtungen:

Oft wird im Umgang mit den alten Menschen vergessen, dass die alten Menschen, gerade auch in der Zeit ihrer Hinfälligkeit, nicht uniform, sondern ebenso vielfältig wie die jüngeren Menschen sind. Im Alter, in der persönlichen Geschichte und im Blick auf Kompetenzen und Hilfsbedürftigkeit unterscheiden sie sich. Alters- und Pflegeheime sind keine Spitäler, wo sich Kranke nur eine bestimmte Zeit aufhalten. Die alten Menschen wohnen, leben dort. Dies ist auch anspruchsvollen Zeiten zu beachten. Schon in der Vor-Covid-19-Zeit war und ist eine zunehmende Orientierung der Pflegeeinrichtungen am Vorbild der Hygieneordnungen der Akutspitäler zu beobachten. Dieser Tendenz der Absonderung oder „Kasernierung“ ist entgegenzuwirken (Schulz-Nieswandt 2020, S. 31-33).

Wie muss die Akut- und Übergangspflege in einer Pandemie angepasst werden, um nicht Altersheim- und Pflegeheime unverantwortlichen Risiken auszusetzen?

Der strukturierten Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Pflegeeinrichtungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Eine klare Trennung zwischen beiden Angeboten – unter gleichzeitig intensiver fachlicher Zusammenarbeit – reduziert die Infektionsrisiken der vulnerabelsten Menschen.

Die wissenschaftliche Auswertung der vergangenen Monate steht (weltweit)² weitgehend noch aus, also auch die Beantwortung der Frage, wie die Gesundheitseinrichtungen selber zur Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus beigetragen haben³: In den im August 2020 aktualisierten Empfehlungen des deutschen Robert Koch Instituts finden sich wertvolle Hinweise für die aktuelle Praxis, die bestimmt auch

² Eine kurze Recherche auf Google mit den Stichworten „nursing homes corona hotspots“ oder „hospitals corona hotspots“ erbringt zahllose Rückmeldungen zu Ereignissen, Vermutungen, Einschätzungen. Umfassende wissenschaftliche Studien sind dem Autor demgegenüber noch nicht bekannt. Die Forschung konzentriert sich auf die Entwicklung von Impfstoffen und Medikamenten. Wie auch in den Vor-Covid-19-Zeiten geniesst die Versorgungsforschung nicht das ihr von der Bedeutung für die Gesundheitsversorgung her zukommende Gewicht.

³ Ein Beispiel: Zur Koordination in der Stadt Zürich vgl. Bieri-Brunig et al. 2020. Im März 2020 wurden die Abteilungen für rehabilitative Akut- und Übergangspflege der städtischen Pflegezentren in Aufnahme- und Quarantaneabteilungen umgewandelt. Mittlerweile wurde der Normalbetrieb wieder aufgenommen. Eine unabhängige wissenschaftliche Auswertung dieser seinerzeitigen Massnahme ist mir nicht bekannt.

in Schweizer Verhältnissen angewendet werden könnten (Robert Koch Institut 2020, v.a. S. 6, 9, 11 und 18 mit Verweisen).

Was wären sinnvolle Massnahmen, die wir vom Kanton und/oder den Gemeinden, allenfalls den Hochschulen fordern können, um das grundlegende Wissen über insbesondere Infektionskrankheiten in der Bevölkerung zu verbessern und damit die wuchernden Verschwörungstheorien und grundlagenfrei Positionen einzuschränken?

Die Kommunikation ist für die Bewältigung einer Krise wie jener der Covid-19-Pandemie entscheidend. Vor allem die Kommunikation zwischen Politik und Bevölkerung einerseits. Andererseits aber auch jene zwischen Wissenschaft und Politik. An der Schnittstelle zwischen Epidemiologie, Virologie, Notfall- und Intensivmedizin und Medizingeschichte, eröffnet der Blick auf Erkenntnisse der Verhaltensforschung und Psychologie zusätzliche wichtige Perspektiven und Zusammenhänge im Kontext von Pandemien (Taylor 2020, S. 49-60 und S. 103-114).⁴ Taylor weist in der Zusammenfassung seines Werks eindringlich auf die Notwendigkeit hin, die Krisenkommunikation zu verbessern, dadurch den in solchen Situationen stets grassierenden Verschwörungstheorien zu begegnen, und damit gesundheitserhaltendes Verhalten wie z.B. das Beachten der Hygieneregeln und des Abstandhaltens zu fördern (Taylor 2020, S. 151-156).

Bei der Krisenkommunikation ist es unverzichtbar, zuerst einmal die Komplexität einer Krise anzuerkennen und zu benennen. Gerade durch die Opinionleader in Politik und Wissenschaft. Auch hinzustehen und zu sagen: „Dies weiß ich nicht.“ Oder: „Aufgrund neuer Erkenntnisse habe ich meine Meinung geändert und lockere (oder verschärfe) diese oder jene Maßnahme.“

Eine gute, vertrauensbildende Kommunikation durch die Politik *und* die Wissenschaft wird durch gleichermassen empathische wie entscheidungsfreudige Persönlichkeiten geprägt (Garikipati/Kambhampati 2020)⁵. Es geht darum, das vorhandene Wissen *und*

⁴ Steven Taylors Monographie ist im Dezember 2019 auf Englisch, also gerade zu Beginn der Covid-19-Pandemie, erschienen und füllt eine Lücke in der Forschung. Taylor, ein in Vancouver, Kanada, forschender und lehrender Universitätsprofessor und klinischer Psychologe, begründet ausführlich, warum die gängigen Empfehlungen der Behörden allein nicht genügen, um eine Pandemie erfolgreich zu bewältigen.

⁵ Die beiden Forschenden der Universitäten Liverpool und Reading zeigen, dass das Geschlecht bei der Führung in ausserordentlichen Situationen wie bei einer Pandemie eine Rolle spielen kann. Als positive Beispiele erscheinen dem Autor die neuseeländische Premierministerin Jacinda Arden, die deutsche Kanzlerin Angela Merkel, die taiwanische Präsidentin Tsai Ing-wen, die dänische Ministerpräsidentin Mette Frederiksen u.a.m. Die lesenswerte Studie ist noch nicht peer reviewed.

Nicht-Wissen allgemein verständlich darzustellen, es im wahrsten Sinne des Wortes zu übersetzen.

Ein alleiniger naturwissenschaftlicher Fokus in der Kommunikation, wie auch – wie oben angesprochen – in der Forschung reicht nicht aus. Taylors hochaktuelle Monographie (Taylor 2020) weist auf den in dieser Hinsicht zusätzlichen Bedarf in Forschung und in der Bildung für Entscheidungstragende und für die Bevölkerung hin.

Je mehr unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen bei der Lagebeurteilung und bei der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung der Pandemie zusammenarbeiten, desto erfolgreicher werden die entschiedenen Massnahmen sein. Ihr Wert hängt vom Verständnis der Prozesse ab, die zu den erhobenen Daten, zu den beobachteten Entwicklungen und Ereignissen führen, und von der Qualität der Daten und Erkenntnisse. Und last but not least vom Kontext. Von Bedeutung ist, dass jede Disziplin nur die Logik des jeweils von ihr wissenschaftlich beobachteten Bereichs der Gesellschaft (Gesundheit, sozio-ökonomische Verhältnisse, Recht, Wirtschaft, Familie, Schule, etc.) berücksichtigt bzw. berücksichtigen kann.

Literatur

Ackermann Sybille et al. (Hrsg.) (2020), Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege. Appell an die Verantwortungsträger aus Politik, Management, Pflege und Betreuung, in: Schweizerische Ärztezeitung vom 1.7.2020 S. 843-844 (zit. Appell 2020).

Bieri-Brüning Gabriela, Sacha Beck, Adrian Schibli und Heike Gschwindner (2020), COVID-19: Erfahrungen aus den Pflegezentren der Stadt Zürich, in: Schweizerische Ärztezeitung vom 3.6.2020, S. 743-745.

DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2020). S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Langfassung, Duisburg, verfügbar unter:
<https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle- leitlinien.html>

Garikipati Supriya und Uma Kambhampati (2020), Leading the Fight Against the Pandemic: Does Gender ,Really' Matter?, in: SSRN, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3617953 (abgerufen am 19.8.2020)

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2020), Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, Berlin verfügbar unter:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile

Schulz-Nieswandt Frank (2020), Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“, Berlin

Taylor Steven (2020), Die Pandemie als psychologische Herausforderung. Ansätze für ein psychosoziales Krisenmanagement, Giessen

Zürich, August 2020