



**Type of document:** Policy Brief: Betreuung betagter und hochbetagter Menschen im Kontext von SARS-CoV-2/Covid-19. Care for the elderly in the context of the Sars-Cov-2 epidemic

**In response to request from:** NCS-TF Advisory Board

**Date of request:** 03/05/2020

**Expert groups involved:** Clinical Care, Infection Prevention and Control, and Ethics Legal, Social

**Date of response:** 20/05/2020

**Contact person:** Felix Huber (felix.huber@medix.ch) - Manuel Battegay (manuel.battegay@usb.ch) - Head Clinical Expert Group

**Comment on planned updates:** Bei neuer wissenschaftlicher Evidenz, die diesen Policy Brief inhaltlich beeinflusst.

**Title: Betreuung von hochbetagten und gesundheitlich vorbelasteten Personen während der Covid-19-Epidemie in der Schweiz.**

**Fragen:** Was sind die Grundprinzipien der Betreuung von hochbetagten und gesundheitlich vorbelasteten Menschen im Kontext der Sars-CoV-2-Epidemie und Covid-19-Krankheit. Was sind wichtige 1. medizinische, pflegerische, therapeutische, 2. infektionspräventive und 3. ethisch-soziale sowie rechtliche Aspekte?

### Zusammenfassung:

#### Einleitung

Im Rahmen der Bewältigung der ersten Welle der Covid-19 Pandemie ist in mehreren Ländern ersichtlich geworden, dass betagte Menschen entweder durch die Transmission in Alters- und Pflegeheimen und die hohe Folgemortalität sehr betroffen waren und/oder die Betreuung hochbetagter Menschen zu Engpässen in Spitälern und dem Gesundheitswesen geführt haben. Auch in der Schweiz zeigen kantonale Zahlen, dass sich in der Schweiz SARS-CoV-2 in Alters- und Pflegeheimen ausgebreitet hat. Schweizweit sind bis zu diesem Zeitpunkt 927 Personen in Alters- und Pflegezentren an den Folgen von Covid-19 gestorben, d.h. 53 Prozent aller Corona-Todesfälle. Wie medial berichtet wurde verstarben vereinzelt eine hohe Anzahl betagter Menschen in einzelnen Pflegeheimen (Tagesanzeiger online, 18. Mai).

Dieser Policy Brief erläutert die wichtigsten Betreuungsgrundsätze (medizinisch, infektionspräventiv und ethisch) betagter und hochbetagter Menschen im Kontext von SARS-CoV-2/Covid-19. Das Dokument hat zum Ziel, die in der Schweiz etablierte institutionelle Zusammenarbeit zwischen Alters- und Pflegeheimen, den Behörden sowie die Zusammenarbeit der Betreuenden interdisziplinär im Rahmen medizinischer, infektionspräventiver, ethischer, sozialer wie gesetzlicher Grundlagen zu fördern. Betagte Menschen über 80 Jahre sind auch in der Schweiz am meisten und in tragischer Weise betroffen. Das Ziel ist eine Betreuung gemäss hohen Standards durchzuführen und partizipativ zu entscheiden, kurativ oder palliativ zu behandeln.

Aktuell ermöglichen Pflege- und Altersheime in einigen Kantonen Besuche, andere nicht. Ebenfalls wird über die Möglichkeit von Besuchen teilweise nicht offen kommuniziert aus Angst, dass zuviele Besucher ein Problem der Transmissionen bieten würden.

Dieser Policy Brief hat zum Ziel, die Basis zu legen, damit Besuche von Menschen in Pflegeheimen unter angemessenen Hygienestandards erfolgen können und auch Ausgänge von Bewohner und Bewohnerinnen ermöglicht werden. Dies ist aus medizinischer Sicht gut vertretbar und aus sozialetischer Sicht notwendig.

### **Medizinische Aspekte**

Die Sars-CoV-2 Infektion und Covid-19-Krankheit führen bei betagten Menschen, respektive Patientinnen und Patienten, in Abhängigkeit von zusätzlichen Risikofaktoren, zu einer stark steigenden Komplikations- und Mortalitätsrate. Das Alter ist jedoch bereits ab 65 Jahre ein unabhängiger Risikofaktor [Mehra MR et al.]. 65- bis 75-jährige Menschen ohne Risikofaktoren zeigen aber eine deutlich tiefere Komplikationsrate gegenüber hochbetagten Menschen. Die Sterblichkeit liegt bei über 80-jährigen Infizierten bei 10% [Salje H et al.]. Chronische Komorbiditäten potenzieren das Risiko eines schweren Verlaufes und das Risiko zu sterben (Mortalität). Bei 65- bis 74-Jährigen weisen 62% der Menschen eine Multimorbidität auf und 81.5% der Personen die  $\geq 85$  Jahre alt waren [Salive ME et al.]. Die Prognose von hochbetagten, über 80-jährigen Covid-19-Patientinnen und -Patienten, die hospitalisiert werden, ist sehr ernst (Mortalität 31.6%) [Salje H et al.] und die Prognose von Patientinnen und Patienten, welche auf Intensivstationen gepflegt werden, sehr schlecht. So beträgt die Sterblichkeitsrate bei 80- bis über 85-jährigen intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten ca. 80% [WHO].

### **Infektionsprävention**

Infektionspräventive Massnahmen haben höchste Priorität, da Transmissionsketten in Pflegeinstitutionen schwer zu erkennen und zu unterbrechen sind. Essenziell ist deshalb ein Test- und Isolationskonzept mit entsprechenden Massnahmen (siehe Abschnitt Infektionsprävention). Ebenfalls ist dem Schutz des Personals höchste Priorität zu geben. Als Grundlage hat jedes Heim ein Test- und Isolationskonzept erarbeitet und kommuniziert. Dieses muss genügend flexibel sein, um auf Änderungen in oder ausserhalb des Heims (Ansteckungsgefahr, verfügbare Räume, etc.) jederzeit reagieren zu können. Ist es z.B. möglich, dass ein Patient/Patientin, der/die Risiken eingehen möchte, isoliert wird? Zum Konzept gehören auch klare Zuständigkeiten (Wer entscheidet? Wer erteilt Ausnahmegenehmigungen?). Es sind standardisierte Schulungen und Instruktionen des Personals, ebenfalls adaptiert auf das Hilfspersonal, sowie Reinigungs- und das Hotelleriepersonal, anzubieten (mehrsprachig). In Institutionen sind Peer-to-Peer Schulungskonzepte zur Weiterverbreitung und zum Erhalt des Wissens für die Betreuung von COVID-19 Patientinnen und Patienten zu etablieren.

### **Patientenrechte**

Verbote und Einschränkungen schränken die Grundrechte der Angehörigen ein und sind deshalb auf das Notwendigste zu beschränken. Besonders wichtig ist es, darauf zu achten, dass Angehörige ihre sterbenden Eltern, Grosseltern oder Bezugspersonen ihre nahen Angehörigen begleiten können. Die Besuchsmöglichkeit

und Ausagemöglichkeiten von betagten und hochbetagten Patientinnen und Patienten in der Langzeitpflege sollte unter sorgfältiger Risikoabschätzung und unter Berücksichtigung des Patientenwillens Patientinnen und Patienten und den engsten Angehörigen zugestanden werden. Urteilsfähige Patientinnen und Patienten entscheiden im Rahmen dessen, was das Heim zulässt, grundsätzlich selbst über Besuche und Ausgänge. Angehörige sind je nach Situation zu informieren. Nur bei urteilsunfähigen Personen sind Angehörige in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen. Die Urteilsfähigkeit ist relativ, muss also in Bezug auf eine bestimmte Frage beurteilt werden: Versteht die Patientin die Risiken, denen sie sich bei einem Besuch der Enkelin oder einem Spaziergang aussetzt? Falls ja, sind es die Regeln des Heims – zum Beispiel für Sicherheit des Personals und der anderen Heimbewohner und -bewohnerinnen – die ihrem Willen Schranken setzen. Entscheide müssen berücksichtigen, dass sich auch Risikopatientinnen und -patienten für Risiken entscheiden können und dürfen. Die Meinungsbildung ist durch eine umfassende Information – so über die Prognose im Fall einer Ansteckung – zu unterstützen. Das Heim ist aufgrund der Grundrechte (persönliche Freiheit, Recht auf Privat- und Familienleben) dazu verpflichtet, Einschränkungen auf das erforderliche Minimum zu beschränken. Diese Pflicht erfordert Anstrengungen zur Optimierung der Grundrechtsausübung, z.B. besondere Besucherräume oder die Abgabe von Schutzmaterial.

Viele betagte Menschen, respektive Patientinnen und Patienten, wünschen bei einer Verschlechterung ihres Zustandes, nicht hospitalisiert zu werden und wünschen, in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause oder in der Langzeitpflege palliativ weiterbetreut zu werden. Es ist deshalb von grösster Wichtigkeit, mit den Betroffenen rechtzeitig darüber zu sprechen, ihren Patientenwillen schriftlich festzuhalten (Patientenverfügung, Advanced Care Planning) und mit allen Menschen resp. Patientinnen und Patienten eine Notfallanordnung auszufüllen. Die Informationen über die Covid-19-Krankheit in Abhängigkeit des Alters soll gemäss aktuellem medizinischem Stand erfolgen und die Prognose mit beinhalten. Eine Patientenverfügung kommt nur bei urteilsfähigen Personen in Betracht und muss in jedem Fall freiwillig sein. Eine urteilsfähige Person hat das Recht, sich nicht mit medizinischen Massnahmen am Lebensende auseinandersetzen zu wollen. Auch wenn eine Notfallanordnung getroffen worden ist, muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sich die Wünsche einer Person dynamisch ändern können.

## **Haupttext:**

### **1. Medizinische Aspekte**

Die Sars-CoV-2 Infektion und Covid-19-Krankheit führen bei betagten Menschen, respektive Patientinnen und Patienten, in Abhängigkeit von zusätzlichen Risikofaktoren, zu einer stark steigenden Komplikations- und Mortalitätsrate. Das Alter ist jedoch bereits ab 65 Jahren ein unabhängiger Risikofaktor [Mehra MR et al.]. 65- bis 75-jährige Menschen ohne Risikofaktoren zeigen aber eine deutlich tiefere Komplikationsrate gegenüber hochbetagten Menschen. Die Sterblichkeit liegt bei über 80-jährigen Infizierten bei 10% [Salje H et al.]. Chronische Komorbiditäten potenzieren das Risiko eines schweren Verlaufes und das Risiko zu sterben (Mortalität). Bei 65- bis 74-Jährigen weisen 62% der Menschen eine Multimorbidität auf und 81.5% der Personen, die  $\geq 85$  Jahre alt waren [Salive ME et al.]. Die Prognose

von hochbetagten, über 80-jährigen Covid-19-Patientinnen und -Patienten, die hospitalisiert werden, ist sehr ernst (Mortalität 31.6%) [Salje H et al.] und die Prognose von Patientinnen und Patienten, welche auf Intensivstationen gepflegt werden, sehr schlecht. So beträgt die Sterblichkeitsrate bei 80- bis über 85-jährigen intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten ca. 80% [WHO].

Figur 1 fasst die wichtigsten Punkte der Triage Entscheide in Pflegeheimen zusammen:

## Triage-Entscheide im Pflegeheim

### Wie möchte ich behandelt werden?

- Eine uneingeschränkte intensivmedizinische Behandlung (falls dies Gesundheitszustand zulässt!)
- Eine auf wenige Tage befristete intensivmedizinische Behandlung
- Keine intensivmedizinische Behandlung, aber Spital
- keine** intensivmedizinische Behandlung und **keine** Einweisung ins Spital (falls Institution Betreuung mit Covid-19 ermöglicht)

### Muss ein Patient ins Spital?

#### Profitiert er von der Intensivstation?

#### Spitaleinweisung ja/nein

- qSOFA-Score
- Verwirrtheit
- Atemfrequenz > 22/Min.
- Blutdruck syst. < 100 mmHg
- + O<sub>2</sub>-Sättigung ≤ 92%

#### Intensivstation ja/nein

- Schwere Begleiterkrankung  
z.B. Herzinsuffizienz NYHA IV,  
Chronisch obstruktive  
Lungenkrankheit GOLD IV,  
fortgeschrittene Tumorerkrankung,  
schwere Demenz



Wir danken Prof. Klaus Bally, Universität Basel, für die Überlassung der Slides

Nicht selten verlaufen Sars-CoV-2 Infekte in Pflegeheimen mild oder sogar symptomlos. Diese Patientinnen und Patienten stellen ein in der Relevanz unbekanntes Infektionsrisiko dar. Betagte Covid-19-Patientinnen und -Patienten können bei mildem Verlauf zu Hause behandelt werden. Die ärztliche und pflegerische Betreuung (Hausarzt/Spitex/Advanced Practice Nurse APN oder Nurse Practitioner) soll mit Hausbesuchen eine kontinuierliche Versorgung sicherstellen. Zur medizinischen Betreuung gehören standardisierte Instruktionen, wie Infektionen vermieden werden können. Ebenso gehört zur medizinischen Betreuung das Besprechen/Ausfüllen einer Patientenverfügung und das Eingehen auf ein Betreuungskonzept (z.B. Advanced Care Planning).

Nach wie vor bestehen keine Risiko-Scores für ältere und betagte Menschen ab 65 Jahren. Ebenso bestehen noch keine validierten Daten, ob gesunde, normalgewichtige Betagte ab 65 Jahren zu den Risikopatienten zu zählen sind oder ob bei gesunden älteren Menschen nicht ein deutlich tieferes Risiko besteht. Auch wenn

diese Daten noch nicht bestehen, ist eine entsprechende Risikoabwägung, insbesondere für 65- bis 80-jährige Menschen ohne zusätzliche Risikofaktoren, durchzuführen, damit sie wieder vermehrt am sozialen Leben teilhaben können.

Betagte Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen stellen eine Hochrisikogruppe dar. Sie haben eine hohe Komorbidität und sind gleichzeitig einer hohen Infektionsgefahr und damit Morbidität und Mortalität ausgesetzt. Dies bedingt die spezifischen unter Kapitel 2 und Kapitel 3 beschriebenen Massnahmen und Empfehlungen.

## **2. Infektionsprävention**

### **Art der Übertragung**

SARS-CoV-2 wird von Mensch zu Mensch durch kleine Tröpfchen übertragen, die beim Ausatmen, Husten oder Niesen aus der Nase oder dem Mund einer infizierten Person ausgestossen werden [Bourouiba]. Zusätzlich zur direkten Exposition können diese infektiösen Tröpfchen auf Oberflächen und Gegenständen in der unmittelbaren Umgebung einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person vorhanden sein und durch Berühren solcher kontaminierten Oberflächen [van Doremalen et al.] und anschließendes Berühren der Augen, der Nase oder des Mundes übertragen werden.

### **Allgemeine Grundsätze der Infektionsprävention und -kontrolle**

Die Massnahmen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen zielen darauf ab, die Übertragung von SARS-CoV-2 auf individueller und institutioneller Ebene zu unterbrechen. Dazu gehört das Betonen der Bedeutung von Standardmassnahmen, vor allem der Händehygiene und des richtigen Verhaltens beim Husten, körperlicher Distanzierung, das Tragen von Masken, wenn eine Distanz von 2 Metern zwischen Personen nicht eingehalten werden kann und spezifischer Übertragungsbezogener Vorkehrungen. Im Idealfall verhindern solche Massnahmen die Übertragung von SARS-CoV-2 zwischen Einzelpersonen und verhindern, dass SARS-CoV-2 in Institutionen eindringt. Ist eine Infektion erfolgt, ist die frühzeitige Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 entscheidend, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern.

### **Spezifische Herausforderungen für die Infektionsvorbeugung und -kontrolle bei der Pflege älterer Menschen**

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für einen tödlichen Ausgang einer COVID-19 Krankheit [Mehra MR et al.], weshalb die Prävention von SARS-CoV-2-Infektionen und deren Übertragung in dieser Bevölkerungsgruppe besonders wichtig ist. Der erhöhte Bedarf an Pflege zu Hause oder in Langzeitpflegeeinrichtungen, einschliesslich Pflegeheimen, Einrichtungen für qualifizierte Pflege und Einrichtungen für betreutes Wohnen, stellt eine besondere Herausforderung für die Umsetzung wirksamer Präventionsmassnahmen dar. Dazu gehören enge Kontakte zu den Pflegenden, Aktivitäten in der Gemeinschaft und soziale Kontakte, das Zusammenkommen in Gemeinschaftsräumen, gemeinsame Nutzung von Toiletten und die personelle Unterbesetzung [Davidson PM et al; Yen MY et al.]. Darüber hinaus führen häufige Kontakte des Pflegepersonals untereinander, zum Beispiel bei der Mobilisierung von bettlägerigen Patientinnen und Patienten, zu einer hohen Infektionswahrscheinlichkeit für das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen [Etard JF et

al.]. Die Vorteile einer strikten Umsetzung von Massnahmen zur Prävention und Eindämmung von Infektionen liegen zwar auf der Hand, müssen jedoch sorgfältig gegen die potenziellen Nachteile in Bezug auf die Einschränkung sozialer Interaktionen, wie z.B. den Empfang von Besuchern und Gruppenaktivitäten, abgewogen werden. Vor allem Patientinnen und Patienten mit kognitivem Abbau, Demenz und hoher Pflegebedürftigkeit können unter der Durchführung von Maßnahmen zur Infektionsprävention und -bekämpfung, insbesondere unter Isolierungsmaßnahmen, leiden.

Langzeitpflegeeinrichtungen sind bekannt für hohe Übertragungsraten von multiresistenten Bakterien [Ben-David D et al.], *Clostridium difficile* [Grima A et al.], Norovirus [Grima A et al.] und respiratorischen Viren, wie z.B. Influenza [Lansbury LE et al.]. Dies kann zu einem Circulus vitiosus führen mit hohen Kolonisations- und Infektionsraten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern, wie kontinuierlichen Übertragungsketten, da die Bewohnerinnen und Bewohner häufig zwischen Akut- und Langzeitpflegeeinrichtungen hin- und herwechseln [Won SY et al.]. Das Potenzial von SARS-CoV-2, sich in Langzeitpflegeeinrichtungen rasch auszubreiten, wurde im Bericht über die Epidemiologie von COVID-19 in einer Pflegeeinrichtung in King County, Washington, März 2020 [Kimball A et al; McMichael TM et al.] hervorgehoben. Nach der Identifizierung eines ersten Falls von COVID-19 am 28. Februar 2020 wurden bis zum 18. März 2020 167 bestätigte Fälle von COVID-19 festgestellt. Dies betraf 101 Bewohnerinnen und Bewohner, 50 Mitarbeiter des Gesundheitswesens und 16 Besucher, die epidemiologisch dokumentiert miteinander in Verbindung standen. Die Hospitalisierungsraten für die Bewohnerinnen und Bewohner, Besucherinnen und Besuchern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung lagen bei 54,5%, 50,0% bzw. 6,0%. Die Todesfallrate bei den Bewohnerinnen und Bewohnern lag bei 33,7%. Ungefähr die Hälfte der Sars-CoV-2 positiven Bewohnerinnen und Bewohner war am Tag der Untersuchung asymptomatisch oder präsymptomatisch [Aarons MM et al.]. Dieser Bericht bekräftigt die Umsetzung breit angelegter Strategien, darunter ein breites Screening in Pflegeheimen, die Einschränkung von Interaktionen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, die universelle Verwendung von Gesichtsmasken für das gesamte Gesundheitspersonal (zum Selbstschutz und zum Schutz anderer) während des Aufenthalts in der Einrichtung und, wenn möglich, die Verwendung persönlicher Schutzausrüstung für die Betreuung aller Bewohnerinnen und Bewohner [McMichael TM et al.]. Das Gesundheitspersonal und die Bewohnerinnen und Bewohner sollen auch bei der Benützung des ÖV, oder wenn immer ein Abstand von 2m im öffentlichen Bereich nicht eingehalten werden kann, konsequent Masken tragen. Dass dies erfolgsversprechend ist, zeigt eine Untersuchung in einer Einrichtung für älteres unabhängiges und betreutes Wohnen in Seattle, Washington. Hier hat die soziale Distanzierung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, der geringere Kontakt mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens und die frühzeitige Durchführung strenger Isolations- und Schutzmaßnahmen nach der Identifizierung von zwei COVID-19-Fällen die Ausbreitung des Virus auf ein Minimum reduziert [Roxby AC et al.].

#### **Empfehlungen zur Prävention und Eindämmung von Infektionen:**

Internationale und nationale Gesundheitsbehörden wie die WHO [WHO], das Center for Disease Control [CDC], die European Centers for Disease Control [ECDC]

und das Schweizer Bundesamt für Gesundheit [BAG] haben spezifische Empfehlungen für Infektionspräventions- und Kontrollstrategien zum Schutz älterer Menschen vor COVID-19 abgegeben. Solche Empfehlungen lassen sich in Empfehlungen auf individueller und institutioneller Ebene unterteilen.

Auf individueller Ebene gelten die allgemeinen Empfehlungen, die von Gesundheitsbehörden erlassen werden, auch für ältere Menschen und sollten für diese Hochrisikopopulation besonders betont werden. Sie umfassen:

- A. Häufiges und gründliches Händewaschen mit Seife und Wasser und gründliches Abtrocknen der Hände, sowie die Verwendung von alkoholischer Händedesinfektion, wenn die Hände nicht sichtbar verschmutzt sind und das Produkt erhältlich ist.
- B. Beim Husten und Niesen Mund und Nase mit einem gebeugten Ellbogen oder Tuch bedecken. Benutzte Taschentücher sollten sofort in einen Behälter mit Deckel gelegt und die Hände danach gewaschen werden.
- C. Vermeiden, Augen, Nase und Mund zu berühren.
- D. Körperlicher Abstand zu anderen Personen und Tragen von Gesichtsmasken (nach Erlernen des korrekten Umgangs mit der Maske).
- E. Regelmäßige Reinigung und Desinfektion von häufig berührten Flächen.
- F. Bei Auftreten von Symptomen zu Hause bleiben und sich gegebenenfalls mit dem Pflegepersonal und dem Hausarzt oder der Notaufnahme in Verbindung setzen.

**Empfehlungen auf institutioneller Ebene, d.h. in Langzeitpflegeeinrichtungen:**

- A. Aufklärung und Schulung aller Mitarbeiter über COVID-19 und entsprechende Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle.
- B. Bereitstellung von klaren und leicht verständlichen Informationen über COVID-19 für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besucherinnen und Besucher, wobei die spezifischen Maßnahmen zum Schutz, sowohl der Bewohnerinnen und Bewohner, als auch der Mitarbeiter im Gesundheitswesen, hervorgehoben werden sollten.
- C. Verstärkung der Standardvorkehrungen, hauptsächlich Händehygiene und Atemschutzetikette (inkl. dem Tragen von Gesichtsmasken), Reinigung und Desinfektion der Umgebung. Aufgrund der hohen Raten der asymptomatischen und präsymptomatischen Übertragung von SARS-CoV-2 befürworten wir die universelle Verwendung von Gesichtsmasken für alle Beschäftigten des Gesundheitswesens und Besucher beim Eintritt in entsprechende Einrichtungen. Wir befürworten ferner die Verwendung von Gesichtsmasken für Bewohnerinnen und Bewohner beim Betreten öffentlicher Bereiche innerhalb von Einrichtungen, beim Empfangen von Besuchern, insbesondere wenn ein Abstand von 2 Metern nicht sicher eingehalten werden kann. Bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten ist das Maskentragen der individuellen Betreuungssituation anzupassen. Die Kommunikation mit hörbehinderten Patientinnen und Patienten kann durch das Maskentragen beim Personal erschwert sein. Hier sind zweckmässige Möglichkeiten, zum Beispiel Trennung durch Plexiglasscheiben, bereit zu stellen.

- D. Förderung der Händehygiene bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Besucherinnen und Besuchern, körperliche Distanzierung und Einschränkung von Besucherinnen und Besuchern. Aufgrund der offensichtlichen Nachteile der Vermeidung aller sozialen Kontakte während der andauernden COVID-19-Epidemie empfehlen wir, Risiken und Vorteile des Zutritts von Besucherinnen und Besuchern in die Einrichtung sorgfältig abzuwägen. Das Risiko der Einschleppung von SARS-CoV-2 in eine Einrichtung durch Besucherinnen und Besucher kann durch eine sorgfältige Überprüfung der Besucherinnen und Besucher beim Eintritt auf Symptome, die Empfehlung einer Händehygiene, die Bereitstellung von Gesichtsmasken, die Empfehlung, enge Kontakte (<2m) zu den Bewohnerinnen und Bewohnern zu vermeiden sowie die Beschränkung der Besucherzahl verringert werden. Social Distancing und Isolation führen zu reduzierter physischer Aktivität. Dem kann durch gezielte Bewegungsprogramme und aktivierende Pflege begegnet werden [Mills JP et al.].
- E. Die frühzeitige Erkennung von Fällen ist der Schlüssel zur Vermeidung einer weiteren Übertragung und beinhaltet eine prospektive, symptom-basierte Überwachung auf COVID-19 bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Personal und Besucherinnen und Besuchern. Es muss ein Zugang zu Tests auf SARS-CoV-2 bestehen und – wo nicht vorhanden – geschaffen werden. Aufgrund des erheblichen Beitrags einer asymptomatischen oder präsymptomatischen Übertragung von SARS-CoV-2 [Yen MY et al.] muss eine wiederholte Testung in Einrichtungen mit bestätigten COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Betracht gezogen werden. Bei Verdacht muss die ganze Abteilung, respektive Institution, getestet werden.
- F. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, um eine Weiterübertragung durch verdächtige und bestätigte COVID-19-Fälle zu verhindern. Die Einschleppung der Infektion durch wieder eintretende Ferienpatientinnen und -patienten stellt eine zusätzliche Gefahr dar.
- G. Wo nicht vorhanden, sollte eine enge Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden aufgebaut werden, um standardisierte Verfahren für die weitere Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten festzulegen
- H. Die Aufrechterhaltung einer gut ausgebildeten Belegschaft ist von wesentlicher Bedeutung und erfordert Investitionen durch standardisierte Schulungen zu Händehygiene und Schutzmassnahmen und ein professionelles Absenzenmanagement. Zum Beispiel verlängert ein Aufnahmestopp für neue Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Spitalaufenthaltsdauer und sollte vermieden werden. Eine Ursache kann die Sorge um die Betriebsfähigkeit bei hohem Krankenstand des Personal sein [Gosch M et al.].
- I. Der Bedarf nach stationärer geriatrischer Rehabilitation wird mit grosser Wahrscheinlichkeit ansteigen [Gosch M et al.]. Es ist sicherzustellen, dass genügend verwendbares persönliches Schutzmaterial für das Personal vorhanden ist, insbesondere Masken. Unzureichendes Material war die Ursache für Angst und Sorge sich selbst, aber auch eigene Angehörige zu infizieren [Bagnasco A et al.].



- J. Die Angst, Patientinnen und Patienten mit Corona anzustecken, ist beim Pflegepersonal verbreitet. Die Ansteckungsquote von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden ist in der Schweiz bei weitem nicht mit der in Italien zu vergleichen [Buheji et al.].
- K. Isolationsmassnahmen müssen speziell hinsichtlich der Folgen untersucht werden, wie z.B. erhöhte Sturz- und Delirraten [Trabucchi M et al.]. Trotzdem ist der Schutz des Personals und anderer Bewohner essenziell und es bedarf der Schulung und des Vorhandenseins von Schutzausrüstung [Feng TL et al.].

### **3. Ethik, Soziales, Rechtliches**

Alle Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen müssen die Möglichkeit haben, eine Patientenverfügung oder ein rechtlich bindendes ACP (Advanced Care Planning) auszufüllen. Die Patientenverfügung muss freiwillig sein. Dokumentierte Gespräche sind ebenso sinnvoll, damit bei fehlender Verfügung im Falle der Urteilsunfähigkeit nach dem "mutmasslichen Willen" der Person entschieden werden kann (wie gesetzlich vorgeschrieben). Urteilsfähige Personen können, statt einzelne Anordnungen zu treffen, eine Person bezeichnen, die bei Urteilsunfähigkeit in ihrem Namen entscheiden kann. Eine umfassende Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten ist Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Im Falle der Urteilsunfähigkeit sind die Vertretungsbefugnisse frühzeitig zu klären.

Die breite PCR-Testung auf Sars-CoV2 ist in den Altersheimen auch bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten in Erwägung zu ziehen, wenn Covid-19 auftritt.

Sämtliche Sars-CoV-2 infizierten Betagten in der Langzeitpflege brauchen eine ärztliche Notfallanordnung und einen ärztlichen Notfallplan. Mit der Notfallanordnung ist geklärt, ob ein Patient bei Verschlechterung des Zustands hospitalisiert werden möchte und wie weit dort die intensivmedizinische Behandlung gehen soll.

Ältere Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine angemessene und diskriminierungsfreie Versorgung, auf Selbstbestimmung für alle Lebensbereiche, auf Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und auf sinnstiftende Beziehungen (siehe Kurzdossier "Fortgesetzte Isolation der durch COVID-19 am stärksten gefährdeten Personen"). Dies gilt insbesondere für diejenigen Menschen, die in Einrichtungen der Langzeitpflege leben und deren Persönlichkeitsrechte auch während der Pandemie geschützt werden müssen (Schweizerische Nationale beratende Kommission für biomedizinische Ethik, 2020)

Spezifische Interventionen sollten mit SARS-CoV-2 verbundene Risiken reduzieren. Beispiele sind die Einrichtung von "sicheren Räumen" für ältere Menschen (Clubs, Sportunterricht, Spaziergänge), die Unterstützung von Einkaufsmöglichkeiten vor Ort, ohne Schlange stehen zu müssen oder die Bereitschaft von Freiwilligen, die zu risikoarmen Kontakten bereit sind, Essen vorbeizubringen, anstelle es in Taschen vor der Türe abzustellen. Älteren Menschen muss die Möglichkeit des Schutzes geboten werden. Denjenigen, die urteilsfähig sind, muss auch erlaubt sein, Risiken einzugehen, wenn sie dies wünschen, solange sie andere nicht gefährden.

Ältere Patientinnen und Patienten haben unabhängig davon, ob sie in Heimen leben oder nicht, das Recht auf ein Betreuungsniveau, das mit den anerkannten Standards sowohl für kurative als auch für palliative Pflege vereinbar ist. Pauschalentscheidungen bei Krankenhauseinweisungen sind nicht akzeptabel. Generell müssen bei wichtigen Entscheidungen gesetzliche Vertreter, im Falle mangelnder geistiger Urteilsfähigkeit, aktiv einbezogen werden.

Die Schutzpflicht ist in Heimen größer, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund ihrer Lebensumstände einem größeren Risiko ausgesetzt sind, sich mit SARS CoV-2 anzustecken. Besuchsverbote sind jedoch problematisch, da sie die Bewohnerinnen und Bewohner für ihre Familie, Freunde oder Rechtsvertreter un erreichbar machen. Es müssen Lösungen entwickelt werden, um Kontakte zu ermöglichen und gleichzeitig das Ansteckungsrisiko zu begrenzen. Das Recht, selbst zu entscheiden, welche Risiken akzeptabel sind, solange anderen kein Schaden zugefügt wird, besteht auch in Institutionen.

Ältere Menschen haben ebenso wie die übrige Bevölkerung das gleiche Recht auf klare, loyale und wahrheitsgemäße Informationen über die Pandemiesituation und die Gründe für die getroffenen Massnahmen. Dies erfordert in einigen Fällen ein aktives Engagement, um gegebenenfalls vorhandene Beeinträchtigungen zu überwinden. Innerhalb von Einrichtungen sollen Bewohnerinnen und Bewohner über die von der Einrichtung selbst ergriffenen Massnahmen und deren Begründung informiert werden.

Hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten möchten ihre Vorstellungen und Wünsche zu den lebensverlängernden Massnahmen äussern und schriftlich festhalten. Diese sollten klar dokumentiert sein. Die Patientenverfügung regelt die Weiterführung der Behandlung auch bei einer Urteilsunfähigkeit des Patienten. Oft muss dieser mögliche Verlust der Urteilsfähigkeit antizipiert werden.

Betagte Patientinnen und Patienten müssen sich bei einer Covid-19-Krankheit im Voraus festlegen, ob sie bei einer Verschlechterung des Zustandes hospitalisiert und allenfalls intubiert und beatmet werden wollen. Die Richtlinien der SAMW zu intensivmedizinischen Massnahmen sollen befolgt werden. Diese Patientenverfügung soll allen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen angeboten, wenn gewünscht besprochen und schriftlich festgehalten werden. Wir verweisen auf die unten aufgeführten Dokumente der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH. Zusätzlich braucht es eine Notfallanordnung. Diese gibt klare Anweisungen für lebensbedrohliche Notfallsituationen und gilt für die genannte Person, sofern diese nicht urteilsfähig ist.

Wir möchten die Fragestellungen mit einem Beispiel illustrieren (aus Weber A. et al.: Merkblatt für HausärztInnen Palliative Behandlung von COVID19 zu Hause und im Pflegeheim): Mit Risikopatienten wird das Vorgehen bei einer schweren Lungenentzündung zusammen mit den Angehörigen, spätestens wenn COVID-19-Verdacht besteht, besprochen:

- A. Wie wird die jetzige Lebensqualität empfunden? Wie gerne lebt der die Patientin/der Patient in letzter Zeit?
- B. Wie wichtig ist es ihr/ihm, noch (lange) weiter zu leben, auch wenn die jetzt bereits vorhandenen Krankheiten und Leiden nicht verbessert werden können?
- C. Soll bei einer Krisensituation, wie z.B. einer Lungenentzündung versucht werden, das Leben zu erhalten? Oder sollte man sich darauf beschränken, die Beschwerden gut zu lindern?
- D. Falls man das Leben erhalten soll, wäre dafür auch eine Spitaleinweisung erwünscht?
- E. Und wäre im Falle einer Spitaleinweisung auch eine intensivmedizinische Behandlung erwünscht, auch wenn bei vorbestehender Krankheit oder hohem Alter die Chancen, die Intensivstation wieder zu verlassen, gering oder sehr gering sind?

Figur 2 zeigt wichtige Aspekte, wie Pflegeheimbewohnende ihren Willen dokumentieren:

## Dokumentation des Willens informierter Pflegeheimbewohnender

### Ankreuzen von Antworten?

- Eine uneingeschränkte intensivmedizinische Behandlung (falls dies Gesundheitszustand zulässt)
- Eine auf wenige Tage befristete intensivmedizinische Behandlung
- Keine intensivmedizinische Behandlung, aber Spital
- keine** intensivmedizinische Behandlung und **keine** Einweisung ins Spital (falls Institution Betreuung mit Covid-19 ermöglicht)

### Niederschreiben eines Prosatextes?

- Wie gerne leben Sie?
- Wie gross ist Ihr Lebenswille auf einer Skala von 0 – 10?
- Welche Bedeutung hat es für Sie, noch lange weiterzuleben?
- Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen dabei in den Sinn?
- Wären Sie bereit, sich in einer Krise / Notfallsituation auf einer Intensivstation mit Beatmungsmaschine behandeln zu lassen?

Diese Fragen sind ein Auszug aus einer Patientenverfügung des ACP-Teams am Universitätsspital Zürich



Wir danken Prof. Klaus Bally, Universität Basel, für die Überlassung der Slides

### Zusammenfassende Empfehlungen

1. Besuche von Menschen in Pflegeheimen sollen unter angemessenen Hygienestandards erfolgen können und auch Ausgänge von Bewohner und Bewohnerinnen ermöglicht werden. Dies ist aus medizinischer Sicht gut vertretbar und aus sozialetischer Sicht notwendig.

2. Gesunde und rüstige Betagte ohne Komorbiditäten sollen ihre Risikosituation differenziert prüfen lassen können und eine individuelle Einschätzung vornehmen. Die dazu notwendigen Datengrundlagen sind laufend zu aktualisieren und die Forschung bezüglich Risiko, Alter, Gebrechlichkeit (Frailty) und Komorbidität möglichst rasch zu fördern.
3. Betagte Covid-19-Patientinnen und Patienten sollen nach Möglichkeit, und gemäss ihrem klar geäusserten Wunsch, zu Hause oder im Pflegeheim betreut werden. Die kontinuierliche Betreuung ist sicherzustellen. Es ist eine Patientenverfügung und ein Behandlungsplan zu erstellen, respektive vorhanden. Wünscht ein betagter Patient eine Hospitalisation, so sind in Figur 1 die Triagekriterien festgehalten.
4. Ältere Patientinnen und Patienten haben das Recht auf ein gutes Versorgungsniveau, unabhängig davon, ob sie in Heimen leben oder nicht. Dieses Niveau entspricht akzeptierten Standards für die kurative oder palliative Pflege.
5. Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen soll es ermöglicht werden, durch eine sorgfältige Risikobeurteilung Besuche von ihren nächsten Angehörigen zu erhalten. Die notwendigen Schutzkonzepte sind dafür bereit.
6. Die Infektionsprävention erfolgt gemäss den gültigen Standards
7. Die PCR-Testung in Pflegeheimen soll bei Auftreten von Covid-19-Fällen auch bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.
8. Alle Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner haben die Möglichkeit – unabhängig von Covid-19 – eine Patientenverfügung und eine Notfallanordnung auszufüllen.
9. Ältere Menschen haben das gleiche Recht auf klare, loyale und wahrheitsgetreue Informationen über den medizinischen Stand, die Pandemiesituation und die Gründe für die ergriffenen Massnahmen.
10. Die Aufnahmebereitschaft der Langzeitpflegeinstitutionen ist aufrechtzuerhalten. Insbesondere ist in Institutionen der Langzeitpflege und ambulanten Pflegediensten deren Versorgungssicherheit (Masken, Schutzmaterialien, Händedesinfektion) zu gewährleisten.
11. Das Fachwissen für die Pflege, das Symptommanagement und Hygienemassnahmen sind zu gewährleisten. Hierfür eignen sich Peer-to-Peer Schulungen, um Wissen längerfristig in den Pflorgeteams zu erhalten.
12. Im ambulanten Pflegesetting sollten Schulungsangebote betreffend Hygiene- und Isolationsmassnahmen für pflegende Angehörige in Bezug auf COVID-19 angeboten werden.
13. Den älteren Menschen ist baldmöglichst eine Rückkehr zu ihrer gewohnten Aktivität, Mobilität und zu sozialen Kontakten zu ermöglichen. Die Zeitdauer der Kontakte kann einschränkend definiert werden. Es ist aber auf die Regelmässigkeit von Kontaktmöglichkeiten zu achten.
14. Der Einsatz neuer Technologien ist bei älteren Menschen begrenzt möglich, da sie damit nicht vertraut sind. Bei Anwendung dieser Technologien ist die Unterstützung durch Pflegepersonal anzubieten.
15. Zentral ist der Support und die Unterstützung zum Erhalt der psychischen Gesundheit bei Patientinnen und Patienten, Personal und Angehörigen. Coping- und Resilienzprogramme für Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal sind möglichst früh in der Pandemiephase

anzubieten und bedarfsgerecht weiter zu führen um langfristige Folgen der Pandemie zu mildern. (<https://www.thieme-connect.com/products/e-journals/pdf/10.1055/a-1159-5562.pdf>)

#### **Literatur:**

Arons MM, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility [published online ahead of print, 2020 Apr 24]. *N Engl J Med*. 2020;NEJMoa2008457. doi:10.1056/NEJMoa2008457

Bagnasco A, et al. COVID 19-A message from Italy to the global nursing community [published online ahead of print, 2020 Apr 30]. *J Adv Nurs*. 2020;10.1111/jan.14407. doi:10.1111/jan.14407

Ben-David D, et al. Success of a National Intervention in Controlling Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in Israel's Long-term Care Facilities. *Clin Infect Dis*. 2019;68(6):964-971. doi:10.1093/cid/ciy572

Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.4756. doi:10.1001/jama.2020.4756

Buheji, et al. Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Nursing Science*. 2020; 10(1): 12-24. doi:10.5923/j.nursing.20201001.02

Davidson PM, et al. Nursing homes and COVID-19: We can and should do better [published online ahead of print, 2020 Apr 12]. *J Clin Nurs*. 2020;10.1111/jocn.15297. doi:10.1111/jocn.15297

Etard JF. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(15):2000448. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000448

Falcone M, et al. Nursing home residence is associated with spread of *Clostridium difficile* ribotype 027 in central Italy. *J Hosp Infect*. 2016;94(2):201-203. doi:10.1016/j.jhin.2016.06.024

Feng TL, et al. Preventing the Spread of COVID-19 to Nursing Homes. Experiences from a Singapore Geriatric Centre. *J of the American Geriatrics Society*. 2020.

Gosch M, et al. Geriatrie in Zeiten von Corona. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*. Springer. 2020; 53;228-232.

Grima A, et al. Outbreak of norovirus infection in a nursing home for the elderly in Malta, November-December 2008 [published correction appears in *Euro Surveill*. 2009;14(5).pii: 19114]. *Euro Surveill*. 2009;14(4):19103. Published 2009 Jan 29.

Kimball A, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(13): 377-81.

Lansbury LE, et al. Influenza in long-term care facilities. *Influenza Other Respir Viruses*. 2017;11(5):356-366. doi:10.1111/irv.12464

McMichael TM, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2005-2011. doi:10.1056/NEJMoa2005412

Mehra MR, et al. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19 [published online ahead of print, 2020 May 1]. *N Engl J Med*. 2020;NEJMoa2007621. doi:10.1056/NEJMoa2007621

Mills JP, et al. COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. *JCI Insight*. 2020;5(10):139292. Published 2020 May 21. doi:10.1172/jci.insight.139292

Roxby AC, et al. Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(14):416-418. Published 2020 Apr 10. doi:10.15585/mmwr.mm6914e2

Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. 2013;35:75-83. doi:10.1093/epirev/mxs009

Salje H, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France [published online ahead of print, 2020 May 13]. *Science*. 2020;eabc3517. doi:10.1126/science.abc3517

Trabucchi M, et al. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):387-388. doi:10.1016/S2215-0366(20)30149-8

Van Doremalen N, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;382(16):1564-1567. doi:10.1056/NEJMc2004973

Won SY, et al. Emergence and rapid regional spread of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. *Clin Infect Dis*. 2011;53(6):532-540. doi:10.1093/cid/cir482

Yen MY, et al. Recommendations for protecting against and mitigating the COVID-19 pandemic in long-term care facilities [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. *J Microbiol Immunol Infect*. 2020;S1684-1182(20)30097-9. doi:10.1016/j.jmii.2020.04.003

BAG. COVID-19: Informationen und Empfehlungen für Institutionen wie Alters- und Pflegeheime sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Stand: 29.04.2020.

BAG. COVID-19: Informationen und Empfehlungen für Organisationen und Gesundheitsfachleute, die im Bereich der häuslichen Pflege tätig sind. Stand: 30.04.2020.

CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-responding.html>, accessed May 10th 2020.

ECDC. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings – Second update. 31 March 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

WHO. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. COVID-19 Weekly Surveillance Report. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>.

#### **Weitere Literatur und Dokumente:**

Röhr S, et al. Psychosoziale Folgen von Quarantänemassnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. Psychiat. Prax. Georg Thieme Verlag. 2020. 47: 179-189 doi: 10.1055/a-1159-5562.

Weber A. et al.: Merkblatt für HausärztInnen Palliative Behandlung von COVID19 zu Hause und im Pflegeheim, Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

Ärztliche Notfallanordnung "was will ich, wenn ich krank bin", Universitätsspital Basel.

Empfehlungen für Therapiemassnahmen zu Hause oder im Pflegeheim bei schwerkranken Menschen mit COVID-19 in palliative Situation, Universitätsspital Basel und Palliativzentrum Hildegard.

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie – FGPG. Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim.

[https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/03/FGPG-Empfehlungen-zur-Betreuung-betagter-und-gebrechlicher-Menschen-im-Kontext-Covid-19\\_20200322.pdf](https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/03/FGPG-Empfehlungen-zur-Betreuung-betagter-und-gebrechlicher-Menschen-im-Kontext-Covid-19_20200322.pdf)

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Covid-19 liegen für die stationäre Behandlung im Krankenhaus separate Empfehlungen vor: - Pallia-

tive.ch: [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/C\\_Fachgesellschaft/Task\\_Forces/Merkblatt\\_Therapeutische\\_Massnahmen\\_bei\\_Patienten\\_mit\\_Convid-19\\_2.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Merkblatt_Therapeutische_Massnahmen_bei_Patienten_mit_Convid-19_2.pdf)

Gesundheits-Checkliste für Besucherinnen und Besucher zum Coronavirus, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung, Abteilung Langzeitpflege

SAMW. Medizin-ethische Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013, ergänzt 2020 um Richtlinien «Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit») [https://www.assm.ch/dam/jcr:417790be-e8b4-407e-9f35-c7bd50cd332c/directives\\_assm\\_directives\\_anticipees.pdf](https://www.assm.ch/dam/jcr:417790be-e8b4-407e-9f35-c7bd50cd332c/directives_assm_directives_anticipees.pdf)

SAMW und SGI. «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMWRichtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013)». [https://www.samw.ch/dam/jcr:b7ca3b7c-8311-4b52-ae1b5c2b534905d2/richtlinien\\_samw\\_triage\\_intensivmedizinische\\_massnahmen\\_ressourcenknappheit.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:b7ca3b7c-8311-4b52-ae1b5c2b534905d2/richtlinien_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit.pdf)

SAMW. Medizin-ethische Richtlinien Palliative Care 2006/13, S.9 <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> Alternativ Link direkt auf PDF wäre: [https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdbb881-8e60979c1b47/richtlinien\\_samw\\_intensivmedizinische\\_massnahmen.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdbb881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf)

Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics. Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie. Bern, 2020. [https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK\\_Stellungnahme\\_Schutz\\_der\\_Persoenlichkeit\\_in\\_Institutionen\\_der\\_Langzeitpflege\\_-\\_final.pdf](https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schutz_der_Persoenlichkeit_in_Institutionen_der_Langzeitpflege_-_final.pdf)