

Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz: Lessons Learned aus der Corona-Pandemie

Empfehlungen eines nationalen Expert*innenkomitees

9. Januar 2023

Zusammenfassung

Schon zu Beginn der Covid-19-Pandemie war bekannt, dass betagte, vorerkrankte und insbesondere in Institutionen der Langzeitpflege lebende Menschen eine hochvulnerable Personen-Gruppe sind. Während der Pandemie kamen zahlreiche Institutionen bei der Erarbeitung von Schutzkonzepten, Isolations- und Kohortierungsmassnahmen aus personellen, fachlichen und räumlichen Gründen rasch an ihre Grenzen. Sie erhielten wenig Unterstützung von den Gemeinden und Kantonen. Die ärztliche Behandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern konnte in vielen Institutionen nur ungenügend sichergestellt werden.

Ein nationales Komitee aus Expertinnen und Experten hat die Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege während der Corona-Pandemie analysiert und Empfehlungen zu fünf Handlungsfeldern abgeleitet: So sollte die Rolle von Alters- und Pflegeheimen als Wohn- und Lebensort betagter Menschen sowie auch als Institutionen der medizinischen Versorgung stärker anerkannt werden. Dazu sind die ärztliche Versorgung sowie eine qualitativ gute Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen. Insbesondere braucht es zusätzliche Fachkompetenzen u.a. in den Bereichen Gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning), Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Epidemiologie sowie Infektionsprävention und -kontrolle, Palliative Care, Pharmazie/Pharmakologie und Ethik. Zu gewährleisten ist zudem die interprofessionelle und e-Health-gestützte Zusammenarbeit. Die Analyse zeigte, dass diese Herausforderungen durch die Corona-Pandemie lediglich akzentuiert wurden und die Empfehlungen somit als «Lessons Learned» über die Pandemie hinaus gültig sind.

Ausgangslage

Die Swiss National Covid-19 Science Task Force hat die Behörden in der Covid-19-Krise beraten. Sie hat bewusst keine Entscheidungen zu Massnahmen oder Handlungen getroffen. Um die im Rahmen der Corona-Pandemie erkannten Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege¹ anzugehen, haben daher Vertreterinnen und Vertreter der Swiss National Covid-19 Science Task Force im Sommer 2021 angeregt, ein nationales Komitee von Expert*innen einzuberufen.

In einem ersten Schritt hat sich eine Kerngruppe bestehend aus sieben Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen, konstituiert.² Diese Gruppe hat sich in mehreren Sitzungen vertieft mit den während der Corona-Pandemie erkannten Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege auseinandergesetzt, Probleme beschrieben und Handlungsfelder definiert.

Am 18. November 2021 hat ein erstes Rundtischgespräch des ad hoc einberufenen nationalen Komitees stattgefunden. In diesem Komitee waren rund 40 Fachpersonen aus der ganzen Schweiz vertreten (siehe Anhang). Im Anschluss an dieses Treffen erarbeitete die Kerngruppe einen Entwurf für die

¹ Dabei geht es um Alters- und Pflegeheime für betagte Menschen sowie Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen.

² Mitglieder der Kerngruppe: **Klaus Bally** (Interprofessionelle Expert*innenkommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Covid-Pandemie), **Gabriela Bieri** (Ärztliche Direktorin der Pflegezentren der Stadt Zürich), **Thomas Häslü** (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Age Medical - Zentrum Gesundheit im Alter Zürich), **Silvia Marti** (Projektleiterin GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren), **Sven Streit** (Leiter Interprofessionelle Grundversorgung, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern), **Lea von Wartburg** (Leiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG) und **Franziska Zúñiga** (Leitung Bereich Lehre – Head of education Pflegewissenschaft - Nursing Science (INS) Medizinische Fakultät Universität Basel)

Empfehlungen. Dieser Entwurf ging bei den Mitgliedern des Komitees in Vernehmlassung und wurde für eine zweite Sitzung des Komitees am 20. Mai 2022 entsprechend den Rückmeldungen angepasst. Nach diesem zweiten nationalen Rundtischgespräch wurden die Empfehlungen nochmals überarbeitet und schliesslich durch die Mitglieder des Komitees schriftlich genehmigt.

Das Komitee hat die Empfehlungen ganz bewusst auf die stationäre Langzeitpflege fokussiert – allerdings im Bewusstsein, dass die Betreuung, Pflege und Behandlung von älteren Menschen als Kontinuum betrachtet werden muss, angefangen von der ambulanten Betreuung im häuslichen Umfeld bis hin zur medizinischen Versorgung in Akut- und Geriatriespitalern. Bewohner*innen von Alters- und Pflegeheimen erkrankten verglichen mit älteren, nicht in Institutionen lebenden Menschen deutlich häufiger schwer an Covid-19 oder verstarben an den Folgen der Krankheit. Die nachfolgenden Ausführungen und Empfehlungen beziehen sich ganz bewusst nicht nur auf die Situation einer Pandemie, sondern auf den Umgang mit mehrheitlich vorbestehenden Problemen in der stationären Langzeitpflege von älteren Menschen, die durch die Pandemie offenkundig wurden.

A. Analyse: Die Situation in der stationären Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie

Im Jahr 2020 wohnten insgesamt 152'753 Personen in einem Alters- und Pflegeheim (inkl. Kurzaufenthalte).³ Die überwiegende Zahl dieser älteren Menschen hat einen mehr oder weniger umfassenden Unterstützungsbedarf. Betagte Menschen treten tendenziell zunehmend später, kränker und gebrechlicher in ein Alters- und Pflegeheim ein als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war, was für die Institutionen mit grossen Herausforderungen verbunden ist. Hauptaufgabe von Alters- und Pflegeheimen ist es nach wie vor, älteren unterstützungsbedürftigen Menschen einen ihren Bedürfnissen entsprechenden Wohn- und Lebensort mit einem möglichst persönlichen Umfeld anzubieten. Darüber hinaus wurden die Alters- und Pflegeheime in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend zu Institutionen der medizinischen Grund- und auch spezialisierten Versorgung, die hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen, physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen pflegen und begleiten. Da ein zunehmend grösser werdender Anteil der Bewohnenden aufgrund einer Demenzerkrankung nicht urteilsfähig ist, müssen die gesetzlichen Vertretungspersonen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden, was eine zusätzliche Herausforderung für die Institutionen darstellt.

Schon zu Beginn der Corona-Pandemie in der Schweiz war bekannt, dass betagte, vorerkrankte und insbesondere in Institutionen der Langzeitpflege lebende Menschen bezüglich Covid-19 eine hochvulnerable Personengruppe darstellen. Trotzdem schenkten die Behörden den Institutionen bei der Pandemiebewältigung längere Zeit zu wenig Aufmerksamkeit. So wurde den Alters- und Pflegeheimen zu Beginn der Pandemie im Vergleich zu den Spitälern z.B. deutlich weniger Schutzmaterial zugeteilt.

Zahlreiche Institutionen kamen bei der Erarbeitung von Schutzkonzepten, Isolations- und Kohortierungsmassnahmen aus personellen, fachlichen und räumlichen Gründen rasch an die Grenzen ihrer Möglichkeiten und erhielten von den Gemeinden und Kantonen nicht die notwendige Unterstützung, um Probleme koordiniert anzugehen. Vielerorts waren auch die kantonsärztlichen Dienste stark auf die Versorgung in Akutspitalern fokussiert und konnten die Langzeitinstitutionen erst sekundär berücksichtigen.

Die ärztliche Behandlung der Bewohner*innen konnte während der Pandemie in vielen Institutionen nur ungenügend sichergestellt werden. Zahlreiche Ärzt*innen wollten oder konnten die von ihnen betreuten Bewohner*innen in den Institutionen aus verschiedenen Gründen (z.B., weil sie selbst zur Risikogruppe gehörten) nicht besuchen. Zusätzlich verfügen – je nach kantonalen Vorgaben – viele Heime über keine verantwortliche Ärzt*in für übergeordnete (nicht auf einzelnen Bewohner*innen ausgerichtete) Aufgaben, was die Klärung von infektiologischen, epidemiologischen und hygienischen Fragen erheblich erschwerte.

Schon vor der Pandemie war die Arbeitsbelastung in den Alters- und Pflegeheimen beträchtlich; dieser Zustand hat sich in der Pandemie verschärft.

³ [Alters- und Pflegeheime | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

Die Koordination zwischen Alters- und Pflegeheimen und Spitälern hätte in der Krisenzeit mehr Aufmerksamkeit gebraucht. Zum Teil waren die Zuständigkeiten für den Umgang mit der Corona-Pandemie unklar. In vielen Kantonen sind innerhalb der Verwaltung die Gesundheitsdepartemente verantwortlich für die Alters- und Pflegeheime; in einigen Kantonen liegt die Federführung aber beim Sozialdepartement, was die Koordination zwischen Alters- und Pflegeheimen und Spitälern zusätzlich erschweren dürfte, da Alters- und Pflegeheime infolge dieser Zuständigkeit nicht als Teil des Gesundheitsversorgungssystems wahrgenommen werden.

Bereits vorbestehende Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Alters- und Pflegeheimen sowie Spitälern verschärften sich in der Pandemie und der Informationsfluss gestaltete sich schwierig. Unter anderem auch deswegen wurden spitalbedürftige Bewohnende an einigen Orten nicht hospitalisiert und andererseits Menschen, die eine Behandlung im Alters- und Pflegeheim vorgezogen hätten, in ein Spital eingewiesen. Diese Entscheidungen wurden teilweise ohne Berücksichtigung des von Bewohnenden oder deren Vertretungspersonen explizit ausgesprochenen resp. des in einer Patientenverfügung oder einer Notfallanordnung festgelegten Willens gefällt.

In epidemiologischen, hygienischen und ethischen Fragestellungen rund um den Umgang mit der Pandemie waren die Alters- und Pflegeheime weitgehend auf sich selbst gestellt.

Heimschliessungen und Ausgangsverbote über mehrere Monate in der guten Absicht, Bewohnende vor einer Covid-19-Erkrankung zu schützen, haben zu beträchtlichen seelischen Problemen nicht nur bei den Bewohnenden, sondern auch bei deren Angehörigen geführt. Im Kontext der Fragen zu Lebensschutz vs. Lebensqualität fehlte eine vertiefte Auseinandersetzung, um Heime im Umgang mit der Pandemie zu unterstützen.

Die genannten Probleme haben die Lage in den Alters- und Pflegeheimen verschärft und entsprechend sind auch in der Schweiz sehr viele Menschen in Alters- und Pflegeheimen auf Grund ihres Risikoprofils verstorben. Laut BAG (Bericht Todesfälle im Zusammenhang mit Covid-19 in der Schweiz) ereigneten sich bis Ende April 2022 43% der Todesfälle in einem Alters- und Pflegeheim, 47,5% in einem Spital und 2,6% anderswo. In 7% der Fälle war der Todesort nicht angegeben⁴. Wie viele Heimbewohnende im Spital verstarben ist nicht bekannt.

B. Aktuelle Problemfelder (Herausforderungen) im Bereich der Langzeitpflege

Abgeleitet aus dieser Situationsanalyse hat das Komitee fünf Problemfelder (Herausforderungen) identifiziert. Es ist der Ansicht, dass diese unabhängig von der Corona-Pandemie bestehen und daher auch nach einem Abklingen der Pandemie anhalten werden. Die Corona-Pandemie hat lediglich diese schon vorher existierenden Probleme demaskiert und akzentuiert.

Das Komitee war daher bestrebt, in Ergänzung zu den auf Covid-19 bezogenen Empfehlungen, die als Ergebnis der vom BAG in Auftrag gegebenen Ressortforschungsstudie von INFRAS erarbeitet wurden,⁵ Empfehlungen zu formulieren, die über die pandemiespezifischen Probleme hinausgehen.

1. Das Alters- und Pflegeheim als Wohn- und Lebensort sowie Institution der medizinischen Versorgung

Einerseits sollen Alters- und Pflegeheime als Kollektivhaushalt betagten Menschen ein Zuhause bieten mit einem Umfeld, in dem sie ihr persönliches Leben mit ihrem sozialen Umfeld individuell gestalten und soziale Teilhabe erleben können (z.B. Besuche empfangen). Auf der anderen Seite wird von den Alters- und Pflegeheimen resp. den dort tätigen Fachpersonen erwartet, dass sie eine immer komplexer werdende medizinische Gesundheitsversorgung sicherstellen. Hierzu gehören zum Beispiel neben der postakuten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt Aufgaben aus dem Bereich der Pharmakologie, der Epidemiologie/Infektionsprävention und -kontrolle, der Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie und nicht

⁴ Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein (umfasst alle Todesfälle mit Todesdatum ab 05.10.2020 bis 01.05.2022, interne BAG-Auswertung, Zahlen nicht veröffentlicht)

⁵ Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen; 2021-executive-summary-corona-krise-d.pdf

zuletzt einer multidimensionalen Palliative Care. Alters- und Pflegeheime sind damit ein fachspezifisches Setting der medizinischen Versorgungskette mit einem eigenständigen Auftrag. Zusätzlich entlasten sie Akut- und Rehabilitationskliniken resp. Palliativstationen mit der Übernahme von Patientinnen und Patienten, sind ihnen jedoch in Bezug auf die ärztliche und pflegerische Behandlung und Betreuung weder in der qualifizierten personellen Ausstattung noch in der Finanzierung auch nur annähernd gleichgestellt. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Langzeitpflege (stationär und ambulant) und damit auch die Verantwortung für die Alters- und Pflegeheime in einigen Kantonen in den Aufgabenbereich der Gemeinden gehören. Insbesondere kleinere Gemeinden sind, wie die Corona-Pandemie deutlich gezeigt hat, mit komplexen infektiologischen und epidemiologischen Problemen überfordert und nicht in der Lage, den Alters- und Pflegeheimen zeitgerecht entsprechende Unterstützung zu bieten. Bis heute gibt es kein nationales Register für Erkrankungen resp. Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen, welches erlauben würde, für eine Pandemiesituation Handlungsempfehlungen abzuleiten und zu formulieren.

2. Ärztliche Versorgung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen

In weiten Teilen der Schweiz gibt es keine verbindliche Regelung und vielerorts auch keine Empfehlung zur ärztlichen Betreuung von Heimbewohnenden. Allerdings bestehen hier eindeutig sprachregionale Unterschiede; viele Kantone der Westschweiz machen entsprechende Vorgaben, was in der deutschen Schweiz selten der Fall ist. In der Mehrheit der Alters- und Pflegeheime wird die medizinische Betreuung durch die einzelnen Hausärzt*innen der Bewohner*innen sichergestellt. In gewissen Kantonen wird eine Heimärzt*in verpflichtet, um für übergeordnete Fragen wie Infektionsprävention und -kontrolle oder Organisation der Notfallversorgung die Verantwortung zu übernehmen. Mehrheitlich bestehen, im Gegensatz zu Spitälern, keine Regelungen bezüglich Sicherstellung ärztlicher Präsenz, Qualifikation und Verfügbarkeit, bezüglich Weisungsbefugnis oder gar in Bezug auf die Verantwortung für medizinische Belange im gesamten Alters- und Pflegeheim. In Notfallsituationen, insbesondere nachts und an Wochenenden, wird mehrheitlich der regionale Notfalldienst in Anspruch genommen, was zu unzweckmässigen und auch von den Bewohnenden nicht erwünschten Spitaleinweisungen führt. Es sind in vielen Kantonen auch keinerlei Qualitätskriterien bezüglich ärztlicher Kompetenz im Bereich der Geriatrie, Gerontopsychiatrie oder Palliative Care definiert. Vorbildlich ist das Beispiel des Kantons Waadt: Dort wurde eine kantonale Vereinigung von in Alters- und Pflegeheimen tätigen Ärzt*innen geschaffen, wobei eine Vertreterin dieser Vereinigung ständigen Einsitz in der kantonalen Ärztesgesellschaft nimmt und dadurch auch in regem Austausch mit den Behörden steht. Es gibt im Kanton Waadt eine kantonal einheitliche vertragliche Regelung zwischen Institution und Heimärzt*in bzw. den in der Institution tätigen Hausärzt*innen. Heimärzt*innen erhalten für ihre Koordinationstätigkeit ein kantonales Zusatzhonorar. Zudem sind effiziente Qualitätssicherungsmassnahmen mit entsprechenden Vergütungsregelungen etabliert und der elektronische Datenaustausch der in den Institutionen tätigen Ärzt*innen mit den Heimen ist geregelt.

Der sich abzeichnende Mangel an Hausärzt*innen bedeutet auch eine abnehmende Möglichkeit von Hausärzt*innen, Haus- und Heimbefuche zu machen. Auch ökonomische Faktoren, welche Hausbesuche für die einzelnen Ärzt*innen und für kommerzielle Dienstleistende im Bereich der ambulanten medizinischen Grundversorgung wirtschaftlich unattraktiv machen, führen zu einer drohenden medizinischen Unterversorgung von Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Leider musste mehrfach festgestellt werden, dass Hausärzt*innen, die Heimbewohner*innen fachlich korrekt und engagiert betreuen, von den Krankenversicherungen wegen unwirtschaftlicher Praxisführung gemassregelt und zu Rückzahlungen verpflichtet werden, was das Engagement für Heimbewohnende zusätzlich erschwert.

3. Pflege und Betreuung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen

Im Bereich der Pflege und Betreuung ist es für die Alters- und Pflegeheime oft schwierig (z.B. auf Grund des ausgetrockneten Arbeitsmarktes und der kantonal festgelegten minimalen Vorgaben für Fachpersonen mit den entsprechenden finanziellen Rahmenbedingungen), Pflegefachpersonen mit Expert*innenwissen- und -können in den Bereichen der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliative Care anzustellen. Generell besteht in Alters- und Pflegeheimen ein Mangel an diplomierten Pflegefachpersonen HF/ FH. Das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Bewohnenden entspricht vielerorts nicht den

Bedürfnissen der Institution und der Bewohnenden, was dazu führt, dass die Arbeitslast pro Mitarbeitende unverhältnismässig hoch ist. Zudem orientiert sich der Skill- und Grade Mix aktuell nicht am Unterstützungs- und Pflegebedarf der Bewohnenden. Fachfrauen /-männer Gesundheit EFZ, Fachfrauen /-männer Betreuung EFZ und Assistenzpersonal, die Bewohnende im Alltag begleiten, bringen oftmals ungenügend fachliche Kompetenzen mit, um in den zunehmend komplexen Situationen entweder klinische Symptome bei Bewohnenden adäquat zu beobachten oder Zustandsveränderungen zeitgerecht wahrzunehmen und an ihre Fachvorgesetzten zu melden. Ihr Ausbildungsniveau ist nicht auf pflegerisch-komplexe Situationen ausgerichtet. Es ist bekannt, dass rechtzeitig erkannte Veränderungen im Zustand oder Verhalten von Bewohnenden mit Weiterleitung an die zuständige Stelle zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands und zu deutlich weniger Spitaleinweisungen von Bewohnenden führen.

4. Zusätzlich benötigte Expertise im Alters- und Pflegeheim

Folgende notwendige Expertise für eine gute multidimensionale medizinische Versorgung von Heimbewohnenden ist vielerorts nicht vorhanden respektive nicht institutionalisiert oder es fehlen entsprechende Anlaufstellen:

- Fachkompetenz in Gesundheitlicher Vorausplanung (*Advance Care Planning*) in Form von qualifizierten Gesprächsprozessen (Patientenverfügungen, Notfallanordnungen, Behandlungs- und Notfallpläne)
- Geriatriische Fachkompetenz
- Psychogeriatrische resp. gerontopsychiatrische Fachkompetenz
- Fachkompetenz in Infektiologie (Epidemiologie) sowie Infektionsprävention und -kontrolle (hierzu gehört auch Kompetenz bezüglich Isolierungs- und Kohortierungsmassnahmen)
- Fachkompetenz in Palliative Care
- Fachkompetenz in Pharmazie / Pharmakologie
- Fachkompetenz und Unterstützung im Bereich der Ethik und Ethikberatung

Für betagte Menschen ist das Alters- und Pflegeheim der letzte Wohnort. Eine überwiegende Mehrheit möchte auch dort medizinisch behandelt und nach Möglichkeit bis zum Lebensende betreut werden. Da Spitaleinweisungen von Alters- und Pflegeheimbewohnenden zu nosokomialen Erkrankungen, iatrogenen Komplikationen, Delirien, Immobilisation und einer Verschlechterung des funktionellen Status führen können, sollte auf Spitaleinweisungen verzichtet werden, wenn der potentielle absehbare Nutzen nicht klar ersichtlich ist. Hierfür müssen aber in der Institution fachspezifische Kompetenzen in den obengenannten Bereichen vorhanden sein oder institutionalisiert und zeitgerecht in Form einer externen Expertise beigezogen werden können.

5. Interprofessionelle und interinstitutionelle Kommunikation

Es besteht eine klare Evidenz, dass eine digitale, interprofessionelle und interinstitutionelle Kommunikation die Behandlung insbesondere von multimorbiden betagten Menschen mit komplexen Behandlungsbedürfnissen verbessert. In der Schweiz bestehen heute kaum Möglichkeiten für einen effizienten elektronischen Datenaustausch unter Leistungserbringern aus Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und aus dem ambulanten Bereich. Sogar der Austausch zwischen den Pflegefachpersonen im Heim und den die Bewohnenden versorgenden Hausärzt*innen erfolgt in der Regel nicht einmal im Medikationsbereich über eine elektronische Plattform, sondern über diverse fehleranfällige Zwischenschritte. Leider wird auch die Einführung des elektronischen Patientendossiers in der aktuell angedachten Form keinen sogenannten intelligenten digitalen Austausch von Daten unter Gesundheitsfachpersonen in unterschiedlichen Institutionen ermöglichen.

C. Lösungsansätze / Empfehlungen für die beschriebenen Probleme (Herausforderungen)

Neben der Formulierung von Lösungsansätzen resp. Empfehlungen war das nationale Komitee auch bestrebt, die Zuständigkeit für die einzelnen Empfehlungen zu definieren. Da in einigen Kantonen, vor allem in der Deutschschweiz, die Gemeinden Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen der stationären Langzeitpflege festlegen, sind in diesen Fällen, wenn von einer Zuständigkeit der Kantone die Rede ist, auch die Gemeinden mitgemeint.

1. Das Alters- und Pflegeheim als Wohn- und Lebensort sowie Institution der medizinischen Versorgung

Alters- und Pflegeheime sind als Orte des begleiteten Wohnens für betagte Menschen mit Unterstützungsbedarf und zugleich zunehmend als Institutionen der Gesundheitsversorgung für ältere oftmals multimorbide Menschen mit komplexen Bedürfnissen auszugestalten. Hierzu bedarf es entsprechender Kompetenzen. Dazu gehört eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit in den Institutionen sowie eine interinstitutionelle Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich (Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Fachfrauen/-männer Gesundheit EFZ, Fachfrauen/-männer Betreuung EFZ, Assistenzpersonal, aber auch Psycholog*innen, Physio-, Ergo- und Aktivierungstherapeut*innen, Zahnärzt*innen, Dentalhygieniker*innen, Augenärzt*innen u.s.w. sowie mit den regionalen Akut- und Geriatriespitalern).

Priorität: hoch	
Verantwortung / Zuständigkeit:	
Strukturell:	Bund: - Festsetzung von gesetzlichen Rahmenbedingungen (u.a. bezüglich ärztlicher Versorgung und Qualitätsvorgaben wie z.B. für CIRS (Critical Incident Reporting System) und Qualitätsmanagement); - Schaffung eines nationalen Morbiditäts-/Mortalitätsregisters für Langzeitpflegeinstitutionen mit der Möglichkeit, daraus Handlungsempfehlungen für Alters- und Pflegeheime abzuleiten; dies kann auch über eine Forschungsförderung in diesem Bereich erreicht werden. Kantone: - Übernahme der Verantwortung für eine gesetzliche Regulierung und für Leistungsaufträge, die einen qualitativen Mindeststandard für die medizinische Versorgung und darüber hinaus enthalten; - Die Alters- und Pflegeheime sollen als ein Teil der kantonalen Gesundheitsversorgung verstanden und behandelt werden; - Unterstützung in der Bewältigung von Ausnahmesituationen. Verband: - Formulierung von Empfehlungen (Vollzug der Vorgaben und insbesondere von Handlungsanweisungen für Ausnahmesituationen).
Finanziell:	Bund: - Die Pflegefinanzierung nach KVG ist so anzupassen, dass die zunehmende Komplexität der Pflege angemessen finanziert wird. Die Beiträge der Krankenkversicherer sind regelmässig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen und es muss sichergestellt werden, dass sich die Kosten auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 240 Minuten angemessen vergütet werden; - Regelung der Finanzierung von zusätzlich erforderlichen Leistungen mit dem Ziel der Vermeidung von Hospitalisierungen (Beizug von z.B. Mobilen Palliative Care Teams, Gesundheitliche Vorausplanung); - Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Tarifpartner: - Schaffung einer Grundlage für eine ärztliche (Teil-)Pauschale Kantone: - Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen ist so auszugestalten, dass eine qualitativ gute Pflege gewährleistet werden kann;

	- Kantonale Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen sind auch auf die Bewohnenden von Pflegeheimen auszurichten; - Schaffung von finanziellen Anreizen für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen, die in Pflegeheimen tätig sind (Umsetzung der Pflegeinitiative)⁶
Bildung:	Bund und Kantone/Bildungsinstitutionen/Organisationen der Arbeitswelt Gesundheit: - Ausgestaltung von Bildungsangeboten auf verschiedenen Stufen zur Erlangung und Erhaltung der entsprechenden Kompetenzen (z.B. in den Bereichen Infektionsprävention und -kontrolle, demenzgerechte Betreuung und Pflege sowie Palliative Care); ein besonderes Augenmerk ist in Aus- und Weiterbildung auf die Interprofessionalität zu richten. - Ausbildungsangebote müssen für die Konsument*innen (d.h. die Alters- und Pflegeheime) transparent und auf die Bedürfnisse der Institution ausgerichtet sein. Kantone: - Festlegung einer Verpflichtung für Weiter- und Fortbildung in den Institutionen im Rahmen von Leistungsaufträgen, wobei die Gestaltung der ärztlichen Fortbildungen den Fachgesellschaften obliegt; zugleich aber auch Bereitstellung von entsprechenden Ressourcen.

2. Ärztliche Versorgung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen

Eine fachgerechte adäquate ärztlich-medizinische Betreuung der Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen muss sichergestellt werden. Hierfür sind gewisse Vorgaben zwingend. Eine oder mehrere Heimärzt*innen mit übergeordneter Verantwortung und ggf. auch Weisungsbefugnis insbesondere auch in Fragen der Epidemiologie, Pharmakologie sowie Infektionsprävention und -kontrolle sind zu bezeichnen, wobei von heim- wie hausärztlicher Seite eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit bestehen muss. Die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der im Pflegeheim tätigen Hausärzt*innen und der Heimärzt*innen müssen geklärt und mit den für die Pflege verantwortlichen Personen zusammen ausgearbeitet werden. Die aktuellen Regelungen insbesondere bezüglich Qualitätskriterien und entsprechender Vergütung im Kanton Waadt dürfen hier als beispielhaft angesehen werden. Auch kooperative Versorgungsmodelle wie im Kanton Zürich, Heimarztnetzwerke oder mobile Arztpraxen können als Modell dienen. Zudem ist zu prüfen, in welchem Mass APN (Advance Practice Nurses) in die medizinische Betreuung von Heimbewohnenden einbezogen werden können. In mehreren europäischen Ländern sind APN seit vielen Jahren sehr stark in die Versorgung von Alters- und Pflegeheimbewohnenden eingebunden. Entsprechende Vergütungsmodelle sind zu schaffen. Die Struktur und Organisation der medizinischen Betreuung müssen gegenüber den Bewohnenden, ihren Angehörigen und allen an der Versorgung beteiligten Personen transparent gemacht werden.

Die medizinische Betreuung von Bewohnenden in Notfällen muss so ausgestaltet sein, dass unzweckmässige und ungewünschte Spitaleinweisungen vermieden werden. Modelle guter Praxis aus anderen Ländern sind zu berücksichtigen. Hier gilt es auch begünstigende Faktoren und falsche Anreizsysteme für eine Spitaleinweisung zu identifizieren und anzugehen.

Es sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die es für Ärzt*innen attraktiv machen, Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen heim- resp. hausärztlich zu betreuen, insbesondere im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung (Gewinn an Behandlungssicherheit) sowie auch in der finanziellen Abgeltung von Tätigkeiten im Rahmen einer heim- oder hausärztlichen Betreuung von Pflegeheimbewohnenden.

In diesem Kontext muss auch die Schaffung eines Fähigkeitsausweises Heimärztin/Heimarzt erwogen werden, unter anderem mit dem Ziel, das Ansehen der ärztlichen Tätigkeit in den Institutionen aufzuwerten und diese besser zu honorieren.

So könnten für diese Heimärzt*innen gewisse Limitierungen in Anzahl Besuchen, Wegpauschalen und Leistungen in Abwesenheit gestrichen werden. Den Heimärzt*innen könnte auch in Form einer

⁶ Vgl. [BBl 2019 8063 - Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege \(Entwurf\) \(admin.ch\)](#)

speziellen Tarifposition ermöglicht werden, die Heimbetreuung interprofessionell auszugestalten, indem längerfristig nicht-ärztliche Berufe gewisse Aufgaben übernehmen würden (z.B. APN - Advance Practice Nurses, Medizinische Praxiskoordinator*innen und Apotheker*innen).

Seitens GDK oder Kantone ist zu prüfen, ob für die heimbärztliche Funktion nicht eine qualifizierende, adäquate Fortbildung im Sinn einer verpflichtenden Voraussetzung verlangt werden soll.

Priorität: hoch	
Verantwortung / Zuständigkeit:	
Strukturell:	Kantone: - Definition von Mindestkriterien zur heimbärztlichen Versorgung: Präsenz, Verfügbarkeit, Verantwortungsbereiche und Qualitätskriterien; - Planung der Notfalldienstregelung; regional und wo sinnvoll auch überkantonal; - Vorgaben bezüglich qualifizierender Fortbildung für Heimbärzt*innen; - Entwicklung von Versorgungsmodellen mit fest verpflichteten Heimbärzt*innen, welche gewisse Vorgaben bezüglich Qualität, Zusammenarbeit und Präsenz erfüllen müssen und dafür honoriert werden. Verbände: - Erarbeitung / Aktualisierung von Muster-Zusammenarbeitsverträgen für Heimbärzt*innen, im Heim tätige Ärzt*innen und Institutionen, insbesondere auch für Geriater*innen, Palliativmediziner*innen, Zahnärzt*innen, Augenärzt*innen etc.
Finanziell:	Tarifpartner: - Der Tarif ist kostendeckend zu gestalten (z.B. Honorierung von Koordinationsleistungen, gesundheitlicher Vorausplanung, Angehörigenberatung und zeitaufwändigen Einsätzen im Rahmen einer Palliativbetreuung); Entwicklung von Abgeltungsmodellen für Einsätze von Advance Practice Nurses (APN). Kantone: - Abgeltung von Vorhalteleistungen im Rahmen der heimbärztlichen Verantwortung sowie Piketteinsätze für Erbringung von Dienstleistungen in Notfallsituationen.
Bildung:	Bund und Kantone: - Anpassung der universitären Aus- und Weiterbildung entsprechend unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten und den Bedürfnissen der Langzeitpflegeinstitutionen. Fachgesellschaften: - Ausgestaltung von heimspezifischen Fortbildungsangeboten; - Anzustreben ist eine Schaffung eines Fähigkeitsausweises für Heimbärzt*innen; - Die Bildung von u.a. interprofessionell arbeitenden Qualitätszirkeln ist zu fördern.

3. Pflege und Betreuung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen

Damit die Institutionen einen bedarfsgerechten Skill- und Grademix sicherstellen können, müssen die Kompetenzen der verschiedenen Bildungsabschlüsse aller Stufen besser und einheitlich beschrieben werden. Allerdings ist ein adäquater Skill- und Grademix noch nicht Garant für eine qualitativ hochstehende Pflege. Hierfür muss auch das Verhältnis von Pflegepersonal zu Bewohnenden stimmen (settingspezifische Vorgaben zur Personalausstattung (Skill-Grade-Mix)). Insbesondere müssen Langzeitinstitutionen in einem höheren Prozentsatz als bisher diplomierte Pflegefachkräfte HF / FH und auch Fachfrauen/-männer Langzeitpflege und Betreuung (mit Berufsprüfung) anstellen können. Zudem muss sichergestellt werden, dass Fachfrauen/-männer Gesundheit EFZ, Fachfrauen/-männer Betreuung EFZ und das Assistenzpersonal in der Lage sind, Veränderungen des Zustands oder auch des Verhaltens von Bewohnenden frühzeitig zu erkennen und ihren Fachvorgesetzten zu rapportieren. Neue Konzepte müssen verstanden und rasch umgesetzt werden können. Hierfür sind Erwartungen zu formulieren und Zielvorgaben zu machen. Die Beobachtungen sind zu dokumentieren. Weiterbildungen auf der Ebene EFZ und Assistenzberufe sind wichtig, um das Fachwissen zu erweitern / aktualisieren. Für die Anwendung und Umsetzung des neu erworbenen Fachwissens bedarf es jedoch der entsprechenden Ressourcen, insbesondere qualifizierte Fachpersonen und entsprechende zur Verfügung gestellte Zeitfenster.

Es ist sicherzustellen, dass Aus- und Weiterbildungsangebote in den Bereichen Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Infektionsprävention und -kontrolle, demenzgerechte Betreuung und Palliative Care geschaffen werden bzw. die bestehenden Angebote genutzt werden.⁷ Die verantwortungsvolle Tätigkeit des in Langzeitinstitutionen tätigen Pflege- und Betreuungspersonals muss nach aussen sichtbar gemacht werden, unter anderem auch mit Imagekampagnen.⁸ Anreize für die Tätigkeit in Langzeitpflegeinstitutionen sind zu schaffen (Akademisierung, Karrieremöglichkeiten, Lohngestaltung).

Priorität: hoch	
Verantwortung / Zuständigkeit:	
Strukturell:	Bund: - Anpassung der Rahmenbedingungen (Fachpersonal, Pflegefinanzierung, Qualität); insbesondere ist auf Gesetzesebene (KVG) zu berücksichtigen, dass Menschen mit Demenz und Menschen in Palliativsituationen einen deutlich erhöhten Pflegebedarf haben.
Finanziell:	Bund: - Die Pflegefinanzierung nach KVG ist so anzupassen, dass die Pflegeheime das erforderliche Pflegepersonal angemessen entlönnen können. Kantone: - Anpassung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen inklusive der Leistungen von Pflegeexpert*innen im Kontext von Rahmenverträgen mit den Institutionen; - Überprüfung und Anpassung der kantonalen Vorgaben zum Grademix (Mitarbeitendenstruktur) in den Langzeitinstitutionen; - Leistung einer Anschubfinanzierung für entsprechende Anpassung von Ausbildungscurricula und Weiterbildungsangeboten.
Bildung:	Bund: - Umsetzung der Pflegeinitiative: Ausbildungsoffensive; auch in der Langzeitpflege. Kantone: - Schaffung von Anreizsystemen für Aus- und Weiterbildung von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, Fachfrauen/-männern Gesundheit EFZ, Fachfrauen/-männern Betreuung EFZ, Fachfrauen/-männern Langzeitpflege und Betreuung (mit Berufsprüfung), Assistenten/innen Gesundheit und Soziales EBA, sowie Pflegeexpert*innen. OdAs/Branchenverbände/Bildungsinstitutionen: - Bedürfnisgerechte Anpassung von Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen HF, Fachfrauen/-männern Gesundheit EFZ, Fachfrauen/-männer Betreuung EFZ, Fachfrauen/-männern Langzeitpflege und Betreuung (mit Berufsprüfung) sowie Assistenten/innen Gesundheit und Soziales EBA; - Besonderen Wert soll in den Aus-, und Weiterbildungskursen auf die Interprofessionalität gelegt werden. Im Idealfall sind Lehrkörper und Teilnehmende interprofessionell zusammengesetzt.

4. Zusätzlich benötigte Expertise im Alters- und Pflegeheim

Angesichts der zunehmenden Anforderungen, die an Institutionen der Langzeitpflege gestellt werden und um unnötige die Bewohnenden belastende Spitalaufenthalte zu vermeiden, sind Alters- und Pflegeheime darin zu unterstützen, auf zusätzliche Expertise in diesen Bereichen zurückgreifen zu können:

- Fachkompetenz in gesundheitlicher Vorausplanung (*Advance Care Planning*) in Form von qualifizierten Gesprächsprozessen (Patientenverfügungen, Notfallanordnungen, Behandlungs- und Notfallpläne)
- Geriatriische Fachkompetenz

⁷ OdASante bietet eidgenössische Prüfungen (Höhere Fachprüfungen) in den Bereichen Infektionsprävention im Gesundheitswesen, geriatriische und psychogeriatrische Pflege und Palliative Care an. <https://www.odasante.ch/pruefungen/>. Absolvierende von Kursen, die auf eine eidgenössische Prüfung vorbereiten, werden durch den Bund seit 2018 finanziell unterstützt: <https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/de/home/bildung/hbb/bundesbeitraege.html>

⁸ Vgl. die vom SBFI unterstützte Kampagne für Langzeitpflege <https://langzeit-pflege.ch/kampagne-langzeitpflege/>

- Psychogeriatrische resp. gerontopsychiatrische Fachkompetenz
- Fachkompetenz in Epidemiologie sowie Infektionsprävention und -kontrolle (hierzu gehört auch Kompetenz bezüglich Isolierungs- und Kohortierungsmassnahmen)
- Fachkompetenz in Palliative Care
- Fachkompetenz in Pharmazie / Pharmakologie
- Fachkompetenz und Unterstützung im Bereich der Ethik und Ethikberatung

Dieses Wissen und Können kann nach Erwerb der entsprechenden Kompetenzen heimintern angeboten oder von extern bezogen werden. Insbesondere kleinere Institutionen sind auf ein externes Angebot angewiesen, das bevorzugt über eine koordinierende kantonale oder regionale Anlaufstelle vermittelt werden soll. Je nach Fachgebiet handelt es sich um Konsiliar- und Liaisondienste einer Fachperson aus dem Bereich der Medizin (wie z.B. Gerontopsychiater*innen), der Pflege (wie z.B. Pflegeexpert*innen eines mobilen Palliative Care Teams), der Pharmazie (Medikamentenmanagement, klinische Pharmazeut*innen) oder auch aus einem anderen Fachgebiet (Ethik). Denkbar ist auch, dass sich mehrere Institutionen im Verbund organisieren und z.B. eine Unterstützung in Infektionsprävention und -kontrolle oder geriatrische Pflegeexpertise in Anspruch nehmen. Idealerweise organisieren sich diese Fachpersonen in regionalen Netzwerken. Die Finanzierung von extern zugezogenen Pflegefachpersonen mit einer speziellen Kompetenz (z.B. palliativmedizinisch ausgebildete Pflegefachpersonen in einem Mobilen Palliative Care Team) ist nicht einheitlich geregelt und muss flächendeckend gewährleistet werden.

Priorität: mittel	
Verantwortung / Zuständigkeit:	
Strukturell:	Bund: - Anpassung KVG Kantone: - Schaffung von Vorgaben betreffend Zugang zu erforderlichen Angeboten an externer Expertise; - Unterstützung zur Schaffung von Anlaufstellen zur Beratung bei der Entwicklung und Sicherung der Pflegequalität.
Finanziell:	Bund: - Regelung der Finanzierung von durch externe Pflegefachpersonen (z.B. in einem Mobilen Palliative Care Team), durch externe Pflegeexpert*innen oder durch sonstige nichtärztliche Konsiliar- und Liaisonangebote erbrachte Leistungen im KVG; ebenso ist die Finanzierung der Gesundheitlichen Vorausplanung sowie von ethischen Fallberatungen in den Institutionen zu regeln. Kantone: - Übernahme der Finanzierung von nichtärztlichen Leistungen, die nicht über die üblichen Tarifsysteime abgerechnet werden können sowie von Anlaufstellen zur Beratung bei der Entwicklung und Sicherung der Pflegequalität.

5. Interprofessionelle und interinstitutionelle elektronische Kommunikation

Entsprechende Plattformen für den interprofessionellen und interinstitutionellen Datenaustausch sind zu schaffen. Es wird zu prüfen sein, in welchem Mass das EPD einen solchen Datenaustausch ermöglicht. Falls dies nicht über das EPD realisiert werden kann, sind Voraussetzungen zu schaffen, die einen effizienten Datenaustausch zeitgerecht ermöglichen. Aktuell soll im Kontakt von Ärzt*innen mit den Institutionen zumindest ein elektronischer Medikamentenplan verpflichtend zur Anwendung gelangen. Im Rahmen von Qualitätsinterventionen ist zu prüfen, ob und in welchen Bereichen interprofessionelle Zusammenarbeit dazu beiträgt, das angestrebte Ziel unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu erreichen.

Priorität: hoch	
Verantwortung / Zuständigkeit:	
Strukturell:	Bund: - Definition von schweizweiten Vorgaben für Leistungserbringer und für Anbieter von Software-Lösungen, sodass nur noch Tools zur Anwendung gelangen dürfen, die schnittstellenfähig sind gemäss eCH-Standards (https://www.ech.ch/index.php/de/standards/60502); - Verpflichtung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Nutzung eines elektronischen Medikamentenplans und des EPD sowie von Tools zur Kommunikation zwischen den anordnenden und den Pflege- und Behandlungsauftrag ausführenden Stellen.
Finanziell:	Bund und Kantone: - Beteiligung an der Einführung von Softwarelösungen zur Erleichterung des Datenaustauschs.

Anhang:

Mitglieder des Expert*innenkomitees

Bally	Klaus	Dr. med., Interprofessionelle Expert*innenkommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Covid-Pandemie
Baudendistel	Urs	Heimleiter und Vizepräsident Curaviva BS
Beck	Sacha	Dr. med. MHA, Innere Medizin, spez. Geriatrie, Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter
Becker	Stefanie	Dr. phil., Direktorin Alzheimer Schweiz
Bieri-Brünig	Gabriela	Dr. med., Ärztliche Direktorin der Pflegezentren der Stadt Zürich
Bosshard	Georg	PD Dr. med. Allg. Innere Medizin FMH, spez. Geriatrie; Zentrumsarzt Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen
Coppex	Pia	Senesuisse, Directrice adjointe
Elger	Bernice	Prof. Dr. med., Head Institute for Biomedical Ethics, Universität Basel
Elmer	Dominique	Präsidentin Langzeit Schweiz
Fischer	Barbara	Schweizerischer Seniorenrat
Gurtner	Renate	MPH, Geschäftsführerin palliative ch
Häsli	Thomas	Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Age Medical - Zentrum Gesundheit im Alter Zürich
Hecht	Nadja	Pflegeexpertin, Stv. Pflegedienstleitung Alters- und Pflegezentrum Feldheim, Reiden
Heiniger	Susi	Institutionsleiterin APH Brienz EGW
Heim	Bea	alt Nationalrätin, Vertretung Schweizerischer Seniorenrat
Hoberg	Verena	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Public Health Schweiz
Jenni	Giovanna	Zentrum Schönberg AG, Fachleiterin Pflege, Medizin und Therapie
Joerger	Anna	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Curaviva
Jox	Ralf	MD, PhD ; CHUV, Chaire de soins palliatifs gériatriques, Médecin chef
Koch	Roswitha	Pflegefachfrau MPH, Leiterin Abteilung Pflegeentwicklung SBK
Kuhn	Rene	Chefarzt, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie, Reusspark
Kunz	Roland	Dr. med. Allg. Innere Medizin FMH, spez. Geriatrie und Palliativmedizin Stv. Vorsitzender der internat. Fachgesellschaft Palliative Geriatrie FGPG
Leser	Markus	Dr., Leiter Fachbereich Menschen im Alter Curaviva Schweiz
Lötscher	Claudia	Präsidentin Akademische Fachgesellschaft gerontologische Pflege
Martani	Andrea	Institut für Bio- und Medizinethik der Universität Basel
Marti	Silvia	Projektleiterin GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Marty	Gabriele	Kanton Basel-Landschaft, Amt für Gesundheit, Leiterin Abteilung Alter
Mauler	Laurent	Directeur Service du réseau de soins République et canton de Genève, Département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS)
Meyer	Tobias	Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, spez. Geriatrie Universitäre Altersmedizin Felix Platter,
Mohler	Björn	Kanton Aargau, Leiter Langzeitversorgung
Petrig	Marlies	Vizepräsidentin Fachverband Langzeit Schweiz
Rakic	Milenko	Dr. sc. med., Wissenschaftlicher Mitarbeiter Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit BAG
Roulet Schwab	Delphine	Präsidentin GERONTOLOGIE CH, psychologue spécialisée en gériatologie, Professeure HES ordinaire Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HES-SO)
Schaffert-Witvliet	Bianca	APN, Spital Limmattal, Präsidentin der Ethikkommission SBK, Vizepräsidentin der Zentralen Ethikkommission SAMW

Schuppisser	Susanna	Dr. sc. nat., Kanton Thurgau, Amt für Gesundheit, stellvertretende Amtschefin
Streit	Sven	Prof. Dr. med. Dr. phil., Leiter Interprofessionelle Grundversorgung, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
Tröger	Monika	Viva Luzern AG, Leiterin Ärztlicher Dienst
Tschudin-Sutter	Sarah	Prof. Dr. med., MSc Universitätsspital Basel, Leitung Abteilung für Spitalhygiene
Vayne-Bossert	Petra	Dr méd., Médecin adjointe, Service de Médecine Palliative, HUG
von Wartburg	Lea	Leiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG
Wirth	Corina	Geschäftsführerin Public Health Schweiz
Zúñiga	Franziska	Prof. Dr., PhD RN, Leitung Bereich Lehre – Head of education Pflegewissenschaft - Nursing Science (INS) Medizinische Fakultät Universität Basel