



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF)
Commission nationale de prévention de la torture (CNPT)
Commissione nazionale per la prevenzione della tortura (CNPT)
Cummissiun naziunala per la prevenziun cunter la tortura (CNPT)
National Commission for the Prevention of Torture (NCPT)

P.P. CH-3003 Bern, NKVF

Einschreiben

Herr Martin Pfister
Regierungsrat
Gesundheitsdirektion
Neugasse 2
Postfach
6301 Zug

Unser Zeichen: NKVF
Bern, 10. Mai 2023

Schreiben zum Besuch der NKVF im Zentrum Frauensteinmatt in Zug

Sehr geehrter Herr Regierungsrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Eine Delegation¹ der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF)² besuchte am 14. November 2022 im Rahmen ihrer Überprüfung der menschenrechtlichen Standards im Bereich der Alters- und Pflegeheime das Zentrum Frauensteinmatt in Zug.³ Der Besuch wurde wenige Tage davor schriftlich angekündigt. Die Kommission legte bei ihrem Besuch ein besonderes Augenmerk auf die Anwendung und Dokumentation von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, auf den Umgang mit Beschwerden, die Gewaltprävention sowie die medizinische und pflegerische Versorgung.

Die Delegation unterhielt sich während ihres Besuches mit mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern, mit den verantwortlichen Leitungspersonen sowie mit Mitarbeitenden.

¹ Die Delegation bestand aus Regula Mader (Präsidentin und Delegationsleiterin), Dr. med. Ursula Klopffstein (Kommissionsmitglied), Helena Neidhart (Kommissionsmitglied), Denise Balmer (externe Pflegeexpertin), Lukas Heim (wissenschaftlicher Mitarbeiter) und Alexandra Kossin (wissenschaftliche Mitarbeiterin).

² Bundesgesetz vom 20. März 2009 über die Kommission zur Verhütung von Folter (BG NKVF), SR 150.1.

³ Das Zentrum Frauensteinmatt, das von der Stiftung Alterszentren Zug betrieben wird, verfügt über eine Kapazität von 80 Plätzen. Am Tag des Besuches zählte das Zentrum 79 Bewohnerinnen und Bewohner. Es befand sich keine fürsorglich untergebrachte Person im Zentrum.

Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF)
Schwanengasse 2, 3003 Bern
Tel. +41 58 465 16 20
info@nkvf.admin.ch
www.nkvf.admin.ch

Die Delegation wurde freundlich empfangen. Die gewünschten Dokumente⁴ wurden vollumfänglich zur Verfügung gestellt.⁵ Im Rahmen des Schlussgespräches teilte die Delegation der Leitung ihre ersten Erkenntnisse mit.

Die aus Sicht der Kommission wichtigen Anliegen teilte sie der Leitung während des Feedbackgespräches vom 7. März 2023 mit. Diese sind ebenfalls im vorliegenden Schreiben festgehalten.

A. Einleitende Bemerkungen

1. Die Alters- und Pflegeheime im Kanton Zug fallen in die Zuständigkeit der Gemeinden sowie von privaten Trägerinnen und Trägern. Der Kanton übt lediglich eine Oberaufsicht aus und ist auch für die Betriebsbewilligung der Pflegeheime zuständig. Die Gesundheitsdirektion bzw. der kantonsärztliche Dienst des Kantons Zug wacht über die Einhaltung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen der Alters- und Pflegeheime, führt Kontrollen durch und entscheidet bei Bedarf über notwendige Sofortmassnahmen.⁶ Gemäss erhaltenen Informationen wurde das Zentrum Frauensteinmatt von dem kantonsärztlichen Dienst bis zum Besuch der NKVF noch nie besucht.
2. Gemäss kantonalen Vorgaben müssen angeordnete bewegungseinschränkende Massnahmen (beschränkt auf Isolationen und Fixationen) sowie medizinische Zwangsmassnahmen (Medikation), die gegen den Willen der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden, dem Kantonsarzt gemeldet werden.⁷

B. Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit⁸

3. Die Kommission begrüsst das Vorliegen einer Handlungsanleitung *Bewegungseinschränkende Massnahmen*.⁹ Das Dokument definiert die bewegungseinschränkenden Massnahmen. Es enthält auch wesentliche Elemente zum Entscheidungsprozess inkl. Angabe zur Beschwerdemöglichkeit, zur Evaluation und zur Dokumentation von bewegungseinschränkenden Massnahmen.¹⁰ Die Kommission begrüsst, dass «Trickmassnahmen» wie z.B. Abdecken von Türen, Schlössern, usw. auch als bewegungseinschränkende Massnahmen definiert werden. Der Entscheidungsprozess sowie die Dokumentation sind in weiteren Anleitungen konkretisiert. Das Dokument enthält jedoch wenig Informationen zu Alternativen zu bewegungseinschränkenden Massnahmen.
4. Das Zentrum führt eine geschlossene Abteilung für demenzerkrankte Bewohnende.¹¹ Das Pflegekonzept legt die Kriterien für die Aufnahme in der Demenzabteilung fest: Es

⁴ U.a. Konzepte, Richtlinien sowie Merkblätter, Register zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

⁵ Art. 10 BG NKVF.

⁶ Art. 30 Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz; GesG) vom 30. Oktober 2008, BGS 821.1.

⁷ Siehe Art. 40GesG sowie Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 18. September 2007, Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz; GesG), Vorlage Nr. 1590.0, S. 81.

⁸ Siehe Art. 383 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) vom 10. Dezember 1907, SR. 210.

⁹ Z_BEM Bewegungseinschränkende Massnahmen Handlungsanleitung.

¹⁰ *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes*, Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), CPT/Inf(2017) 6, ch. 1.7.

¹¹ Gemäss internationalen Standards stellt eine geschlossene Abteilung eine *de facto* freiheitsentziehende Massnahme dar. Siehe Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) an die Regierung des Fürstentums Liechtenstein über seinen Besuch in Liechtenstein vom 20. Bis 24. Juni 2016, CPT/Inf (2017) 21, Ziff. 84, S. 35.

muss eine Diagnose einer Demenzerkrankung durch den betreuenden Arzt vorliegen. Zudem ist die Unterbringung auch indiziert bei Weglaufgefahr, Desorientierung, Selbstgefährdung, Überforderung auf einer regulären Abteilung etc. Des Weiteren erlaubt der körperliche Gesundheitszustand der betroffenen Person, die spezifischen Angebote der Abteilung zu nutzen.¹² Gemäss Handlungsanleitung *Bewegungseinschränkende Massnahmen* wird die Unterbringung auf der geschlossenen Abteilung im Pensionsvertrag entsprechend festgehalten.

5. Gemäss erhaltenen Informationen werden als bewegungseinschränkende Massnahmen zusätzlich zur geschlossenen Abteilung folgende Mittel eingesetzt: Bettgitter, Rollstuhli-sche, Bodenbetten, Bodies, Klingelmatten, Lichtschranken, Medaillons mit aktivierter Or-tung (die programmiert werden können), sowie Sensor Türen. Die Kommission begrüsst, dass keine ZEWI-Decken eingesetzt werden. Die Kommission stellte soweit ersichtlich keine verdeckte Massnahme bzw. Trickmassnahme fest.
6. Gemäss kantonalen Vorgaben müssen Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit durch Arztpersonen oder diplomierte Pflegefachpersonen angeordnet werden.¹³ Die Kommission stellte fest, dass die Zuständigkeit für die Anordnung einer bewegungsein-schränkenden Massnahme vorwiegend beim Pflegeteam liegt bzw. eine Massnahme wird von einer diplomierten Pflegefachperson angeordnet, nachdem sie im Team und mit den Angehörigen besprochen wurde. Vereinzelt ist der Hausarzt oder die Hausärztin in den Entscheidungsprozess involviert, wenn die Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen gegen die vorgeschlagene Massnahme sind oder je nach Massnahme¹⁴. Die Kommission begrüsst die Praxis, wonach eine bewegungseinschränkende Mass-nahme im Rahmen eines interdisziplinären Entscheidungsprozesses angeordnet wird. **Gestützt auf internationale Standards ist die Kommission jedoch der Meinung, dass eine Ärztin oder ein Arzt im Entscheidungsprozess systematisch beigezogen werden muss und bewegungseinschränkende Massnahmen (je nach Situation auch nachträglich) von der Ärztin oder dem Arzt verordnet werden sollen.**¹⁵
7. Gemäss der stichprobenartigen Durchsicht der Dokumentation waren die Massnahmen teilweise mangelhaft dokumentiert bzw. der Entscheidungsfindungsprozess¹⁶ war zu wenig detailliert. Die Kommission stellte fest, dass die Überprüfung der Massnahme je-doch regelmässig mindestens alle drei Monate stattfindet. Die elektronische Dokumen-tenablage (EasyDok) erinnert automatisch an die Notwendigkeit die Massnahme zu überprüfen. **Die Kommission erinnert daran, dass die Dokumentation gemäss ge-**

¹² Pflegekonzept, Alterszentren Zug, Frauensteinmatt, 221A-ZF, Ziff. 1.17, SS. 9-10.

¹³ Art. 39 Ziff. 2 GesG.

¹⁴ Bei Bettgitter kann die Hausärztin oder der Hausarzt beigezogen werden.

¹⁵ Das ZGB legt nicht fest, wer berechtigt ist, über eine Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu entscheiden. Es liegt in der Verantwortung der Einrichtung, in einer internen Regelung festzulegen, wer solche Massnahmen ergreifen kann. Die Entscheidung kann der Leitung vorbehalten sein oder an einen Abteilungsleiter delegiert werden. Laut BASLER KOMMENTAR, Tim Stravro-Köbrich/ Daniel Steck, S. 2289: "Es ist wünschens-wert, dass die Entscheidung, die Bewegungsfreiheit einzuschränken, im Pflegeteam diskutiert wird und, wenn möglich, auch der Arzt konsultiert wird". Der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter (CPT) empfiehlt seinerseits: "Jede Anwendung von Zwangsmitteln sollte immer auf ausdrückliche Anordnung eines Arztes nach einer individuellen Beurteilung des betroffenen Patienten erfolgen oder sofort einem Arzt zur Genehmigung vorge-legt werden. Zu diesem Zweck sollte der Arzt den betroffenen Patienten so schnell wie möglich untersuchen. Eine bedingungslose Genehmigung kann nicht akzeptiert werden", CPT/Inf(2017)6, Ziff. 2, S. 3. Der CPT stellt klar, dass eine bewegungseinschränkende Maßnahme immer von einem Arzt oder einer Ärztin nach einer indivi-duellen Beurteilung des Bewohners oder der Bewohnerin angeordnet oder genehmigt werden muss, unabhängig von der Art der Massnahme, wenn sie ohne die gültige Zustimmung des betroffenen Bewohners oder der be-troffenen Bewohnerin angewendet wird. CPT/Inf (2017) 21, Ziff. 80-84.

¹⁶ Bzw. was für alternative Massnahmen ausprobiert wurden und nicht genügend Sicherheit gewährleisten konn-ten

setzlichen Grundlagen¹⁷ vollständig und nachvollziehbar sein muss.

C. Beschwerdemanagement

8. Gemäss Geschäftsleitung gibt es wenig Beschwerden. Bei Beschwerden wird das Gespräch mit den Bewohnenden und den Angehörigen oder vertretungsbefugten Personen gesucht. Das Zentrum verfügt über ein KVP¹⁸-Tool, das aber noch zu wenig genutzt wird. Beschwerden sowie Anliegen, Verbesserungsvorschläge, allgemeine Rückmeldungen können mündlich oder auch im Briefkasten als Qualitätsmeldung deponiert werden. Das Formular ist im Empfangsbereich verfügbar. Der Beschwerdebriefkasten befindet sich, etwas abseits, mit den Briefkästen der Bewohnenden, was eine anonyme Abgabe ermöglicht. Die Geschäftsleitung wertet die erhaltenen Formulare aus. Diese Formulare sowie andere schriftliche oder auch mündlich zugetragene Beschwerden werden jedoch nicht systematisch und statistisch erfasst. **Die Kommission empfiehlt, alle Beschwerden und ergriffenen Massnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren.**

D. Mitwirkungsmöglichkeiten

9. Zweimal jährlich finden Informationsanlässe für die Bewohnenden, an welchen verschiedene Themen aus dem Heimalltag besprochen werden, statt. Diese wurden während der Pandemie nicht durchgeführt. Ein Aushang informiert die Bewohnenden jeweils über den Anlass. Sie können anlässlich des Austausches Ideen einbringen bzw. mitwirken. Eine Bewohnendenvertretung gibt es in der Einrichtung nicht. **Die Kommission begrüsst den regelmässigen Austausch mit Bewohnenden und regt an, diese vermehrt durchzuführen und die Bewohnenden noch stärker einzubeziehen.**

E. Gewaltprävention

10. Das Zentrum verfügt über kein Gewaltpräventionskonzept. Gemäss erhaltenen Informationen werden Weiterbildungen (z.B. zum Thema Gewalt, Aggressionen und Demenz) nach Bedarf, vor allem für die Mitarbeitenden in der Demenzabteilung angeboten. Ein externer Berater wird für die Bereiche Deeskalationsmanagement und Aggressionsmanagement für das Personal punktuell beigezogen. Das Zentrum verfügt über ein Konzept Angehörige, in dem die Zusammenarbeit mit den Angehörigen betont wird. Das Zentrum arbeitet zudem mit dem Bezugspersonensystem. Die Bezugsperson ist für einen regelmässigen Kontakt zu den Angehörigen zuständig. Die Kommission begrüsst diese verschiedenen Massnahmen, die den Dialog und die gemeinsame Suche nach Lösungen zwischen den verschiedenen beteiligten Personen, insbesondere in herausfordernden Situationen bevorzugt.¹⁹ **Nichtsdestotrotz empfiehlt die Kommission, ein Gewaltpräventionskonzept zu erarbeiten, die Mitarbeitenden regelmässig über das Konzept zu informieren und einen Austausch darüber anzuregen.**²⁰

¹⁷ Art. 383 ZGB.

¹⁸ Kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

¹⁹ Siehe dazu Art. 386 ZGB; Basler Kommentar, Tim Stravo-Köbrich/ Daniel Steck, Seite 2300, Ziff. 11.

²⁰ Siehe hier z. B. Gewalt im Alter verhindern, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 15.3945 Glanzmann-Hunkeler, Bern, 18. September 2020.

F. Medizinische und pflegerische Versorgung

11. Für die Bewohnenden besteht freie Arztwahl.²¹ Gemäss kantonalen Vorgaben hat eine Einrichtung der stationären Pflege eine Heimgärtin oder einen Heimgarzt zu bezeichnen.²² Das Zentrum verfügt über einen Heimgarzt, der für gesundheitlichen sanitärischen Massnahmen, die Apotheke und andere grundlegende medizinischen Fragen Ansprechperson ist.
12. Bei Bedarf werden externe Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen. Das Zentrum arbeitet mit einer externen Geriaterin vom Spital Affoltern zusammen, welche alle zwei Wochen ins Zentrum kommt. Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit Triaplus AG, welche die psychiatrische Versorgung gewährleistet. Gemäss erhaltenen Informationen besucht die Psychiaterin von Triaplus AG nur alle sechs Wochen das Zentrum. Bei dieser sogenannten «Kardex-Visite» werden die Patientinnen und Patienten aber nur teilweise direkt behandelt.
13. Bewohnende werden mehrheitlich von den eigenen Zahnärztinnen und Zahnärzten betreut und werden teilweise von Angehörigen zu den Terminen begleitet. Die Möglichkeit besteht, Zahnarztkontrollen im Zentrum durchführen zu lassen. Es gibt aber keine routinemässige Kontrolle bei sämtlichen Bewohnenden. **Die Kommission empfiehlt, eine regelmässige Zahnarztkontrolle bei allen Bewohnenden sicherzustellen.**
14. Eine Physiotherapeutin besucht das Zentrum einmal pro Woche für einen halben Tag. Das regelmässige Gehtraining wird durch das Pflegefachpersonal sichergestellt, da es an ärztlichen Verordnungen für ein Gehtraining mit der Physiotherapeutin fehlt. Diese Lücke an physiotherapeutischer Versorgung entsteht, da die zuständigen Hausärztinnen oder Hausärzten auf die verminderte Gehfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten nicht genügend aufmerksam gemacht werden. Die Kommission regt an, alle möglichen vorbeugenden Massnahmen zu treffen, etwa in dem die zuständigen Ärztinnen und Ärzte auf die Notwendigkeit des Gehtrainings, z.B. um das Sturzrisiko zu verkleinern, hingewiesen werden.
15. Mit Ausnahme der spezifischen geriatrischen Visite durch eine Fachärztin (siehe oben), stellte die Kommission fest, dass die Demenzabteilung über wenig Spezialwissen und Spezialkonzepte (z.B. Delir, Schmerzerfassung bei Personen mit Demenz) verfügt. Die Abteilung ist einerseits personell gut dotiert verfügt aber andererseits über Mitarbeitende ohne spezifisches Fachwissen (Gerontologie, Demenzpflege, etc.). Dies wirkt sich direkt auf die Betreuung der Bewohnenden aus: Die Abteilung bietet zum Beispiel keine für demenzerkrankte Menschen wichtigen Angebote wie Snoezelen²³ an. Ein Snoezelenraum mit einem Wasserbett existiert, kann aber gemäss erhaltenen Informationen nicht benutzt werden, da es an ausgebildeten Mitarbeitenden fehlt. Das Konzept *Pflege* beinhaltet ein spezifisches Kapitel zur Pflege in der Spezialabteilung Demenz, die aber aus Sicht der Kommission nicht konsequent umgesetzt wird. Zudem ergab die stichprobenartige Durchsicht der Dossiers, dass die spezifischen, kognitiven Abklärungen oder Einschätzungen der Urteilsfähigkeit sofern gemacht nicht gut dokumentiert sind.²⁴ **Die Kommission empfiehlt, die Demenzabteilung mit spezifisch geschultem Personal zu dotieren und wichtigen demenzspezifischen Angeboten anzubieten.**

²¹ Art. 386 ZGB.

²² Siehe Richtlinien für stationäre Pflegeinstitutionen vom 30. März 2006.

²³ Siehe dazu <https://www.euroakademie.de/magazin/snoezelen-entspannung-bei-demenz/>.

²⁴ Siehe Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), November 2018, K. 5.

16. Weiter verfügt das Zentrum über eine Spezialabteilung (Gerontopsychiatrie) für pflege- und/oder betreuungsbedürftige Personen, die nach der Entlassung aus der Psychiatrie mit fehlenden Wohn- oder Betreuungsmöglichkeiten konfrontiert sind. Im Konzept *Pflege* wird auf die spezifischen Bedürfnisse von älteren Menschen, die eine konstante psychiatrische Pflege und Betreuung brauchen, eingegangen. Am Tag des Besuches waren elf Bewohnende auf dieser Abteilung untergebracht, davon sechs jünger als 65 Jahre.²⁵ Viele Bewohnerinnen und Bewohner auf dieser Abteilung haben der Delegation erzählt, dass sie sich zu jung für den Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim fühlen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob nicht betagte psychisch kranke Menschen im Zentrum am richtigen Ort sind. Die Kommission stellte zudem fest, dass es auf dieser für psychisch erkrankte Personen zugeschnittenen Abteilung wenig Psychotherapien oder andere Aktivitäten zur Unterstützung dieser Bewohnenden gibt. Die Bewohnenden müssen sich selber um eine externe psychiatrische Versorgung kümmern. **Die Kommission empfiehlt, die Psychotherapien und den Einbezug von Sozialpsychiatrischen Massnahmen²⁶ in der Abteilung zu intensivieren.**
17. Die medikamentöse Therapie wurde am Tag des Besuches stichprobenweise in den beiden Spezialabteilungen Demenz und Gerontopsychiatrie überprüft. Der Delegation fiel auf, dass ein Drittel der Bewohnenden²⁷ der Demenzabteilung Neuroleptika verschrieben bekommen. Bei allen Bewohnenden auf der psychiatrischen Abteilung wurde eine, zum Teil schwere, Polymedikation festgestellt.²⁸ Gemäss Angaben gibt es zwischen der Psychiaterin von Triaplus AG und den Somatikern keinen formalisierten Austausch in Bezug auf die Medikamentenverordnung ihrer Patientinnen und Patienten. **Die Kommission empfiehlt eine Koordination der somatischen und psychiatrischen Verordnungen, um die Polypharmazie zu reduzieren und somit die Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen einzudämmen.**
18. Das Konzept *Pflege* umfasst die wesentlichen Elemente wie die Definition des Pflegebegriffs, die Haltung (Normalitätsprinzip und Selbstbestimmung), das Pflegesystem Bezugspersonenmodell und die Angehörigenarbeit. Wie die Bewohnenden in der Pflege und im Betreuungsprozess einbezogen werden, ist in der Dokumentation wenig ersichtlich. Es gibt keine explizite Schulung der Mitarbeitenden zum Umgang mit Prophylaxen (z.B. von Dekubitus oder Thrombose). Die Assessmentinstrumente werden kaum eingesetzt. **Die Kommission empfiehlt, eine Schulung zum Umgang mit Prophylaxen und Assessmentinstrumente einzuführen.**
19. Am Tag des Besuches war eine Bewohnerin bettlägerig. Die Delegation stellte in den Unterlagen fest, dass es keine Dokumentation zur Flüssigkeitsbilanz, Nahrungsergänzung oder Gewichtserfassung gab. Die Pflegeplanung enthielt keine Angaben zur Beschäftigung bzw. Aktivierungsangeboten, da diese abgelehnt wurden. Die Kommission weist darauf hin, dass Risiken wie Mangelernährung und/oder Flüssigkeitsdefizit bei bettlägeriger Bewohnenden stets zu thematisieren und in der Pflegedokumentation abzubilden sind. Falls die Bewohnerin bzw. der Bewohner die Massnahmen wie Nahrungsergänzung, Flüssigkeitsbilanz, Gewichtserfassung etc. ablehnt, ist dieser Entscheid der Selbstbestimmung ebenfalls zu dokumentieren. Grundsätzlich soll die Anwendung (oder Nicht-Anwendung) von Interventionen nachvollziehbar dokumentiert werden. Zudem

²⁵ Davon eine 50 Jahre alte Bewohnerin.

²⁶ Wiedereingliederung, Kochen, Alltagsbewältigung, etc.

²⁷ In beiden Häusern.

²⁸ Zwischen 10-16 Medikamente täglich.

muss eine klare Pflegeplanung zur Beschäftigung bzw. Aktivierung bei bettlägerigen Bewohnenden Vorhandensein.

20. Gemäss Auskunft, ist der Küchenchef ausgebildeter Diätkoch. Das Zentrum plant in Zukunft eine Ernährungsberatung einzubeziehen, eine Massnahme, die die Kommission begrüsst. Die Delegation sprach mit einem Bewohner mit Diabetes Typ 2. Soweit in der Dokumentation ersichtlich, folgte dieser keiner Diät und der Verlauf des Diabetes war nicht ersichtlich.
21. Das Zentrum verfügt über kein Sturzkonzept. Die Kommission stellte fest, dass die Sturzstatistiken über die letzten 3 Jahre quantitativ rückläufig sind.²⁹ Die Abläufe und das Vorgehen bei einem Sturz wurden gemäss der vorgegebenen Systematik durch das Sturzprotokoll umgesetzt. Die Qualität der Sturzprotokolle ist aussagekräftig. Die Angehörigen werden bei einem Sturzereignis informiert, was entsprechend dokumentiert wird. Die Schulung der Mitarbeitenden von Assessmentinstrumenten rund um den Sturz war jedoch nicht eindeutig eruierbar. Die Kommission überprüfte stichprobenartig die Sturzprotokolle. In einem Fall wurde eine Bewohnerin mit einem verkürzten Bein in der Nacht am Boden liegend aufgefunden. Sie wurde trotz angeblicher starker Schmerzen ins Bett zurückgelegt. Später wurde eine Schenkelhalsfraktur festgestellt und die Bewohnerin musste operiert werden. Die Kommission beurteilt diese fehlende Hilfeleistung³⁰ als menschenunwürdig. **Die Kommission empfiehlt ein Sturzkonzept bzw. ein strukturiertes Vorgehen bei einem Sturz zu erarbeiten und die Mitarbeitenden diesbezüglich zu schulen. Das Sturzrisiko und das Sturzereignis sind systematisch durch ein Assessmentinstrument einzuschätzen. Verdachte auf Frakturen oder Blutungen sollten umgehend überprüft werden.**
22. Das Zentrum verfügt über mehrere internen Dokumente zum Thema Schmerz³¹, die gesamthaft den Inhalt eines Schmerzkonzeptes bilden³² und insofern, wenn richtig umgesetzt zu einer angemessenen Schmerztherapie der Bewohnenden tragen. Allerdings regt die Kommission, das Dokument *Schmerz-allgemeine Überlegungen* mit seinen mitgeltenden Dokumenten als Konzept zu betiteln, damit diese klar als solches identifiziert werden. Auch hier scheint der Einsatz der Assessmentinstrumente soweit ersichtlich nicht systematisch zu erfolgen. Es ist nicht eindeutig eruierbar, ob die Kenntnisse der Mitarbeitenden zu den Assessmentinstrumente BISAD³³ und Visuelle Analogskala (VAS) zur korrekten Anwendung ausreichen. **Die Kommission empfiehlt, eine konsequente Umsetzung des Schmerzkonzeptes sowie die regelmässige Schulung des Personals zum Inhalt des Konzeptes sowie zur Anwendung und zum Einsatz von Assessmentinstrumenten.**
23. Das Zentrum verfügt über ein Palliative Care-Konzept, welches die wesentlichen Elemente umfasst.³⁴ Leider fehlen dazu aber explizite Schulungen für die Mitarbeitenden. Die Anwendung der aufgeführten Assessmentinstrumente finden nur vereinzelt statt. **Die**

²⁹ 2020: 310 Stürze, davon folgten neun Spitaleinweisungen; 2021: 253 Stürze davon folgten 12 Spitaleinweisungen; 2022 (Daten vorhanden bis 10.11.2022): 196 Stürze davon folgten neun Spitaleinweisungen.

³⁰ Bzw. die Ambulanz wurde nicht sofort avisiert, obwohl die Bewohnerin starke Schmerzen hatte.

³¹ «Schmerz-allgemeine Überlegungen»; «Schmerzassessment und Dokumentation»; «BISAD Schmerzskala»; «Leitfaden Schmerzassessment».

³² Das Dokument «Schmerz- allgemeine Überprüfung» erläutert die Definition und Formen von Schmerzen sowie die Schmerzbehandlung (medikamentös und nicht-medikamentös). Die weiteren Dokumente sind die Assessmentinstrumente und deren Dokumentation sowie der Leitfaden zur Schmerzerfassung.

³³ Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz.

³⁴ Definition Begriff Palliativ Care (PC) mit Abgrenzung der End-of-life-Phase, SENS-Modell, ESAS, Spiritualität, Religionen, Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Assistierter Suizid, Symptommanagement, Schmerz-Einschätzung mit VAS oder BISAD.

Kommission begrüsst das Vorhandensein des Palliative Care-Konzepts und regt an, das Personal diesbezüglich zu schulen.

G. Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

24. Anlässlich des Besuches überprüfte die Delegation u.a. auch die Lebens- und Aufenthaltsbedingungen³⁵ sowie die Tagesstruktur.
25. Die Kommission erhielt hinsichtlich **Infrastruktur** einen insgesamt positiven Eindruck. Das moderne Gebäude verfügt über vier Stockwerke. Im 3. und 4. Obergeschoss befinden sich zwei geschlossene Abteilungen für Bewohnende mit Demenz. Die Architektur des Gebäudes erlaubt den Bewohnenden Rundläufe im Innen- und Aussenbereich. Die Rundläufe führen sie immer wieder zu den gemeinschaftlichen Räumen zurück, d.h. sie können somit in Bewegung bleiben und stossen auf keine Sackgassen. Im 4. Obergeschoss befindet sich eine grosse geschützte³⁶ Dachterrasse mit Witterungsschutz und Sitzmöglichkeiten sowie grossen Pflanzen. Die Dachterrasse ist für alle Bewohnende frei zugänglich. Die Delegation stellte jedoch fest, dass der Zugang zur Terrasse nicht ganz barrierefrei ist bzw. es gibt eine kleine Schwelle und die Tür öffnet nicht automatisch, was für eine Person mit Rollator ein Sturzrisiko birgt.³⁷ **Die Kommission empfiehlt, einen barrierefreien Zugang zur Dachterrasse zu gewährleisten.**
26. Die Gänge auf den verschiedenen Stockwerken haben beidseitige Handläufe. Der Delegation fiel auf, dass die Handläufe im 3. und 4. Stock durch Dekoration behängt waren, was ein Sicherheitsrisiko bergen kann. Gewisse räumliche und saisonale Orientierungshilfen (Farben, Tiere, Herbst-Dekoration) sind vorhanden. Lichtbänder als Bodenbeleuchtung könnten als weitere Orientierung dienen. Im 4. Stock befanden sich in einem Pflanzentopf freiliegende Luwasa-Kugeln, die für Bewohnende mit fortgeschrittener Demenz eine Schluckgefährdung bergen können.
27. Das gemeinschaftliche Leben auf den verschiedenen Stockwerken spielt sich im Wohn- und Essraum mit integrierter Küche ab. Diese bieten eine wohnliche Atmosphäre an.
28. Das Zentrum verfügt mehrheitlich über abschliessbare Einzelzimmer, aber auch über zwei Zimmer-Wohneinheiten. Am Tag des Besuches wohnte ein Ehepaar in einer dieser Wohneinheiten. Die andere Wohneinheit wurde von zwei nicht miteinander verwandten Personen genutzt. Die Zimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. Die Zimmer werden von den Bewohnenden teilweise mit eigenen Möbeln und Bildern persönlicher gestaltet. Den Bewohnenden wird tagsüber die Möglichkeit gegeben sich in ihr Zimmer zurückziehen.
29. Alle Abteilungen verfügen über fixe Essenszeiten³⁸, die aber individuell angepasst werden können. Aufgrund des frühen Abendessens beträgt die Zeitspanne bis zum Frühstück mehr als zwölf Stunden. Allerdings haben die Bewohnenden auf den Abteilungen niederschwellig Zugang zu Zwischenmahlzeiten oder können diese auch jederzeit verlangen.³⁹ Je nach Wunsch und körperlichen Befinden, essen die Bewohnende im Res-

³⁵ Es handelt sich nicht um eine umfassende Überprüfung der Infrastruktur inkl. der Barrierefreiheit und Orientierungshilfen.

³⁶ Mit Doppelzaun, was das darübersteigen verhindert.

³⁷ Eine Person mit Rollator kann die Tür nur öffnen, wenn sie sich ohne Rollator zum Türgriff begibt und die Tür öffnet. Zudem muss sie dem Rollator einen Schubs geben, um über die leichte Schwelle rüberzukommen.

³⁸ Frühstück: 8.00 Uhr, Mittagessen: 11.45 Uhr, Abendessen: 17.00 Uhr.

³⁹ Joghurt, Früchte, Brot und Marmelade, etc.

restaurant im Erdgeschoss, im Speisesaal auf dem Stockwerk oder im Zimmer, abseits von den anderen Bewohnenden). In der Demenzabteilung wird mit dem «Familiäntisch-Modell»⁴⁰, auf den übrigen Abteilungen mit Plateauservice gearbeitet. Die Delegation stellte fest, dass in der Demenzabteilung keine üblichen Hilfsmittel eingesetzt werden wie bspw. ein erhöhter Tellerrand, eine rutschfeste Unterlage oder gebogenes Besteck. Weiter stellte sie fest, dass sich die Mitarbeitenden beim Mittagessen ausreichend Zeit nahmen, um die Bewohnenden beim Essen (auch beim Essen eingeben) zu unterstützen. Allerdings wechselten sich die Mitarbeitenden bei denselben Bewohnenden ab, was Unruhe bei demenzerkrankten Bewohnenden auslösen kann.

30. Im Untergeschoss des Zentrums befindet sich ein Physiotherapieraum bzw. ein Fitnessraum. Der Fitnessraum ist aus Sicherheitsgründen nicht frei zugänglich. Die Räume und der Standort wirken wenig attraktiv.
31. Das Zentrum verfügt über eine Aktivierungstherapeutin (85 Anstellungsprozente) für 80 Plätze. Sie wird von einer Praktikantin und einer freiwilligen Person einmal wöchentlich unterstützt. Die Aktivierungstherapeutin bietet mehrheitlich Einzeltherapien auf den Abteilungen an, insbesondere auf der Demenzabteilung. Nach Ansicht der Kommission sind aufgrund der Anzahl der Bewohnenden und dessen verschiedenen Bedürfnissen (Personen mit Demenz, psychisch kranke Personen, bettlägerige Bewohnende und die weiteren Bewohnenden) die Ressourcen im Aktivierungsbereich ungenügend. **Die Kommission empfiehlt Massnahmen zu ergreifen, um angemessene Personalressourcen im Bereich der Aktivierung bereitzustellen.**
32. Die knappen Ressourcen zeigen sich bspw. beim Angebot der begleiteten Spaziergänge. Die Aktivierungstherapeutin unternimmt mit mobilen Bewohnenden Spaziergänge im Freien. Auch Pflegepersonen und Freiwillige begleiten Bewohnende ab und zu bei Spaziergängen. Bewohnende ohne Angehörige werden priorisiert. Weiter bietet die Dachterrasse den Bewohnenden die Möglichkeit für einen Aufenthalt an der frischen Luft. Es geht jedoch aus den verschiedenen Gesprächen hervor, dass die Einrichtung aus Personalmangel u.a. im Aktivierungsbereich nicht genügend begleitete Spaziergänge anbieten kann. **Die Kommission erinnert daran, dass gemäss internationalen Standards den Bewohnenden, deren Gesundheitszustand es zulässt, täglich eine Stunde Aufenthalt an der frischen Luft zu ermöglichen ist.**⁴¹
33. Besuche von Angehörigen sind täglich möglich. Gemäss erhaltenen Informationen können Angehörige an gewissen Aktivitäten (z.B. gemeinsame Essen, Konzerte) teilnehmen, eine Praxis, welche die Kommission begrüsst. Zudem wird das Zentrum durch Freiwillige unterstützt, die mit Bewohnenden verschiedenen Aktivitäten nachgehen.
34. Die Kommission beobachtete einen respektvollen und freundlichen Umgang der Mitarbeitenden mit den Bewohnerinnen und Bewohnern des Zentrums. Die Sprache und das Tempo waren soweit ersichtlich angepasst. Die Kommission stellte eine ruhige und entspannte Atmosphäre auf den Abteilungen fest. Die Delegation stellte jedoch auch fest, dass das Personal teilweise schnell und ohne eine Antwort abzuwarten ins Zimmer der Bewohnenden trat, nachdem es an der Zimmertür geklopft hatte. Die Kommission erinnert diesbezüglich an den allgemeinen Grundsatz des Schutzes der Privatsphäre der Bewohnenden und regt an, länger oder auf eine Antwort der Bewohnerin oder des Bewohners zu warten, bevor ins Zimmer eingetreten wird. Interne und externe Weiterbil-

⁴⁰ Schöpfen der Mahlzeiten auf der Abteilung.

⁴¹ CPT/ Inf (2010) 5, Ziff. 126; CPT/ Inf (2020) 41, Ziff. 12.

dungen werden nach Bedarf angeboten. Vorfällen unter Bewohnenden und gegenüber Mitarbeitenden werden im Rahmen von Fallbesprechungen diskutiert. Eine Ansprechperson im Fall von sexuellen Belästigungen ist definiert und im Intranet hinterlegt. Das Zentrum verfügt über ein eigenes Nachwachteam mit drei Personen (Pflegefachmann oder Pflegefachfrau (HF), Fachmann oder Fachfrau Gesundheit (FaGe) und Pflegehelfer oder Pflegehelferin SRK).

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme und ersuchen Sie um Stellungnahme innerhalb von 60 Tagen zu den obengenannten Ausführungen. Sofern Sie nichts dagegen einzuwenden haben, wird Ihre Stellungnahme zusammen mit dem Schreiben auf der Website der Kommission veröffentlicht.

Freundliche Grüsse



Martina Caroni
Präsidentin

Kopie an:

- Staatskanzlei des Kantons Zug, Regierungsgebäude, Seestrasse 2, Postfach, 6301 Zug
- Herr Peter Arnold, Geschäftsleiter, Stiftung Alterszentren Zug, Geschäftsstelle, Gotthardstrasse 29, 6300 Zug
- Herr Ueli Wenger, Geschäftsführer, Zentrum Frauensteinmatt, Frauensteinmatt 1, 6300 Zug