



VOLKSANWALTSCHAFT



Bericht

der Volksanwaltschaft
an den Nationalrat und
an den Bundesrat

2015

Präventive
Menschenrechtskontrolle

Vorwort

Der vorliegende Band dokumentiert das Menschenrechtsmonitoring der Volksanwaltschaft und ihrer sechs Kommissionen in Umsetzung ihres seit 1. Juli 2012 bestehenden verfassungsgesetzlichen Auftrags gem. Art 148 a Abs. 3 B-VG. Die Kommissionen absolvierten im Berichtsjahr 2015 insgesamt 501 Einsätze. 445 davon galten Einrichtungen; 56-mal wurden Polizeieinsätze beobachtet und daraus Schlussfolgerungen gezogen.

Dieser Berichtsteil wird in englischer Sprache auch an den UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter (SPT) in Genf übermittelt, demgegenüber die Volksanwaltschaft als Nationaler Präventionsmechanismus (NPM) eine Berichtspflicht hat. Kapitel 1 gibt einen Überblick über die Tätigkeit des NPM und die Aktivitäten in diesem Berichtsjahr. Kapitel 2 erläutert die wichtigsten Ergebnisse des NPM und zeigt strukturelle Schwachpunkte und wichtige Einzelfälle auf.

Die Mitglieder der Volksanwaltschaft danken den Kommissionen für ihr hohes Engagement und die innovationsfördernde Kommunikation sowie dem Menschenrechtsbeirat für seine hilfreiche beratende Unterstützung. Bedanken möchten wir uns auch bei den Bewohnervertretungen und den Kinder- und Jugendanwaltschaften als verlässlichen Kooperationspartnern des NPM. Unser Dank gilt ferner auch den Bediensteten: Ohne die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses wäre es nicht möglich, den verfassungsrechtlichen Auftrag zu erfüllen. Auch den Bundesministerien und übrigen Organen des Bundes, der Länder und Gemeinden und der Zivilgesellschaft gilt ein besonderer Dank für die gute Zusammenarbeit.



Dr. Günther Kräuter

Dr. Gertrude Brinek

Dr. Peter Fichtenbauer

Wien, im März 2016

Inhalt

1	Der Nationale Präventionsmechanismus im Überblick.....	9
1.1	Mandat und Mandatsverständnis.....	9
1.2	Entwicklungen innerhalb des NPM im abgelaufenen Berichtsjahr	11
1.2.1	Prüfschema, Methodik und Empfehlungen des NPM	11
1.2.2	NPM Protokolldatenbank installiert	12
1.2.3	Öffentlichkeitsarbeitskonzept des NPM.....	12
1.3	Kommissionsteilneubesetzungen	13
1.4	Zweites Shadow-Monitoring für NPM	14
1.5	Kontrollen in Zahlen	15
1.6	Budget	18
1.7	Personelle Ausstattung	19
1.7.1	Personal	19
1.7.2	Kommissionen der Volksanwaltschaft	19
1.7.3	Menschenrechtsbeirat.....	21
1.8	Bericht der Kommissionen.....	23
1.9	Internationale Zusammenarbeit und Kooperationen	25
1.9.1	SEE Network/ Vorsitz des österreichischen NPM im Jahr 2016	25
1.9.2	NPM-Netzwerktreffen in Wien.....	26
1.9.3	NPM-Workshop in Riga für Ombudseinrichtungen	26
1.9.4	Mazedonien: EU-Twinning-Projekt.....	27
1.9.5	Bilaterale Kontakte und geleistete Unterstützung	28
1.10	Bericht des Menschenrechtsbeirats	28
2	Feststellungen und Empfehlungen	31
2.1	Alten- und Pflegeheime	31
2.1.1	Einleitung.....	31
2.1.2	Systembedingte Problemfelder	36
2.1.2.1	Normalisierungsprinzip	36
2.1.2.2	Voraussetzungen wirksamer Sturzprävention	39
2.1.2.3	Arzneimittelsicherheit – medikamentöse Freiheitsbeschränkungen	42
2.1.2.4	Umgang mit Schmerzen	46
2.1.2.5	Strangulationsgefahr bei unsachgemäßer Fixierung im Rollstuhl	48

2.2	Krankenhäuser und Psychiatrien	50
2.2.1	Einleitung.....	50
2.2.2	Systembedingte Problemfelder	55
2.2.2.1	Sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Patientinnen durch Personal	55
2.2.2.2	Anwendung des Istanbul-Protokolls in österreichischen Krankenanstalten.....	57
2.2.2.3	Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen in psychiatrischen Krankenhäusern.....	59
2.2.2.4	De-facto-Unterbringung durch Versperren der Stationstür	61
2.2.2.5	Defizite in der psychiatrischen Versorgung in Kärnten.....	62
2.2.2.6	Gerontopsychiatrische Versorgung	64
2.3	Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	65
2.3.1	Einleitung.....	65
2.3.2	Systembedingte Problemfelder	68
2.3.2.1	Prüfeschwerpunkt: Prävention von sexueller Gewalt	68
2.3.2.2	Gewaltprävention	69
2.3.2.3	Medikamentierungen.....	70
2.3.2.4	Unzulässige pädagogische Maßnahmen	72
2.3.2.5	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF).....	74
2.3.3	Positive Wahrnehmungen.....	77
2.4	Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	78
2.4.1	Einleitung.....	78
2.4.2	Systembedingte Problemfelder	83
2.4.2.1	Schutzsysteme vor menschenunwürdiger und erniedrigender Behandlung effektiv?	83
2.4.2.2	Alternativlose Verknüpfung von „Wohn- und Arbeitswelten“ unzulässig.....	86
2.4.2.3	Anspruch auf selbstbestimmtes Leben auch im Alter	88
2.4.2.4	Inklusiver Zugang zu medizinischen Versorgung ist auszubauen	90
2.4.2.5	Leben und Wohnen mit psychischen Krankheiten	91
2.4.2.6	Menschen mit Behinderung auf der Flucht.....	93
2.4.3	Positive Wahrnehmungen	95
2.5	Justizanstalten	96
2.5.1	Einleitung – Vollzug – Justizanstalten und Einrichtungen für Maßnahmenpatienten	96
2.5.2	Systembedingte Problemfelder	96

2.5.2.1	Gesundheitsversorgung	96
2.5.2.2	Lebens- und Aufenthaltsbedingungen	111
2.5.2.3	Arbeits- und Beschäftigungsangebote	113
2.5.2.4	Kontakt nach Außen – Recht auf Familie	117
2.5.2.5	Bauliche Ausstattung	119
2.5.2.6	Recht auf Privatsphäre	123
2.5.2.7	Zugang zu Informationen	123
2.5.2.8	Beschwerdemanagement	125
2.5.2.9	Personal	126
2.5.3	Positive Wahrnehmungen	127
2.5.3.1	Zubau zum Forensischen Zentrum Asten	127
2.5.3.2	Neubau fertiggestellt und bezugsfertig – Justizanstalt Puch/Urstein	128
2.6	Polizeieinrichtungen und Kasernen	130
2.6.1	Einleitung	130
2.6.2	Systembedingte Problemfelder – Polizeianhaltezentren	130
2.6.2.1	Arbeitsgruppe zu Anhaltebedingungen in Polizeianhaltezentren	130
2.6.2.2	Arbeitsgruppe Suizidprävention	133
2.6.2.3	Prüfeschwerpunkt psychiatrische Versorgung angehaltener Personen	138
2.6.2.4	Abtrennung der WC-Bereiche in Mehrpersonenzellen	142
2.6.2.5	Brandschutz in Polizeianhaltezentren	144
2.6.3	Einzelfälle	146
2.6.3.1	Fehlende Steckdosen im PAZ Villach	146
2.6.4	Positive Wahrnehmungen	146
2.6.4.1	Offener Vollzug im PAZ Villach	146
2.6.5	Systembedingte Problemfelder – Polizeiinspektionen	147
2.6.5.1	Supervision für Exekutivbedienstete	147
2.6.5.2	Baulich abgetrennte WC-Anlagen in Anhalteräumen der Polizeiinspektionen	148
2.6.5.3	Mangelhafte Dokumentation von Anhaltungen	149
2.6.5.4	Mangelhafte Ausstattung von Dienststellen	150
2.6.5.5	Reichweite des Mandats des NPM	151
2.6.6	Einzelfälle	152
2.6.6.1	Mangelnde Überwachung von Ausnüchterungszellen	152
2.6.7	Positive Wahrnehmungen	153

Inhalt

2.7	Zwangsakte.....	154
2.7.1	Einleitung.....	154
2.7.2	Systembedingte Problemfelder	154
2.7.2.1	Zuständigkeit des NPM für die Überprüfung von Abschiebungen auf dem Luftweg	154
2.7.2.2	Menschenrechtsbeobachter bei Abschiebungen	156
2.7.2.3	Abschiebungen und Rückführungen.....	157
2.7.2.4	Verständigung des NPM über bevorstehende Einsätze.....	160
2.7.2.5	Beziehung geeigneter Bediensteter bei Kontrollen	161
2.7.2.6	Demonstrationen	162
2.7.3	Einzelfälle.....	164
2.7.3.1	Besuch der GREKO Schwechat	164
2.7.3.2	AGM-Kontrolle	164
2.7.4	Positive Wahrnehmungen.....	165
	Abkürzungsverzeichnis.....	167

1 Der Nationale Präventionsmechanismus im Überblick

1.1 Mandat und Mandatsverständnis

Die VA und die von ihr sechs multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen kontrollieren als NPM auf Basis verfassungs- und einfachgesetzlicher Ermächtigung flächendeckend und regelmäßig öffentliche und private Einrichtungen, die als „Orte der Freiheitsentziehung iSd Art. 4 OPCAT“ gelten. Großteils überschneiden sich das OPCAT-Mandat und der der VA und ihren Kommissionen zusätzlich nach Art 16 Abs. 3 der UN-BRK eingeräumte verfassungsrechtliche Auftrag, in Einrichtungen, die für Menschen mit Behinderung gewidmet sind, speziell alle Formen von Gewalt, Missbrauch und Ausbeutung zu untersuchen.

Der österreichische NPM war seit seiner Implementierung im Juli 2012 bestrebt, das OPCAT-Mandat weit auszulegen und von Beginn an in vollem Umfang mit Leben zu erfüllen. In den vergangenen dreieinhalb Jahren wurden 1.575 Kommissionseinsätze verzeichnet; 501 davon fanden 2015 statt. Anders als andere – zum Teil auch früher eingerichtete – NPM's werden klassische Anhalteorte (Justizanstalten, Polizeiinspektionen, polizeiliche Anhaltezentren) als auch sogenannte „less traditional places of detention“ (Psychiatrien, Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheime, Kinder- und Jugendeinrichtungen) regelmäßig in die vierteljährlichen Besuchsplanungen aller Kommissionen aufgenommen, um so den Auftrag bundesweit flächendeckender Kontrollen zu erfüllen. Ein neuer Tätigkeitsbereich kommt auf den NPM 2016 zu, nachdem nach Einschaltung des MRB 2015 verbindlich geklärt werden konnte, dass Kommissionen im Rahmen des NPM-Mandates sehr wohl auch Flugabschiebungen begleiten dürfen. Die innerstaatlich nunmehr außer Streit gestellte Anwendbarkeit des OPCAT auf solche Flüge entspricht Empfehlungen des UN-Unterausschusses für Prävention nach dem OPCAT (SPT), des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Strafe (CPT) und der Grundrechteagentur der EU. Auch das CPT selbst nahm an drei solchen Flugabschiebungen teil.

1.575 Kommissionseinsätze insgesamt

OPCAT – Mandat mit Leben erfüllen

Die 27 Justizanstalten und 12 Außenstellen konnten in den vergangenen drei Jahren allesamt bereits mehrfach besucht werden. Wie zuletzt 2014 im Bereich des neu errichteten Schubhaftzentrums Vordernberg hat der NPM 2015 auch schon vor Inbetriebnahme von zwei Gefängnisneubauten seine Expertise eingebracht. Bei den zahlenmäßig dominierenden Einrichtungstypen (Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung) muss der NPM bei der Besuchsplanung im Gegensatz wohl auch noch in den nächsten Jahren eine Vorauswahl erstmals zu kontrollierender Einrichtungen treffen und die Notwendigkeit von Folgebesuchen in einer Einrichtung aus Kapazitätsgründen abwägen. Die Hauptaufgabe des NPM liegt weniger darin, isolierten

NPM bringt sich auch in geplante Vorhaben ein

Kontrolldichte variiert

Misständen, nachzugehen sondern strukturelle Zusammenhänge, welche zu solchen führen können, zu erfassen. Der NPM ist flexibel genug und hat insgesamt auch die Ressourcen, abseits der Besuchsplanungen auf außergewöhnliche Umstände rasch reagieren zu können. Die meisten Besuche – nämlich sechs – galten 2015 allein der EAST und Bundesbetreuungsstelle Traiskirchen, was den dort vorgefundenen menschenrechtlich unakzeptablen Verhältnissen (u.a. Massenobdachlosigkeit und unzureichende Versorgung von knapp 1.500 Menschen im Sommer) geschuldet war.

NPM-Tätigkeit mündet
in Berichten und
Empfehlungen

Eine Einleitung oder Steuerung von Veränderungsprozessen in Organisationen gelingt nur dort, wo eine geteilte Einsicht in die vom NPM fokussierten Ziele geschaffen werden kann. Aus dem Mandat und dem Gesamtcharakter des OPCAT ergibt sich, dass die Tätigkeit des NPM unter Anwendung einer menschenrechtszentrierten Monitoringperspektive zu erfolgen und in Berichten und Empfehlungen zu münden hat. Dies erfordert die systematische Untersuchung vorgefundener sozialer Wirklichkeiten, deren Bewertung im Lichte internationaler und nationaler Menschenrechtsstandards, das Einfordern geeigneter Maßnahmen zur Erreichung dieser Standards bzw. auch deren erstmaliger Etablierung, sollten diese auf nationaler Ebene noch fehlen. Kommissionen und VA müssen sich eingehend mit den als notwendig erachteten Veränderungen auseinandersetzen, um die Reichweite der proaktiven Natur des präventiven Mandates voll zu erfassen.

Verstärkter Dialog
notwendig

Neben der Durchführung der Besuche ist der konstruktive Dialog mit den Leitungen der Einrichtungen, deren Rechtsträgern aber auch Ministerien, Aufsichtsbehörden und der Legislative von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Um Menschenrechtsverletzungen wirksam zu verhindern und angesichts der Intensität und/oder Häufigkeit kritischer Wahrnehmungen notwendige Veränderungen einzumachen, bedarf es der Aufbereitung und Erörterung der Ergebnisse von Kommissionsbesuchen mit allen dafür Verantwortlichen, mit Kooperationspartnern, aber auch den gesetzgebenden Körperschaften. Die in den Kompetenzbereich des NPM fallenden Behörden und Dienststellen sind nach Art. 22 OPCAT verpflichtet, in einen Dialog mit dem NPM über mögliche Durchführungsmaßnahmen einzutreten und tun es auch. Ständige Arbeitsgruppen zu NPM-Themen wurden auch 2015 im Bereich des BMI etabliert; Diskurse mit anderen Organen werden anlassbezogen geführt.

Gewährleistung, Schutz
und Achtung von
Menschenrechten

Dass eine erhöhte Gefahr von Misshandlungen besteht, wenn Menschen durch Freiheitsentzug der Gewalt staatlicher oder (mit staatlicher Duldung) privater Akteure in besonderem Maße unterworfen und zugleich dem Blick einer kontrollierenden Öffentlichkeit entzogen sind, ist die hinter dem präventiven Besuchssystem stehende Überzeugung. Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe sind schwerwiegendste Menschenrechtsverletzungen. Sie zerstören die Menschenwürde, Körper und Seele gleichermaßen. Wie auch der Bericht 2015 zeigt, besteht erhöhte Gefahr, dass sich solche Risiken verwirklichen, insbesondere dann, wenn die bereitgestell-

ten Ressourcen für menschenrechtskonforme Unterbringungen und Betreuungsleistungen unzureichend sind und menschenrechtliche Verpflichtungen gegenüber vulnerablen Personengruppen als disponibel angesehen werden. Ein Staat, der Menschenrechte achtet und Folter, Gewalt und erniedrigende Zustände verhüten will, muss weit mehr tun, als die in seinem Gewahrsam befindlichen Menschen am Leben zu erhalten. Das zeigt sich gerade immer dann, wenn auch daraus resultierende Herausforderungen in organisatorischer oder budgetärer Hinsicht hoch sind. Die Verpflichtung, den Schutz und die Achtung von Menschenrechten und Menschenwürde zu gewährleisten, kann ein Rechtsstaat auch nicht punktuell abstreifen. In diesem Sinne ist die Unantastbarkeit der Menschenwürde wörtlich zu verstehen: Mit ihr steht und fällt auch die Rechtsstaatlichkeit.

1.2 Entwicklungen innerhalb des NPM im abgelaufenen Berichtsjahr

1.2.1 Prüfschema, Methodik und Empfehlungen des NPM

2015 hat sich gezeigt, dass es mit zunehmender praktischer Erfahrung erforderlich ist, Strukturen und Abläufe des NPM weiter zu entwickeln und anzupassen. Die vom NPM angewandte „Methoden-Triangulation“ bezieht sich auf diesen Prozess des Gegenprüfens aller Informationen – nicht nur, um deren Richtigkeit sicherzustellen, sondern gerade auch um bestimmte Muster und Strukturprobleme zu erkennen. Schon im Rahmen der Besuchsvorbereitung erfolgt die Erarbeitung, welche einzelnen Ermittlungsschritte zu setzen sind (z.B. Interviews, Einsicht in Krankengeschichten, Vollzugspläne, Betreuungskonzepte usw.). Im Zuge der Besuchsvorbereitung wird auch überlegt, wie in Gesprächen erhobene Umstände am besten gegengeprüft werden können. Der cross-check erfolgt (je nach Nützlichkeit und Thema) entweder durch eine nachgehende Kontrolle oder eine Überprüfung der vorläufigen Ergebnisse mit anderen Methoden.

NPM erklärt Vorgehen
proaktiv auf Homepage

Der österreichische NPM hat – wie vom SPT gefordert – im Juli 2015 einheitliche Methoden und Standards für die gesamte Tätigkeit festgelegt, was dazu führen soll, seine Effektivität zu erhöhen. In einem mehr als einjährigen Prozess haben VA und Kommissionen Grundsatzentscheidungen in Bezug auf das Prüfschema, Methodik und Veranlassungen getroffen und diese auch auf der Homepage veröffentlicht (siehe Anlage I). Gleichfalls auf der Homepage veröffentlicht wurden auch alle zwischen 2012 und 2014 erteilten Empfehlungen des NPM (siehe Anlage 2). Dieses Dokument wird laufend weiterentwickelt und ermöglicht allen besuchten Einrichtungen auch eine Orientierung, woran sie konkret gemessen werden.

1.2.2 NPM Protokolldatenbank installiert

Datenbank große Unterstützung für VA und Kommissionen

Ebenfalls intensiver Vorarbeiten, zu welchen Kommissionsleitungen beigezogen wurden, bedurfte die Installierung der Protokolldatenbank, welche nun sowohl den Zugriff als auch die Auswertung aller bisher erstellten Kommissionsprotokolle erleichtert und durch die einfache Handhabung auch eine wesentliche Erleichterung bei der Planung und Durchführung von Folgebesuchen darstellt. Die regional zuständigen Kommissionen erstellen in einem weder für andere Kommissionen noch für die VA einsichtbaren und gesicherten Webservice unmittelbar nach Ende des Besuches Aufzeichnungen über ihre Wahrnehmungen und haben auch die Möglichkeit, diesen Fotos bzw. angeforderte Unterlagen (Dokumentationen, Dienstpläne, Hausordnungen etc.) beizufügen. Nachdem alle Kommissionsmitglieder ihre Wahrnehmungen und Feststellungen eingetragen haben, erfolgt die menschenrechtlichen Beurteilung und anschließende Freigabe des Protokolls durch die Kommissionsleitung. Erst danach können die anderen Kommissionen bzw. auch die VA darauf zugreifen. Auf Basis der standardisierten Protokollvorlage und der darin enthaltenden Ankerpunkte können sowohl systematische als auch thematische Auswertungen über alle oder spezielle Protokolle erstellt werden. Gleichzeitig ermöglicht die Datenbank die Grundlage für eine gezielte Auswertung von Eintragungen zu bundesweiten Prüfschwerpunkten und Schwerpunktthemen der jeweiligen Kommissionen.

MRB erhält anonymisierte Protokollauszüge

Anonymisierte Auszüge der menschenrechtlichen Beurteilungen der Kommissionen werden seit April 2015 auch dem aus NGOs und Regierungs- sowie Ländervertreterinnen und Ländervertretern zusammengesetzten MRB zur Verfügung gestellt und sollen diesem die Beratung des NPM erleichtern. Es versteht sich von selbst, dass derartige Instrumente nur dann funktionieren und den Erfahrungsaustausch erleichtern, wenn die Datenbank, wie an sich vorgesehen, von allen verwendet wird. Um dies sicherzustellen, wurden Schulungen mit allen Kommissionsmitgliedern und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der VA durchgeführt. Vertiefte Auswertungen im Frühjahr 2016 werden zeigen, ob eventuell noch Nachschulungen erforderlich sein werden.

1.2.3 Öffentlichkeitsarbeitskonzept des NPM

Grundsätze der Öffentlichkeitsarbeit festgelegt

Nach einer Grundsatzdiskussion im Dezember 2014, in welcher Strategie, Adressatenkreis, Ziele, Inhalte, Nutzen und Gefahren von Öffentlichkeitsarbeit zwischen der VA und allen Kommissionen ausführlich erörtert worden sind, wurde ein Pilotteam installiert, das sich mit Fragen der strategischen Kommunikation des NPM befasst. Einvernehmen besteht dahingehend, den notwendigen Menschenrechtsdiskurs nicht durch die regelmäßige Skandalisierung von Einrichtungen oder für sie handelnde Einzelpersonen zu führen. Konfrontationen mit Einrichtungsverantwortlichen in der Außenkommunikation sind nur ein zur Wahl stehendes Mittel. Der NPM kann und darf sich nicht

darauf beschränken, kurzfristig journalistische Aufmerksamkeit zu erregen oder bereits eingetretene Menschenrechtsverletzungen juristisch zu bewerten und sichtbar zu machen. Gerade präventive Menschenrechtsarbeit ist auf die Anschlussfähigkeit, also die Akzeptanz dessen, was sie zu erreichen versucht, angewiesen und bedarf in der Kommunikation nach außen eines Vorgehens, welches dies auch unterstützt.

Nur Menschenrechte, die man kennt und versteht, können ihre Wirkung entfalten. Mittelfristiges Ziel der Öffentlichkeitsarbeit des NPM ist es daher, Menschen, die in Einrichtungen leben, ihre Angehörigen, Vertrauenspersonen sowie das dort tätige Personal zu erreichen und zu Verbündeten zu machen. Abseits unplanbarer Ereignisse, die ein rasches öffentlichkeitswirksames Reagieren notwendig machen, finden in zweimonatigen Abständen Sitzungen statt, bei welchen in einem Team aus VA und Kommissionen entschieden wird, zu welchen Problembereichen ausführlichere Beiträge oder Interviews auf der NPM-Homepage abgebildet werden, wer an Pressekonferenzen teilnimmt oder mit welchen Medienformaten Kooperationen gesucht werden etc. Das erfordert zuweilen auch gezielte Vorbereitung. So ist es gelungen, im Rahmen der ORF-Sendereihe „Menschen und Mächte“ an einem Fernsehbeitrag mitzuwirken, der sich mit einem Vergleich skandinavischer und österreichischer Pflegeheime befasste und in der auch eine Kommission ihre Wahrnehmungen darstellen konnte. Im Rahmen der ORF-Sendereihe „Hohes Haus“ bzw. „BürgerAnwalt“ wurde gleichfalls die Arbeit einer Kommission bei einem Besuch in einem Alten- und Pflegeheim dargestellt bzw. auf berechnete Anliegen von Menschen mit Behinderung hingewiesen, die diese selbst artikulierten.

1.3 Kommissionsteilneubesetzungen

Mit 1. Juli 2015 endeten durch Zeitablauf die Mitgliedschaften von drei Kommissionsleitungen und 21 Kommissionsmitgliedern.

Bereits im Jänner 2015 wurden öffentliche Ausschreibungen in verschiedenen Tageszeitungen in die Wege geleitet, um eine fristgerechte Aufnahme neuer Kommissionsmitglieder sicherzustellen. Zusätzlich wurden zahlreiche Berufsvereinigungen und NGOs auf Bundes- und Landesebene auf diese Ausschreibung gesondert aufmerksam gemacht, um eine geschlechterausgewogene, pluralistische, multidisziplinäre und multiethnische Besetzung vornehmen zu können. Wie schon im Jahr 2012 war das Interesse, am OPCAT-Mechanismus mitzuwirken, erfreulicherweise außerordentlich groß. Von insgesamt 64 Bewerberinnen und Bewerbern für die drei freien Stellen der Kommissionsleiterinnen und -leiter wurden 14 Personen zu einem jeweils 45-minütigen Gespräch eingeladen und stellten sich den Fragen des MRB und der Mitglieder der VA.

Neue
Kommissionsmitglieder

Für die Kommission 1 (Tirol/Vbg) wurde die Universitätsprofessorin für Strafrecht und Strafprozessrecht, Dr. Verena Murschetz, für die Kommission 3 (Stmk/

Drei neue
Kommissionsleitungen

Ktn) die Leiterin der Suchtforschung und -therapie am Zentrum für Public Health der medizinischen Universität Wien, Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer und für die Kommission 5 (Wien/NÖ) der ehemalige Dekan der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Univ.-Prof. DDr. Heinz Mayer, als Kommissionsleiter bestellt.

Die restlichen Kommissionsmitglieder wurden nach einem intensiven Auswahlverfahren und unter Anhörung des Menschenrechtsbeirats aus mehr als 600 eingelangten Bewerbungen ausgewählt. Dies ermöglichte es zudem, für eine gleichförmigere, aber dennoch breitergefächerte Streuung von Fachexpertise in jeder Kommission zu sorgen. Alle sechs Kommissionen wurden um ein weiteres Mitglied verstärkt und bestehen jetzt aus je acht Mitgliedern und einer Kommissionsleiterin bzw. einem Kommissionsleiter.

Obwohl es Kommissionen unbenommen war und ist, fehlende oder zusätzlich benötigte Fachexpertise durch die Beiziehung externer Sachverständiger zu ergänzen, ist mit der neuen Zusammensetzung gewährleistet, dass jede Kommission selbst zumindest über ein ständiges Mitglied mit Fachwissen aus dem Fachbereich der Psychiatrie, der Pflege und der Pädagogik verfügt. Insgesamt 54 Expertinnen und Experten gehören den sechs Kommissionen an. Einige Bewerberinnen und Bewerber, die 2015 nicht zu Kommissionsmitgliedern bestellt werden konnten, erklärten sich darüber hinaus bereit, in einem Expertenpool zur Verfügung zu stehen.

Kontinuität und
Erneuerung als
Strukturprinzip

Das Prinzip der Teilerneuerung von Kommissionsmitgliedschaften alle drei Jahre ist im NPM gesetzlich angelegt und erfordert nach Beendigung des Selektionsprozesses eine Restabilisierung durch die Reflexion des Erreichten sowie von Mängeln in der Selbstwirksamkeit. Im Ergebnis kann das zu neuen Sichtweisen und Formen der Binnendifferenzierung führen und Spielräume des Auflörens und Rekombinierens von Kooperationsmustern eröffnen. Es befördert damit auch die Offenheit und Lernfähigkeit des Systems für neue Sichtweisen.

Der NPM dankt an dieser Stelle Dr. Karin Treichl, Mag. Angelika Vauti-Scheucher sowie Univ.-Prof. Dr. Manfred Nowak sowie allen ausgeschiedenen Expertinnen und Experten für ihren Einsatz und die geleistete Arbeit in der sehr herausfordernden Aufbauphase des NPM.

1.4 Zweites Shadow-Monitoring für NPM

Wie schon 2012 wurde angesichts einer Reihe von Neubestellten Kommissionsmitgliedern im September 2015 ein zweieinhalbtägiges Shadow-Monitoring durchgeführt. Das ETC Graz (European Training and Research Centre for Human Rights and Democracy), als dessen Direktorin die Vorsitzende des MRB, Ass.-Prof. Dr. Renate Kicker, tätig ist, wurde mit der Durchführung und Koordination der Veranstaltung betraut und gleichzeitig auch ersucht, die Tauglich-

keit der bislang festgelegten bundesweiten NPM-Prüfungs Schwerpunkte sowie die dazu erarbeitete Methodik gesondert zu evaluieren.

Der erste Tag des Trainingsmoduls stand ganz im Zeichen der strukturierten Vorbereitung der Besuche. International ausgewiesene Expertinnen und Experten begleiteten die Kommissionen bei deren Besuchen in einer JA, einem PAZ, einer psychiatrischen Einrichtung, einem Alten- und Pflegeheim sowie je einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe und für Menschen mit Behinderung. Silvia Casale (Kriminologin, ehem. Vorsitzende des SPT und CPT), Veronica Pimenoff (Psychiaterin, Expertin des CPT), Margarete Suzuko Osterfeld (Psychiaterin, Expertin des SPT und des dt. NPM), Jean-Sébastien Blanc (APT), Markus Jaeger (Europarat) und Michael Neurauder (Jurist, Abteilungsleiter CPT) analysierten am letzten Tag die gesammelten Informationen. Übereinstimmend stellten die internationalen Expertinnen und Experten fest, dass sie nicht nur als „Shadow“ ihre Erfahrungen einbringen, sondern selbst von der Begleitung der Kommissionen profitieren konnten. Die Kommissionsleiterinnen und -leiter sowie die VA unterstrichen die Notwendigkeit, weiterhin gemeinsam an der Erstellung von einheitlichen Standards zu arbeiten, vor allem dort, wo diese bis heute fehlen. Für das Funktionieren des NPM als förderlich erachtet wurde ferner, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der VA fallweise selbst an Kommissionsbesuchen teilnehmen.

Ein strukturiertes Feedback und die schriftlichen Analysen der Expertinnen und Experten sowie des ETC werden als Bereicherung angesehen und sollen Orientierungshilfen sein, im Organisationsentwicklungsprozess des NPM weitere Fortschritte zu erzielen.

1.5 Kontrollen in Zahlen

Die Kommissionen absolvierten im Berichtsjahr 2015 insgesamt 501 Einsätze. 439-mal wurden Besuche und Beobachtungen unangekündigt durchgeführt in 62 Fällen angekündigt. Die Durchführung unangekündigter Besuche ist daher die Regel. Die durchschnittliche Besuchsdauer betrug 2015 etwa 6,5 Stunden.

Die sechs Kommissionen besuchten österreichweit 445 Einrichtungen. Wie in den vergangenen Berichtsjahren legten die Kommissionen den Fokus auf die zahlenmäßig weit überwiegende Anzahl von Organisationen, die den „less traditional places of detention“ zuzurechnen sind; darunter galten 93 Besuche Institutionen, die ausschließlich Menschen mit Behinderung gewidmet sind.

445 Besuche in
Einrichtungen

Zudem beobachteten die Kommissionen österreichweit das Verhalten staatlicher Organe bei der Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt in 56 Fällen.

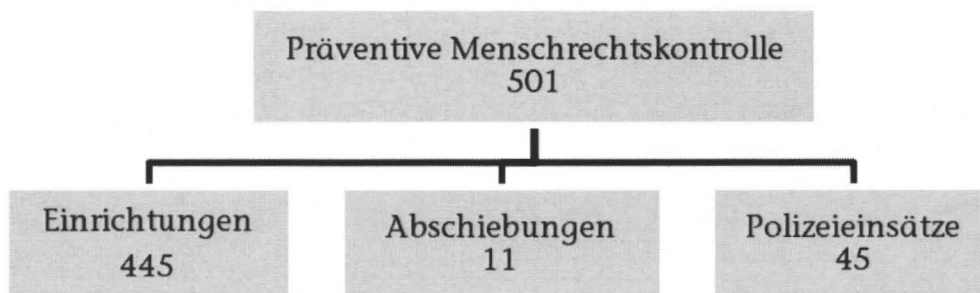
Die weitgehend unangekündigt durchgeführten Besuche der Kommissionen haben sowohl einen präventiven Zweck als auch eine präventive Wirkung.

Interviews haben
zentralen Stellenwert

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

Allein die Tatsache, dass Menschen, denen die Freiheit kraft gerichtlicher, verwaltungsbehördlicher, medizinischer, pflegerischer oder pädagogischer Anordnung entzogen ist, die Möglichkeit haben, mit unabhängigen Expertinnen und Experten des NPM vertraulich zu sprechen und auf ihre Situation aufmerksam zu machen, kann sie vor Gewalt und Misshandlung schützen bzw. solche Handlungen aufzeigen. Solche Interviews weitgehend selbst führen zu können, ohne auf externe Dolmetscherdienste angewiesen zu sein, erweist sich dabei als außerordentlich vertrauensbildend. Neben Fremdsprachenkenntnissen beherrschen eine Reihe von Kommissionsmitgliedern zudem die Gebärdensprache oder sind professionell ausgebildet im Umgang mit non-verbale Kommunikationstechniken und können so direkt mit Menschen mit Behinderung oder Demenz in Kontakt treten.

Kontrolltätigkeit der Kommissionen 2015



* dazu zählen: Demonstrationen, Veranstaltungen, Versammlungen

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

	Polizei	APH	JWF	BPE	PAK/ KRA	JA	KAS	Ab- schie- bung	Polizei- einsatz	Andere
Wien	21	25	36	33	12	16	0	11	17	5
Bgld	2	5	2	3	1	2	1	0	3	0
NÖ	9	30	16	17	7	9	0	0	3	9
OÖ	4	4	3	7	0	5	0	0	6	2
Sbg	8	6	2	11	0	0	0	0	5	1
Ktn	5	8	4	8	3	3	0	0	2	2
Stmk	8	9	3	2	3	6	0	0	4	2
Vbg	6	1	0	0	2	2	0	0	0	0
Tirol	6	17	12	12	1	4	0	0	5	1
gesamt	69	105	78	93	30	47	1	11	45	22
davon unange- kündigt	62	102	76	91	28	44	1	6	34	18

Legende:

APH =Alten- und Pflegeheime

JWF =Jugendwohlfahrt

BPE =Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

PAK+KRA =Psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern und Krankenanstalten

JA =Justizanstalten

KAS =Kasernen

Andere =Bezirkshauptmannschaften, Landespolizeidirektion

Kontrolltätigkeit der Kommissionen 2015 nach Bundesländern

	2015	2014
Wien	177	133
NÖ	100	75
Tirol	58	54
Stmk	37	53
Ktn	35	35
Sbg	33	25
OÖ	31	25
Bgld	19	19
Vbg	11	9
gesamt	501	428

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

Der österreichische NPM ist in hohem Maße bemüht, nicht nur Beanstandungen auszusprechen, sondern intensiv lösungsorientiert zu arbeiten. Mitunter ist es notwendig, neben besuchten Einrichtungen auch deren Rechtsträger, Aufsichtsbehörden und/oder Ministerien zu kontaktieren und mit diesen an Verbesserungen zu arbeiten. Daher werden die Verfahren, welche sich an die Übermittlung von Kommissionsprotokollen anschließen und von der VA geführt werden erst nach längerer Zeit, eventuell auch erst im darauffolgenden Jahr endgültig abgeschlossen.

Die Kommissionen hielten in 312 Einsätzen Beanstandungen der menschenrechtlichen Situation fest. Da die Kommissionen im Zuge solcher Besuche mitunter auch unterschiedliche Kritikpunkte aufgreifen, sprach der NPM Empfehlungen aus, die in der Folge noch dargestellt werden.

Erledigungsstatistik 2015

	Beanstandung	Keine Beanstandung	Noch offen
Einrichtungen	294	72	79
Abschiebungen	5	6	0
Polizeieinsätze*	13	29	3
gesamt	312	107	82

* dazu zählen: Demonstrationen, Veranstaltungen, Versammlungen

1.6 Budget

2015 standen für die Kommissionsleitungen, Kommissionsmitglieder und Mitglieder des Menschenrechtsbeirates 1.450.000 Euro zur Verfügung. Davon wurden alleine für Entschädigungen und Reisekosten für die Kommissionsmitglieder rund 1,158.000 Euro (2014: 1,148.029 Euro) und für den Menschenrechtsbeirat rund 91.000 Euro (2014: 95.000 Euro) budgetiert; rund 200.000 standen für Workshops für die Kommissionen und die im OPCAT-Bereich tätigen Bediensteten sowie für sonstige Aktivitäten zur Verfügung. Die psychische Belastung und Belastbarkeit der Kommissionsmitglieder wird in unterschiedlichsten Zusammenhängen immer wieder auf die Probe gestellt. Zur Psychohygiene der Kommissionsmitglieder bietet die VA in Kooperation mit Fachleuten ihren Kommissionen daher an, Gruppen- oder Einzelsupervision in Anspruch zu nehmen. Davon wurde 2015 verstärkt Gebrauch gemacht; auch der dafür notwendige Aufwand wurde bedeckt.

Budgetäre Sparmaßnahmen, die von der VA zu setzen waren, betrafen nicht den NPM. Die Zahl der Besuche und der begleitenden Überprüfungen der Kommissionen konnte sowohl qualitativ als auch quantitativ sichergestellt werden.

1.7 Personelle Ausstattung

1.7.1 Personal

Die VA hat im Zuge der Umsetzung des OPCAT-Mandats 15 zusätzliche Planstellen zur Erfüllung der Aufgaben erhalten. Eine Planstelle wurde inzwischen infolge der Budgeteinschränkungen gestrichen. Das Sekretariat OPCAT ist vor allem für die Koordinierung der Zusammenarbeit mit den Kommissionen zuständig. Darüber hinaus sichtet es internationale Berichte und Dokumente, um den NPM mit Informationen ähnlicher Einrichtungen zu unterstützen. Die in der VA mit den NPM-Aufgaben betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Juristinnen und Juristen und haben Erfahrungen in den Bereichen Rechte von Menschen mit Behinderung, Kinderrechte, Sozialrechte, Polizei, Asyl und Justiz.

1.7.2 Kommissionen der Volksanwaltschaft

Der NPM hat zur Besorgung seiner Aufgaben entsprechend dem OPCAT-Durchführungsgesetz die von ihm eingesetzten und multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen zu betrauen. Im Bedarfsfall können die regionalen Kommissionen Expertinnen und Experten aus anderen Fachgebieten beiziehen, soweit ein Kommissionsmitglied einer anderen Kommission dafür nicht zur Verfügung steht. Die Kommissionen sind nach regionalen Gesichtspunkten organisiert. Sie bestehen aus jeweils acht Mitgliedern und einer Kommissionsleiterin bzw. einem Kommissionsleiter.

Sechs
Regionalkommissionen

Kommission 1	Kommission 2
Tirol/Vbg	Sbg/OÖ
Leitung: Univ.-Prof. Dr. Verena MURSCHETZ, LL.M. (bis Juni 2015 Dr. Karin TREICHL)	Leitung: Priv.-Doz. az. Prof. Dr. Reinhard KLAUSHOFER
Kommissionsmitglieder	Kommissionsmitglieder
Mag. (FH) David ALTACHER (bis Juni 2015 Mag. Dr. Susanne BAUMGARTNER)	Doris BRANDMAIR (bis Juni 2015 Mag. DSA Markus FELLINGER)
Mag. ^a Michaela BREJLA (bis Juni 2015 Dr. Max KAPFERER)	Mag. Martin KARBIENER (bis Juni 2015 Mag. Dr. Wolfgang FROMHERZ)
Dr. Sepp BRUGGER	Mag. PhDr. Esther KIRCHBERGER
Erwin EGGER (bis Juni 2015 Lorenz KERER, MSc)	Dr. Robert KRAMMER
Mag. Dr. Wolfgang FROMHERZ (bis Juni 2015 MMag. Monika RITTER)	MMag. ^a Margit POLLHEIMER-PÜHRINGER, MBA (bis Juni 2015 Dipl.jur. Katalin GOMBAR)
Mag. Elif GÜNDÜZ	Mag. ^a (FH) Monika SCHMEROLD
Dr. Dominik KRAIGHER (bis Juni 2015 Mag. Hubert STOCKNER)	Dr. Renate STELZIG-SCHÖLER
Martha TASCHLER	Mag. Hanna ZIESEL

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

Kommission 3	Kommission 4
Stmk/Ktn	Wien (Bezirke 3 bis 19, 23)
<p>Leitung: Univ.-Prof. Dr. Gabriele FISCHER (bis Juni 2015 Mag. Angelika VAUTI-SCHEUCHER)</p>	<p>Leitung: Univ.-Prof. Dr. Ernst BERGER</p>
Kommissionsmitglieder	Kommissionsmitglieder
<p>Klaus ELSENSOHN Dr. Odo FEENSTRA</p> <p>Dr. Ilse HARTWIG</p> <p>Mag. Sarah KUMAR</p> <p>MMag. Silke-Andrea MALLMANN Dr. Claudia SCHOSSLEITNER, PLL.M. (bis Juni 2015 Mag. Daniela GRABOVAC) SenPräs. d. OLG i.R. Dr. Erwin SCHWENTNER Mag.^a Petra TAFERNER-KRAIGHER</p>	<p>ao. Univ.-Prof. Dr. Andrea BERZLANOVICH derzeit unbesetzt (bis Juni 2015 Mag. Sandra GERÖ, bis März 2016 Dr. med. univ. Georg DIMOU, PLL.M.) Mag.^a Karin FISCHER (bis Juni 2015 DSA Petra PRANGL) Mag. Helfried HAAS Mag. Hannes LUTZ (bis Juni 2015 Mag. Walter SUNTINGER) Christine PEMMER, MBA Mag. Nora RAMIREZ-CASTILLO Mag.^a Barbara WEIBOLD</p>
Kommission 5	Kommission 6
Wien / NÖ (Bezirke 1, 2, 20 bis 22)/NÖ (pol. Bezirke Gänserndorf, Gmünd, Hollabrunn, Horn, Korneuburg, Krems, Mistelbach, Tulln, Waidhofen a.d. Thaya, Zwettl)	Bgld / NÖ (pol. Bezirke Amstetten, Baden, Bruck a.d. Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, Neunkirchen, Scheibbs, St. Pölten, Waidhofen a.d. Ybbs, Wiener Neustadt, Wien Umgebung)
<p>Leitung: o. Univ.-Prof. DDr. Heinz MAYER (bis Juni 2015 Univ.-Prof. Dr. Manfred NOWAK, LLM)</p>	<p>Leitung: RA Mag. Franjo SCHRUIFF, LLM</p>
Kommissionsmitglieder	Kommissionsmitglieder
<p>Dr. med. Atena ADAMBEGAN (bis Juni 2015 Prim. Dr. Harald P. DAVID)</p> <p>Mag. Lisa ALLURI, BA</p> <p>Mag.^a Marlene FETZ (bis Juni 2015 Mag. Marijana GRANDITS)</p> <p>Mag. Sabine RUPPERT</p> <p>Mag.^a Katharina MARES-SHRANK (bis Juni 2015 Dr. Maria SCHERNTHANER)</p> <p>Mag.^a Eveline PAULUS</p> <p>Hans Jörg SCHLECHTER</p> <p>Ao. Univ.-Prof. Dr. Gregor WOLLENEK</p>	<p>Dr. Süleyman CEVIZ</p> <p>Dr. Margot GLATZ (bis Juni 2015 Mag. Karin BUSCH-FRANKL)</p> <p>Mag. Corina HEINREICHSBERGER</p> <p>Prim. Univ.-Doz. Dr. Siroos MIRZAEI, MBA Cornelia NEUHAUSER, BA</p> <p>DSA Mag. Karin ROWHANI-WIMMER Regina SITNIK (bis Juni 2015 Dr. Elisabeth REICHEL)</p> <p>Petra WELZ, MSc. MBA</p>

1.7.3 Menschenrechtsbeirat

Der MRB ist als beratendes Organ eingerichtet. Er ist aus Vertreterinnen und Vertretern von Nichtregierungsorganisationen und Bundesministerien zusammengesetzt. Der MRB unterstützt den NPM bei der Klärung von Fragen der Kontrollzuständigkeit und jener Themen, die im Zuge der Besuche der Kommissionen über den Einzelfall hinausgehende Probleme betreffen.

Menschenrechtsbeirat

Menschenrechtsbeirat

Vorsitzende: Ass.-Prof. DDr. Renate Kicker

Stellvertretender Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. Andreas Hauer

Name	Funktion	Institution
SC Mag. Dr. Mathias VOGL	Mitglied	BMI
GL Matthias KLAUS	Ersatzmitglied	BMI
Dr. Ronald FABER	Mitglied	BKA
MR Dr. Brigitte OHMS	Ersatzmitglied	BKA
SC Dr. Gerhard AIGNER	Mitglied	BMG
Mag. Irene HAGER-RUHS	Ersatzmitglied	BMG
SC Mag. Christian PILNACEK	Mitglied	BMJ
Lt.StA Mag. Gerhard NOGRATNIG LL.M.Eur.	Ersatzmitglied	BMJ
Stv. AL Mag. Billur ESCHLBÖCK	Mitglied	BMLVS
GL Dr. Karl SATZINGER	Ersatzmitglied	BMLVS
Botschafter Dr. Helmut TICHY	Mitglied	BMeiA
Mag. Eva SCHÖFER LL.M. (bis 2015 Gesandte Mag. Ulrike NGUYEN)	Ersatzmitglied	BMeiA
Stv. SL GL Dr. Hansjörg HOFER	Mitglied	BMASK
Stv. AL Mag. Alexander BRAUN	Ersatzmitglied	BMASK
Dipl.-Ing. Shams ASADI, Magistrat der Stadt Wien	Mitglied	Ländervertretung
Dr. Wolfgang STEINER, Amt der OÖ Landesregierung	Ersatzmitglied	Ländervertretung
Mag. Heinz PATZELT	Mitglied	Amnesty International Österreich iZm SOS Kinderdorf

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

Mag. Barbara WEBER	Ersatzmitglied	Amnesty International Österreich iZm SOS Kinderdorf
Mag. Angela BRANDSTÄTTER	Mitglied	Caritas Österreich iZm VertretungsNetz
Dipl.ET Mag. Susanne JAQUEMAR	Ersatzmitglied	Caritas Österreich iZm VertretungsNetz
Mag. Martin SCHENK	Mitglied	Diakonie Österreich iZm Volkshilfe
Christian SCHÖRKHUBER	Ersatzmitglied	Diakonie Österreich iZm Volkshilfe
Michael FELTEN, MAS	Mitglied	Pro Mente Austria iZm HPE
Irene BURDICH (bis 2015: Mag. Angelika KLUG)	Ersatzmitglied	Pro Mente Austria iZm HPE
Mag. Tamara GRUNDSTEIN	Mitglied	Selbstbestimmt Leben Initiative Österreich
Martin LADSTÄTTER	Ersatzmitglied	Selbstbestimmt Leben Initiative Österreich
Philipp SONDEREGGER	Mitglied	SOS Mitmensch iZm Integrationshaus und Asyl in Not
Mag. Nadja LORENZ	Ersatzmitglied	SOS Mitmensch iZm Integrationshaus und Asyl in Not
Dr. Barbara JAUK	Mitglied	Verein für Gewaltprävention, Opferhilfe und Opferschutz (Graz) iZm Gewaltschutzzentrum Salzburg
Dr. Renate HOJAS	Ersatzmitglied	Verein für Gewaltprävention, Opferhilfe und Opferschutz (Graz) iZm Gewaltschutzzentrum Salzburg
Mag. Dina MALANDI	Mitglied	ZARA iZm Neustart
SC i.R. Dr. Roland MIKLAU	Ersatzmitglied	ZARA iZm Neustart

1.8 Bericht der Kommissionen

Im Verlauf des Jahre 2015 erfolgte – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend – eine weitgehende personelle Neubesetzung der Kommissionen. Dieser Prozess stellte an die Kommissionen hohe Anforderungen bezüglich der nahtlosen Integration neuer Kommissionsleiterinnen und -leiter sowie neuer Kommissionsmitglieder in die laufende Besuchstätigkeit.

Weitgehende
personelle
Neubesetzung

Das im Jahr 2015 abgehaltene Shadow-Monitoring, an dem internationale Expertinnen und Experten sowie alle Kommissionen teilgenommen haben, wird von den Kommissionen als wichtiges Element der inhaltlichen Weiterentwicklung des NPM erachtet. Auch die Einbindung von Kommissionsmitgliedern in internationale Projekte (z.B. Twinning-Projekt Mazedonien) bietet Gelegenheit des Erfahrungsaustauschs in beide Richtungen: Die Erfahrungen aus der Kommissionstätigkeit können direkt und unmittelbar weitergegeben werden; gleichzeitig kann das Kennenlernen der Tätigkeit anderer NPMs nützlich für den österreichischen NPM sein.

Shadow-Monitoring

Die Kommissionsleiterinnen und -leiter sowie Kommissionsmitglieder sind neben der Besuchstätigkeit in vielfache Kontakte und in den Austausch mit Behörden, Einrichtungen und NGOs involviert. Insbesondere die Mitwirkung in diversen Arbeitsgruppen, die z.B. im BMI etabliert wurden, ist ein wichtiges präventives Element. Eine Ausweitung dieser Kooperationsform in andere Bereiche wäre erstrebenswert.

Erfahrungsaustausch

Bei der Besuchstätigkeit der Kommissionen werden in verstärktem Umfang kommissionsübergreifende Delegationen eingesetzt, um vorhandene fachliche Kompetenzen bestmöglich zu nützen. Dem gleichen Ziel dient auch die Einbindung externer Experten.

In vielen Einrichtungen stellt die Ausgabe von Medikamenten insofern ein Problem dar, als nach Wahrnehmung der Kommissionen die Medikamentenabgabe oft durch nichtberechtigtes Personal erfolgt.

Die Kommissionen werden auch auf direktem Weg von Betroffenen über Misshandlungsvorwürfe gegenüber der Polizei informiert. Dieses Thema wurde bereits in früheren Parlamentsberichten aufgegriffen und auf den aus Sicht der Kommissionen unbefriedigenden Bearbeitungsmodus hingewiesen. Da die Kommissionen die Vermeidung derartiger Vorkommnisse als vordringliches menschenrechtliches Anliegen betrachten, werden die jeweils verfügbaren Informationen und Unterlagen an die VA weitergeleitet und mit der Empfehlung zur Einleitung eines Prüfverfahrens im Rahmen der nachprüfenden Kontrolle versehen. Mit diesem Schritt endet allerdings die, auf die präventive Kontrolle beschränkte, Handlungsmöglichkeit der Kommissionen.

Die Beobachtung von Abschiebungen als Teil des gesetzlichen Auftrags des präventiven Monitorings von Akten behördlicher Befehls- und Zwangsgewalt

Beobachtung von
Abschiebungen

Nationaler Präventionsmechanismus im Überblick

gehört zu den kontinuierlichen Aufgaben der Kommissionen, insbesondere der Kommissionen 4, 5 und 6. Künftig werden die Kommissionen auch die Möglichkeit haben, Abschiebeflüge zu begleiten. Die medizinische Untersuchung hinsichtlich Flugtauglichkeit im Rahmen von Abschiebungen wird im Rahmen des Prüfvorganges ebenfalls erfasst. Dabei wurde festgestellt, dass die medizinische Weiterversorgung chronisch kranker Personen im Zielland weitgehend außer Betracht bleibt. Aufgrund dieser Beobachtung hat die VA 2014 ein Prüfverfahren eingeleitet. Auch aus Sicht der Kommissionen ist es bedauerlich, dass das BMI die Anregung der VA nicht aufgreift, die Sicherung der medizinischen Weiterversorgung bzw. den Abbruch von Abschiebungen den Abschiebeteams und den Ärztinnen und Ärzten in Form eines Erlasses in Erinnerung zu rufen, da gegebenenfalls eine Verletzung von Art. 2 (Recht auf Leben) oder Art. 3 EMRK (Verbot der Folter oder einer erniedrigenden Behandlung) drohen könnte.

Besuche in
Flüchtlingsquartieren

Die aktuelle Situation der Flucht- und Migrationsbewegung in Europa war zu wiederholten Malen Anlass für Besuche in Flüchtlingsquartieren, die von den Kommissionen im Auftrag der VA durchgeführt wurden. Die Kommissionen haben – ungeachtet des grundsätzlichen Verständnisses für die schwierige Situation – bei all diesen Besuchen auf menschenrechtlich problematische Defizite in der Versorgung hingewiesen. Diese Hinweise bezogen sich u.a. auf unzureichende hygienische Versorgung, auf unzureichende Rechtsberatung bzw. mangelnde Rechtsvertretung minderjähriger Flüchtlinge.

Prüfschwerpunkt
„Psychiatrische
Versorgung
angehaltener
Personen“

Bei den Besuchen der Kommission 4 in den Wiener PAZ im Rahmen des Prüfschwerpunktes „Psychiatrische Versorgung angehaltener Personen“ stellte diese fest, dass ungeachtet der Verfügbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung – die an anderen Standorten in Österreich keineswegs in gleichem Maße gegeben ist – die hohe Inanspruchnahme durch Insassen mit Sucht- bzw. anderen psychiatrischen Erkrankungen dazu führt, dass ausführliche Explorationen und therapeutische Gespräche im Rahmen der vorhandenen Ressourcen nicht gewährleistet werden können. Dies umfasst auch die Problemkreise von Suizidprävention und Hungerstreik.

Altersfeststellungen von
UMF

Die Kommission 6 konnte wahrnehmen, dass bei Hunderten UMF mit großem organisatorischem und finanziellem Aufwand röntgenologische Altersfeststellungen durchgeführt werden. Es werden mehrfach Röntgenaufnahmen des Handgelenks, Unterschenkels, Beckens, Zahnbogens und des Schlüsselbeins vorgenommen. Abgesehen von gesundheitlichen Bedenken bei unnötigen Strahlenbelastungen und der wissenschaftlich erwiesenen Ungenauigkeit derartiger Methoden ist festzuhalten, dass nach Empfehlungen des UNHCR bei der Einschätzung des Alters eines Kindes nicht nur das körperliche Erscheinungsbild heranzuziehen ist, sondern auch seine psychische Reife. Darauf wird mitunter nicht Rücksicht genommen. Das UNHCR empfiehlt weiters im Zweifelsfall zugunsten des Kindes zu entscheiden, wenn das genaue Alter ungewiss ist. Ausschlaggebend muss sein, ob der Betreffende eine „Unreife“ und

Hilflosigkeit zeigt, die eine sensiblere Behandlung erfordern könnten. Bereits im Rahmen der vom BMI 2006 organisierten internationalen Konferenz der IOM in Wien wurde in diesem Sinne in den Recommendations festgehalten: "Due to the evident margin of errors in all age assessment methods, children should always be given the benefit of the doubt, with lowest age selected."

1.9 Internationale Zusammenarbeit und Kooperationen

1.9.1 SEE Network/ Vorsitz des österreichischen NPM im Jahr 2016

Seit Oktober 2013 ist der österreichische NPM Mitglied des Netzwerks südosteuropäischer NPM-Einrichtungen (SEE NPM-Netzwerk). Der Zusammenschluss von Einrichtungen aus Albanien, Bulgarien, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien und Österreich dient dem Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie der gegenseitigen Unterstützung. Die VA nimmt, unterstützt durch Mitglieder aus dem Kreis der Kommissionen, an den Treffen regelmäßig teil.

Im Rahmen eines Netzwerktreffens Ende Juni 2015 fand ein Workshop zum Thema „Zugang zur Gesundheitsversorgung in Gefängnissen und Anhaltzentren“ in Tirana statt. Im Oktober 2015 trafen Delegierte des SEE NPM-Netzwerks unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern von CPT und SPT ein weiteres Mal in Tirana zusammen, um anlässlich der Flüchtlingskrise in Europa zum Thema „Migration & Asyl“ zu beraten. Diskutiert wurden die menschenrechtlichen Herausforderungen aller Staaten der Balkanroute im Zuge der massiven Flucht- und Migrationsbewegungen. Kernpunkte des Meinungsaustausches waren besondere Risikofaktoren für serielle Menschenrechtsverletzungen als Folge dieser Entwicklung, menschenrechtlich kritische Situationen bei Abschiebungen und die Rolle von NPMs als Kontrollorgan von Akten der unmittelbaren Befehls- und Zwangsgewalt. Zweites zentrales Thema dieses Treffens war die Organisation von Transit- und Notaufnahmestellen für Flüchtlinge und die Verantwortlichkeit der einzelnen Staaten bei der Registrierung der ankommenden Menschen. Übereinstimmung wurde dahingehend erzielt, dass die Einhaltung von Standards bei der Zurverfügungstellung der Basisversorgung – d.h. Gesundheitsdienste, Nahrung, Wasser, Unterkunft, Sanitäreinrichtungen – von den NPMs verstärkt überprüft werden müssten und engere Kooperationen der NPMs zur Wahrung der Menschenwürde der Asylsuchenden unerlässlich wären.

Themen 2015

Der österreichische NPM wurde für 2016 nach einstimmiger Wahl mit dem Vorsitz im SEE Network betraut. Prof. Siroos Mirzaei, ein Mitglied des österreichischen NPM in der Kommission 6, wurde zum Head of the Medical group des SEE Networks gewählt und wird sich der Erarbeitung unverzichtbarer medizinischer Standards annehmen.

1.9.2 NPM-Netzwerktreffen in Wien

Guter Austausch Nach einem sehr anregenden ersten Treffen mit Kolleginnen und Kollegen von Nationalen Präventionsmechanismen (NPMs) im deutschen Sprachraum (2014 in Berlin), lud die VA im Oktober 2015 zu einem Folgetreffen nach Wien ein. Auf Wunsch der Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen und des Schweizer NPMs lag der Fokus dieses mehrtägigen Treffens auf der Kontrolle von Sozialeinrichtungen, die in den beiden Nachbarstaaten erstmalig in Besuchsplanungen aufgenommen werden. Anders als in klassischen Anhaltesituationen gibt es gerade in Bezug auf diese Einrichtungstypen weder eine umfassende Sammlung einschlägiger internationaler und nationaler Menschenrechtsstandards noch einschlägige sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung, auf die man sich dabei stützen könnte. Erfahrungswissen, wie menschenrechtlich präventive Kontrollen effizient durchzuführen sind, hat der österreichische NPM in diesem Bereich inzwischen weitgehend eigenständig aufgebaut. Neben theoretischen Modulen, präsentiert von Expertinnen und Experten der Kommissionen, wurde den Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland und der Schweiz auch die Möglichkeit eröffnet, drei Kommissionen des österreichischen NPM bei Besuchen in Alten- und Pflegeheimen zu begleiten und die Erkenntnisse daraus zu reflektieren.

1.9.3 NPM-Workshop in Riga für Ombudseinrichtungen

In seiner Funktion als Generalsekretär des IOI eröffnete Volksanwalt Kräuter in Riga im Juni 2015 das erste IOI-Training, das speziell für Ombudsmann-Einrichtungen entwickelt wurde, die auch als NPM fungieren.

Kooperation IOI mit APT Das IOI erarbeitete in enger Kooperation mit der in Genf ansässigen Association for the Prevention of Torture (APT) ein Trainingsformat, das die Implementierung dieses präventiven Mandats behandelt. Immer mehr Ombudsmann-Einrichtungen werden im Rahmen ihrer Aufgabe zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte auch mit der Folterprävention betraut und etablieren zu diesem Zweck neue Methodiken und Herangehensweisen in ihren Organisationen. Der Bedarf nach einem solch maßgeschneiderten Trainingsworkshop ist evident und die Nachfrage nach dem zur Gänze aus IOI-Mitgliedschaftsbeiträgen finanzierten Training war dementsprechend groß.

Ausgewiesene Expertinnen und Experten des APT führten durch das interaktive Programm, das den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht nur Wissen vermittelte, sondern vor allem auch dem gegenseitigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch diente. In Fallstudien und Gruppendiskussionen wurden Themen wie Methodologie und Ethik bei der Durchführung von Besuchen beleuchtet, die Rolle externer Akteure herausgearbeitet und die Wichtigkeit der Pressearbeit analysiert.

1.9.4 Mazedonien: EU-Twinning-Projekt

In Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte (BIM) beteiligte sich die VA an einem mehrmonatigen „Twinning Light“-Projekt der europäischen Kommission zur Unterstützung der Ombudsmann-Einrichtung Mazedoniens („Promotion of the Ombudsman competences and enhancement of its capacities“), das im Februar 2016 endete.

Twinning mit BIM

Im Rahmen eines Kick-off-Events in Skopje wurde das Twinning-Projekt Mitte Mai einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Von VA und BIM entsandte Expertinnen und Experten arbeiteten zwischen Mai und November bei mehrtägigen Arbeitsbesuchen mit den stellvertretenden Ombudspersonen in Zweigstellen in Bitola, Kichevo, Kumanovo, Tetovo, Shtip und Strumica gemeinsam an Methoden und Verwaltungskontrollaufgaben sowie daran, das Mandat zum Schutz der Grundrechte und Grundfreiheiten besser auszuüben. Eine zentrale Komponente des Twinning Light-Projekts war darüber hinaus der Arbeit der mazedonischen Ombudsmann-Einrichtung als NPM gewidmet. Im Juni 2015 führten die VA und das BIM gemeinsam Trainings des mazedonischen NPM-Teams in Skopje durch und besuchten zu diesem Zweck ein Anhaltezentrum. Im Juli 2015 erfolgte im Rahmen eines Twinning-Projekts der Studienbesuch einer mazedonischen Delegation in der VA. Während dieses einwöchigen Aufenthalts wurden die mazedonischen Gäste sowohl auf theoretischer als auch praktischer Ebene auf sensible Probleme im Zuge von Asylverfahren vorbereitet. Die mazedonische Delegation bekam zudem die Möglichkeit, die Kommissionen des österreichischen NPM bei Besuchen in einem PAZ, in einer Erstaufnahmestelle und in einer Polizeidienststelle zu begleiten und so die praktische Kontrollarbeit aus nächster Nähe zu beobachten. Im September kamen die Projektleiter der beteiligten Einrichtungen zusammen, um den bisherigen Projektverlauf zu evaluieren und die nächsten Schwerpunkte zu besprechen. Das Thema Asyl und die aktuelle Flüchtlingssituation in Europa waren ebenfalls ein zentraler Bestandteil der Gespräche zwischen VA Gertrude Brinek und Ombudsmann Ixhet Memeti. Ende des Jahres besichtigte Volksanwältin Brinek gemeinsam mit ihrem mazedonischen Amtskollegen die Grenzübergangsstelle in Gevgelija und die abgezaunten Lager, in denen Flüchtlinge aus Syrien, Afghanistan und dem Irak auf die Weiterreise in den Norden Europas warteten. Es zeigte sich, dass es ohne technische Hilfsmittel (Passlesegeräte, entsprechende Software etc.) rein im Ermessen der einzelnen Grenzpolizistinnen und -polizisten liegt, wer weiterreisen darf und wer nicht. Die Anwesenden berichteten von vielen zweifelhaften und willkürlichen Entscheidungen. VA Brinek unterstützte ihren Amtskollegen Memeti mit der Forderung nach einer besseren Ausstattung der Grenzbeamtinnen und -beamten. Sie betonte den Stellenwert der Erstversorgung (Essen, Kleidung, medizinische Hilfe) und wies auf die Notwendigkeit technischer Hilfsmittel hin, um die Herkunft der ankommenden Menschen besser zu erfassen.

Trainings

1.9.5 Bilaterale Kontakte und geleistete Unterstützung

Eine 40-köpfige Menschenrechtsdelegation des finnischen Menschenrechtszentrums (Human Rights Centre), bestehend aus Mitgliedern unterschiedlicher Menschenrechtsakteure, bildet, in Kooperation mit der finnischen Ombudsmann-Einrichtung, die nationale Menschenrechtsinstitution (NHRI) Finnlands und fungiert in dieser Funktion seit Abschluss des Ratifizierungsprozesses der UN Behindertenrechtskonvention auch als unabhängiger nationaler Mechanismus gemäß Artikel 33.2 UN-BRK. In Vorbereitung auf diese neue Aufgabe organisierte das Human Rights Centre für seine Menschenrechtsdelegation ein Orientierungstreffen in Helsinki und lud dazu Expertinnen und Experten von anderen Einrichtungen ein, um im Rahmen von interaktiven Arbeitsgruppen ihre Erfahrungen auf dem Gebiet der Kontrollen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung einzubringen. Ein Experte der VA nahm als Redner an diesem Helsinki-Treffen teil.

Im April 2015 empfing Volksanwalt Fichtenbauer eine Delegation des kirgisischen Zentrums zur Verhütung von Folter zu einem zweitägigen Informationsaustausch in Wien. Die Delegation berichtete von Schwierigkeiten bei der Bekämpfung von Folter, so etwa indem den Prüfern der Zutritt zu Einrichtungen faktisch verwehrt werde. Am zweiten Tag des Besuches hatte die kirgisische Delegation die Gelegenheit, einen Kontrollbesuch der Kommissionen in einer Einrichtung für psychisch erkrankte Menschen zu begleiten.

1.10 Bericht des Menschenrechtsbeirats

Erfolgreiche Arbeit für den NPM

Der Menschenrechtsbeirat konnte im Jahr 2015 seine erfolgreiche Arbeit für den NPM ausbauen. Er trat im Jahr 2015 zu insgesamt 7 Sitzungen zusammen und bildete zahlreiche Arbeitsgruppen, die ihrerseits in rund 25 Sitzungen, teilweise unter Einbeziehung externer Expertinnen und Experten sowie Auskunftspersonen aus dem Kreis der Bediensteten der VA, tagten.

Die VA richtete ihrerseits verschiedene Anfragen (Vorlagen) an den Menschenrechtsbeirat, welche überwiegend noch im Jahr 2015 erledigt werden konnten. Folgende Themen wurden dabei behandelt:

- NPM-Mandat für Abschiebungen und Zurückweisungen auf dem Luftweg
- Supervision für Polizeibedienstete
- Baulich getrennte WC-Anlagen in den Anhalteräumen auf Polizeieinspektionen
- Einheitliche menschenrechtliche Standards und Prüfkriterien bei polizeilichen Großlagen

- Ordnungswidrigkeiten in Justizanstalten
- Rechtsschutz für Kinder und Jugendliche mit Behinderung bei altersuntypischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Es tagte zudem eine Arbeitsgruppe mit dem Titel „Arbeitsweise des Menschenrechtsbeirats“, die Fragen der intensivierten Zusammenarbeit von VA und MRB behandelte und interne Arbeitsabläufe des Menschenrechtsbeirates optimierte.

2 Feststellungen und Empfehlungen

2.1 Alten- und Pflegeheime

2.1.1 Einleitung

Die Kommissionen der VA besuchten im Berichtsjahr 2015 bundesweit 105 Alten- und Pflegeheime. Die Akzeptanz, die Anregungen des NPM als wertvollen Input zur Qualitätssteigerung zu sehen, steigt.

Wie schon 2014 vom NPM festgehalten wurde, macht die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Ergebnisse und Standards auch die Anwendung verschiedener – auch aus Sicht präventiver menschenrechtlicher Kontrolle – wesentlicher Assessmentinstrumente (z.B. für die Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit Sturzprophylaxe, Schmerz, Hygiene, Mangelernährung, Hautschäden) in allen Bundesländern erforderlich. Das wird ohne ausreichendes und vor allem ausreichend qualifiziertes Personal nicht zu bewerkstelligen sein. Die Rahmenbedingungen dafür gilt es nach Meinung des NPM, dringend zu verbessern. Gerontopsychiatrisches und palliativpflegerisches Wissen und die psychosoziale Betreuung gewinnen angesichts der Zunahme von Bewohnerinnen und Bewohnern mit mittelschwerer und schwerer Demenz an Bedeutung. Dies muss in der Aus- und Fortbildung von Pflegefachkräften stärker als bisher berücksichtigt werden. Weiterhin wiederholt der NPM auch die schon 2014 erhobene Forderung nach bundeseinheitlichen Grundlagen für die Erstellung von Personalbedarfsberechnungen sowie wichtiger Strukturparameter; insbesondere Personal- und Qualifikationsschlüssel (siehe PB 2014, Band II, Seite 27f).

Mehr und besser
ausgebildetes Personal

Da und dort kam es 2015 zu Rückfragen an die VA, wenn der Zeitpunkt der Kontrollen der Kommissionen aus der Sicht von Pflegeheimbetreibern als „zu spät erfolgend“ angesetzt wird. Das betrifft Besuche in der Zeit des Personalwechsels zwischen Tag- und Nachtdienst und – wesentlich seltener – den Nachtbetrieb. Die Kommissionen sind bemüht, den Betrieb von Einrichtungen nicht mehr als notwendig zu stören und insbesondere Heimbewohnerinnen und -bewohner nicht unnötig zu belasten. Nachdem der Schwerpunkt 2015 – wie auch öffentlich angekündigt – der Erhebung von Essens- und Schlafenszeiten galt, haben sich die Kommissionen vergewissert, wann die Nachtruhe beginnt und wie sie konkret von statten geht. Es kann auch gute Gründe geben, speziell den nächtlichen Betrieb zu kontrollieren. In einem Fall in der Stmk wurde mit einem Besuch erst um 19:30 Uhr begonnen, da es einen anonymen Hinweis darauf gegeben hatte, dass in der Nacht durch beidseitig hochgezogene Seitenteile freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt würden, die so nicht in der Pflegeplanung enthalten seien und auch der Bewohnervertretung nicht gemeldet würden. Dieser Vorwurf konnte von der Kommission 3, welche die Zimmer bereits schlafender Personen nur kurz und ohne Licht zu mache, betrat, mehrfach zweifelsfrei verifiziert werden. Beanstandet wurde zudem auch das ohne Zustimmung von Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern installierte Videoüberwachungssystem.

Besuche können zu
jeder Zeit erfolgen

Gewalt gegen
Pflegepersonal

Die Arbeit mit älteren Menschen kann physisch und psychisch sehr belastend sein. In Einrichtungen konnten Kommissionen häufige Wechsel von Pflegedienstleitungen sowie viel Personalfuktuation, aber auch eine hohe Zahl an Dauerkrankenständen ausmachen. Auch ältere und erfahrene Pflegefachkräfte beklagten, dass auf Belastungen, wie sie mit Unterbesetzungen, häufigen Überstunden und vermehrten Schicht- und Nachtdiensten verbunden sind, nicht entsprechend reagiert werde und im Alter längere Pausen und Mitsprache bei Dienstplaneinteilungen etc. nötig wären. Das vorzeitige Ausscheiden älterer Pflegefachkräfte aus dem Pflegeberuf sollte ein gesellschaftliches Alarmsignal sein, dass die Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf altersbedingt verbessert werden müssen. Wenn Pflegekräfte an ihrem Beruf verzweifeln und an Berufsausstieg denken, liegen die Ursachen dafür nicht zuletzt auch in Führungsdefiziten, die zu einer schlechten Arbeitssituation und einem unterkühlten Betriebsklima führen. Fehlende Unterstützung, mangelhafte Transparenz, unzureichende Informationen als Folge fehlender Kommunikation und ausbleibende Wertschätzung sind die von Pflegekräften am häufigsten genannten Ursachen für nachlassende Arbeitszufriedenheit. Viele Beschäftigte gaben gegenüber den Kommissionen an, in ihrer Tätigkeit Aggressionen und Gewalt erfahren zu müssen. Die Kommissionen der VA erheben deshalb im Rahmen ihrer Besuchstätigkeit auch regelmäßig, ob den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein ausreichendes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema Gewalt in der Pflege zur Verfügung steht. Die Kommissionen betonen anlässlich ihrer Besuche in Alten- und Pflegeheimen wiederholt auch die Wichtigkeit von Supervision. Supervision stellt einen wichtigen Bestandteil in einem professionellen Umfeld von Betreuungsberufen dar und sollte nach Ansicht des NPM verpflichtend für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden.

Überlastung und Überforderung des Pflegepersonals sind ein Hauptrisikofaktor für Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner. Die Formen sind vielfältig und reichen von Kränkungen, Vernachlässigungen (z.B. Mangelernährung, Dekubitus, Inkontinenz) bis hin zu mechanischen und medikamentösen Freiheitsbeschränkungen.

Gewalt gegen
Pflegebedürftige

Die Verhinderung von Gewalt gegen ältere Menschen wird mittlerweile als gesellschaftliches Anliegen formuliert. Das zeigt sich am Engagement der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert Gewalt als „absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“. Die WHO schätzt die Prävalenz der Gewalt gegen Ältere hoch ein und stützt sich dabei auf internationale Studien: Es ist davon auszugehen, dass 2,7 % der älteren Menschen in Europa jährlich Opfer von physischer Gewalt werden. Dies entspricht rund 4 Millionen Menschen in Europa, die 60 Jahre oder älter sind. Der Anteil jener älteren Menschen, denen psychische

Gewalt widerfährt, liegt mit rund 19,4 %, das sind rund 29 Mio. Menschen, noch deutlich höher. Studiendaten über die Verhältnisse in Österreich gibt es nicht. Das Thema wird, allein schon wegen der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewinnen und durch die negativen Bilder, die in unserer Kultur mit „Alter“ verbunden werden, brisanter werden.

In Alten- und Pflegeheimen kommt noch hinzu, dass viele Einrichtung selbst eine Reihe von Regelungen aufweisen, die für die Betroffenen Einschränkungen und Zwang bedeuten: Normierungen der Essens- und Schlafenszeiten, Dusch- oder Badetage bzw. fixe Tischordnungen sind Beispiele für häufig vorkommende, auf den ersten Blick harmlos erscheinende Gewaltanwendungen, die im Pflegealltag vorkommen. Die Liste der Vorkommnisse, die keinen direkten Aggressor brauchen, ist lang. Dazu kommen noch viele andere Formen von Gewalt, wie finanzielle Ausbeutung oder Übergriffe. Aggressionen zwischen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie zwischen den zu Pflegenden und den Pflegekräften drücken sich in Streitigkeiten, Vernachlässigung oder groben Handgreiflichkeiten aus.

Starre Regelungen

Zuweilen scheint es, dass nicht gehörig Aufmerksamkeit auf Umstände gerichtet wird, welche in weiterer Folge auch gewaltauslösend sein können.

Immer wieder wurden von Kommissionen z.B. Rufglocken, die nicht funktionierten oder für die Bewohnerinnen und Bewohner unerreichbar angebracht waren, vorgefunden. In persönlichen Gesprächen gaben Bewohnerinnen und Bewohner an, es als kränkend zu empfinden, dass man ihnen nicht zuhöre, bereits geäußerte Wünsche negiere, sie zu lange warten lasse, ihr Vertrauen verletze, sie in Anwesenheit Dritter kritisiere oder über sie lache. Für schambehaftete Hilfeleistungen werden von Bewohnerinnen und Bewohnern häufig spezifische Pflegekräfte auserkoren, an die sich die Anfragen richten. Ist die Person des Vertrauens nicht verfügbar, wird das Problem bagatellisiert und abgewartet. Besonderes Augenmerk sollte in Alten- und Pflegeheimen auch auf die Achtung der Intimsphäre gelegt werden. Hoher Arbeitsaufwand, Hektik und Zeitdruck begünstigen Fehlleistungen und Missverständnisse, die man mit mehr und besserer Kommunikation verhindern könnte. Das Klopfen vor Eintritt in ein Zimmer sollte dennoch selbstverständlich sein. Bei Besuchen haben Kommissionen leider auch anderes erlebt und zudem gesehen, dass Zimmer und Badezimmertüren während der Intim- und Körperpflege weit offen standen. Als einfache Maßnahme kann in Mehrbettzimmern auf Paravents als Sichtschutz zurückgegriffen werden. In der Dokumentation einer Einrichtung in NÖ hat die Kommission einen Eintrag vorgefunden, wonach einer Bewohnerin unter Einwirkung von drei Personen die Nägel geschnitten wurden. Die betagte Dame wehrte sich mit Händen und Füßen. Beobachten mussten Kommissionen die Verwendung von schmutzigen Plastiklätzchen, Bewohnerinnen und Bewohner wurden mit umgehängten verdreckten Lätzchen auch außerhalb der Essenszeit angetroffen. Solche Situationen sind als entwürdigend zu bezeichnen. Wenn ein Schutz bei der Einnahme der Mahlzeiten notwendig ist, sollte auf große waschbare Stoffservietten zurückgegriffen werden.

Auch Missachtung von Bedürfnissen ist Gewalt

Als wissenschaftlich belegt gilt jedenfalls, dass zwischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und aggressivem Verhalten ein starker Zusammenhang besteht. Eine effektive Präventionsstrategie muss demnach Maßnahmen umfassen, die geeignet sind, dem Entstehen von Gewalt und Aggression vorzubeugen bzw. in bereits bestehenden Gewaltsituationen deeskalierend zu wirken. Demenzkranke haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in ihrer Freiheit beschränkt zu werden. Verhaltensauffälligkeiten, wie körperlich und verbal aggressives Verhalten sowie ständige Unruhe, werden von der Umgebung nicht bloß als herausfordernd, sondern als belastend erlebt. Wie aus Studien, aber auch aus den Kommissionsberichten bekannt ist, werden Psychopharmaka in Pflegeheimen zum Teil missbräuchlich dazu verwendet, um dieser Belastungssituation zu begegnen und die zu Pflegenden zeitweilig ruhigzustellen (siehe dazu Kapitel 2.1.2.3).

Schulungen zur Sturzprävention und im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten sowie spezifische Betreuungskonzepte für Demenzkranke sind nach Ansicht des NPM wesentliche Ansätze zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Alternativen zu
mechanischen Frei-
heitsbeschränkungen

In vielen Einrichtungen besteht mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten des HeimAufG das Bewusstsein, mit dem Einsatz gelinderer Mittel auf mechanische Freiheitsbeschränkungen verzichten zu können. Es stehen inzwischen auch Alternativen wie Sensormatten, Tiefstellbetten und Hüftprotektoren zur Verfügung. Die Sensibilität des Personals in Bezug auf Eingriffe in das Recht auf Freiheit steigt, wenn es zu pflegerischen Interventionen wie Validation oder Biographiearbeit geschult wurde. Diese Schulungen sind auch wichtig, wenn es darum geht, notwendig erscheinende freiheitsbeschränkende Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren, laufend zu evaluieren und korrekt an die Bewohnervertretungen zu melden. Einrichtungen, bei denen es hier noch Defizite gab, sind vom NPM dazu angehalten worden, entsprechende Anschaffungen zu tätigen oder Handlungskompetenzen und Alternativen der Pflegekräfte durch Unterweisungen über die Vollziehung des HeimAufG zu stärken. In einigen gravierenden Fällen, in denen es systematische Verstöße gab, wurden die Einrichtungen ersucht, zeitnah mit der Bewohnervertretung in Kontakt zu treten und den NPM anschließend in Kenntnis zu setzen, dass eine Auseinandersetzung mit offenen Problemfeldern stattgefunden hat.

Zahlreiche Situationen gaben den Kommissionen auch 2015 Anlass zu Beanstandungen. Häufiger moniert wurden Meldeverstöße gegenüber den Bewohnervertretungen. Aber auch auf die Verbesserung spezifischer Verhältnisse wurde hingewirkt. So fiel den Kommissionen 2 und 6 auf, dass in einigen Einrichtungen veraltete Pflegebetten verwendet werden, die nicht mehr dem pflegewissenschaftlichen Standard entsprechen und Verletzungen durch das Einklemmen von Gliedmaßen begünstigen. In einer Einrichtung, die noch über keine Niedrigflurbetten verfügt, wurden Sturzmatten angeschafft; diese waren aber nur drei bis vier Zentimeter dick, sodass die Fallhöhe aus den Pflegebetten

noch immer zu hoch war. In einer anderen Einrichtung lag eine Sturzmatte im Zeitpunkt des Besuches einer Kommission nicht vor dem Pflegebett, sondern war an die Wand angelehnt worden. Dies, obwohl das Pflegepersonal die Notwendigkeit von Maßnahmen der Sturzprävention beim Bewohner erkannt und dokumentiert hatte.

Meldeverstöße bzw. Unsicherheiten in Bezug auf Meldeverpflichtungen nach dem HeimAufG wurden vom NPM verstärkt im Zusammenhang mit elektronischen Überwachungssystemen, die auch freiheitsbeschränkend wirken können, festgestellt. Als Desorientiertenfürsorgesystem werden in der Altenpflege technische Vorrichtungen bezeichnet, die registrieren, dass sich an Demenz erkrankte Person mit Orientierungsschwierigkeiten aus einer Station oder Pflegeeinrichtung entfernen möchten. Akustische Signalgeber bewirken dann, dass Türen nicht mehr geöffnet werden können oder Pflegepersonal alarmiert wird. Auch hier ist es dem NPM gelungen, mit Hilfe der Bewohnervertretung für mehr Handlungssicherheit des Personals zu sorgen.

Elektronische Freiheitsbeschränkungen

Fallweise trafen die Kommissionen deutlich mangelernährte Personen an. Als generelle Linie wurden dabei im Wesentlichen die folgenden Prozessschritte ausgemacht: Ausgangspunkt der Prävention ist das frühzeitige Erkennen eines Ernährungsrisikos. Nur damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass Ernährungsinterventionen so früh wie möglich ansetzen können. Für das Screening stehen standardisierte Screening-Instrumente zur Verfügung. Zu den gebräuchlichsten zählen das Mini Nutritional Assessment und das Nutritional Risk Screening 2002. Wird eine Mangelernährung oder ein entsprechendes Risiko festgestellt, ist im Rahmen eines Ernährungs-Assessments der Ernährungszustand detaillierter zu erheben; mögliche Ursachen für die Ernährungsdefizite sind abzuklären. Die Ergebnisse des Assessments bilden dann die Grundlage für die Planung weiterer Interventionen, die auf Erhaltung bzw. Verbesserung des Ernährungszustandes abzielen. Die Interventionen dürfen nicht auf reine Ernährungsmaßnahmen beschränkt werden. Bei mangelernährten Personen nahmen Kommissionen Ernährungshemmnisse wie z.B. Kau- und Schluckbeschwerden oder einen schlechten Zahnstatus wahr. Auch diese sind abzuklären und nach Möglichkeit zu beheben. Positive Effekte wären zudem auch durch mehr pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme erzielbar; ebenso durch das Schaffen einer angenehmen Essatmosphäre, einer ansprechenden Zubereitung der Speisen und einer den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechenden Mahlzeitenplanung (kleinere Portionen, mehrere Mahlzeiten pro Tag etc.). Bei gravierenden Fehlern im Umgang mit Mangelernährung wurden die Aufsichtsbehörden vom NPM ersucht, bei ihren Kontrollen verstärkt darauf zu achten, dass die Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen in engen Abständen überprüft wird. Warum sind solche Mängel immer besonders hervorzuheben? Weil eine beginnende Mangelernährung leicht zu übersehen und eine manifeste Mangelernährung erfahrungsgemäß nur schwer zu kurieren ist.

Mangelernährung – Prävention

2.1.2 Systembedingte Problemfelder

2.1.2.1 Normalisierungsprinzip

Würdevolle Betreuung Die Pflege und Betreuung von älteren Menschen muss von ethischen Prinzipien getragen sein. Eine qualitätsvolle Pflege ist nur möglich, wenn diese mit Wertschätzung ausgeführt wird. Eine wertschätzende Pflege orientiert sich daran, den Pflegebedürftigen Gutes zu tun und andererseits Schlechtes von ihnen abzuwehren bzw. den Menschen nicht zu schaden. Eine würdevolle Betreuung respektiert die individuelle Persönlichkeit, das Recht auf Selbstbestimmung und fördert und achtet die Autonomie. Denn Selbstbestimmung und Autonomie sind wesentliche Maßstäbe für die Lebensqualität eines jeden Menschen. Das Leben in Alten- und Pflegeheimen sollte deshalb so normal wie möglich gestaltet werden. Der Tagesablauf soll dem individuellen menschlichen Rhythmus folgen und nicht nach willkürlich von den Institutionen festgesetzten Regeln ablaufen.

Manche Einrichtungen ließen beim Besuch eine wohnliche und ansprechende Atmosphäre vermissen. Sie wirkten abgewohnt und kahl und waren nicht persönlich gestaltet. In einer Einrichtung in Sbg wurde Urin- und Kotgestank auch im Essbereich wahrgenommen.

Hausgemeinschaftskonzept – „Küchl“ und „Wohn Zimmer“ Für ältere Menschen, insbesondere wenn diese dementiell erkrankt sind, ist ein dem Normalitätsprinzip entsprechender Tagesablauf sehr wichtig. Viele Alten- und Pflegeheime versuchen hier, auch eigene neue Wege einzuschlagen. Pflegestationen werden zum Beispiel als Hausgemeinschaften konzipiert. In Zentrum stehen dann Wohnküchen, in denen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern frisch gekocht und andere Alltagstätigkeiten verrichtet werden. Dafür stehen speziell ausgebildete Angestellte zur Verfügung, die mit den betagten Menschen – und nicht bloß für diese – den Tagesablauf gestalten, aber selbst keine pflegerischen Tätigkeiten ausführen. In kleineren, gemütlich eingerichteten Einheiten können sich Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auch beim Zubereiten des Essens, beim Kochen, Serviettenfalten, Bügeln etc. einbringen und erfahren dabei persönlich die als wichtig empfundene Aufmerksamkeit und Anerkennung. Auch wenn eine Beteiligung an diesen Tätigkeiten nicht mehr möglich ist, werden etwa durch Gerüche Erinnerungen an Lieblingsspeisen oder an Familienfeste geweckt, was auch auf kognitiv beeinträchtigte Menschen positive Wirkung hat. Ziel ist, eine gewohnte Wohnatmosphäre zu schaffen, die auch dementen Menschen Sicherheit und Geborgenheit gibt und somit ein Gefühl des Zuhause-seins entstehen lässt.

Das Hausgemeinschaftskonzept ist auch für größere Alten- und Pflegeheime geeignet und kann durch eine an den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern lebensbiographisch ansetzende und aktivierende Umsetzung strukturelle Mängel in Großeinrichtungen minimieren. Dieses Angebot kann auch entsprechend den regionalen Besonderheiten ausgestaltet sein, z.B. in einem

niederösterreichischem Heim als „Kuchl“ oder als „Wohn.Zimmer“ in einer Wiener Einrichtung. Zur Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts sind dementsprechend personelle Rahmenbedingungen notwendig. Die Kommission 3 hat in einem Alten- und Pflegeheim in Ktn festgestellt, dass auch dieses Modell gänzlich zum Scheitern verurteilt ist, wenn kein Assistenzpersonal zur Umsetzung zur Verfügung steht.

Essens- und Schlafenszeiten sind Indikatoren, aus denen man die Kultur von Einrichtungen, alles zu tun, um Autonomie und Individualität zuzulassen, ableiten kann. Auch Alten- und Pflegeheime müssten dabei stärker berücksichtigen, dass sie Menschen mit unterschiedlichsten Gewohnheiten und Bedürfnissen ein neues Zuhause geben und dass diese ihren gewohnten Rhythmus soweit wie möglich beibehalten wollen. Bewohnerinnen und Bewohner mit persönlichen Schlafritualen können oft in Heimen ihre Vorstellungen von gutem Schlaf aus verschiedensten Gründen nicht realisieren. Einsamkeit, geringe Anregung von außen, häufige oder längere Nickerchen tagsüber und fehlende Lichtexposition befördern Schlafstörungen, die durch Schmerzen, Harndrang, Umgebungslärm oder psychische Beeinträchtigungen verstärkt werden. In einigen Pflegeheimen wird versucht, durch vermehrte Aktivitäten auch am späteren Nachmittag und teils auch in der Nacht oder durch Schlaflassen am Morgen individuellen Schlaf-Wach-Rhythmen besser gerecht zu werden. Nicht-medikamentöse gesundheits- und schlaffördernde Angebote, die den Alltag im Heim abwechslungsreich machen und das Wohlbefinden und die natürliche Müdigkeit gegen Abend fördern (z.B. Ausgänge ins Freie, Ergo-, Aroma-, Musik-, Mal- oder Gartentherapie, psychosoziale Begleitung etc.) werden nicht überall bzw. nicht systematisch genug eingesetzt. Das Angebot an Beschäftigungs- und Freizeitaktivitäten sowie Bewegungsförderung ist in größeren Häusern zwar meist vielfältiger, wird aber gruppenbezogen vorgegeben und nicht mit individuellen Wünschen nach sinnvoller Tagesgestaltung abgestimmt, sodass nicht alle gleichermaßen davon profitieren können oder wollen. In manchen Einrichtungen gibt es gar kein oder nur ein sporadisches Angebot, was insbesondere in Ktn und im Bgld deutlich auffiel. Viele gehbeeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner halten sich auch in wärmeren Jahreszeiten nur im Freien auf, wenn sich Angehörige, Freiwillige oder Zivildienstleitende darum kümmern. Dem Pflegepersonal fehlt dazu zumeist die Zeit. Dies auch dann, wenn Grünflächen, Hochbeete oder Demenzgärten angelegt wurden, um Bewegungsanreize zu schaffen. Vor allem weniger mobile Bewohnerinnen und Bewohner müssen deshalb tendenziell zu viel Zeit im Bett verbringen, weil deren Mobilisierung individuelle Zuwendung braucht, die das Personal mit den gegebenen Ressourcen vielfach nicht leisten kann. Zu beachten ist, dass das Schlafbedürfnis von Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung auf rund sechs Stunden in der Nacht absinken kann (Durchschnittswert). Ein mehr an Schlaf ist im Regelfall auf natürliche Weise nicht zu erzwingen. Schlafmittel sollten nach Meinung des NPM generell nie Mittel erster Wahl sein. Sie wirken insbesondere bei älteren Menschen am nächsten

Autonomie und Individualität zulassen

Tag noch nach und verursachen eine Benommenheit oder Schläfrigkeit, die zudem die Sturzgefahr erhöht.

Feststellungen der
Kommissionen

Es entspricht für viele keinem normalen Tagesrhythmus, wenn es Frühstück für alle ab 9 Uhr und das Mittagessen schon um 11.30 Uhr gibt, wie dies die Kommission 5 in einer Einrichtung in NÖ monierte. Es ist auch gleichfalls nicht in Ordnung, Personen, die gegen 9 Uhr wach werden, das Frühstück vorzuenthalten und sie wegen zu spätem Aufstehens zu maßregeln, wie dies der Kommission 3 in einer Einrichtung in der Stmk berichtet wurde. Abendessen für alle um 16.15 bzw. 16.30 Uhr, bei dem auch Schlafmedikation für immobile Bewohnerinnen und Bewohner ausgegeben wird, sind deutlich zu früh angesetzt. In einer burgenländischen Einrichtung befanden sich bei einem Rundgang der Kommission 6 gegen 15.30 Uhr nur mehr 4 Personen beim Abendessen im Aufenthaltsraum. Alle übrigen waren – Großteils bettfertig – bereits in ihren Zimmern. Die Kommission 6 hat sich selbst davon überzeugt, dass die Küche in dieser Einrichtung gegen 16 Uhr bereits wieder sauber geputzt und war Einige Bewohnerinnen und Bewohner beklagten gegenüber der Kommission die frühe Bettruhe und langen Liegezeiten im Bett, zu der sie wegen ihrer körperlichen Einschränkungen und daraus resultierender Behinderung verhalten werden. Der NPM hat in einigen Einrichtungen erreicht, dass Spätdienste eingerichtet werden, um mehr Flexibilität zu ermöglichen. Die tendenziell überall niedrige Personalbesetzung während der Nachtdienste lässt ein Eingehen auf Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern nach mehr bedürfnisgerechten Aktivitäten am Tag und insbesondere gegen Abend hin nicht zu.

Der NPM bewertet es als positiv, wenn hochbetagten Menschen auch nach einer Hauptmahlzeit jederzeit ein Snack zur Verfügung steht und auch in den Nachtstunden ein entsprechendes Angebot noch vorhanden ist; wie dies in vielen Tiroler Einrichtungen der Fall zu sein scheint. Besonders engagiert zeigte sich das Personal in einem Alten- und Pflegeheim in NÖ. Das Küchenpersonal erkundigt sich persönlich, ob das Essen schmeckt, auf Änderungswünsche wird auch kurzfristig eingegangen und die Küche ist bis 19.30 Uhr besetzt.

Um auf die Gewohnheiten eines jeden einzugehen, sollte in allen Alten- und Pflegeheimen die Biographiearbeit angewendet werden.

Einbindung der
Bewohnerinnen und
Bewohner

Der NPM ist der Ansicht, dass die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne einer Mitsprache und Mitbestimmung in jedem Alten- und Pflegeheim beachtet werden sollte. Positive Beispiele sind etwa die Installation eines „Bewohnerparlaments“, wie z.B. in einer Einrichtung in NÖ oder aber – wie in Wien – die Wahl von Bewohnerbeiräten.

Schließlich erkennt der NPM auch einen Bedarf am Ausbau der palliativen Betreuung. Viele Einrichtungen haben sich mit dem Thema Sterben in Würde bereits auseinandergesetzt und ein spezielles palliatives Betreuungssetting

eingeführt. Die Kommissionen haben aber auch Situationen vorgefunden, die nicht mit einer zeitgemäßen palliativen Versorgung vereinbar sind.

- ▶ ***Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote untertags sowie der regelmäßige Zugang ins Freie erhöhen das Wohlbefinden und beugen Komplikationen vor.***
- ▶ ***Die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung ist auch in Bezug auf die Gestaltung von Essens- und Schlafenszeiten notwendig.***
- ▶ ***Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Minimierung von Schlafstörungen sollten systematisch angewandt und dokumentiert werden.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0172-A/1/2015, W-SOZ/0234-A/1/2015, S-SOZ/0048-A/1/2015, S-SOZ/0012-A/1/2015, OÖ-SOZ/0078-A/1/2014, B-SOZ/0016-A/1/2015, NÖ-SOZ/0116-A/1/2015, W-SOZ/0236-A/1/2015, NÖ-SOZ/0022-A/1/2015, NÖ-SOZ/0078-A/1/2015, W-SOZ/0236-A/1/2015, B-SOZ/0016-A/1/2015, NÖ-SOZ/0122-A/1/2015, T-SOZ/0013-A/1/2015, NÖ-SOZ/0022-A/1/2015

2.1.2.2 Voraussetzungen wirksamer Sturzprävention

Sturzneigung im Alter ist ein besonders gewichtiger Risikofaktor in Alten- und Pflegeheimen. Stürze sind aber, anders es als der Begriff vielleicht nahelegt, kein plötzliches und singuläres Ereignis, sondern haben eine Vorgeschichte, können sich wiederholen und haben oft drastische Folgen.

Sturzneigung ist Risikofaktor

Bis zu 50 % der Pflegeheimbewohner erleiden jedes Jahr einen Sturz, 40 % stürzen wiederholt. Wenn ältere Menschen stürzen, hat dies bei rund einem Drittel Verletzungen zur Folge, zum Teil schwerwiegende, wie Hüftgelenknahe Frakturen, Schädel-Hirn-Verletzungen oder Knochenbrüche. Stürze aber auch oft zur Folge, dass die Bewohnerinnen und Bewohner das Vertrauen in ihre Bewegungsfähigkeit verlieren. Aus Angst, wieder zu fallen, schränken sie ihre Aktivitäten ein, ziehen sich zurück und büßen dadurch an Lebensqualität ein.

Negative Folgen

In zahlreichen Studien wurde die Effektivität von Interventionen zur Sturzprävention untersucht, wobei grob zwischen personen-, personal- und umgebungsbezogenen Interventionen unterschieden werden kann.

Dass in Österreich auch Alten- und Pflegeheime weder baulich noch visuell durchgehend barrierefrei sind, ist leider ein Faktum, das Stürze Hochbetagter begünstigt. Unterschiedlich ausgeprägt hinzutretende Risikofaktoren durch die konkreten Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen erhöhen die Sturzgefahr beträchtlich. Der Lebensraum von Menschen mit Orientierungs-, Wahrnehmungs-, Bewegungs-, Seh- oder Koordinationsstörungen muss aber sicher sein, weil sich Bewohnerinnen und Bewohner auf bauliche Barrieren nicht mehr einstellen können.

Fehlendes Bewusstsein für bauliche Sturzprävention

Alten- und Pflegeheime

- Zugang ins Freie auch bei Neu- und Umbauten nicht barrierefrei
- Kommissionen haben bei Besuchen festgestellt, dass in Wien und NÖ selbst bei Neu- bzw. Umbauten nicht darauf geachtet wurde, dass auch bei Zugängen zu Terrassen, Balkonen oder Gärten Barrierefreiheit gegeben sein muss. Solche Hindernisse sind einerseits eine Sturzfallgefahr für gehbehinderte Personen und verunmöglichen andererseits Rollstuhlnutzerinnen- und -nutzern die selbstständige Ausfahrt ins Freie. Wenn in einem 2014 eröffneten Pflegewohnhaus, das auch Wohnbereiche für Demenzerkrankte hat, der Zugang zum Demenzgarten durch eine schwer zu öffnende Tür und einen zu abschüssigen Gehweg zur Gefahr wird, liegen Planungsfehler vor. Die Kommission 4 hat im Sommer 2015 erhoben, dass die schönen Freiflächen deshalb kaum benutzt und die Begleitung Gehunsicherer in den Außenbereich aus Kapazitätsgründen nur sehr eingeschränkt möglich war. Die Notwendigkeit der baulichen Umgestaltung zur Sturzprävention wurde nicht bestritten. Die Verantwortung für derartige Mängel sind auch nicht auf Ebene der Einrichtungsleitung zu orten, sondern liegen beim Rechtsträger.
- Gravierende Mängel bei Altbauten
- Bei älteren Gebäuden sind die Mängel teils weit gravierender und betreffen Wohn- und Aufenthaltsräume, aber auch Sanitärbereiche. Ein in Wien von der Kommission 4 zweimal besuchtes Heim ist aufgrund weitgehend mangelnder Barrierefreiheit als für seine Zwecke nicht mehr geeignet angesehen worden. Der Empfehlung des NPM, dort Barrierefreiheit herzustellen, wurde nicht entsprochen. Behördliche Auflagen darf die MA 40 dort mangels einer entsprechenden Rechtsgrundlage nachträglich nicht vorschreiben. Der NPM kritisiert in diesem Zusammenhang, dass das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz allen Trägereinrichtungen hinsichtlich bewilligter Altbestände Übergangsfristen zur Herstellung der Barrierefreiheit bis Ende 2019 einräumt.
- Stolperfallen
- Auch andere Faktoren können für ältere Menschen gefährlich sein. So stellten nach den Feststellungen der Kommission 2 die Schläuche eines Zentralstaubsaugers in einem Alten- und Pflegeheim in Sbg ein großes Sturzrisiko dar. Wahrnehmungen zu vermeidbaren Stolperfallen gab es auch in anderen Bundesländern in Bezug auf rutschige Bodenbeläge, die unzureichende Beleuchtung in Gängen, Treppenstufen und Rampen mit zu hohen Steigungen, fehlende Handläufe etc.
- Der NPM betont regelmäßig den Stellenwert baulicher Maßnahmen der Sturzprävention für die Autonomie und Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern. Zugleich würden solche Maßnahmen aber auch das Personal entlasten, weil in einer barrierefreien Umgebung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verletzungen oder notwendiger begleitender Assistenz beim Betreten und Verlassen von Örtlichkeiten reduziert werden kann. Weniger Stürze bewahren auch das Gesundheitssystem vor Folgekosten in Zusammenhang mit notwendigen medizinischen Behandlungen. Es ist daher ein wichtiges Qualitätsmerkmal einer Institution, zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner mit geeigneten Maßnahmen Stürze und ihre Folgen, wie z.B. eine erhöhte Abhängigkeit, dauerhafte Behinderung oder Sturzangst zu minimieren.

In Pflegeheimen wird auf eine Sturzgefährdung aber bisweilen nicht mit einem Mehr an Unterstützung und Aktivierung, sondern mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reagiert. Diese werden fallweise von Angehörigen, die keine pflegfachliche Erfahrung haben, nachdrücklich eingefordert, wenn sich Stürze ereignet haben. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Bewohnerinnen und Bewohner durch Freiheitsbeschränkungen nicht vor Stürzen bewahrt werden. Vielmehr wird dadurch ein verfänglicher Kreislauf in Gang gesetzt. Aufgrund der erzwungenen Ruhigstellung verliert der Körper immer mehr an Muskelkraft und Balance, was letztlich die Sturzgefährdung weiter erhöht.

Freiheitsbeschränkung
erhöht Sturzgefahr

Zur Frage, wie eine effektive Sturzprävention auszusehen habe, geben relevante Studien und evidenzbasierte Leitlinien aus Deutschland, auf welche die Kommissionen in den Protokollen an die VA nach Besuchen immer wieder Bezug nehmen, ein relativ einheitliches Bild:

Leitlinien zur
Sturzprävention

Eine wirksame Sturzprävention setzt demnach voraus, dass das Sturzrisiko jeder Bewohnerin und jedes Bewohners umfassend und systematisch erhoben wird und dabei personenbezogene Risikofaktoren wie auch externe oder umgebungsbezogene Faktoren berücksichtigt werden. Da sich das Sturzrisiko auch im Laufe des Aufenthaltes noch verändern kann, ist es regelmäßig zu erheben, jedenfalls auch bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation. Auf Grundlage der erhobenen Daten sind individuelle Maßnahmen – unter Einbeziehung der Betroffenen – zur Sturzprävention zu planen und deren Eignung kontinuierlich zu prüfen.

Systematische
Erfassung von Risiken

In zahlreichen Studien wurde die Effektivität von Interventionen zur Sturzprävention untersucht, wobei grob zwischen personen-, personal- und umgebungsbezogenen Interventionen unterschieden werden kann. Als Beispiele für jeder der Gruppen können etwa angeführt werden: Hüftprotektoren, Schulungen des Personals, gut erreichbares Pflegerufsystem.

Aus den Protokollen aller 6 Kommissionen der vergangenen drei Jahre geht hervor, dass die Sturzprophylaxe in einigen der besuchten Einrichtungen nicht den Erfordernissen eines effektiven Präventionsprozesses entspricht. Auch die 2015 erfolgten Besuche erhärteten diese Einschätzung des NPM.

In je einer Einrichtung in Sbg und OÖ wurde ein Sturzmanagement auf Anregung des NPM erstmals eingerichtet. In anderen Fällen wurde von Kommissionen beanstandet, dass das bestehende System nicht ausreichend umgesetzt und/oder auf die regelmäßige Evaluierung von gesetzten Maßnahmen nach Sturzgeschehnissen verzichtet wurde. Wenn man vorhandene Risiken gänzlich und über längere Zeit ausblendet, kann dies fatale Folgen für Bewohnerinnen und Bewohner haben. Dies konnte durch Kommissionsbesuche hinreichend belegt werden.

Mängel bei Neu, Um-
und Altbauten

In einer Einrichtung in Tirol musste z.B. die Kommission 1 nach Einsichtnahme in die Dokumentation feststellen, dass dort innerhalb von 14 Tagen ins-

62 Stürze in 14 Tagen

gesamt 62 Stürze verzeichnet worden waren. Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, seither stark verunsichert zu sein und sich auch bei leichteren Verletzungen kaum mehr etwas zuzutrauen. Schmerzhaftere Stürze anderer zu beobachten, wirkte sich beängstigend auf Pflegebedürftige. Die Kommission 1 empfahl direkt vor Ort, umgehend eine fundierte sturzprophylaktische Neubewertung des gesamten Alten- und Pflegeheims in Angriff zu nehmen. Dies ist inzwischen auch geschehen und wurde durch Schulungen des Personals unterstützt.

Auswertung von Sturzgeschehen

Die fachliche Beurteilung jedes einzelnen Sturzes und die Auswertung des Sturzgeschehens auf der Ebene der gesamten Einrichtung (Erfassung von Häufigkeit, Umständen und Folgen aller Stürze in der Einrichtung) sind immer erforderlich, um Auswirkungen von Maßnahmen zur gesetzten Sturzprophylaxe langfristig bewerten zu können. Eine dieser Auswertungen in einer Einrichtung hat ergeben, dass Stürze vermehrt in der Zeit von Teambesprechungen stattfanden, also in einem Zeitraum, in dem wenig Personal für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stand. Durch organisatorische Änderungen konnte dieses Gefahrenmoment relativ einfach behoben werden.

Zentrale Dokumentation unerlässlich

Eine wichtige, aber bei knappen Personalressourcen im pflegerischen Alltag oft als Last angesehene Bedeutung kommt der Dokumentation im Sturzpräventionsprozess zu. Eine sorgfältige und umfassende Dokumentation sichert den Informationsaustausch und ist Grundlage für die Evaluierung der Pflegeplanung. Die Dokumentation und zentrale Erfassung der Sturzereignisse ist wiederum erforderlich, um Schwachstellen festzustellen und entsprechend darauf reagieren zu können.

- ▶ ***Nur eine wirksame Sturzprävention sichert Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern das Recht auf höchstmögliche Gesundheit.***
- ▶ ***Schulungen zur Sturzprävention, im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten sowie Betreuungskonzepte für Demenzkranke sind für die Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen wesentlich.***
- ▶ ***Das individuelle Sturzrisiko von Bewohnerinnen und Bewohnern ist nicht nur bei Eintritt in eine Einrichtung sondern regelmäßig, insbesondere bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation zu erfassen.***
- ▶ ***Sturzereignisse müssen sorgfältig analysiert, zentral dokumentiert und evaluiert werden.***

Einzelfälle: VA-OÖ-SOZ/0057-A/1/2015, S-SOZ/0004-A/1/2015, T-SOZ/0031-A/1/2015, NÖ-SOZ/0070-A/1/2015, W-SOZ/0056-A/1/2015, W-SOZ/0178-A/1/2015, S-SOZ/0034-A/1/2015

2.1.2.3 Arzneimittelsicherheit – medikamentöse Freiheitsbeschränkungen

Der NPM hat im Vorjahr den zum Teil unkritischen Umgang mit sedierender Medikation ins Visier genommen (PB 2014, Band 2, S. 32 ff). Die Polyphar-

mazie, aber auch die Verschreibung von für ältere Personen potentiell schädlichen Arzneimitteln und medikamentöse Freiheitsbeschränkungen ohne Prüfung von Alternativen, sind Fehlleistungen, denen man sich stellen muss. Bei einer Pressekonferenz, in welcher der NPM 2014 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, stand u.a. dieses Thema im Fokus der Aufmerksamkeit.

In anschließenden Mails und Anrufen wurde der NPM von Angehörigen, Sachwalterinnen und Sachwaltern, Ärztinnen und Ärzten, aber auch Pflegefachkräften ausdrücklich ersucht, sich weiter mit dem Thema zu befassen. Auf der anderen Seite gab es teils heftige Kritik. Der VA wurde von Seiten der Wirtschaftskammer und Gesundheitsberufsverbänden vorgeworfen, insbesondere das Pflegepersonal pauschal zu verunglimpfen, obwohl die Verschreibungen solcher Medikation durch die Ärzteschaft erfolgten. Heime seien nur für die pflegerische Betreuung, nicht aber auch für die medizinische Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich, hieß es u.a. ausdrücklich. Der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs vermeinte in einer Aussendung sogar, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen leben und arbeiten müssten und für die Ergebnisse, welche damit erzielbar seien, nicht verantwortlich zu machen wären. Hier seien Gesellschaft und Politik gefordert, mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen; weil sich Verbesserungen in den Personalstrukturen (Präsenz/Qualifikation) auch in den Tarifen abbilden müssten.

NPM erntet
Zustimmung und Kritik

In aller Deutlichkeit sei nochmals festgehalten, dass es weder dem NPM noch den Volksanwälten darum geht, einzelnen handelnden Akteuren die Schuld an den kritisierten Zuständen zuzuweisen. Das bringt bei einem Thema, bei dem das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner im Fokus steht und zu stehen hat, niemanden weiter. Bezeichnend ist, dass die Interessensvertretungen eine hohe Sensibilität in Bezug auf das Thema haben, die Verantwortlichkeit dafür aber außerhalb der eigenen Ingerenzbereiche verorten. In der Organisationssoziologie bezeichnet Verantwortungsdiffusion das Phänomen, dass eine Aufgabe, die zu tun ist, trotz genügender Anzahl und Aufmerksamkeit dafür geeigneter Stellen oder Personen nicht angenommen oder ausgeführt wird. Viele Seniorinnen und Senioren in Heimen sind multimorbide, leiden also an mehreren Erkrankungen gleichzeitig und benötigen entsprechend viele Medikamente. Doch im Zuge einer solchen Polypharmazie potenzieren sich auch die möglichen Wechselwirkungen. Zudem macht das Alter den Organismus anfälliger für Nebenwirkungen, u.a. Deshalb, weil sich die Wirkung vieler Medikamente verändern. Für diese Probleme möchte der NPM weiter sensibilisieren und zu einer Reduktion von medikamentösen Freiheitsbeschränkungen beitragen.

Die Thematik der inadäquaten, unangebrachten, nicht indizierten, in den allermeisten Fällen „Off label“-Anwendung psychotroper Substanzen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten mit demenzbedingten Verhaltensstörungen, welche sie und die Umgebung belasten, ist seit Jahren Gegenstand kriti-

scher Kommentare. Auch die Kommissionen weisen auf solche Sachverhalte hin.

Als Beitrag zur Versachlichung der Diskussion hält der NPM fest:

Psychopharmaka zählen zu jenen Arzneimittelgruppen, die in Pflegeeinrichtungen am häufigsten verordnet werden. Zweifelsohne kann eine Behandlung mit Psychopharmaka bei verantwortungsvoller Umsetzung therapeutischer Standards und unter Berücksichtigung klar definierter Indikationen dem Wohlbefinden der Heimbewohner dienen und zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen.

Feststellung der
Kommissionen

Festgestellt wurde von Kommissionen (und das im Einklang mit internationalen Studienergebnissen), dass der unangemessene Gebrauch von Psychopharmaka mit patientenindividuellen Merkmalen korreliert, die nicht als medizinrelevante Faktoren angesehen werden können. Dazu zählen Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner, wie ständige Unruhe oder Aggressivität. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird auch eine missbräuchliche Verwendung der Psychopharmaka vermutet, die auf eine Ruhigstellung von Bewohnerinnen und Bewohner abzielt. Auch die Wiener Heimkommission führte in ihrem öffentlich zugänglichen Bericht aus 2014 zum Themenkreis wörtlich aus: „Sicher werden psychotrope Pharmaka in der Intention (um nicht zu sagen „Indikation“) der Freiheitsbeschränkung verabreicht. Es gibt Hinweise, dass nicht alle, aber doch ein beträchtlicher Anteil der Psychopharmaka in einem inakzeptablen Ausmaß inadäquat, unangemessen, nicht indiziert – verordnet wird.“

Zahlen und Forschung zur Situation in Österreich gibt es kaum.

Risikoeinschätzung des
NPM

Vom NPM wird eine Behandlung mit einem Psychopharmakon dann als inadäquat angesehen, wenn es in einer zu hohen Dosis oder über eine übermäßig lange Zeit verordnet wird, kein adäquates Monitoring durchgeführt wird, keine klare Indikation vorliegt und/oder schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten.

Das Risiko für eine inadäquate Psychopharmakotherapie ist insbesondere dann höher (und dies sind gleichzeitig die Anknüpfungspunkte für die Prävention), wenn:

- a) die fachliche Kompetenz des Verschreibenden unzureichend bzw. eine angemessene Betreuung durch geriatrisch bzw. psychiatrisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte nicht gesichert ist (Psychopharmaka werden von Allgemeinmediziner*innen verordnet, fachärztliche Visiten finden nicht regelmäßig oder zu selten statt);
- b) das Pflegepersonal nicht entsprechend qualifiziert ist (insbesondere im Umgang mit herausforderndem Verhalten);
- c) die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Apothekern sowie Pflegekräften mangelhaft ist;

- d) die Dokumentation unzureichend ist (wenn etwa Indikation, Zielsymptomatik und Wirksamkeit der Therapie nicht dokumentiert sind; Bedarfsmedikation muss ausreichend spezifiziert sein, um dem Pflegepersonal nicht die Entscheidung über die Medikation zu überantworten);
- e) nicht-pharmakologische Maßnahmen erst gar nicht oder zu wenig in Betracht gezogen werden.

Es gibt einige positive Initiativen, welche nach der Berichtspräsentation des NPM eingeleitet oder ausgeweitet wurden:

Das Land NÖ startete 2015 in Zusammenarbeit mit dem LKH Baden, dem Landespflegeheim Baden, dem LKH Mödling, dem Landespflegeheim Mödling, der NÖ GKK, der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds das Projekt „Medication Reconciliation“. Hier soll die Medikation der Patientinnen und Patienten optimiert, die negativen Wirkungen der Polypharmazie sollen reduziert werden. NÖ

Ein weiteres Projekt des Landes NÖ ist die „NÖ-H-Polystudie“. Im Rahmen der Studie wird die Medikation aller in Landespflegeheimen neu aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohnern erfasst und nach acht Wochen nochmals überprüft. Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2016 vorliegen.

Die Verbesserung der Versorgung der demenzkranken Patientinnen und Patienten, die Stärkung der Betreuungs- und Pflegekräfte in den Heimen, die Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft sowie die Reduktion bzw. Anpassung von Psychopharmaka sind auch Ziele des in Vbg schon 2012 gestarteten Projektes „Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen“, welches 2015 auf weitere Einrichtungen ausgedehnt wurde. Vbg

In Sbg wurde die Medikation von 72 Bewohnerinnen und Bewohnern des Seniorenheimes Bad Gastein von einer Apothekerin evaluiert. Nach der Medikationsprüfung wurden mit der Pflegedienstleitung Vorschläge für eine Änderung der Medikation erarbeitet. Bei 40 % der Personen mit Schlaf- und Beruhigungsmedikation sowie 45 % der Bewohnerinnen und Bewohner mit Schmerzmedikation erfolgten darauf aufbauend geänderte ärztliche Verschreibungen; in 7 % der Fälle konnte auf Psychopharmaka überhaupt verzichtet werden. Die Vizepräsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, Mag. Dietlind Strasser, wurde zu einer Sitzung des NPM nach Wien eingeladen, um darüber Näheres zu erfahren. Sie stellte bei dieser Gelegenheit das Folgeprojekt GEMED (Geriatrisches Medikationsmanagement in stationären Alteneinrichtungen) vor. Die Teilnehmenden sind jeweils Apotheke und Seniorenheim von Abtenau, Bad Gastein, Bad Hofgastein, Kaprun, Mittersill, Radstadt, Werfen und Zell am See. Geplanter Start ist Mai 2016. Sbg

Die Handlungsempfehlung 3a in der im November 2015 vom BMG und BMASK veröffentlichten Demenzstrategie zu „Sensibilisierung, Kompetenzentwicklung, -stärkung und Qualifizierung von medizinischen und nicht medizi- Demenzstrategie 2015

nischen Akteuren/Akteurinnen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ sieht ein strukturiertes Medikamentenmanagement und die Verankerung fachlicher Aspekte und Implementierung demenzspezifischer Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Beteiligten Berufsgruppen vor.

- ▶ ***Ausgangspunkt der Strategien zur Vermeidung einer unangemessenen Polypharmazie ist die bei geriatrischen Patientinnen und Patienten oft komplexe und zeitintensive Arzneimittelanamnese.***
- ▶ ***Deren Angemessenheit ist im Einzelfall zu bewerten und gegebenenfalls eine Intervention im Sinne einer Medikamentenanpassung durchzuführen.***
- ▶ ***Gleichzeitig gilt: Nach der Bewertung ist vor der Bewertung. In regelmäßigen Abständen muss eine erneute Bestandsaufnahme erfolgen.***

Einzelfälle: VA-OÖ-SOZ/0074-A/1/2015, V-SOZ/0001-A/1/2015, NÖ-SOZ/0096-A/1/2015, T-SOZ/009-A/1/2015, u.a.m.

2.1.2.4 Umgang mit Schmerzen

Schmerzen sind auch im Alter beeinflussbar

Vielfach ist man der Meinung, dass das Auftreten von Schmerzen ein normales Begleitsymptom des Älterwerdens ist. Das stimmt so nicht. Oft werden Beschwerden einfach hingegenommen und Möglichkeiten der Reduzierung und Verhinderung von Schmerz nicht genutzt. Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 zeigt, warum das Thema auch in Alten- und Pflegeheimen relevant ist. „Jeder fünfte Mann und jede vierte Frau ab 75 Jahren ist davon betroffen. Von (sehr) starken Schmerzen berichtete jeder zehnte Mann ab 45 Jahren. Am größten ist die Prävalenz von (sehr) starken Schmerzen bei den Frauen ab 75 Jahren (20 %).“ In österreichischen Alten- und Pflegeheimen dürften, Untersuchungen zufolge, etwa zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner Schmerzen haben. Das verwundert niemanden, der die weit verbreitete Meinung teilt, dass Schmerzen zum Alter gehören. Dem widersprechen jedoch Mediziner und betonen, dass die Schmerzversorgung unzureichend ist und sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Ausbildung zu wünschen übrig lässt.

Unbehandelte Schmerzen

Schmerzen haben unterschiedlichste Ursachen und können in vielen verschiedenen Formen auftreten, chronisch oder akut sein und in unterschiedlichsten subjektiven Stärken vorliegen. Objektiv ist dieses Empfinden schwer zu erfassen. Bleiben Schmerzen unbehandelt, führt dies zu schwersten Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Langdauernde Schmerzen haben drastische Folgen für Körper und Psyche. Menschen verlieren den Appetit, magern ab, werden antriebslos oder aggressiv, die Suizidgefahr wächst.

Schmerz-Assessment

Um Schmerzen behandeln zu können, müssen sie rechtzeitig erkannt und in einem Schmerz-Assessment genau diagnostiziert werden. Eine umfassende Beurteilung des Schmerzes erfordert die Beobachtung zahlreicher Kriterien: Schmerzäußerung, Schmerzlokalisierung, Schmerzzeitpunkt, Schmerzdauer,

Schmerzintensität, Schmerzqualität sowie schmerzbegleitende Symptome. Hilfreich sind dabei gut überprüfte Skalen, mit denen die Betroffenen ihr Schmerzempfinden besser einschätzen können. Bei schwerst dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern wird die Schmerzerfassung durch eingeschränkte Mitteilungsmöglichkeiten erschwert. Die Gefahr, dass deren Leiden nicht mehr adäquat eingeschätzt, sondern bagatellisiert werden, ist groß. Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz haben keine Möglichkeit mehr, Schmerzen adäquat selbst zu äußern. Der zunehmende Verlust an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung führt dann zu einer hohen Abhängigkeit von Pflegepersonen. Bei diesen liegt wohl die Verantwortung, möglichen Schmerz „im wahren Sinne im Auge zu behalten“. Die Grundlage der Fremdeinschätzung ist die kontinuierliche und systematische Schmerzbeobachtung von Verhaltensänderungen wie zum Beispiel Gesichtsausdruck, Sprache oder Körperbewegung bei allen pflegerischen Verrichtungen. Wie bei der Selbsteinschätzung können auch bei der Fremdeinschätzung Skalen hilfreich sein. Von besonderer Bedeutung wäre gerade hier die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und Angehörigen.

Schmerz-Assessments sind in Alten- und Pflegeheimen leider nicht durchgehend Usus. Die Kommissionen stellten bei ihren Besuchen immer wieder fest, dass Schmerz-Assessments entweder noch nicht üblich sind oder die Dokumentation des Schmerzerlebens und der entsprechenden medikamentösen bzw. nicht-medikamentösen Maßnahmen sehr lückenhaft ist. Würden Schmerzen bei älteren Menschen routinemäßig mit derselben Priorität beurteilt werden wie Blutdruck, Puls, Atmung und Körpertemperatur, ließe sich ein erhebliches Maß an unnötigem Leiden, Stress und Angst vermeiden.

Schmerzprävention
unzureichend

Verstärkte Schulungen des Pflegepersonals betreffend die Schmerzeinschätzung- und -beeinflussung bei kognitiv beeinträchtigten Personen scheinen nach Meinung des NPM dringend angezeigt und wurden von den Kommissionen auch schon vielfach angeregt.

Es waren Bewohnerinnen und Bewohner, zuweilen auch deren zufällig anwesende Angehörige, die gegenüber den Kommissionen selbst ansprachen, dass das Schmerzgeschehen nur unzureichend in den Griff zu bekommen sei. Beanstandet wurde von Kommissionen bisweilen, dass mehrstündiges bewegungsloses Sitzenlassen in dafür nur bedingt geeigneten Faltrollstühlen, fehlende Kopfstützen sowie fehlende Aufmerksamkeit in Bezug auf beginnende oder fortschreitende Kontrakturen gegenüber Schonhaltungen etc. sowohl Schmerzen als auch das Auftreten von Dekubitus begünstigen.

Alten- und Pflegeheime, welche die Schmerzproblematik nicht erkennen oder vernachlässigen, versagen den Bewohnerinnen und Bewohnern die zu gewährleistende Pflegequalität.

- ▶ *Es ist regelmäßig notwendig, die Schmerzen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erkennen, einzuschätzen und diesen durch Maßnahmen zur Schmerzlinderung zu begegnen.*
- ▶ *Professionelle Schmerzbehandlung erfordert Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.*
- ▶ *Schulungen des gesamten Pflegepersonals bezüglich Schmerzerkennung und Schmerzeinschätzung kognitiv beeinträchtigter Personen sind unerlässlich.*

Einzelfälle: VA-NÖ-SOZ/0008-A/1/2015, NÖ-SOZ/0063-A/1/2015, NÖ-SOZ/0078-A/1/2015, W-SOZ/0370-A/1/2015, ST-SOZ/0095-A/1/2015, K-SOZ/0053-A/1/2015, K-SOZ/0051-A/1/2015

2.1.2.5 Strangulationsgefahr bei unsachgemäßer Fixierung im Rollstuhl

Bei einem unangemeldeten Besuch in einem Alten- und Pflegeheim hat die Kommission 4 eine unsachgemäße Verwendung eines Bademantelgürtels zur Fixierung einer Pflegebedürftigen im Rollstuhl wahrgenommen. Zufällig anwesend war auch der Ehemann der Betroffenen, welcher bestätigte, dass dies nicht zum ersten Mal erfolgte. Weder die Pflegedienstleitung noch der Geschäftsführer der Einrichtung zeigten sich darüber im Abschlussgespräch informiert und wurden ausführlich aufgeklärt, dass diese Form der Fixierung nicht nur unzulässig ist, sondern auch lebensgefährlich sein kann.

Fragliche
Gurtfixierungen

In den meisten Alten- und Pflegeheimen und in Krankenhäusern ist der Gebrauch von Medizinprodukten, welche die individuelle Bewegungsfreiheit von alten und/oder psychisch kranken, meist dementen Menschen einschränken, noch immer Bestandteil des Pflegealltags. Gurtfixierungen werden vor allem bei Personen mit erhöhtem Sturzrisiko, motorischer Unruhe, agitiertem Verhalten sowie auch Selbstbeschädigungsabsichten und Suizidgefahr eingesetzt.

Bewegungsfreiheit
gewährleisten

Deshalb müssen alle Bemühungen darauf abzielen, dem natürlichen Bedürfnis nach Bewegung soweit wie möglich Geltung zu verschaffen. Fixierungen durch Gurte, insbesondere Brust-, Bauch- und Beckengurte, gehen nicht nur mit Verlusten von Freiheit und Autonomie einher. Sie verursachen Stress und haben nachteilige Folgen für die Gesundheit. Der regelmäßige und dauerhafte Einsatz von Gurtsystemen kann zu Muskelatrophien führen. Dadurch wird die Steh- und Gehfähigkeit nach der Fixierungsphase verschlechtert. Erzwungene Immobilität begünstigt die Entstehung von Komplikationen wie Dekubitus, Beinvenenthrombosen und Pneumonien.

Nicht sach- und fachgerechte Anwendungen – wie die Fixierung mit Gürteln etc. – können Verletzungen in Form von Hautabschürfungen, Hämatomen, Weichteilquetschungen, Nervenschädigungen und Frakturen, im schlimmsten Fall sogar den Tod durch Ersticken, zur Folge haben.

- ▶ *Ärztliches und pflegerisches Fachpersonal ist gefordert, stets zu versuchen, die Ursachen für Unruhezustände, Weglauftendenzen und potenzielle Sturzgefahren zu erkennen und nach Möglichkeit ohne Fixierungen zu beseitigen.*
- ▶ *Gurtfixierungen dürfen nur mit dafür zugelassenen Medizinprodukten vorgenommen werden.*

Einzelfall: VA-W-SOZ/0078-A/1/2015

2.2 Krankenhäuser und Psychiatrien

2.2.1 Einleitung

Die Kommissionen besuchten im Berichtsjahr 30 Krankenanstalten, darunter 19 psychiatrische und 11 somatische Kliniken/Abteilungen.

Die Ausweitung von Besuchen des NPM auf Abteilungen in Krankenanstalten mit anderen als psychiatrischen Schwerpunkten ist dem Umstand geschuldet, dass hochaltrige, demente und multimorbide Personen vermehrt auch spitalsbedürftige Behandlungen in Anspruch nehmen müssen. Darauf müssen Krankenanstalten auch in Bezug auf die Wahrung deren Freiheitsrechte vorbereitet sein; auch sie unterliegen – was diesen Personenkreis betrifft – zu ihrem besonderen Schutz den Regulativen des HeimAufG.

Defizite bei
Ausstattung und
Ausbildung

Im Zuge dieser Besuche mussten Kommissionen wiederholt feststellen, dass gelindere Mittel (z.B. Niederflurbetten, Sensormatten) zur Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nicht bzw. nicht im ausreichenden Maß vorhanden sind. Damit ist die Ausstattung in Krankenanstalten defizitärer als in Alten- und Pflegeheimen. Weiters wurden Defizite an Information und Schulung für das Personal in den Bereichen Deeskalation, Aggressionsmanagement und Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen aufgezeigt.

Als Reaktion auf entsprechende Wahrnehmungen der Kommission 5 hat das Land NÖ dem NPM zugesichert, seine Investitionen in solche Alternativen zu vermehren. 2015 und fortführend auch 2016 werden in NÖ im Rahmen des Schulungsangebots für Spitalpersonal auch Schwerpunkte zu den Themen Opferschutz und Gewaltprävention, Anwendung des HeimAufG in Krankenanstalten, Deeskalation, Notwehr und Selbstschutz gesetzt. Erstmals werden auch Ausbildungen für „Trainerin und Trainer für Deeskalation und Sicherheitsmanagement“ angeboten.

Hospitalisierung

Die Kommission 4 hat in Wien aufgezeigt, dass hochbetagte Patientinnen und Patienten auch ohne medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung längere Zeit im Krankenhaussetting bleiben, weil sie ohne die Sicherung nachgehender Pflege nirgendwohin entlassen werden können. Die Organisation ausreichender Betreuung zu Hause bzw. die Unterbringung in Kurz- oder Langzeitpflegeeinrichtungen erfordert Zeit und vor allem die Unterstützung durch Dritte. Nicht selten kommt es in dieser Phase zur Bestellung von Sachwalterinnen und Sachwaltern, was Spitalsaufenthalte weiter verlängert.

Gesundheitliche Komplikationen sind in solchen Konstellationen nicht auszuschließen. Hospitalisierung kann nämlich die Entstehung eines Delirs gerade bei betagten Patientinnen und Patienten begünstigen. Weder deren psychosoziale Bedürfnisse noch nichtpharmakologisch-therapeutische Beschäftigungsangebote können im Spitalsetting adäquat abgedeckt werden. Die Gemeinde Wien hat auf diese Problematik insofern reagiert, als im Rahmen eines Pilot-

projekts eine vereinfachte Antragstellung und Bewilligung von Förderanträgen auf Kurz- und Langzeitpflege erprobt wird.

In der Psychiatrie stehen Zwangsmaßnahmen immer in einem Spannungsfeld mit therapeutischen Zielen, haben sie doch auch eine Ordnungsfunktion wahrzunehmen. Diese ordnungsrechtliche Verpflichtung wird häufig als Begründung genommen, Patienten bei Vorliegen einer Eigen- oder Fremdgefährdung in ihrer Freiheit zu beschränken. Zwangsmaßnahmen sind unter den im UbG als Zulässigkeitsvoraussetzung normierten Bedingungen notwendig. Internationale Studien zeigen jedoch, dass der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen in psychiatrischen Abteilungen stark variiert und nicht mit objektivierbaren Kriterien erklärbar ist. Man kann davon ausgehen, dass eine gezielte präventive Strategie die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reduzieren kann. Diese zu initiieren oder zu befördern, ist und bleibt eine Kernaufgabe des NPM.

Psychiatrie

Für die Frage, wie Freiheitsbeschränkungen möglichst vermieden werden können, ist bei den Risikofaktoren anzusetzen. Als wissenschaftlich belegt gilt, dass zwischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und aggressivem Verhalten ein starker Zusammenhang besteht. Eine effektive Präventionsstrategie muss demnach Maßnahmen umfassen, die geeignet sind, dem Entstehen von Gewalt bzw. Aggression vorzubeugen bzw. in bereits bestehenden Gewaltsituationen deeskalierend zu wirken. Da Gewalt und Aggression immer auch Folgen sozialer Interaktion sind, wird die Gewaltbereitschaft von Patientinnen und Patienten maßgeblich auch durch die Form der Beziehungsgestaltung und die diesbezügliche Haltung der Klinikleitungen beeinflusst. Institutionelle Bedingungen sind ebenfalls von gewaltpräventiver Relevanz. Dazu zählen räumliche Gegebenheiten (angemessene Belegung, Verteilung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Gewaltpotenzial) sowie organisatorische Abläufe. Klare und transparente Strukturen führen zu einer geringeren Inzidenz aggressiver Vorfälle; mit zunehmenden Einschränkungen steigt hingegen das Aggressionsniveau.

Wissenschaftlich
belegte Risikofaktoren

Das BMG hatte im Juli 2014, der Empfehlung des NPM folgend die Verwendung von psychiatrischen Intensivbetten (Netzbetten) sowie anderen „käfigähnlichen Betten“ per Erlass für unzulässig erklärt. Den Krankenanstalten- und Heimträgern wurde eine einjährige Übergangsfrist bis 1. Juli 2015 eingeräumt (vgl. hierzu PB 2014, Band 2, S. 45f).

Alternativen nach
Netzbettenverbot

Die Kommissionen 3 und 4 konnten bei ihren Besuchen feststellen, dass dieser Erlass zur Beendigung des Einsatzes von Netzbetten von den verantwortlichen Rechtsträgern fristgerecht umgesetzt wurde.

Im Zuge eines Besuchs im Wiener Otto-Wagner-Spital im August 2015 konnte die Kommission 4 wahrnehmen, dass durch intensive abteilungsinterne Vorbereitungen und Arbeitskreise eine Reihe von Alternativen zur zwangsweisen Verbringung in Netzbetten implementiert wurde. Es wird versucht, voraus-

Intensive Vorbereitung
im OWS

schauend deeskalierend zu handeln und Patientinnen und Patienten mehr Gesprächsangebote zu unterbreiten. Pflegepersonal wird bei der Verabreichung von Infusionen verstärkt zugezogen. Die flexible Zusammenarbeit der Pflgeteams mit den Ärztinnen und Ärzten funktioniert nach übereinstimmenden Aussagen. In verschiedenen Abteilungen waren aber beantragte Hilfsmittel (z.B. bewegungssensible Matten, Niederflurbetten) ein Monat nach Inkrafttreten des Netzbettenverbotseslasses noch nicht vollständig geliefert worden. Trotz der fallweise merkbaren Skepsis, mit den neuen Herausforderungen umgehen zu können, sind unter speziell schwierigen Rahmenbedingungen und der herrschenden Platznot Bedingungen geschaffen worden, die einen Anstieg von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vorbeugen und die Betreuung der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern könnten. Das ist als Leistung und Erfolg der Organisation, die sich viele Jahre gegen das Netzbettenverbot aussprach, anzuerkennen.

Der NPM hat angeregt, für den Umgang mit Einzelraumbeschränkungen ergänzende Standard Operating Procedures (SOP) zu erarbeiten und Qualifikations- und Trainingsmaßnahmen, insbesondere was situationsangepasste Auswahl und Art des Einsatzes gelinderer Mittel betrifft, fortzuführen. Menschenrechtliche Bedenken relevierte die Kommission 4 aber insbesondere, weil eine der Stationen in allen Zimmern, einschließlich der Gemeinschafts- und Außenbereiche, permanent rund um die Uhr eine Videoüberwachung vornimmt. Das stellt eine unverhältnismäßige Beschränkung der Privatsphäre dar und könnte zudem bei wahnhaften Störungsbildern kontraproduktiv sein, weil das latente Gefühl von Schutzlosigkeit und des Ausgeliefertseins dadurch verstärkt werden.

Zahlenmaterial, aus dem man die quantitative und qualitative Entwicklung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Otto-Wagner-Spital ersehen kann, wurde angefordert. Dieses soll dann analysiert werden; auch Folgebesuche 2016 sind geplant.

Zurückhaltung beim Einsatz von Securitydiensten

2014 ist der NPM entschieden dagegen aufgetreten, dass gewerbliche Sicherheitsdienste mitwirken, um Freiheitsbeschränkungen zu setzen bzw. mitunter auch als Unterstützung bei pflegerischen Handlungen mitwirken. Auch der OGH billigte nachfolgend diese Praktiken nicht. Gewerbliche Sicherheitsdienste sind – auch auf Anordnung des anwesenden Krankenhauspersonals – weder befugt noch berechtigt, an Fixierungen mitzuwirken. Das Höchstgericht qualifizierte auch alle körpernahen Eingriffe an Patientinnen und Patienten, etwa das Festhalten, um jemanden am Verlassen einer Station zu hindern, als unzulässig.

Vom Land OÖ als auch von Wien gibt es gegenüber dem NPM die schriftliche Versicherung, der Judikatur Rechnung zu tragen und Vorkehrungen dafür getroffen zu haben. Auch Im Otto-Wagner-Spital ist das Standard Operating Procedure dazu überarbeitet worden. Der Kommission 4 wurde zur Kenntnis gebracht, dass in diesem Spital auch erwogen wird, anstelle gewerblicher Si-

cherheitsdienste ein speziell geschultes hausinternes pflegerisches Kriseneinsatzteam zu installieren, was die Notwendigkeit der Beiziehung von gewerblichem Sicherheitspersonal auf den Stationen weiter reduzieren soll. Dieses Modell wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des psychiatrischen Krankenhauses favorisiert; es wurde vom NPM im Vorfeld der Entscheidungsfindung ausdrücklich befürwortet.

Das CPT hat nach seinem mehrtätigen Besuch im Herbst 2014 im Bericht an die Bundesregierung (CPT/Inf [2015] 34) im Bereich der Psychiatrie – wie schon 2009 – Empfehlungen erteilt, deren Umsetzung der NPM nicht nur unterstützt, sondern für unerlässlich erachtet. Vorbehalte und Widerstände dagegen gibt es nach Einschätzung des NPM vor dem Hintergrund damit verbundener Mehrkosten nach wie vor.

CPT- Empfehlungen
2015

So hat das CPT wiederholt, dass fixierte Patientinnen und Patienten kontinuierlich und direkt in Form einer Sitzwache von einem Mitglied des medizinischen Personals überwacht werden müssten. Der unmittelbare zwischenmenschliche Kontakt mit Patientinnen und Patienten soll beruhigen und Angstgefühle reduzieren. Ein solcher Beistand kann z.B. darin bestehen, Patientinnen und Patienten auf die Toilette zu begleiten und ihnen zu helfen, trotz Fixierung zu trinken und Nahrung aufzunehmen. Nach Ansicht des CPT ist es deshalb nicht ausreichend, sich ausschließlich auf Überwachungskameras zu verlassen.

Sitzwachen bei
Fixierungen

Die Kommissionen stellten fest, dass diese Empfehlung des CPT weitgehend nicht befolgt und mit fehlenden personellen Ressourcen begründet wird. Die Nichterfüllung menschenrechtlich gebotenen Schutzes der Menschenwürde in Zwangskontexten kann der NPM nicht hinnehmen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu betonen, dass die ebenfalls weiterhin von den Kommissionen beobachtete Praxis der Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gangbetten und die Sichtbarkeit von Fixierungsmitteln eine eklatante Verletzung menschenrechtlicher Standards darstellt, die nicht akzeptabel ist. So ist es für die Patientinnen und Patienten unzumutbar, dass sie während einer Fixierung von unbeteiligten Dritten beobachtet werden können, was gerade beim Einsatz von Gangbetten de facto nicht zu vermeiden ist. Dahinterliegende Kapazitätsengpässe sind als klarer Verstoß auch gegen § 1 Abs1 UbG zu werten, der besagt, dass die Menschenwürde psychisch Kranker unter allen Umständen zu schützen und wahren ist. Die Erfüllung dieser auch innerstaatlich explizit normierten Verpflichtung mahnt der NPM ein.

Gangbetten und sichtbare
Fixierungsmittel

Das CPT hat neuerlich betont, dass ein Zentralregister zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen Voraussetzung und Bestandteil einer effektiven und systematischen Präventionsstrategie zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen seien, deren Resultate dadurch klinikbezogen besser messbar und vergleichbar werden. Die Eintragungen in einem solchen Register sollten den Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Maßnahme, die

Register für
freiheitsbeschränkende
Maßnahmen

Umstände des Falles, die Gründe für die Anwendung der Maßnahme, den Namen des Arztes der sie angeordnet oder genehmigt hat, das Personal, das an der Anwendung der Maßnahme beteiligt war, und eine Beschreibung von Verletzungen, die Patientinnen und Patienten oder das Personal erlitten haben, enthalten.

Die Einrichtung eines Zentralregisters mit den im CPT-Bericht gewünschten Angaben ist im UbG nicht vorgesehen. Die Kommissionen mussten im Zuge ihrer Besuche feststellen, dass ein solches zentrales Register in den Krankenanstalten trotz der Bemühungen, die es gab und die auch der NPM unternahm, weitgehend noch nicht eingerichtet wurden. Dies wird zum Teil mit datenschutzrechtlichen Bedenken aber auch IT-Mehrkosten begründet. Für den NPM steht selbstverständlich außer Streit, dass diese Daten anonymisiert und nicht rückerfassbar verzeichnet werden müssten. Das BMG hat weitere Gespräche mit allen Krankenanstaltenträgern angekündigt.

Bei weiterem „Stillstand“ wäre zu überlegen, durch eine legislative Änderung des UbG die Krankenanstalten zur Einrichtung eines entsprechenden Registers in angemessener Frist zu verpflichten.

Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Die VA hat sich bereits im PB 2014 (Band 2, S. 48f) kritisch mit der unbefriedigenden Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich auseinandergesetzt. Die Kommissionen mussten aber weiterhin feststellen, dass aufgrund des bestehenden Fachärztemangels und unzureichender Kapazitäten Kinder und Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt und untergebracht werden, was sowohl unter Bedachtnahme auf die Judikatur als auch nach Ansicht des CPT eine Verletzung präventiver menschenrechtlicher und fachlicher Standards darstellt.

In diesem Sinn hat das CPT in seinem aktuellen Bericht nachdrücklich gefordert, dass alternative Lösungen erforderlich sind, um die Unterbringung von jugendlichen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gemeinsam mit erwachsenen Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Anstalten in ganz Österreich zu vermeiden.

Der schon bestehende Fachärztemangel wird aber noch zusätzlich durch die Notwendigkeit der Umsetzung der neuen arbeitszeitrechtlichen Regelungen für Ärztinnen und Ärzte in Spitälern verschärft. Dies führt generell vermehrt zu Engpässen in der psychiatrischen Versorgung, die sich beispielsweise in Wien daran zeigen, dass Nachtdienste in psychiatrischen Abteilungen nicht oder nur durch „Leihärzte“ aus dem niedergelassenen Bereich besetzt werden können.

Aus Sicht der VA ist es daher dringend notwendig, dass die Ausbildungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und Fachärzte – insbesondere auch im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Anwendung der in der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 vorgesehenen Mangelfachregelung – vermehrt werden und

durch strukturelle und organisatorische Maßnahmen generell weiterhin eine ausreichende psychiatrische Versorgung sichergestellt wird.

- ▶ *Abschaffung der Netzbetten umgesetzt.*
- ▶ *Korrektur Einsatz privater Sicherheitsdienste wird angestrebt.*
- ▶ *CPT-Empfehlungen aus 2015 zu Sitzwachen, Gangbetten und bezüglich der Einführung von Zentralregistern in psychiatrischen Anstalten sind umzusetzen*

Einzelfälle: VA-W-GES/0015-A/1/2015; W-GES/0016-A/1/2015; NÖ-GES/009-A/1/2015; NÖ-GES/0021-A/1/2015; BD-GU/0062-A/1/2015

2.2.2 Systembedingte Problemfelder

2.2.2.1 Sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Patientinnen durch Personal

Die VA hat durch ein anonymes Schreiben im März 2015 Kenntnis davon erlangt, dass ein in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses tätiger Physiotherapeut seit Sommer 2014 fortdauernde sexuelle Übergriffe an drei Frauen begangen haben soll. Begonnen habe es mit eher harmlos mit Überschreitungen von Therapiezeiten, deren Verlegungen auf den Nachmittag und einer einseitigen Beziehungsanbahnung, samt Einladungen zu Abendessen. Später soll es zunächst zu verbal distanzlosem Verhalten, dann aber auch zu unerwünschten Berührungen gekommen sein. Im anonymen Schreiben war die Rede davon, dass sich Frauen dem hilflos ausgeliefert sahen. Entsprechende Meldungen an die Klinik sollen aber nicht ernst genommen und die Opfer nicht ausreichend unterstützt worden sein.

Grenzüberschreitendes Verhalten eines Physiotherapeuten

Die Kommission 3 hat im Zuge eines Besuches dieser Abteilung festgestellt, dass im Oktober 2014 entsprechende Vorwürfe durch eine Patientin erhoben worden waren. Der Primarius der Abteilung setzte sich mit diesen Vorwürfen auseinander, führte Gespräche und ordnete an, dass Herr XY von der Einzelbetreuung von Frauen an der Station vorläufig entbunden, aber weiterhin in der Gruppentherapie eingesetzt wird. Dieser bestritt die Vorwürfe vehement, schien aber nicht der Lage zu sein, einen möglichen Eigenanteil an seinem Verhalten zu reflektieren. Nach Einlangen des anonymen Schreibens, welches auch dem Krankenhaus im März 2015 zuzuging, wurde der Physiotherapeut versetzt, weil er sich einer begleitend empfohlenen Supervision nicht unterzogen hatte.

Es hat an derselben Abteilung im Juni 2015 einen weiteren Vorwurf eines sexualisierten Übergriffs auf eine Patientin gegeben – diesmal durch einen Krankenpfleger. Hier hat die Klinik Strafanzeige erstattet.

Der NPM widmet der Thematik zentrale Bedeutung, weil sowohl aufgrund völkerrechtlicher Vorgaben als auch innerstaatlicher Regelungen der Schutz von

Gewalt gegen Frauen

Frauen und Mädchen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch in psychiatrischen Krankenanstalten menschenrechtlich sichergestellt werden muss. Wie auch aus dem anonymen Schreiben hervorgeht, müssen Psychiatrien sichere Orte sein, um nach akuten Krisen mit medizinischer und therapeutischer Unterstützung wieder einen Halt finden zu können. Frauen und Mädchen sind in allen Lebensbereichen vor sexuellen Grenzverletzungen nicht gefeit und überproportional davon betroffen. Im Kontext einer Zwangsbehandlung im Spital sind sie ob ihrer (chronischen) Erkrankungen dem dort tätigen Personal mehr oder weniger ausgeliefert. Der überwiegende Teil der Vorwürfe bezieht sich auf massive Distanzlosigkeiten, die im Spitalsalltag keinen Platz haben und eventuell die vom gerichtlichen Strafrecht gezogenen Grenzen überschreiten. Wenn jemand zum unerwünschten Duzen übergeht, Pseudovertraulichkeiten erzeugen will, anzügliche Bemerkungen über das Intimleben macht, Patientinnen anstarrt („mit Blicken auszieht“), Therapiezeiten verlegt, um Frauen nach Dienstschluss leichter zur Annahme von privaten Einladungen überreden zu können, liegt für den NPM eine sexuelle Belästigung (Gewalt gegen Frauen) vor. Es stellen sich Fragen der Organisationsverantwortung und des Opferschutzes.

Staatsverpflichtung Die Definition des Art. 1 der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) erfasst genderbasierte Gewalt. Diese ist demnach Gewalt zu bezeichnen, die gegen eine Frau gerichtet ist, eben weil sie eine Frau ist, oder als Gewalt, von der Frauen überproportional betroffen sind.

Auch in Art. 16 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (CRPD) wird das Recht auf Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch unter Bedachtnahme auf genderspezifische Aspekte festgelegt.

Die Istanbul-Konvention anerkennt den „strukturellen Charakter“ der Gewalt gegen Frauen als geschlechtsspezifische Gewalt sowie die Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen einer der entscheidenden sozialen Mechanismen ist, über den Frauen in eine untergeordnete Position im Vergleich zu Männern gezwungen werden.

Österreich ist gemäß Art. 40 der Istanbul-Konvention dazu verpflichtet, jede Form von ungewolltem sexuell bestimmtem verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten mit dem Zweck oder der Folge, die Würde einer Person zu verletzen, mit strafrechtlichen oder sonstigen rechtlichen Sanktionen zu belegen.

Gewalt gegen Frauen wird in Art. 3 lit. a der Konvention näher definiert und bezeichnet als Menschenrechtsverletzung „alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben“.

Standardisierte Prozesse und Leitlinien an Kliniken, wie bei Vorwürfen sexueller Übergriffe durch Spitalpersonal vorzugehen ist, scheint es nicht zu geben. Auch die Frage, wie man Opfer, insbesondere Frauen und Mädchen, präventiv besser schützen könnte, bedarf daher noch grundsätzlicher Erörterungen.

Analysen erforderlich

Der NPM wird sich vertiefend damit auseinandersetzen, bevor konkrete Empfehlungen ausgesprochen werden, und hat dazu auch den MRB um seine Unterstützung ersucht. Eine Arbeitsgruppe unter Federführung von Vertreterinnen und Vertretern des BMG wurde bereits eingesetzt.

- ▶ ***Der Schutz von Frauen und Mädchen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ist entsprechend völkerrechtlichen Vorgaben und innerstaatlichen Regelungen umfassend zu garantieren.***
- ▶ ***Fachkompetente Unterstützung potentieller Opfer ist bereits im Rahmen der Verdachtsabklärung, aber auch darüber hinaus, zu gewährleisten, wenn sich Vorwürfe gegen Spitalpersonal richten.***

Einzelfall: VA-BD-GU/0125-A/1/2015

2.2.2.2 Anwendung des Istanbul-Protokolls in österreichischen Krankenanstalten

In der medialen Berichterstattung wurde der Fall einer Wienerin thematisiert, die anzeigte, in der Silvesternacht zum 1. Jänner 2015 von einschreitenden Exekutivbeamten zu Unrecht an einer Tankstelle zu Boden geworfen, anschließend an Armen und Füßen gefesselt und unter anderem in den Rücken getreten worden zu sein. Daraufhin wurde sie mehrere Stunden in einer PI festgehalten.

Anzeige eines mutmaßlichen Polizeiübergriffs

Nach diesem Vorfall wurden Straf- und Verwaltungsstrafverfahren gegen die Anzeigerin eingeleitet, ohne dass aber gleichzeitig deren Misshandlungsvorfällen effizient nachgegangen, Polizisten dazu befragt, Zeugen gesucht und medizinische Beweise zur Unterstützung der Angaben der Betroffenen gesichert worden wären.

Die Betroffene wandte sich allerdings auch dagegen, dass sie als Opfer eines Polizeiübergriffs vom Krankenhaus, das sie unmittelbar nach Entlassung aus dem Polizeigewahrsam aufsuchte, nicht jene Unterstützung erhielt, die sie sich als potentielles Gewaltopfer erwartet hatte.

Dokumentation der Verletzungen im Spital

Diesbezügliche Erhebungen der Kommission 4 im AKH Wien ergaben, dass den Angaben der Frau über den Unfallhergang nicht geglaubt wurde. So findet sich im Erstversorgungsbericht des AKH Wien zum Unfallhergang vielmehr folgender Eintrag:

„Laut Rettungsprotokoll: Pat. wurde von der Polizei festgenommen nach tätlichem Angriff, beim Anlegen der Hand- und Fußfesseln wurde die Patientin an den Knöcheln und Handgelenken verletzt.“

Fremdverschulden: fraglich/Unfallart: Freizeitunfall/ambulanter Behandlungsbeginn 01.01.2015/09:59“.

Auch hinsichtlich der Befundung gab die Betroffene an, dass die Art und Weise, wie trotz ihres Zustandes mit ihr verfahren wurde, von Abwehr geprägt war, obwohl sie noch unter dem Eindruck der Ereignisse der vergangenen Nacht geschockt und psychisch belastet war und unter Schmerzen litt. Zwar wurde das Vorliegen einer möglichen Steißbeinfraktur bestätigt und eine Fotodokumentation über die Verletzungen gemacht, doch soll man ihr auch zu verstehen gegeben haben, die Befundung rasch abschließen zu wollen.

So wurde sie bloß auf die erstellte Fotodokumentation verwiesen, als sie darauf bestand, dass der Eintrag betreffend die Größe des Hämatoms verändert werden sollte, weil dieses nicht vermessen worden und breitflächiger als angegeben sei.

Die in diesem Fall erhobenen Fakten der Kommission 4 zeigen exemplarisch die Probleme auf, die für die Betroffenen bei der notwendigen sofortigen Sicherung von Misshandlungsspuren unmittelbar nach Polizeigewahrsam auftreten können.

Befassung des BMG

Die VA hat daher das BMG mit diesem Sachverhalt konfrontiert und unter Hinweis auf internationale menschenrechtliche Standards betont, dass Krankenanstalten bzw. den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten eine entscheidende Rolle bei der Aufklärung von behaupteten Polizeiübergreifen zukommt.

In diesem Zusammenhang ist jedenfalls der Eindruck zu vermeiden, dass Beamte ohnehin nie strafrechtlich verfolgt und zu Schadenersatz verpflichtet werden können.

Völkerrechtliche
Vorgaben

Art. 12 und 13 der UN-Konvention gegen Folter (CAT) sowie Art. 3 EMRK verpflichten alle Mitgliedstaaten dazu, jede glaubwürdig behauptete oder vermutete Verletzung des Verbots der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung durch öffentlich Bedienstete in möglichst effizienter und schnellster Weise von einer unabhängigen, unparteiischen Instanz untersuchen zu lassen.

Aus Art. 3 EMRK, Art. 13 CAT und den CPT-Standards ergibt sich eindeutig, dass eine unabhängige Untersuchung von möglicherweise in staatlicher Gewahrsam erlittenen Misshandlungen geeignet sein muss, zu einer Entscheidung darüber zu führen, ob Gewalt oder andere angewandte Methoden unter den jeweiligen Umständen gerechtfertigt waren oder nicht. Die staatliche Verpflichtung zu einer gründlichen Untersuchung richtet sich dabei nicht auf ein bestimmtes Ergebnis, sondern auf die eingesetzten Mittel. Sie erfordert, dass alle vernünftigen und möglichen Schritte unternommen werden, um Beweise über den Vorfall zu sichern, unter anderem die vorgeblichen Opfer, Verdächtigen und Augenzeugen zu identifizieren und zu vernehmen und Misshandlungsspuren frühzeitig und umfassend sicherzustellen.

Das 2001 erstmals veröffentlichte Istanbul-Protokoll (Handbuch für die wirksame Unterstützung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe) ist der Standard der Vereinten Nationen für die Begutachtung von Personen, die den Vorwurf erheben, gefoltert oder misshandelt worden zu sein, für die Untersuchung von Fällen mutmaßlicher Folter und für die Meldung solcher Erkenntnisse an die Justiz und andere Ermittlungsbehörden.

Istanbul-Protokoll

Es ergeben sich daraus Leitlinien und Hinweise für Ärztinnen und Ärzte, Anwältinnen und Anwälte sowie Psychologinnen und Psychologen, wie sie Folter und Misshandlungsvorwürfe effektiv nachgehen, vor allem dokumentieren und ordnungsgemäß sichern können. Dieses Handbuch wendet sich in drei Anhängen auch speziell an Ärztinnen und Ärzte, denen die Existenz des Istanbul-Protokolls allerdings vielfach nicht bekannt ist.

Das BMG hat auf Empfehlung des NPM im September 2015 sämtliche Krankenanstaltenträger Österreichs über das Istanbul-Protokoll informiert und diese ersucht, für die Sicherstellung der Implementierung des Istanbul-Protokolls Sorge zu tragen.

BMG für
Implementierung

- ▶ ***Die Implementierung des Istanbul-Protokolls in Krankenanstalten muss durch Ausbildung und Schulung unterstützt werden.***
- ▶ ***Die Beweissicherung durch Medizinerinnen und Mediziner im Krankenhaus muss opfersensibel und umfassend erfolgen.***

Einzelfall: VA-BD-GU/0065-A/1/2015

2.2.2.3 Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen in psychiatrischen Krankenhäusern

Medikamentöse Dämpfungen im psychiatrischen Kontext unterliegen den Regeln der §§ 35 UbG über die ärztliche Behandlung und eröffnen gerichtlichen Rechtsschutz für die davon betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Kommissionen der VA haben nach Besuchen in psychiatrischen Krankenanstalten ergänzend dazu die Frage aufgeworfen, inwieweit Sedierungen im Anwendungsbereich des UbG auch als medikamentöse Freiheitsbeschränkungen anzusehen, gesondert zu dokumentieren und gem. § 33 UbG zu melden wären. In der Praxis geschieht dies nämlich nicht; die Patientenanwältinnen und -anwälte erhalten nur Kenntnis von Fixierungen bzw. können dazu Einsicht in Krankengeschichten nehmen.

Die Ärztinnen und Ärzte an psychiatrischen Abteilungen und Klinikleitungen vertreten die Auffassung, dass auch gegen den Willen Betroffener erfolgende medikamentöse Interventionen grundsätzlich keine Freiheitsbeschränkungen, sondern notwendiger Teil der psychiatrischen Behandlung sind. Im UbG seien für die ärztliche Behandlung einschließlich einer besonderen Heilbehandlung gerade deshalb spezielle Regelungen vorgesehen worden.

Für Ärztinnen und Ärzte
Teil der Behandlung

Krankenhäuser und Psychiatrien

CPT empfiehlt gleiches Schutzniveau

Im Gegensatz hierzu hat allerdings das CPT in seinem aktuellen Bericht nochmals ausdrücklich bekräftigt, dass diese Argumentation nicht geteilt wird. So betont das CPT, dass erregte bzw. gewalttätige Patientinnen und Patienten, die einer medikamentösen Maßnahme ausgesetzt werden, prinzipiell in den Genuss derselben Schutzmaßnahmen kommen sollten, wie Patientinnen und Patienten, die anderen Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen unterzogen werden. Das CPT hat daher empfohlen, dass auch medikamentöse Freiheitsbeschränkungen in psychiatrischen Krankenhäusern in zentralen Registern für freiheitsbeschränkende Maßnahmen erfasst und den Patientenanwälten gemeldet werden sollten.

Pharmakologische Beeinflussung als Freiheitbeschränkung

Auch wenn die Regelungen des § 33 UbG primär auf mechanisch-physische oder elektronische freiheitsbeschränkende Maßnahmen abstellen, wird in Teilen der Lehre die Rechtsmeinung vertreten, dass unter bestimmten Umständen auch bei pharmakologischen Beeinflussungen eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit anzunehmen ist. Der OGH hat in einer Entscheidung aus dem Jahr 1997 ebenfalls ausgeführt, dass es „bei massiven Beschränkungen der Bewegungsfreiheit“ nicht entscheidend sei, ob eine Freiheitsbeschränkung durch physische Zwangsmaßnahmen oder durch pharmakologische Beeinflussung erfolgt. Auch nach geltender Rechtslage kann daher eine gegen den Willen von Patientinnen und Patienten erfolgte medikamentöse Ruhigstellung mitunter als Beschränkung der Bewegungsfreiheit iSd §§ 2 u. 33 UbG angesehen werden.

Diese Überlegungen zeigen, wie wichtig es wäre, den Empfehlungen des CPT aus 2009 und 2015 Rechnung zu tragen.

BMG sieht Handlungsbedarf

Inzwischen hat das BMG gegenüber dem NPM zugestanden, dass im Anwendungsbereich des UbG auch im Lichte der Judikatur des OGH Handlungsbedarf nach Klärung offener Fragen besteht.

Die Erstellung einer bundesweiten Leitlinie „für Alternativen zu Netzbetten“ wurde in einer Sitzung des Beirates für psychische Gesundheit diskutiert. In der Sitzung haben sich die Vertreterinnen und Vertreter der österreichischen Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) und der Österreichischen Fachgesellschaft für Kinder-Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) bereit erklärt, diese gemeinsam auszuarbeiten. In diesen Leitlinien sollen auch medikamentöse Freiheitsbeschränkungen thematisiert und geregelt werden.

- ▶ ***Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen können auch im Rahmen medizinischer Behandlungen in psychiatrischen Krankenanstalten auftreten.***
- ▶ ***Bundesweite Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften sind im Sinne der Empfehlungen des CPT zu entwickeln.***

Einzelfall: VA-BD-GU/0062-A/1/2015

2.2.2.4 De-facto-Unterbringung durch Versperren der Stationstür

Im Zuge eines Besuchs im Klinikum Klagenfurt, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kinder- und Jugendalters, stellte die Kommission 3 fest, dass bereits bei der Unterbringung eines Jugendlichen die Stationstüre versperrt wird, was zu einer „De-facto-Unterbringung“ aller anderen Jugendlichen führt. Auch sie müssen bei Verlassen der Station das Personal um Aufsperrn der Tür ersuchen, wobei dann auch immer wieder nach dem Grund für den „Ausgangswunsch“ gefragt wird.

In Gerichtsverfahren zu vergleichbaren Fällen wurde bereits klargestellt, dass das Versperren von Stationstüren immer als Freiheitsbeschränkung zu qualifizieren ist. Daran ändert auch nichts, dass das Personal um Abhilfe gebeten werden kann. Die ständige Abhängigkeit der freien Aufenthaltsveränderung vom Willen Dritter ist kein bloß unwesentlicher Eingriff in das Recht auf persönliche Freiheit.

Judikatur

Begründend wird in der Judikatur ausgeführt, dass sämtliche der in § 33 UbG erwähnten Formen von Beschränkungen auch zum Vorliegen einer Unterbringung iSd § 2 UbG führen, wobei eine besondere „Erheblichkeitsschwelle“ hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Beschränkungen nicht vorgesehen ist. Für eine freiwillige Anhaltung oder Betreuung eines Patienten in einem geschlossenen Bereich einer Anstalt oder Abteilung ohne Unterbringung iSd § 2 UbG bietet das UbG keinerlei Handhabe. Das ist im Lichte völkerrechtlicher und verfassungsgesetzlicher Vorgaben in Bezug auf das Recht auf persönliche Freiheit auch zur Wahrung der Menschenwürde notwendig.

In diesem Zusammenhang wurde gegenüber der Kommission 3 argumentiert, dass man bei Aufnahme auf die Station alle Jugendlichen und deren Obso- geberechtigten schriftlich um Zustimmung für das Versperren der Stationstüre ersuchte.

Einverständniserklärung reicht nicht aus

Einverständniserklärungen, die einen gesetzwidrigen Zustand legitimieren sollen, qualifiziert der NPM als unwirksam. Abgesehen davon wird in der dem NPM vorliegende Einverständniserklärung auf ein bloß gelegentliches Versperren der Eingangstüre zur Station Bezug genommen. Dadurch wird der Eindruck erweckt, dass die Station nur ausnahmsweise verschlossen werde, obwohl dies de facto auch für längere Zeiträume durchgehend der Fall sein kann.

Aus fachlicher Sicht wird diese Vorgangsweise seitens des Krankenhauses damit begründet, dass eine völlige Isolierung einzelner Minderjähriger aufgrund der damit verbundenen Stigmatisierung und Ausgrenzung vermieden werden muss. Zudem stoßen solche Maßnahmen auch auf Unverständnis bei freiwillig dort behandelten Jugendlichen, die sich als Peer-Group solidarisieren.

Betreuungskonzept problematisch

Ein Konzept, das auch in Akutsituationen ein durchgehendes soziales Lernen zwischen zwangsweise untergebrachten und dort freiwillig als behandlungs-

bedürftig aufhaltigen minderjährigen Patientinnen und Patienten befördern soll, beinhaltet allerdings auch Risiken. Es kann dabei einerseits zu nicht intendierten und vorab schwer absehbaren Überforderungen beider Gruppen kommen und stellt andererseits eine potentielle Gefahr für Retraumatisierungen dar. Häufige Konfrontationen zwischen krankheitsbedingt hoch aggressiven Jugendlichen und ihren Mitpatientinnen und -patienten können je nach Gruppendynamik auch angstverstärkend wirken.

So hat die Kommission 3 selbst einen massiven Aggressionsausbruch eines Jugendlichen beobachtet und sich auch davon überzeugt, dass sein Verhalten, aber auch das Miterleben der Bewältigung des Akutgeschehens von Mitpatientinnen als bedrohlich empfunden wurde.

Alternative zum Versperren der Stationstür in Planung

Die Klinik plant, ein elektronisches Meldesystem bei Verlassen der Station als Alternative zum Versperren der Stationstüre zu entwickeln und damit Freiräume zu schaffen, die eine zulässige willentliche Ortsveränderung nicht unterbinden. Auch dabei sind aus Sicht des NPM flankierende Maßnahmen zu treffen, um potentiell übergreifende Gefährdungen wirklich auszuschließen. Nach Ansicht des NPM müssten im Zuge einer begleiteten Evaluierung auch bei alternativen Lösungen die durch die gemeinsame Betreuungssituation bedingten Überforderungsszenarien für Minderjährige im Auge behalten werden.

- ▶ ***Das Versperren von Stationstüren ist als freiheitsbeschränkende Maßnahme zu qualifizieren und darf nicht zu einer unzulässigen „De-facto-Unterbringung“ unbeteiligter Minderjähriger führen.***
- ▶ ***Potentielle Überforderungen, die durch die gemeinsame Betreuung von zwangsweise und freiwillig untergebrachten Jugendlichen entstehen können, sind zu minimieren.***

Einzelfall: VA-BD-GU/0117-A/1/2015

2.2.2.5 Defizite in der psychiatrischen Versorgung in Kärnten

Keine ausreichenden Kapazitäten im LKH Villach

Im Zuge von Besuchen des LKH Villach, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, musste die Kommission 3 feststellen, dass die räumliche Situation äußerst beengt ist. So werden die Patientinnen und Patienten zum Teil in Sechsbettzimmern betreut. Weiters verfügt das LKH Villach nicht über die erforderlichen Kapazitäten, um die im Versorgungsgebiet notwendige Betreuung von untergebrachten Patientinnen und Patienten in einem geschützten Bereich sicherzustellen.

Transfer in das LKH Klagenfurt notwendig

Diese inadäquaten Rahmenbedingungen führen dazu, dass viele UbG-Patientinnen und Patienten nach der Erstuntersuchung mit der Rettung in die Abteilung für Psychiatrie des LKH Klagenfurt gebracht werden.

Diese Weitertransporte akut fremd- bzw. selbstgefährdeter Patientinnen und Patienten werden häufig ohne ärztliche bzw. zuweilen auch ohne polizeiliche Begleitung durchgeführt.

Eine solche Vorgangsweise ist höchst bedenklich. Die betroffenen Patientinnen und Patienten können oft nicht medikamentös behandelt werden können, weil die Transferierung aus ärztlicher Sicht das Risiko eines Atemstillstandes oder Kreislaufzusammenbruchs birgt. Auch die Vertretungsnetz-Patienten-anwaltschaft hat festgehalten, dass eine mechanische oder medikamentöse Beschränkung während eines solchen Überstellungstransports unter Bedacht-nahme auf die maßgeblichen Regelungen des UbG niemals eine „selbstver-ständliche Praxis“ sein kann.

Vom Eintreffen des diensthabenden Psychiaters im LKH Villach bis zur wei-teren Behandlung im LKH Klagenfurt können bis zu zwei Stunden vergehen. Aufgrund der gesundheitlich mit dem Transport und der verzögerten Behand-lung verbundenen Gefahren sind die Versorgungsdefizite sowohl aus men-schenrechtlicher Sicht als auch im Hinblick auf haftungsrechtliche Fragen äußerst bedenklich.

Die sich daraus ergebende Belastung der betroffenen Patientinnen und Patien-ten könnte nur vermieden werden, indem die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die im LKH Villach nach dem UbG unterzubringen sind, dort auch erfolgen kann.

Diese Überstellungstransporte führen nämlich auch im LKH Klagenfurt zu erheblichen Problemen. Die Kommission 3 stellte fest, dass auch in diesem Spital die baulichen Voraussetzungen für eine zeitgemäße psychiatrische Ver-sorgung der Patientinnen und Patienten nicht gegeben sind. Aufgrund der veralteten Baustruktur müssen Fünfbettzimmer ohne Dusche belegt werden. Dieser Platzmangel führt dazu, dass auch Gangbetten auch zur Durchführung mechanischer Fixierungen genützt werden. Die Intim- und Privatsphäre ist durch Paravents nur beschränkt gegeben, weil deren Überwachung gesichert sein muss.

Keine adäquate Be-
treuung im
LKH Klagenfurt

Die an sich schon angespannte Personalsituation im LKH Klagenfurt wird so-wohl durch vom LKH Villach veranlasste Transferierungen als auch die im ärztlichen Dienst notwendige Umsetzung EU-konformer arbeitszeitrechtlicher Beschränkungen wesentlich verschärft.

Diese strukturellen Probleme führen dazu, dass der UbG-Anteil der Patientin-nen und Patienten an der Abteilung mit 43 % vergleichsweise hoch ist und vermehrte Freiheitsbeschränkungen begünstigt. Auch die Patientenanwalt-schaft hat die Häufigkeit mechanischer Fixierungen an der Abteilung kritisiert und darauf hingewiesen, dass sie lediglich im Otto-Wagner-Spital in Wien – also im Ballungsraum einer Großstadt – noch höher ist.

Hoher Anteil an
untergebrachten
Patientinnen und
Patienten

In den vorliegenden Stellungnahmen des Landes Ktn werden diese Mängel weitgehend eingeräumt und eine Komplettisanierung bzw. ein Neubau beider betroffener Spitäler in Aussicht gestellt. Mit einer Umsetzung dieser Projekte ist allerdings erst in mehreren Jahren zu rechnen.

Neubauten
beabsichtigt

Aufgrund der massiven strukturellen Defizite muss auch in diesem Übergangszeitraum dringend eine Verbesserung der Betreuungssituation psychiatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen. Hierfür wäre es unter Bedachtnahme auf grundlegende internationale menschenrechtliche Standards erforderlich, den Personalstand aufzustocken und die psychiatrische Abteilung im LKH Klagenfurt generell, insbesondere auch durch eine Erhöhung der Kapazitäten im LKH Villach, zu entlasten.

- ▶ ***Der Neubau bzw. die Sanierung von Abteilungen im LKH Klagenfurt und im LKH Villach sind zur Sicherstellung einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung in Ktn geboten und ohne weitere Verzögerung in Angriff zu nehmen.***
- ▶ ***Zusätzlich sind dringend alle Möglichkeiten auszuschöpfen, Personalkapazitäten in beiden Spitälern aufzustocken.***

Einzelfälle: VA-BD-GU/0116-A/1/2015; BD-GU/0125-A/1/2015

2.2.2.6 Gerontopsychiatrische Versorgung

Die Kommission 4 stellte im Zuge eines Besuchs des Otto-Wagner-Spitals fest, dass einzelne Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen über die aus medizinischen Gründen notwendige Aufenthaltszeit hinaus betreut werden, weil zu wenig adäquate extramurale Betreuungsplätze vorhanden sind.

Die Krankenanstalt ist in ihrem Verantwortungsbereich jedenfalls auch bei dieser Patientinnen- und Patientengruppe bemüht, die Verweildauer unter Bedachtnahme auf das Wohl der Betroffenen zeitlich so angemessen wie notwendig zu bemessen. Die Verfügbarmachung von extramuralen Pflegeeinrichtungen- und Wohnheimplätzen entzieht sich jedoch der Steuerung des KAV.

Es sollten daher Maßnahmen zu einer Verbesserung der extramuralen gerontopsychiatrischen Betreuung veranlasst werden, um die Verlängerung stationärer Aufenthalte über den Zeitraum einer medizinischen Indikation hinaus möglichst zu vermeiden.

- ▶ ***Die extramuralen Plätze für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten sind zur Vermeidung medizinisch nicht mehr indizierter Spitalsaufenthalte zu erhöhen.***

Einzelfall: VA-BD-GU/0004-A/1/2015;

2.3 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

2.3.1 Einleitung

Im Jahr 2015 haben die Kommissionen der VA 78 WGs und Wohnheime für Kinder- und Jugendliche, die nicht bei ihrer Familie aufwachsen können, besucht. Der NPM hat seit 2013 eine Kooperationsvereinbarung mit den Kinder- und Jugendanwaltschaften der neun Bundesländer. Die VA und ihre Kommissionen haben Vertreterinnen und Vertreter dieser Organisationen deshalb 2015 zu einem Meinungsaustausch nach Wien eingeladen. Gemeinsam wurde insbesondere diskutiert, was zum verstärkten Schutz unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge getan werden müsste. Diese Kooperation erweist sich wertvoll, weil durch ein akkordiertes Vorgehen generell mehr Aufmerksamkeit auf Kinderrechtsthemen gelenkt werden kann.

Wachsende Nachfrage
für spezielle Plätze

Wie bereits in den ersten drei Jahren seit Beginn der Tätigkeit der Kommissionen fällt besonders auf, dass es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach wie vor zu wenige spezielle Plätze gibt. In sozialpädagogischen WGs oder Wohnheimen ohne höheren Personaleinsatz bzw. Personal mit spezieller Ausbildung ist es unmöglich, den besonderen Bedürfnissen dieser Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden. Die in NÖ schon 2014 abgeschlossene wissenschaftlich begleitete Kinder- und Jugendhilfeplanung hat ebenfalls ergeben, dass es immer mehr Kinder mit massiven Verhaltensproblemen und psychiatrischen Störungen, mit schweren Bindungsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie massiven Störungen des Sozialverhaltens gibt, welche in der sozialen Gemeinschaft und Gruppensituationen überfordert sind und deren aggressive Ausbrüche für andere Kinder traumatisierend wirken. Ebenso wurde eine wachsende Nachfrage in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und zusätzlichen psychiatrischen Störungsbildern festgestellt.

Immer wieder finden die Kommissionen in sozialpädagogischen Einrichtungen Kinder und Jugendliche vor, die dringend eine spezielle Betreuung in Kleingruppen oder sogar Einzelbetreuung benötigen würden, weil sie nur beding gruppentauglich und mit den vorherrschenden Gegebenheiten massiv überfordert sind. Deren psychosoziale Überforderung überträgt sich auf das Personal, das zuweilen auch massiveren körperlichen Attacken ausgesetzt ist. Körperliche Übergriffe auch gegen andere Minderjährige können nicht durchgehend verhindert werden. Verängstigt angetroffene Mitbewohnerinnen und -bewohner sowie demolierte Einrichtungen sprechen eine deutliche Sprache. Zum einen handelt es sich dabei um Kinder oder Jugendliche, bei denen sich die psychischen Probleme erst nach einiger Zeit einstellen und für die dann nicht rasch genug eine passende Einrichtung gefunden werden kann. Es kommt aber auch vor, dass Kinder und Jugendliche mangels freier Spezialplätze durch Kinder- und Jugendwohlfahrtsträger in Einrichtungen untergebracht werden, wo von vorn herein klar sein müsste, dass diese nicht vorbereitet sind

Jugendwohlfahrtseinrichtungen

und auch nicht die Personalressourcen haben, um damit umgehen zu können.

Verbleib in
Kriseneinrichtung trotz
Beendigung der
Abklärung

In zwei Krisenzentren der Stadt Wien beklagte das Personal den Mangel an adäquaten sozialtherapeutischen Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und aggressivem Verhalten. Es wurde berichtet, dass Kinder mitunter statt der vorgesehenen sechs Wochen mehrere Monate im Krisenzentrum bleiben müssen, bis eine passende Einrichtung gefunden werden kann, obwohl die Abklärung längst beendet ist. Der Kommission 4 wurden mehrere Jugendliche namentlich benannt, welche nach mehreren Monaten (in einem Fall sogar acht Monate) mangels Verfügbarkeit speziell auf deren Bedürfnisse ausgerichteter Betreuungsplätze nach Hause entlassen wurden. Durch das überlange Zuwarten und die mangels Alternativen in Kauf genommene weitere Gefährdung des Kindeswohles in der Herkunftsfamilie werden Schutzpflichten missachtet, die der Träger der Kinder- und Jugendhilfe gerade in Bezug auf Minderjährige mit ungünstigen Entwicklungsprognosen wahrnehmen muss.

Auch wenn – zumindest in Wien und einigen Bundesländern – in den vergangenen Jahren zusätzliche sozialtherapeutische Plätze geschaffen wurden, entspricht das Angebot nach wie vor bei weitem nicht der Nachfrage.

Dezentralisierung bringt
Erfolge

Die bereits in einigen Bundesländern begonnene Dezentralisierung der Einrichtungen von Großheimen in Richtung kleinerer, ausgegliederter WGs bringt erste wahrnehmbare Erfolge. Wien hat die Heimreform 2000 bereits abgeschlossen und ist in diesem Bereich Vorreiter. NÖ hat mit der Neustrukturierung als Reaktion auf die Empfehlungen der wissenschaftlich begleiteten Kinder- und Jugendhilfeplanung nunmehr damit begonnen. Die Tiroler LReg sicherte zu, die Notwendigkeit der Dezentralisierung der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen erkannt zu haben und die Anregungen des NPM in einem längerfristigen Prozess aufgreifen zu wollen. Auch die anderen Bundesländer sollten diesen Beispielen folgen.

Verbesserungen sind
bemerkbar

Die Kommissionen stellten bei ihren Folgebesuchen in einigen Einrichtungen maßgebliche Verbesserungen im Bereich der Partizipation fest. Einrichtungen bemühen sich verstärkt, die Wünsche und Anregungen der Kinder und Jugendlichen in Kinderteams, Hausparlamenten, aber auch bei Entscheidungen im Einzelfall miteinzubeziehen. Diese Entwicklung ist im Hinblick auf Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention und Art. 4 BVG über die Rechte von Kindern, wonach die Meinung der Kinder zu berücksichtigen ist, besonders zu begrüßen. Die Etablierung partizipativer Abläufe in den für sie relevanten Lebensbereichen ist für Kinder und Jugendliche gerade in der Fremdunterbringung von immens großer Bedeutung und menschenrechtlich geboten.

Durchaus positive Rückmeldungen erhielt der NPM auch in Bezug auf initiierte Bemühungen, das Recht auf Privatsphäre fremdbetreuter Minderjähriger zu wahren. Kleine Veränderungen bringen oft schon beachtliche Fortschritte und können bei Konflikten und Auseinandersetzungen zwischen Kindern

und Jugendlichen vorbeugend wirken. Oftmals fehlt es bei den Besuchen an versperrbaren Kästen, um darin persönliche Dinge aufbewahren zu können. Es fällt wesentlicher leichter, Minderjährigen Achtung vor dem Eigentum anderer als einen eigenständigen Wert zu vermitteln, wenn sie Dinge, die ihnen gehören und ihnen besonders wichtig sind (Spielsachen, Handys etc.), vor Zugriffen und Beschädigungen selbst schützen können. Daher müssen versperrbare Kästen nach Meinung des NPM zur Minimalausstattung gehören. Die Einrichtungen bzw. die Kinder- und Jugendhilfeträger sicherten den Kommissionen und der VA zu, Mankos rasch beheben zu wollen. Wenn Türen zu den Kinderzimmern nicht von innen versperrt und die Zimmer jederzeit betreten werden können, nimmt man ihnen gleichfalls selbstbestimmte Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre. Manche Einrichtungen sagten den Kommissionen schon im Zuge der Abschlussgespräche zu, Drehknöpfe, mit denen die Zimmer von innen versperrbar werden, anbringen zu wollen. Von außen müssen Türen im Bedarfsfall jederzeit vom Personal geöffnet werden können. Art. 8 EMRK, welcher ein Recht auf Privatleben gewährleistet, sowie Art. 16 UNKRK wird dadurch entsprochen. Der Kritik der Kommissionen an fehlenden Beschwerdemöglichkeiten bzw. mangelnder Information über die bestehenden Kinder- und Jugendanwaltschaften wurde durch Anbringen von Beschwerdekästen und Aufhängen von Plakaten Rechnung getragen.

In einer Einrichtung mit betreutem Wohnen befürchtete die Kommission Probleme im Zusammenhang mit dem Schutz der Daten der untergebrachten Jugendlichen, da Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Dokumentation auf privaten PCs verfassen und abspeichern. Durch Umgestaltung der Büroräumlichkeiten bzw. Anmietung eines neuen Hauptbüros und Schaffung von Speicherplatz für eine dezentrale Dokumentation wurde dieses Problem behoben. Ein Problem im Spannungsfeld mit dem Recht auf persönliche Freiheit und der Verpflichtung zur Sicherung von Fluchtwegen und Notausgängen wurde in kleinen WGs der Stadt Wien gesehen, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Wohnungstüren in der Nacht durchgehend absperren. Wohnungstüren dürfen vorsichtshalber kurzfristig verschlossen werden, wenn nur dadurch der Ein- und Ausgang kontrolliert werden kann, um ungebetene Gäste abzuhalten oder um zu verhindern, dass sich Kinder in Gefahr bringen. Der Kinder- und Jugendhilfeträger versprach, das sozialpädagogische Personal darüber aufzuklären.

Verbesserter
Datenschutz

Nach wie vor sind die meisten Gebäude, in denen sich Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe befinden, nicht barrierefrei. Inzwischen gibt es von einigen Ländern die Zusage, zumindest bei Neubauten oder Anmietung von neuen Objekten auf die Barrierefreiheit Bedacht zu nehmen.

- ▶ *Kapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind nach regelmäßigen Bedarfsanalysen aufzustocken.*
- ▶ *Verbesserungen in den Bereichen Privatsphäre und Partizipation sind umzusetzen. Versperbare Kästen gehören zur Minimalausstattung.*
- ▶ *Umfassende Barrierefreiheit ist herzustellen.*

2.3.2 Systembedingte Problemfelder

2.3.2.1 Prüfschwerpunkt: Prävention von sexueller Gewalt

Sensibilisierung des Personals

Art. 8 EMRK schützt neben dem Recht auf Familienleben auch das Recht auf Privatleben. Davon umfasst sind das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und der Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Die Staaten, die dies betrifft sind demnach verpflichtet, Kinder und Jugendliche vor allen Formen von Gewalt, insbesondere sexueller Gewalt, zu schützen. Auch Art. 19 der UN-KRK verpflichtet dazu, geeignete präventive Maßnahmen zu treffen, um Minderjährige vor sexuellen Übergriffen zu schützen. Entscheidend ist daher, ob es in den Einrichtungen präventive Maßnahmen zur Verhinderung sexueller Gewalt gibt und wie effektiv diese sind. Aber auch der Umgang mit den Opfern, den übergriffigen Minderjährigen und den Mitbewohnerinnen- und bewohnern, ist von großer Bedeutung.

Sexualpädagogische Konzepte fehlen

Ein sexualpädagogisches Konzept soll grenzüberschreitende Dynamiken verhindern, damit das sozialpädagogische Personal rechtzeitig Anbahnungen und Manipulationen richtig interpretieren und gegensteuern kann. Es soll aber auch die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen anleiten, Dynamiken frühzeitig zu erkennen und die notwendigen Schritte zu setzen. Verbindliche Regeln im Umgang miteinander sowie im Umgang mit Nähe und Distanz bewirken, dass das Thema in der Organisation verankert und transparent ist und laufend evaluiert wird. Dadurch wird eine Sensibilität gegenüber dieser Form von Gewalt erzeugt. In vielen Einrichtungen fehlen derartige Konzepte noch gänzlich. Grenzverletzungen sind oft Anlass für die Erarbeitung eines sexualpädagogischen Konzepts, dessen Aufarbeitung durch Expertinnen und Experten begleitet wird.

Dem NPM ist es wichtig, in den Einrichtungen die Entwicklung solcher Konzepte voranzutreiben, bevor es zu sexuell grenzverletzenden Vorfällen kommt. Mitunter stellten die Kommissionen fest, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Thematik zwar bewusst waren. Es fehlten aber klare Strategien und Verantwortlichkeiten, um sexuelle Übergriffe zu vermeiden. Die Gefahr besteht, dass erfahrene Sozialpädagoginnen und -pädagogen über eigene Handlungskonzepte verfügen, diese Konzepte werden aber nicht an neue Kolleginnen und Kollegen weitergegeben und gelangen daher in den Teams nicht zur Anwendung. Die Ausarbeitung solcher Konzepte muss daher unter Einbindung des gesamten pädagogischen Personals erfolgen. Neue Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter sind bei Umsetzung und Anwendung einzuschulen und zu unterstützen.

Beim Besuch in einer Einrichtung stellte eine Kommission fest, dass ein Jugendlicher, der bereits bei einem Vorfall mit sexuellen Übergriffen in einer anderen WG verwickelt war, trotz großer Bedenken des darauf nicht vorbereiteten Teams aufgenommen wurde. Dieser drängte in weiterer Folge Kinder und Jugendliche zu sexuellen Handlungen und musste letztendlich auch aus dieser WG wieder verwiesen werden. Erst danach wurde ein Arbeitskreis zur Erstellung eines sexualpädagogischen Konzepts eingerichtet, verpflichtende Fortbildungen zum Thema Sexualpädagogik wurden durchgeführt. Zusätzlich bot man den Minderjährigen eine psychologische Aufarbeitung sowie sexualpädagogische Workshops an. Diese Maßnahmen hätten nach Ansicht des NPM bereits bei Aufnahme des Jugendlichen ergriffen werden müssen, um Kinder und Jugendliche effektiv schützen zu können.

Keine ausreichende Prävention

In der Verordnung zum Wiener Kinder- und Jugendhilfegesetz, die im Juli 2015 kundgemacht wurde, ist u.a. festgelegt, dass Konzepte zur Gewaltprävention und Sexualpädagogik nach dem Stand der sexualpädagogischen Wissenschaften Teil jedes sozialpädagogischen Plans zu sein haben. Diesem guten Beispiel sollten auch die anderen Länder folgen und entsprechende Auflagen an Trägerorganisationen erteilen.

Prävention von und Umgang mit sexueller Gewalt unter Kindern und Jugendlichen sollte regelmäßig Thema von Fortbildungen sein. Wichtig ist aber auch die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen, die sexuelle Gewalt fördern. Oftmals sind die baulichen Gegebenheiten, vor allem die Zimmeraufteilung prädestiniert dafür, dass Grenzverletzungen vom Personal übersehen werden. Aber auch ein geringer Personalschlüssel und mangelnde Besetzung bieten ein Potential für Gefährdungssituationen.

Rahmenbedingungen können sexuelle Gewalt fördern

- ▶ ***Die Entwicklung eines sexualpädagogischen Konzepts in sämtlichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ist vordringlich.***
- ▶ ***Veränderungen der umweltbezogenen Rahmenbedingungen, die sexuelle Gewalt begünstigen, müssen erfolgen.***
- ▶ ***Fortbildungen für das Personal und Workshops für Kinder und Jugendliche sind als präventive Maßnahmen unverzichtbar.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0249-A/1/2015, K-SOZ/0031-A/1/2015

2.3.2.2 Gewaltprävention

Auch Gewaltschutzkonzepte sind nach wie vor nicht in allen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen Standard. Die Entwicklung eines solchen Konzepts musste von Kommissionen in zahlreichen Einrichtungen beim Abschlussgespräch angeraten werden. Die Kommissionen trafen aber auch WGs an, in

Entwicklung und Implementierung von Konzepten

denen es solche ausgearbeiteten Dokumentationen gab; dieser Umstand war aber aber den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht bekannt. Da auch die besten Konzepte als Handlungsanleitung nicht zur Anwendung gelangen können, wenn sie nur in Schubladen liegen und bei Kontrollen daraus hervorgekramt werden, muss das sozialpädagogische Personal in der Umsetzung und Anwendung unterwiesen und geschult werden. Der Wiener Kinder- und Jugendhilfeträger richtete eine Arbeitsgruppe zum Thema Gewaltprävention ein, deren Ergebnisse noch nicht vorliegen.

Ein spezielles Problem im Zusammenhang mit der Prävention von Gewalt begegnete den Kommissionen 4 und 5 in den Krisenzentren der Stadt Wien. Diese sind nicht auf den erhöhten Betreuungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen ausgerichtet und es gibt keine zeitnahen Strategien, wie man mit Selbst- bzw. Fremdgefährdung umgeht. In den Krisenzentren schilderten sowohl Minderjährige als auch das Personal, dass man bei Impulsdurchbrüchen den Schutz vor Übergriffen nicht gewährleisten könne. Diese Situation ist im Hinblick auf Art. 2 Abs. 2 BVG Kinderrechte und Art. 8 EMRK äußerst bedenklich. Der NPM fordert daher in Anerkennung des Bevölkerungszuwachses eine Anpassung der Strukturen. Das verlangt die Errichtung zumindest eines speziellen Krisenzentrums, ähnlich einer sozialtherapeutischen oder sozialpsychiatrischen WG. Das Personal in einem solchen Krisenzentrum müsste eine spezielle Ausbildung und Berufserfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen haben. Außerdem müsste ein höherer Personalschlüssel gegeben sein.

- ▶ ***Gewaltschutzkonzepte müssen in allen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt und umgesetzt werden.***
- ▶ ***Spezielle Krisenunterbringung für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen sollten eingerichtet werden.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0151-A/1/2014, W-SOZ/0113-A/1/2014, W-SOZ/0124-A/1/2014, W-SOZ/0351-A/1/2015, W-SOZ/0352-A/1/2015, T-SOZ/0016-A/1/2015 u.a.

2.3.2.3 Medikamentierungen

Ärztliche Tätigkeiten dürfen übertragen werden

Wie bereits im Vorjahr (PB 2014, Band 2, S. 59) war bei vielen Besuchen der Kommissionen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe der Umgang bei der Vergabe von Medikamenten Anlass für Kritik. Die VA wandte sich daher zur Klarstellung nochmals an das BMG, welches bestätigte, dass die betreuenden Personen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe die nötige Pflege der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten und die damit verbundenen notwendigen ärztlichen Kontrollen und Heilbehandlungen sicherzustellen haben. Dazu zählen die Verabreichung schmerzstillender oder fiebersenkender Medikamente, die Desinfektion und das Verbinden von Wunden. Diese

Verpflichtung ergibt sich aufgrund der Betrauung mit der Pflege und Erziehung durch ein Gericht oder die Eltern. Zusätzlich können im Einzelfall die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte Tätigkeiten wie die Verabreichung von Arzneimitteln an die betreuenden Personen übertragen. Dies muss allerdings unter entsprechender Anleitung und Unterweisung geschehen. Vor allem bei Psychopharmaka, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen, ist eine entsprechende fachärztliche Diagnosestellung und Erstverordnung erforderlich. Der Verlauf und der Erfolg der Behandlung bedürfen einer wiederkehrenden fachärztlichen Evaluierung, da hierzu spezielles medizinisches Fachwissen erforderlich ist.

Jedenfalls muss eine lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation aller Medikamentenverabreichungen erfolgen. Gerade diesbezüglich gibt es in manchen Einrichtungen große Defizite. So existiert oft keine Dokumentation über medizinische Maßnahmen, erforderliche Untersuchungen und die verabreichten Medikamente. Die ärztlichen Verordnungen sind mitunter nicht aktuell und es fehlen Pläne für Kontrolluntersuchungen. Medikamente werden in nicht versperrten Medikamentenschränken aufbewahrt oder liegen sogar offen in nicht versperrten Büros herum. Manchmal sind die Schränke zwar verschlossen, aber die Schlüssel für Kinder leicht auffindbar.

Verordnungen für den Bedarfsfall sind für nicht verschreibungspflichtige Medikamente grundsätzlich zulässig. Immer wieder finden die Kommission aber Verordnungen ohne konkrete Anweisungen für den Bedarf auch für Psychopharmaka, für die ein strenger Maßstab anzulegen ist. Es liegt nicht im Beurteilungsspielraum des sozialpädagogischen Personals, bei Verordnungen des Arztes ohne klar vorab festgelegte Parameter über den Bedarfsfall oder die Dosierung der zu verabreichenden Psychopharmaka allein zu entscheiden. Es soll verhindert werden, dass medizinisch nicht qualifiziertes Personal in einem institutionellen Kontext Aufgaben übernimmt, die entsprechendes medizinisches Fachwissen erfordern. Die Verabreichung von Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation erfordert jedenfalls ein Wissen über Neben- bzw. Wechselwirkungen oder unerwünschte Wirkungen. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen müssen daher darauf achten, die Ärztinnen und Ärzte um konkrete Anweisungen und Verschreibungen zu ersuchen.

Unterscheidung bei Verordnungen für den Bedarfsfall

Bei Ausscheiden eines Mitglieds des sozialpädagogischen Teams muss die Nachfolgerin oder der Nachfolger die entsprechende ärztliche Anleitung und Unterweisung für die verschriebenen Medikamente nachweislich auch erhalten. Eine einwandfreie Dokumentation ist bei der Verabreichung von Psychopharmaka besonders wichtig. Insbesondere für die rasche Diagnose allfälliger Neben- und Wechselwirkungen der verabreichten Arzneimittel sowie für die Gewährleistung der korrekten Medikation und Dosierung ist es unabdingbar, solche Aufzeichnungen exakt zu führen. Hier legt der NPM einen strengen Maßstab an.

- ▶ ***Für eine lückenlose Dokumentation bei der Medikamentenabgabe ist zu sorgen.***
- ▶ ***Auf konkrete Anweisungen und Verschreibungen durch Ärztinnen und Ärzte ist hinzuwirken.***
- ▶ ***Die Verabreichung verschreibungspflichtiger Medikamenten wie Psychopharmaka im Bedarfsfall erfordert besonderer Achtsamkeit auch in Bezug auf Neben- und Wechselwirkungen.***

Einzelfälle: VA-OÖ-SOZ/0084-A/1/2014, K-SOZ/0031-A/1/2015, W-SOZ/0345-A/1/2015, B-SOZ/0029-A/2015

2.3.2.4 Unzulässige pädagogische Maßnahmen

Problematischer
Umgang bei
Regelverstößen

Bei ihren Besuchen stoßen die Kommissionen auf eine Vielzahl problematischer Umgangsweisen im Bereich der Sanktionen. Die Hauptaufgabe sozialpädagogischer und sozialtherapeutischer Einrichtungen ist es, heilsame Bedingungen für junge Menschen zu schaffen, die in ihrer Entwicklung benachteiligt sind, um sie professionell begleiten und fördern zu können. Dadurch sollen sie Annahme und Anerkennung als Person erfahren, ebenso wie Sicherheit, Stabilität und ein berechenbares Umfeld. Das Gefühl des Verstanden- und Gehaltenwerdens muss ihnen vermittelt werden. Sie haben das Recht, aufbauend auf ihren Ressourcen ihren Möglichkeiten und Verhalten in den Erziehungsprozess eingebunden zu werden, um ein positiveres Selbstbild und mehr Selbstverantwortung entwickeln zu können. Kinder und Jugendliche sollen Kontinuität von Beziehungen erleben, um selbst positive regulierende und tragfähige Beziehungen aufbauen zu können. Verbote und Strafen sollten in der pädagogischen Arbeit daher nur nach sorgfältigster Abwägung in Einzelfällen zur Anwendung kommen, da es sich dabei um einen sehr sensiblen Bereich handelt.

Regelverstöße erfordern einen individuellen Umgang und sind immer im jeweiligen Kontext zu sehen. Das bedeutet, dass pädagogische Konsequenzen mit dem falschen Verhalten in direktem Zusammenhang stehen sollen. Gleichzeitig sollen die Konsequenzen nicht willkürlich je nach Betreuungsperson ausgestaltet sein, unerwünschten Verhaltensweisen soll nicht routinemäßig begegnet werden. Reaktionen auf Regelverstöße müssen transparent gestaltet sein, da nur so der positive pädagogische Effekt der Vorhersehbarkeit der Konsequenzen für eine Handlung gegeben ist und es zu einem Lernprozess kommen kann. Sie sollen mit dem Verhalten im direkten Zusammenhang stehen, vor allem in zeitlicher Hinsicht.

Positiv beurteilt der NPM die in einigen Einrichtungen angewandten Modelle der Wiedergutmachung, die gemeinsam erarbeitet werden. Ziel ist es, bei Verfehlungen mit den Kindern und Jugendlichen das Gespräch zu suchen und eine Vereinbarung zur Wiedergutmachung je nach Art des Verstoßes entweder für die Gemeinschaft oder die Betroffenen zu schließen.

Häufig ist die Anwendung von starren Sanktionssystemen ein Ausdruck der Überforderung des Personals. Positive Rückmeldungen erhielt die VA von ihren Kommissionen über Einrichtungen, in denen das Betreuungspersonal zuvor mit Verboten und Strafen gearbeitet hatte und dem Personal zur Erarbeitung von Handlungsalternativen Fortbildungsmaßnahmen ermöglicht worden waren. Vor allem durch das Konzept der „Neuen Autorität“, welches Strafen generell ablehnt, konnten in einer Großeinrichtung in NÖ in kurzer Zeit Erfolge erzielt werden. Auch die Stadt Wien nahm den Vorschlag des NPM an, verstärkt Fortbildungen zu diesem Thema anzubieten.

Handlungsalternativen
für Personal

Die Kommissionen sind im Rahmen ihrer Besuche auch auf Strafmaßnahmen gestoßen, die bereits den Charakter von unmenschlicher und erniedrigender Behandlung iSd Art. 3 EMRK hatten. So wurde beispielsweise ein Kind, das nachts eingekotet hatte und sich anschließend weigerte, das Bett zu überziehen, in der Nacht angehalten, sich zur Strafe fast nackt in den Regen zu stellen. Ein derart schwerwiegender Eingriff in die persönliche Integrität eines Kindes oder Jugendlichen ist als Reaktion auf herausforderndes Verhalten unter keinen Umständen rechtfertigbar. Derartige Maßnahmen können zur Stigmatisierung einzelner innerhalb der Gruppe der Minderjährigen beitragen und zusätzliche negativen Konsequenzen mit sich bringen.

Erniedrigende und
unmenschliche
Behandlung

In einer anderen WG ließ man ein Kind, das seinem Bruder absichtlich Duschgel ins Bett geschüttet hatte, die ganze Nacht in dem mit Duschgel getränkten Bett liegen, um zu zeigen, wie sich das anfühlt. Eine Kommission berichtete von einer WG, in der Kinder als Sanktion auf unerwünschtes Verhalten auch im Dunkeln und bei Kälte zur Isolierung in die Einfahrt, den Hof oder den unbeheizten Wintergarten gestellt wurden. In einem Heim mussten sich Kinder zur Strafe auf einen Stuhl setzen, und dort längere Zeit schweigend verbringen. Solche Strafen sind nicht nur unangemessen, sondern sie zeigen auch, dass nicht in allen Einrichtungen eine Auseinandersetzung mit aktuellen Standards der Sozialpädagogik erfolgt. Das ist aus kinderechtlicher Sicht unakzeptabel.

- ▶ ***Entwürdigende Strafen sind verboten.***
- ▶ ***Reaktionen auf unerwünschtes Verhalten sollten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit diesem erfolgen und mit Minderjährigen besprochen werden.***
- ▶ ***Ein individueller Umgang mit Regelverstößen ist notwendig.***
- ▶ ***Widergutmachungsmodelle als Alternative zu Sanktionssystemen sind zu etablieren.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0346-A/1/2015, W-SOZ/0208-A/1/2015, T-SOZ/0029-A/1/2015, T-SOZ/0016-A/1/2015, W-SOZ/0407-A/1/2015, B-SOZ/0017-A/1/2015

2.3.2.5 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Fokus UMF Der NPM hat von Jänner 2015 an, als in der EAST Traiskirchen bereits 400 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) auf eine Überstellung in Grundversorgungsquartiere der Bundesländer warteten, dieser Gruppe von Asylwerbenden spezielles Augenmerk geschenkt. Dies schlug sich auch in einer Pressekonzferenz nieder, in der die VA, der Leiter der Kommission 6, die Kinder- und Jugendanwaltschaft, Vertreterinnen und Vertreter von NGOs sowie der Bürgermeister von Traiskirchen ausdrücklich die Schädlichkeit von Massenquartieren für das Kindeswohl betonten. Welche Dimensionen die Probleme im Laufe des Jahres noch bekommen würden, war damals von niemandem absehbar.

Die für Traiskirchen zuständige Kommission 6 besuchte 2015 sechsmal die EAST Traiskirchen, welche auf die Versorgung von 1.800 Personen ausgelegt ist und in der im Jänner dieses Jahres 1.100 UMF verweilen. Insgesamt gilt es – verlässliche Zahlen liegen noch nicht vor –, an die 8.000 UMF adäquat unterzubringen. Die Kommissionen mit Fokus auf UMF besuchten auch die Bundes-Betreuungsstellen Reichenau an der Rax, Wien Erdberg, Thalham und Leoben.

Obdachlose Minderjährige Besonders kritisch stellte sich die Lage in der EAST Traiskirchen von Juli bis September 2015 dar. Im August sprach eine Delegation aus Mitgliedern der Kommission und der VA mit obdachlosen, später in Zelten versorgten UMF im Lagergelände. Angetroffen wurden aber auch Kinder und Jugendliche, die nicht einmal mehr registriert worden waren, sondern außerhalb des Lagers in den Weinbergen oder vor dem Lager auf dem Boden nächtigten oder tageweise bei engagierten Bürgerinnen und Bürgern von Traiskirchen unterkamen. Auch von Übergriffen auf sie wurde berichtet. Hätte es die vielen engagierten privaten Helferinnen und Helfer und die Zivilgesellschaft nicht gegeben, hätten sie im Hochsommer ohne Nahrung und Wasser und in der Kleidung, die sie auf der ganzen Flucht getragen hatten, leben müssen.

Einzelfallhilfe bei bereits eingetretener Gefährdung Alle UMF, denen kein Schlafplatz in einem Gebäude zugewiesen werden konnte, waren massiven Gefährdungen des Kindeswohls ausgesetzt. Darunter auch unter 14-jährige oder Kinder und Jugendliche, die dringend medizinische oder therapeutische Versorgung benötigt hätten. Wien ist dafür zu danken, dass in Zeiten größter Bedrängnis alle jüngeren UMF sowie auch einige ältere Mädchen aus der EAST Traiskirchen in die Grundversorgung übernommen wurden. Die VA hat sich in dieser Phase mit Namenslisten, vermittelt durch die Kommission 6, aber auch durch die Zivilgesellschaft, an die NÖ LReg als örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger gewandt und mit der BH Baden diese wechselseitig abgeglichen. Bei allen der VA namentlich bekannten Fällen wurde die BH wegen Gefahr im Verzug tätig und nahm diese Kinder und Jugendlichen in die Grundversorgung NÖ auf. In den meisten Fällen konnten Plätze in neu geschaffenen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Die anderen erhielten zumindest ein Bett innerhalb des Lagers. Einige minderjäh-

rige Flüchtlinge, für die speziell nach individuellen Lösungen gesucht wurde, konnten von der Kinder- und Jugendhilfe allerdings nicht mehr im Bereich der EAST angetroffen werden, da sie in ihrer Verzweiflung ihre Flucht fortsetzten. Zuweilen konnte später eine Registrierung in Deutschland und Schweden nachvollzogen werden.

Die Kommission 3 besuchte im November 2015 die in einer ursprünglichen Baumarkthalle eingerichtete Bundesbetreuungsstelle Leoben, in der 400 Personen, darunter ca. 300 UMF, untergebracht worden waren. Die Zustände, die dort vorgefunden wurden, waren für Kinder und Jugendliche ohne Begleitung völlig ungeeignet. Minderjährige berichteten, in Hungerstreik getreten zu sein, weil sie von anderen attackiert worden waren. Familien mit Kleinkindern und auch Frauen hatten Angst, ebenfalls angegriffen zu werden. Es kam kurz darauf zu der befürchteten Massenschlägerei, welche die Kommission 3 im Gespräch mit der Leitung dieser Einrichtung bereits befürchtet hatte. Unmittelbar darauf wurden dann alle UMF und Familien mit Kleinkindern vom BMI aus diesem Lager transferiert.

Der NPM spricht sich weiterhin gegen die Unterbringung von UMF in derartigen Massenquartieren aus. Die monatelange Anhaltung in ungeeigneten und überfüllten Erstaufnahmezentren – ohne Obsorge und Betreuung, Schulbesuch oder Tagesstruktur – widerspricht allen fachlichen, sozialpädagogischen, kinderrechtlichen und humanistischen Prinzipien. Massenquartiere für UMF in der Bundesbetreuung wären nach landesrechtlichen Regelungen als Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe daher auch niemals genehmigungsfähig. Die Übernahme der Obsorge durch die Länder als Kinder- und Jugendhilfeträger unterbleibt aber bis zur Zuweisung in die Grundversorgung der Länder.

Fehlende Übernahme
der Obsorge

Das Obsorgerecht beinhaltet die Bereiche Pflege und Erziehung, Vermögensverwaltung und gesetzliche Vertretung. Gerade der Bereich der Pflege und Erziehung wird in den Erstaufnahmestellen des Bundes gegenüber UMF völlig vernachlässigt. Auch verstreicht viel zu viel Zeit, bis jemand für die UMF die fachkompetente pädagogische Verantwortung übernimmt. Die VA hat im Rahmen ihrer Tätigkeit in der nachprüfenden Kontrolle in Empfehlungen an Bund und Länder die Lösung dieses dringlichen Problems gefordert. Außerdem forderte die VA die Länder auf, entsprechend der auf sie entfallenden UMF-Quoten unverzüglich ausreichend Plätze zu schaffen.

Neben den Erstaufnahmestellen des Bundes wurden von den Kommissionen auch Grundversorgungseinrichtungen der Länder besichtigt. In vielen Fällen gewannen die Kommissionen einen sehr positiven Eindruck von den Bemühungen des Personals, die Kinder und Jugendlichen so gut wie möglich zu betreuen. Die Verantwortlichen dieser Einrichtungen berichteten allerdings selbst, dass sie mit den bezahlten Tagsätzen keine optimale Betreuung leisten können. Durch die Erhöhung des Tagsatzes für WGs mit einer 1:10-Betreuung von zuletzt 77 Euro auf 95 Euro würde es einigermaßen gelingen, das bisherige Angebot, das bisher nur durch Spendengelder finanzierbar war, aufrecht zu

Besuche auch in
Länderquartieren

erhalten. Freizeitaktivitäten oder Doppelbesetzungen, selbst wenn sie pädagogisch erforderlich wären, sind davon aber nicht zu leisten. Noch schwieriger ist es aber für Einrichtungen, die einen Betreuungsschlüssel von 1:15 anbieten können, da die Tagsätze für diese nur um 1,50 Euro erhöht wurden.

Das für die Dienstleistungen von Dolmetscherinnen und Dolmetscher vorgesehene Kontingent reicht nicht aus, um sie auch für pädagogische Gespräche heranzuziehen. Eine gute Kommunikation ist unabdingbar, um pädagogische Arbeit leisten zu können. Von der Stadt Wien wurde auf Anfrage der VA gemeldet, dass die Dolmetschdienste ausgebaut werden sollen und derzeit ein Videodolmetschersystem getestet wird. Ähnlich verhält es sich mit dem Budget für das Erlernen der deutschen Sprache in Wort und Schrift. Dieses reicht nicht. Je nach Bedarf, Situation und Alter müssen davon die erstmalige Alphabetisierung, Sprachkurse, aber auch Kurse bestritten werden, die einen Schulabschluss ermöglichen.

Keine Nachbetreuung

Besonders problematisch sehen die Einrichtungen der Grundversorgung das fehlende Angebot zur Nachbetreuung ihrer Klientinnen und Klienten bei Erreichen der Volljährigkeit. Es gibt in der Regel keine Möglichkeit, Jugendliche nach dem 18. Lebensjahr weiter zu betreuen. Manche Träger können zumindest für eine kurze Übergangsphase betreutes Wohnen anbieten. In vielen Fällen werden so sämtliche Integrationsbemühungen des pädagogischen Personals und der angestrebte erfolgreiche Abschluss von bereits begonnenen Ausbildungen konterkariert. Hilfen für junge Erwachsene werden Flüchtlingen auch dann nicht gewährt, wenn die Kinder- und Jugendhilfe die Obsorge innehat.

Verbesserungen nach Kommissionsbesuchen

In Tirol gab es in einem UMF-Quartier mehrere Überprüfungen. Beim ersten Besuch herrschte ein Klima von Angst und Misstrauen, das der Leiter der Einrichtung selbst zu vertreten hatte. Nach dessen Wechsel wurde auch von Teilen des Personals betont, dass damit der Weg für Veränderungen frei wäre, was beim Folgebesuch schon deutlich spürbar war. Vor allem die Erarbeitung eines pädagogischen Konzepts und die Umgestaltung der Vierbettzimmer in Doppelzimmer brachten deutliche Verbesserungen für die Jugendlichen.

In den Gemeinschaftsküchen und den Sanitäreinrichtungen eines Quartiers für UMF in der Stmk wurden Mängel festgestellt, die das Land zu einem Aufsichtsbesuch veranlassten. Es hat sich dabei gezeigt, dass die von der Kommission beanstandeten Mängel bereits behoben worden waren.

In einer Einrichtung für UMF mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Erkrankungen fanden zwei Besuche der Kommission 4 statt, bei denen beanstandet wurde, dass es Diskrepanzen zwischen dem sehr vorbildlichen verschriftlichten Konzept und der tatsächlichen Ausgestaltung der pädagogischen Arbeit durch fehlende psychiatrische Konsiliardienste gibt. Die vom NPM kontaktierte Aufsichtsbehörde bestätigte diese Feststellungen und berichtete, Mängelbehebungs- und Verbesserungsaufträge erteilt zu haben.

- ▶ ***Massenquartiere sind für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Asylwerbende ungeeignet.***
- ▶ ***Die Obsorgeübernahme aller in Bundesbetreuungsstellen des Bundes befindlichen UMF sowie deren Überstellung in Grundversorgungsquartiere der Länder duldet keinen Aufschub.***
- ▶ ***Nachbetreuung junger Erwachsener zur Sicherung von Ausbildungserfolgen ist auch nach Erreichen der Volljährigkeit von UMF notwendig.***

Einzelfälle: VA-NÖ-SOZ/0096-A/1/2015, T-SOZ/0002-A/1/2015, W-SOZ/0294-A/1/2015, W-SOZ/0198-A/1/2015, ST-SOZ/0002-A/1/2015, ST-SOZ/0096-A/1/2015 u.a.

2.3.3 Positive Wahrnehmungen

Der Arbeitskreis NOAH, Verein für Sozialpädagogik und Jugendtherapie entwickelte ein Konzept für delinquente Verhaltensweisen von Jugendlichen (krimineller Freundeskreis, niedrige Selbstkontrolle, Schulschwänzen, Drogen- oder Alkoholkonsum). Durch eine Vielfalt von pädagogischen Interventionen und Angeboten zur Begleitung von Jugendlichen mit delinquentem Verhalten soll in einer WG in NÖ eine weitere Verfestigung in der Kriminalität oder der Einstieg in die Kriminalität verhindert werden. Jungen Menschen, die bereits im Gefängnis waren, soll ein verlässliches, kontinuierliches Betreuungssystem angeboten werden, um ihnen so einen Raum zu ermöglichen, in dem es ihnen gelingen kann, selbstverantwortlich ihr Leben zu gestalten, Schul- und Ausbildungserfolge zu erlangen sowie partizipativ erarbeitete Ziele zu erreichen. Die Kommission 6 zeigte sich davon angetan.

Konzept für straffällige Jugendliche

In einer Einrichtung berichtete die Kommission 1 in Tirol von einer besonders positiven Praxis. Die Kinder bekommen von ihren Bezugsbetreuerinnen und Bezugsbetreuern regelmäßig biografische Briefe, in denen ihnen auch über Veränderungen in der Herkunftsfamilie berichtet und Rückmeldungen dieser über den Verlauf von Besuchskontakten zu Hause vermittelt werden. Die Briefe enthalten auch einen Ausblick in die Zukunft und ein Feedback über Entwicklungen und Fortschritte, welche die betreuten Minderjährigen selbst im Laufe der Zeit in der Einrichtung schon gemacht haben. Das erzeugt Sicherheit und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit.

Best practice

Beim betreuten Wohnen hat sich eine Einrichtung nach Ansicht der Kommission 1 durch ein fachlich sehr fundiertes und individuell abgestimmtes pädagogisches Konzept im Umgang mit Krisen ausgezeichnet. Die pädagogischen Maßnahmen sind passgenau, deeskalierend und inklusiv.

Positives Beispiel für Betreutes Wohnen

2.4 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

2.4.1 Einleitung

UN-BRK ist
Beurteilungsmaßstab

Die Kommissionen der VA besuchten im Berichtsjahr 93 Einrichtungen, die ausschließlich Menschen mit Behinderung gewidmet sind (Heime, Wohngemeinschaften und Werkstätten). Dabei hat sich die UN-BRK als ein tauglicher und durchgängig anzuwendender Maßstab erwiesen. Ob Risikofaktoren für Folter, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung vorliegen, kann anhand der in dieser Konvention detailliert zusammengefassten Garantien beurteilt werden. Dies ganz unabhängig davon, dass der VA und ihren Kommissionen neben dem OPCAT-Mandat auch das Mandat nach Art. 16 Abs. 3 UN-BRK verfassungsgesetzlich übertragen wurde. Auch die UN-BRK betont normativ den Aspekt der Freiheit gegenüber jenem der Sicherheit.

Fremdbestimmung als
Risikofaktor

Der UN-Special Rapporteur für Folter hat zu Recht betont, dass Selbstbestimmung und die Möglichkeiten, eigene Entscheidungen treffen zu können, für eine wirksame Folterprävention essentiell sind. Fremdbestimmung macht Menschen mit Behinderung für erniedrigende Behandlung oder noch Schlimmeres besonders verletzlich: Diese Wahrnehmungen hat der NPM wiederholt gemacht. Freiheitsrechte für Menschen mit Behinderung, insbesondere Menschen mit schweren körperlichen und geistigen Einschränkungen, können nur wirksam werden, wenn diesen Menschen die Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben nicht vorenthalten wird. Zentrale Anliegen für den NPM sind Überwindung oder zumindest Reduktion von einseitigen Abhängigkeitsverhältnissen und die Verstärkung der Nutzerinnen- und Nutzerperspektiven. Bezugssysteme, welche die persönliche Entwicklung und Verselbstständigung behindern, maximieren vermeintlich Sicherheit, sind aber keine Orte der Freiheit.

Bandbreite an
verschiedensten
Organisationskulturen

Die Bandbreite, in der Einrichtungen in diesem Spannungsfeld konkret agieren, ist sehr weit. Das Bewusstsein, in und mit der eigenen Organisation vor großen Herausforderungen zu stehen, gibt es. Bei aller Kritik, die der NPM ausspricht, muss hervorgehoben werden, dass zuweilen sehr gut gearbeitet wird.

Dialog zur
Verbesserung des
Rechtsschutzes
Minderjähriger

Wie der NPM in seinem vorjährigen Bericht (PB 2014, Band 2, S. 73) ausführte, ist der Rechtsschutz bezüglich altersinadäquater Freiheitsbeschränkungen an Minderjährigen mit Behinderung, die in Institutionen leben, derzeit – abhängig von der Trägerschaft des konkreten Einrichtungstypus – uneinheitlich geregelt. Heime und andere Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger unter Aufsicht der Kinder- und Jugendhilfeträger sind vom Geltungsbereich des HeimAufG explizit ausgenommen. Dies ist in stringenter Anwendung des Menschenrechtsansatzes und unter Berücksichtigung der bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen (B-VG, PersFrG, EMRK, BVG Kinderrechte) sowie der europa- und völkerrechtlichen Vorgaben (insb. Grundrechtecharta GRC, UN-BRK, UN-KRK etc.) nicht akzeptabel. Auch dort werden Minderjährige mit Behinderungen ständig betreut und gepflegt und zum Teil

massiven Freiheitsbeschränkungen ausgesetzt. Dies wurde im Vorjahr aufgrund der Wahrnehmungen des NPM mit Beispielen belegt und kritisiert. Der MRB hat sich mit einer sehr ausführlichen Begründung den Bedenken der VA angeschlossen und gleichfalls eine Änderung der gesetzlichen Bestimmung befürwortet. Zu diesem Thema, das einen Kernbereich des NPM nach OPCAT, aber auch des Mandates an die VA und ihre Kommissionen nach Art. 16 Abs. 3 UN-BRK berührt, gibt es inzwischen einen guten Dialog mit den für das HeimAufG vollzugsverantwortlichen Bundesministerien (BMG und BMJ), an dessen Ende eine Gesetzesnovelle stehen könnte.

Die UN-BRK verpflichtet sowohl den Bund als auch die Länder, in ihren Zuständigkeitsbereichen gelegene Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstige Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen. Der NPM verweist in diesem Zusammenhang einmal mehr auf die Ausführungen des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderung im Zuge der jüngsten Staatenprüfung Österreichs im Jahr 2013 (CRPD/C/AUT/CO/1). Dieser machte im Lichte der föderalen Strukturen Österreichs deutlich, dass anstehende Aufgaben in Umsetzung der UN-BRK ein Verharren von Politik und Verwaltung im Status quo nicht zulassen. Die menschenrechtskonforme Veränderung der Formen der Hilferbringung für Menschen mit Behinderung muss politisch gewollt, gesteuert und in verbindlichen Bund-Länder-Zielvereinbarungen, die mit den dafür nötigen Finanzmitteln verknüpft sind, münden. Ein in diesem Sinn menschenrechtspolitisch notwendiger Kraftakt zeichnet sich trotz Empfehlungen des NPM an die gesetzgebenden Körperschaften weiterhin nicht ab.

Umsetzung zentraler
Staatenempfehlungen
steht weiterhin aus

Noch immer ist es die Ausnahme bzw. in einigen Bundesländern faktisch unmöglich, dass Menschen mit umfangreichem Hilfebedarf in einer eigenen Wohnung mit persönlicher Assistenz leben können. Nur etwa 1.000 Personen wird die Möglichkeit geboten, diese Option zu nutzen. Mehr als 13.000 Menschen mit Behinderung leben demgegenüber ohne Alternative in institutionellen Schon- und Sonderwelten. Trotz der Ankündigungen sowohl im NAP Behinderung 2012-2020 als auch im aktuellen Regierungsprogramm 2013-2018, ein bundesweites Konzept für den Ausbau der persönlichen Assistenz von Menschen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen zu entwickeln, die De-Institutionalisierung voranzutreiben und so für mehr akzeptable Wahlmöglichkeit zu sorgen, zeichnen sich – mit Ausnahme einer für 2016 angekündigten Reform des Sachwalterrechts – keine zentralen behinderungspolitischen Fortschritte ab.

Personliche Assistenz
und De-Institutionali-
sierung

Ähnlich verhält es sich im defizitären Bereich „Arbeit“: Der NPM hat 2015 die Situation in Tageswerkstätten besonders beleuchtet. Die Zahlung von minimalen Taschengeldern anstelle eines entsprechenden Lohns, das Fehlen sozialversicherungsrechtlicher Anstellungsverhältnisse und die nicht ausreichende Förderung der Beschäftigung auf Normalarbeitsplätzen wurden als menschenrechtswidrige Praktiken benannt und ausführlich dargestellt. Auch in diesem Bereich gibt es keine Zusagen politischer Verantwortlicher, etwas ändern

Taschengeld statt Lohn
und Absicherung

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

zu wollen. Dies, obwohl es inzwischen Konzepte und Studien gibt, die wegweisend sind und sich die Bundesregierung im Arbeitsprogramm 2013-2018 zur Lösung all dieser Fragen ausdrücklich bekannt hat.

Keine speziellen
Maßnahmen der
Bewusstseinsbildung

Es gibt keine in Abstimmung mit den Selbstvertretungsorganisationen entwickelten Initiativen zu verstärkter Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung über die Bedeutung und Ziele von Inklusion. Im Handlungsfeld des Gewaltschutzes gibt es keinen übergreifenden Rahmen und flächendeckend zu wenig externe Ansprechstellen für die Berücksichtigung der Gefährdungslagen von Kindern, Mädchen und Frauen, Lernbehinderten, psychisch (psychiatrisch) Kranken, Hör- und Sehbehinderten etc.

Kündigung wegen
Beschwerden?

Ein Beispiel dafür, dass Menschen mit Behinderung nicht als selbstbestimmte, eigenverantwortliche Personen ernst genommen werden, ist der Fall einer jungen, schwer behinderten Frau aus Sbg, deren weitere Betreuung auf dem Spiel steht. Anlass dafür bot nicht die zu Versorgende selbst. Das herausfordernde Verhalten ihrer Mutter und zugleich Sachwalterin, die mit ihrer Kritik und ihren Ansprüchen für die Einrichtung zur Belastung wurde, diente als Begründung für die Vertragsauflösung. Obwohl sich die Klientin nach Wahrnehmung der Kommission 2 im Wohnheim sichtlich wohl fühlte und auch das sie betreuende Personal von und über sie nur Positives berichtete, sprach die Trägerorganisation gegen den ausdrücklichen Willen der Mutter die Kündigung aus. Eine außergerichtliche Einigung war durch den NPM nicht zu erzielen, und die LReg sah keine Möglichkeit, zu vermitteln. Ein Gerichtsverfahren ist anhängig. Ob die Anfechtung der Kündigung Erfolg hat, wird sich weisen. Bedenklich ist aber, dass Menschen mit Behinderung in Reaktion auf Beschwerden – mögen sie in der Sache berechtigt oder unberechtigt sein – die Wohnversorgung in einer Einrichtung verlieren können und sich gegebenenfalls neu orientieren müssen.

Versorgungs- und
Sicherheitsdenken

Guter Wille und Wohlwollen reichen nicht zur Gewährleistung menschenrechtlicher Verpflichtungen. Der NPM hat in vielen Einrichtungen zwar tatsächlich engagiertes und sehr bemühtes Personal angetroffen, aber dennoch Risikofaktoren für freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Verletzungen der Autonomie und Selbstbestimmung identifiziert. Vielfach sind es veraltete Strukturen, knappe Ressourcen, starre Organisationsregeln und -kulturen und/oder Versorgungs- und Sicherheitsüberlegungen und weniger individuell ansetzende Empowerment-Prinzipien, welche die Arbeit bestimmen. Diese Herangehensweisen können zu sekundären Behinderungen und erlernter Hilflosigkeit führen. Es ist daher wichtig, dass die Kommissionen in vertraulichen Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern tägliche Routinen ebenso wie Wünsche und Bedürfnisse erheben. Der NPM hat auf diese Weise auch positive Veränderungen initiiert; der Schutz vulnerabler Personen bedarf aber vermehrter Anstrengungen.

Dauernde Isolation

Die größte Einrichtung für Menschen mit Behinderung in Österreich hat eine jahrhundertelange Geschichte, in ihr werden etwa 540 Personen betreut. Der

Kernbereich der Bausubstanz sieht veraltete Räumlichkeiten mit großen Betreuungstationen vor, die einen langzeitpsychiatrieähnlichen Charakter haben und eine Betreuung nach in der Behindertenpädagogik geltenden Standards nicht zulassen. Die ärztliche und pflegerische Leitung vollzieht dort „schrittchenweise“ einen Wandel und gliederte zuletzt zwei Wohngruppen unter Sicherstellung von Intensivbetreuung aus diesem Verbänden aus. Vollzogen wurde von der Einrichtung auch der Übergang einer vormals von rein pflegerischer Ausrichtung zu therapeutisch-pädagogischen Konzepten. Anders als noch 2014 hat die Kommission 3 im Februar 2015 bei einem unangekündigten Besuch selbst gesehen, dass inzwischen allen Schwersts-Mehrfachbeeinträchtigten auch visuelle, taktile und akustische Stimmulationsangebote gemacht werden. Es gab auch abseits davon viele anzuerkennende Verbesserungen. Seit 2015 sind keine Netzbetten mehr in Verwendung. Die Zahl der Fixierungen mit Seitenteilen, Gurten und Verbringungen in Time-Out-Bereiche sinkt gegenüber den Vorjahren kontinuierlich. Dennoch ist der NPM sehr besorgt. Es leben immer noch 77 Personen in den „geschützten“, d.h. durchgehend geschlossenen Bereichen der Stationen. Sie bedürften einer personalintensiven 1:1-Betreuung, die aus Kostengründen unterbleibt. Alternative Wohnmöglichkeiten für die Betroffenen gibt es nicht. Ohne therapeutische Rechtfertigung verfügte dauernde räumliche Isolierungen in Sozialeinrichtungen, die dem HeimAufG unterliegen, sind nach Meinung des NPM innerstaatlich unzulässig. 2013 hat der UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz, im Bericht zu UN-Dok. A/HRC/22/53 diesbezügliche Praktiken scharf verurteilt. Darauf hat nachfolgend auch der UN-Ausschuss für die Rechte von Behinderung gegenüber Österreich explizit Bezug genommen.

Dass Menschen mit Behinderung Expertinnen und Experten in eigener Sache sind, wird nach Wahrnehmung des NPM nicht von allen Einrichtungen respektiert, mitunter sogar drastisch unterbunden. Die Kommission 3 stieß auf eine psychosoziale Langzeiteinrichtung für Frauen, in der den Bewohnerinnen ein sehr straff durchorganisierter Tagesablauf oktroyiert wurde. Diese wurden angehalten, zu bestimmten Zeiten aufzustehen, ihre Zimmer aufzuräumen und staubzusaugen, Hände zu waschen und mussten vorgeschriebenen Beschäftigungen nachgehen. Die Verwendung von Handys wurde streng reglementiert, Fernsehapparate auf den Zimmern wurden gänzlich verboten und das Einschalten des einzigen Gerätes im Gemeinschaftsraum von der Genehmigung des Personals abhängig gemacht. Die Klientinnen durften ihre Zimmer nicht absperren und ihre Taschen nach der Rückkehr von Besuchen zu Hause nur gemeinsam mit Betreuerinnen auspacken etc. Sie wurden veranlasst, ständig zu fragen, wenn sie etwas haben oder machen wollten. In den von der Kommission geführten Interviews konnten sie nicht benennen, warum es diese Regeln überhaupt gibt, und brachten auch nonverbal zum Ausdruck, dies nicht zu verstehen. Erfreulicherweise hat diese Einrichtung inzwischen sämtliche Handlungsgrundlagen (Betriebskonzept, sexualpädagogisches Konzept

Veränderung auf
Betreiben des NPM

und das Konzept „Vollbetreutes Wohnen“) mit externer Unterstützung überarbeitet, die Hausordnung unter Einbeziehung der Klientinnen neu erstellt und ein Selbstvertretungsmodell entwickelt. Zudem kündigte die Stmk LReg an, die Umsetzung der Maßnahmen selbst zeitnah zu evaluieren.

Sexualität darf kein
Tabu sein

Ein weiterer Indikator für Fremdbestimmung in Einrichtungen ist auch der Umgang mit Sexualität. Kommissionen haben in zahlreichen Wohnheimen diesbezügliche Defizite festgestellt. So fehlen vielerorts sexualpädagogische Konzepte, welche Sexualerziehung- und -aufklärung beinhalten. Die Vermittlung von Unterstützung für das Entdecken und Erleben eigener Sexualität sowie die Bearbeitung von Fragen rund um die Themen Selbstbefriedigung, Partnerschaft, Verhütung oder Elternschaft ist nicht selbstverständlich. Es ist aber im institutionellen Kontext absolut notwendig, Menschen mit Behinderung nicht als asexuell anzusehen oder so zu behandeln. Das Nichtanerkennen ihrer Sexualität verhindert, ein positives Körpergefühl entwickeln zu können. Es ist viel schwerer, eigene sexuelle Erregungen sowie Bedürfnisse nach Nähe und Distanz einzuordnen, wenn man bei der Pflege, beim Baden, An- und Ausziehen auf andere angewiesen und daran gewöhnt ist, dass andere über den eigenen Körper verfügen. Was zur normalen Pflege gehört, wie man Lust und Befriedigung erlangt, aber auch die Grenzen anderer achtet und welches Verhalten sexuell übergriffig ist, muss ohne Tabus besprochen werden können. Der mangelhafte Umgang mit Fragen der sexuellen Selbstbestimmung macht auch leicht anfällig für Gewalt und Missbrauch.

Bauliche Barrierefreiheit

Immer wieder beschreiben Kommissionen die negativen Auswirkungen fehlender baulicher Barrierefreiheit in Institutionen. Dass Einrichtungen mit staatlicher Genehmigung Menschen mit Behinderung zumeist unter Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand versorgen und dabei durch vermeidbare Hürden in ihrer Mobilität und Autonomie einschränken, wird vom NPM als menschenrechtsverletzend qualifiziert. In zahlreichen Fällen hat die Überzeugungsarbeit des NPM ermöglicht, solche Hürden zu beseitigen. Die Länder als Träger der Behindertenhilfe tolerieren mitunter auch massive Defizite in älteren Einrichtungen. Längere Übergangsfristen zur Herstellung von vollständiger Barrierefreiheit mögen zwar Eingriffen in behördliche Bewilligungen entgegenstehen, schließen aber die Etablierung positiver Anreizsysteme, selbiges freiwillig früher zu tun, nicht aus. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass mit 1.1.2016 das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz in vollem Umfang in Kraft getreten ist und damit bauliche Barrierefreiheit in beispielsweise privat betriebenen Lokalen oder Geschäften verlangt wird, sind die Defizite in Einrichtungen besonders unverständlich.

2.4.2 Systembedingte Problemfelder

2.4.2.1 Schutzsysteme vor menschenunwürdiger und erniedrigender Behandlung effektiv?

Die Art. 2 bzw. Art. 16 CAT, Art 15 UN-BRK sowie Art. 3 EMRK normieren absolute Unterlassungspflichten des Staates in Bezug auf Folter sowie jeglicher Form unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Aus diesen Bestimmungen erwachsen aber auch positive Schutzpflichten. Diese werden relevant, wenn das physische Wohlbefinden und die körperliche Integrität einer Person von staatlichen Maßnahmen abhängen, unabhängig davon, ob die Gefährdung staatlich verursacht ist oder durch Private erfolgt.

Schutzpflicht trifft Staat

Die UN-BRK geht von der Grundannahme aus, dass alle Menschen unabhängig von der Art und Schwere ihrer Erkrankung/Behinderung die Fähigkeit besitzen, in Ausübung ihrer Selbstbestimmung auch rechtlich relevante Handlungen zu setzen und am Geschäftsleben teilzunehmen, wenn sie gehörige Unterstützung dabei erfahren. Aus diesem Grund wird die Anerkennung der rechtlichen Handlungsfähigkeit in Art. 12 Abs. 2 UN-BRK weder an bestimmte Fähigkeiten noch sonstige Bedingungen geknüpft. Das österreichische Zivilrecht sieht im Gegensatz dazu noch primär verschiedene Formen der Stellvertreterentscheidung durch Sachwalterinnen und Sachwalter vor. Unter anderem können Menschen mit Behinderung ihren Aufenthalt in Institutionen weder frei wählen noch selbst beenden.

Besorgniserregend ist, dass vereinzelt auch manifeste Verwahrlosung und Schädigungen der psychischen und physischen Integrität von Personen eintreten können, ohne dass Behörden, Gerichte oder gerichtlich bestellte Sachwalterinnen und Sachwalter dagegen einschreiten. Zwei solcher exemplarischen Beispiele sollen die Dimensionen des Problems zeigen:

Anlassfall 1:

Die Kommission 2 besichtigte zwei Häuser eines Vereins in OÖ, der ohne behördliche Genehmigung nicht nur Wohnversorgung, sondern auch Pflege anbietet. Geleistet wird diese durch Frau und Herrn XY. Beide verfügen über keine einschlägigen Ausbildungen und versorgen 15 teils hochgradig pflegebedürftig Personen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren rund um die Uhr. Aus den eingenommenen Entgelten bestreiten sie alle Ausgaben und den eigenen Lebensunterhalt.

Die Gebäude wurden notdürftig kleinräumig strukturiert, sind nicht barrierefrei, minimalistisch ausgestattet und bieten weder untertags noch in der Nacht einen adäquaten Lebensraum. Die Privat- und Intimsphäre von Männern und Frauen mit Behinderung wird durchgehend massiv verletzt. Es gibt keine abgetrennten WCs, ein Sichtschutz beim Toilettengang oder beim Duschen fehlt gänzlich. Die hygienische Situation war am Besuchstag nicht nur

Erniedrigende Lebensbedingungen

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

in den Sanitäreinrichtungen katastrophal. Die Kommission konnte beispielsweise überhaupt keinerlei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordnete Toilettenartikel ausmachen. Sie traf u.a. auf einen bis zum Gesicht in eine dreckige Wolldecke eingehüllten, spastisch gelähmten und gehörlosen Mann, der auf einem kurzen Sofa „abgelegt“ worden war. Eine Pflegedokumentation wird, wie auch zugestanden wurde, nicht geführt. Es liegen in der Einrichtung auch keine individuellen Förderpläne, Dokumentationen über Diagnosen, keine Arztberichte oder Arztbriefe auf.

Vollständige Isolation
und Abhängigkeit

Das Ehepaar gab an, nie auszugehen, nie krank zu sein und weder Urlaub noch Freizeit zu benötigen. Dies alles, um eine „Wohn-Familie“ für Menschen zu erhalten, um die sich sonst niemand kümmern würde. Kontakte zu anderen Personen der zuvor meist in psychiatrischen Einrichtungen behandelten Bewohnerinnen und Bewohner beschränken sich tatsächlich auf seltene Besuche von Angehörigen und Visiten von Hausärztinnen und -ärzten. Für die meisten Pflegebedürftigen wurden Anwältinnen und Anwälte gerichtlich mit der Sachwalterschaft betraut. Diese haben „Mietverträge“ mit dem Verein abgeschlossen und regeln alle finanziellen Angelegenheiten. Laut dem Ehepaar XY suchen sie ihre Klientinnen und Klienten in der Einrichtung nie auf.

Bedenkliche
Medikamentierung

Die Psychiaterin der Kommission 2 nahm Kontakt mit einer behandelnden Hausärztin auf und fand in deren Dokumentation unterschiedlich gut nachvollziehbare Vorgänge. Zuweilen ist die medikamentöse Behandlung genau festgehalten, zuweilen gibt es insgesamt wenig Klarheit über die psychiatrische Diagnosestellung und medikamentöse Einstellung der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese werden zumeist mit Hochdosierungen von Psychopharmaka, Phasenprophylaxen und antiepileptischen Substanzen versorgt. Es gibt auch nicht bei allen Nachweise über regelmäßige psychiatrische Konsultationen. Dadurch ergeben sich nach Meinung der Kommission zum Teil gefährliche Wechselwirkungen der Medikamente; in einigen Fällen scheint die medikamentöse Therapie auch nicht zur Diagnose passend zu sein.

Behörde sieht keinen
Handlungsbedarf bzw.
Grundlage für
Tätigwerden

In ihrer Stellungnahme an die VA verwies die OÖ LReg darauf, dass die Art der Betreuung sicher nicht den gängigen Standards entspräche und eine Förderung bzw. Anerkennung der Einrichtung nach landesrechtlichen Normen daher schon vor Jahren abgelehnt worden sei. Es hätte beginnend ab 1999 immer wieder Beschwerden bzw. Anregungen auf Überprüfung der Wohnsituation in den Räumlichkeiten des Vereins gegeben; eine behördliche Grundlage für ein Einschreiten soll auch geprüft worden sein. Diese bestünde nach Ansicht der LReg in Bezug auf besachwaltete Personen, welche rechtlich nicht selbst über den Ort ihrer Wohnsitznahme entscheiden können, in solchen familienähnlichen Wohnformen aber nicht. Sollten die Entscheidungen der Sachwalterinnen und Sachwalter über diese Wohnsitzwahl beim Verein als nicht zum Wohl der Betroffenen dienlich erachtet werden, bleibt nach Ansicht des Trägers der Behindertenhilfe nur die Möglichkeit, Sachwalterumbestellungen beim zuständigen Gericht zu beantragen.

Die VA hat diese Reaktion zum Anlass genommen, den MRB im Vorfeld der Erteilung von konkreten Empfehlungen des NPM einzuschalten. Fragen der innerstaatlichen Zurechnung der Verantwortlichkeit bei der Wahrnehmung menschenrechtlicher Schutzpflichten zur Verhinderung von erniedrigender und menschenunwürdiger Behandlung aber auch von Gewalt an Menschen mit Behinderung müssen aus Anlass dieses Falles umfassend analysiert werden. Tatsächlich existiert eine Reihe von bundesgesetzlichen und landesgesetzlichen Vorschriften, die Teilaspekte der Zulässigkeit derartiger Betreuungssettings, und bei Verstößen auch Sanktionen, regeln. Das mag der Grund dafür sein, dass es zu einer Verantwortungsdiffusion kommt.

MRB wurde befasst

Anlassfall 2:

In Sbg besuchte die Kommission 2 eine behördlich bewilligte Einrichtung, in der 35 hochgradig pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Alter zwischen 14 und 52 Jahren in fünf Wohngruppen teils schon viele Jahre betreut werden. Am Besuchstag vielfach beobachtet wurde die Herzlichkeit, mit welcher das diensthabende Personal den Bewohnerinnen und Bewohnern begegnete, auch wenn die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, unter denen die Arbeit verrichtet werden muss, für den NPM im Ergebnis untragbar erschien.

Das nicht barrierefreie Gebäude ist für die Betreuung und Pflege so vieler Menschen nicht ausgerichtet. Neun Personen leben aufgrund von Raumknappheit nicht in Zimmern, sondern belegen bloß Betten, die in Gemeinschaftsräumen, Gängen bzw. Durchgangsbereichen stehen. Auch die Intim- und Privatsphäre von Kindern, Frauen und Männern wird in menschenunwürdiger und erniedrigender Weise verletzt. Es gibt für die Bewohnerinnen und Bewohner kein einziges abgetrenntes WC. Alle Toiletten befinden sich offen neben Duschen oder Pflegebädern. Es gibt in den Badezimmern nirgends einen Sichtschutz. WCs werden benützt, während andere Bewohnerinnen und Bewohner auf engstem Raum daneben gewaschen werden. Geschlechtertrennung gibt es weder beim Toilettengang noch bei der Körperhygiene. Geschlechterspezifische Pflege als Teil einer Gewaltprävention ist bisher noch nicht einmal angedacht worden.

Menschenunwürdige Zustände

Ernsthafte Zweifel hegte die Kommission insbesondere bezüglich der Effizienz aufsichtsbehördlicher Kontrollen und der Maßstäbe und Qualitätsanforderungen, die bisher an diesen Betrieb gestellt wurden.

Der Kommission konnten weder Entwicklungsstandfeststellungen, noch aktuelle Förder- oder individuelle Betreuungspläne vorgelegt werden. Das Erstellen und Umsetzen eines auf dem Stand der Heilpädagogik befindlichen Konzeptes findet nicht statt. Ausreichendes und pflegerisch bzw. heilpädagogisch qualifiziertes Personal steht zum Nachteil der Bewohnerinnen und Bewohner faktisch nicht zur Verfügung. Insbesondere die basale Kommunikation und basale Stimulation kommen nach Ansicht der Kommission generell zu kurz. Viele Bewohnerinnen und Bewohner reagieren auf fehlende Kommunikationsmög-

Keine Förder- und Betreuungspläne, zu wenig Personal

Unzulässige
Freiheitsbeschränkung

lichkeiten und Beschäftigungsangebote mit massiver Aggression und Verhaltensauffälligkeiten. Diese werden nicht mit mehr spezifischer Zuwendung und Aktivitätsanreizen, sondern mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen quittiert. Meldungen an die Bewohnervertretung im Rahmen des HeimAufG wurden von der Kommission 2 stichprobenartig kontrolliert und teilweise als gesetzwidrig befunden, weil darin auf gelindere Maßnahmen und Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen gar nicht eingegangen wurde. In mehreren gerichtlichen Gutachten geäußerte Kritik unter Verweis auf nicht erfüllte heilpädagogische Standards, die im Zuge von Verfahren nach dem HeimAufG zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen geäußert worden war und die einen vermehrten Personaleinsatz bedingt hätte, wurde nicht aufgegriffen.

Pflegerische Defizite

Mehrere Bewohnerinnen und Bewohnern wiesen teilweise sehr massive Kontrakturen in den Armen, Händen und Beinen auf. Die Durchführung einer fachgerechten Kontrakturen-Prophylaxe sowie die Anwendung professioneller Lagerungstechniken ließen sich für die Kommission aus der vorgelegten Dokumentation nicht ableiten.

Der NPM hat gegenüber der Aufsichtsbehörde deutlich gemacht, dass mit bloß punktuellen Veränderungen in dieser Einrichtung sicher nicht das Auslangen gefunden werden kann, um dem Folter- und Gewaltverbot Genüge zu tun. Eine UN-BRK-konforme Neukonzeption aller Prozesse ist neben einem Neubau unumgänglich.

- ▶ *Schutz vor menschenunwürdiger oder erniedrigender Behandlung muss rasch einsetzen, umfassend ausgestaltet und wirksam sein.*
- ▶ *Staatliche Schutzpflichten können weder auf Private noch auf Institutionen abgewälzt werden.*
- ▶ *Das Institut der Sachwalterschaft als solches und auch das damit verbundene Aufenthaltsbestimmungsrecht verstoßen gegen Art. 12 UN-BRK.*

Einzelfälle: VA-OÖ-SOZ/0043-A/1/2015, S-SOZ/0050-A/1/2015

2.4.2.2 Alternativlose Verknüpfung von „Wohn- und Arbeitswelten“ unzulässig

Für die meisten von uns spielt Arbeit eine wichtige Rolle im Leben. Arbeit sichert den Lebensunterhalt. Arbeit bedeutet aber auch, dass man herausgefordert wird, sich beweisen und bewähren kann, neue Kontakte und Freundschaften knüpft und vieles mehr. Faktisch diskriminiert werden Menschen mit Behinderung nicht nur beim Zugang zum ersten Arbeitsmarkt. Weitere Zugangsbarrieren zu bestehenden Angeboten, die Menschen mit Lernschwierigkeiten und/oder Behinderung den Neueinstieg oder den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt erleichtern sollen, gibt es insbesondere für jene, die nicht als „begünstigte Behinderte“ gelten. Dies weil sie eventuell mehr Zeit und/oder

auch spezifischere Unterstützung brauchten, um sich gleichermaßen einbringen zu können.

Besonders unbefriedigend ist die Situation für Menschen mit Lernbehinderungen oder mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen, die bereits in einem institutionellen Umfeld leben und im Lebensbereich Arbeit in die Sonderwelt von Beschäftigungswerkstätten integriert wurden. Das gezielte Hinausbegleiten aus diesen Schonwelten auf den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt (Beschäftigungsprojekte, integrative Betriebe) ist zwar auch dort meist eine konzeptionell festgelegte Zielsetzung, erfolgt aber faktisch zu wenig. Das hat mehrere Ursachen. Eine davon ist, dass Wohnen und Arbeiten in Werkstätten vielfach gleichsam aus einer Hand angeboten werden bzw. sehr eng miteinander verknüpft sind.

Die Besuche der Kommissionen in allen Bundesländern förderten zutage, dass Wohnplätze in Einrichtungen und betreute Werkstätten, die Klientinnen und Klienten besuchten, oftmals miteinander verbunden sind. In vielen Fällen werden Wohnheime und Tageswerkstätten von derselben Trägerorganisation betrieben, wobei sich in manchen Fällen beide Einrichtungen sogar im selben Gebäude bzw. auf einem Gelände befinden.

Wohnplätze und
Tageswerkstätten oft
verbunden

Aber auch wenn die Träger von Wohn- und Arbeitsstrukturen, die ausschließlich Menschen mit Behinderung aufnehmen, nicht ident sind, gibt es zahlreiche Regionen in Österreich, in denen de facto nur jeweils ein Wohnheim und eine Tagesstruktur zur Verfügung stehen. Wahlfreiheit oder Auswahlmöglichkeiten gibt es nicht.

Wenn Wohnplätze gewöhnlich auch mit der Tätigkeit in einer Werkstätte derselben Trägerorganisation verbunden sind, kann von einem zumindest latenten Zwang zum Besuch der Werkstätten ausgegangen werden. Dies auch deshalb, weil Wohneinrichtungen vielfach untertags nicht bzw. nur mit vermindertem Personal besetzt sind.

Tendenziell stellten Kommissionen wiederholt fest, dass Klientinnen und Klienten oft kaum sozialen Kontakt nach außen haben und sich in einem geschlossenen Gesellschaftskreis bewegen. Wenn aber eine einzige Trägerorganisation sowohl Wohnplatz und Tagesstruktur zur Verfügung stellt, befinden sich die Betroffenen definitiv in einem de facto geschlossenen Kontrollsystem. In diesem sind Macht- und einseitige Abhängigkeitsverhältnisse vorprogrammiert, obwohl es eigentlich das Ziel sein sollte, Klientinnen und Klienten für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt fit zu machen und damit auch zu verlieren. Im Lichte der Vorgaben der UN-BRK müsste die Verpflichtung und Bereitschaft, organisatorische Verknüpfungen zwischen Wohn- und Arbeitsstrukturen aufzulösen, sowohl von den Ländern als hauptsächlichen Kostenträgern als auch von den Anbieterorganisationen anerkannt werden.

Betroffene bewegen
sich in einem
geschlossenen System

Dies sind strukturelle Probleme, die unabhängig von konkret Handelnden bestehen. Menschen mit Behinderung sind mit den Gegebenheiten zwar zuweilen durchaus zufrieden, konnten aber angesichts ihrer Sozialisierung auch keine anderen Erfahrungen machen. Die räumliche aber auch trägerschaftliche Verbindung von Arbeits- und Wohnbereichen ist nach Ansicht des NPM nicht mehr zeitgemäß und aus Sicht der UN-BRK kritisch zu betrachten.

BMASK stimmt NPM zu Das BMASK stimmte in seiner Stellungnahme an die VA darin überein, dass das Wohnen behinderter Menschen in betreuten Wohnformen nicht vom gleichzeitigen Besuch einer bestimmten Tagesstruktur abhängig gemacht werden sollte.

- ▶ ***Verknüpfung von Arbeits- und Wohnbereich fördert Abhängigkeiten.***
- ▶ ***Betroffene befinden sich in einem geschlossenen System, das tendenziell die persönliche Weiterentwicklung und das Ausloten von Potenzialen behindert.***
- ▶ ***Selbstbestimmte Lebensgestaltung muss auch für Menschen mit Behinderung im Alter möglich sein. Strikte Anwesenheitsvorgaben in Werkstätten stehen dem jedenfalls entgegen.***

Einzelfälle: VA-S-SOZ/0020-A/1/2015, S-SOZ/0021-A/1/2015, T-SOZ/0017-A/1/2015, NÖ-SOZ/0126-A/1/2015, OÖ-SOZ/0042-A/1/2015, B-SOZ/0021-A/1/2015, OÖ-SOZ/0015-A/1/2015, NÖ-SOZ/0009-A/1/2015, T-SOZ/0021-A/1/2015, T-SOZ/0021-A/1/2015, K-SOZ/0050-A/1/2015, T-SOZ/0028-A/1/2015, S-SOZ/0022-A/1/2014

2.4.2.3 Anspruch auf selbstbestimmtes Leben auch im Alter

Die Kommissionen der VA wurden bei ihrer Besuchstätigkeit in mehreren Tageszentren bzw. Tageswerkstätten für Menschen mit Behinderung auf die besonderen Probleme älterer Menschen in diesen Einrichtungen aufmerksam.

Mehrere Einrichtungsleiterinnen und -leiter sprachen von sich aus davon, mit dem Umstand konfrontiert zu sein, Tagesangebote speziell für ihre Seniorinnen und Senioren mit Behinderung bereitzustellen, die den altersbedingten Körperveränderungen gerecht werden. Nach Jahren, in denen die Betroffenen ihre Rollen im Arbeitsprozess gefunden haben, gilt es, einen sanften Wechsel einzuleiten und neue Perspektiven aufzuzeigen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden. Dies bereitet Schwierigkeiten und erfordert zusätzliche Ressourcen. Würde man die vermehrt notwendige Pflege nicht schaffen, ginge älteren Menschen mit Behinderung der Wohnplatz verloren und eine Überstellung in ein Alten- und Pflegeheim wäre erforderlich. Der durchgängige Besuch einer Tagesstruktur ist allerdings mit großen Anstrengungen verbunden. Explizit äußerten ältere Nutzerinnen und Nutzer von Beschäftigungswerkstätten in Gesprächen mit Kommissionen den Wunsch, „in Pension gehen“, in der Früh länger schlafen oder aber auch tagsüber im Wohnheim bleiben zu dürfen. Für sie wäre es wichtig, kein (unterschwelliges) „Gedrängt werden“ zu erleben.

Dass beeinträchtigte Seniorinnen und Senioren nicht die Möglichkeit haben, die Tagesstruktur nach ihren Wünschen flexibler zu gestalten, ist gesetzlichen Regelungen oder strikten Vorgaben in Förderrichtlinien geschuldet. So muss im Rahmen des vollbetreuten Wohnens in Wien nach den Förderungsvorgaben des FSW eine Tageswerkstätte ganztägig an fünf Tagen pro Woche besucht werden. Maximal 50 Fehltage pro Jahr sind erlaubt; Urlaub und Krankenstand darin schon einberechnet.

Strikte zeitliche
Vorgaben nicht
adäquat

Der VA wurde vom FSW zwar versichert, dass in Wien bisher niemand aufgrund des Alters den Wohnplatz verloren habe und in ein Pflegeheim übersiedeln musste. Vielmehr werde versucht, den Bedürfnissen älterer Menschen mit Behinderung entgegenzukommen. Dies z.B. durch die vermehrte Einstellung ausgebildeter Pflegehelferinnen und Pflegehelfer oder durch die Anschaffung von Pflegebetten und Rollstühlen etc. Auch seien für ältere Menschen mit Behinderung, die nicht mehr ganztägig in der Tagesstruktur bleiben wollen, Einzellösungen – z.B. späterer Beginn, früheres Ende, Beurlaubungen etc. – möglich.

Aber auch Einzellösungen ändern nichts am grundsätzlichen Problem, dass die starren Vorgaben über die zeitliche Anwesenheit – verbunden mit dem Druck, diese einzuhalten, um nicht auch den betreuten Wohnplatz zu verlieren – von älteren Menschen mit Behinderung oft als massive Einschränkung empfunden werden.

Aus Sicht des NPM ist dazu Folgendes festzustellen:

Menschen mit und ohne Behinderung werden heute älter, dies verändert auch die Anforderungen an die Unterstützung von Menschen mit Behinderung. Gleichzeitig bietet diese Entwicklung neue Möglichkeiten, muss aber die Perspektiven von Menschen mit Behinderung sensibel berücksichtigen. Ihren Wünschen nach Ort, Art und Zeit von Tagesangeboten muss weit stärker Rechnung getragen werden als bisher.

Der NPM setzt sich dafür ein, dass Menschen mit Behinderung im Alter möglichst lange dort wohnen bleiben können, wo sie seit Jahrzehnten leben und ihr Zuhause eingerichtet haben.

Insbesondere in der Betreuung von Menschen mit Behinderung ist die Pflege und medizinische Versorgung der zu unterstützenden Personen Teil eines Begleitprozesses. Diese stehen aber anders als in der Akutpflege dabei nicht im Vordergrund. Entsprechend kann und darf auch nicht ausschließlich oder überwiegend auf pflegerisch geschultes Personal zurückgegriffen werden. Behindertenbetreuerinnen und -betreuer unterstützen behinderte Menschen im Alltag. In Tagesheimen, Werkstätten, Wohnheimen, Wohngruppen und Freizeiteinrichtungen helfen sie mit bei der Gestaltung des täglichen Lebens und setzen therapeutische und pädagogische Interventionen um. Wohneinrichtungen können deshalb ab einem zunehmenden Grad an Pflegebedürftigkeit

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

langjähriger Klientinnen und Klienten derzeit rasch an rechtliche, fachliche und meist auch baulichen Grenzen stoßen. Diese gilt es angesichts der älter werdenden Nutzerinnen und Nutzer zu überwinden.

Bund und Länder
gefordert Dies erfordert einerseits ein Überdenken auch der rechtlichen Rahmenbedingungen und andererseits die Planung und Steuerung der heute an bestimmte Leistungssegmente gebundenen materiellen Ressourcen.

- ▶ ***Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung ist in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen und erreicht die durchschnittliche Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung.***
- ▶ ***Es braucht entsprechend neue und flexiblere Strukturen für ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere bezüglich in Bezug auf Wohnen, Beschäftigung und Freizeit.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0005-A/1/2014, W-SOZ/0108-A/1/2015, W-SOZ /0109-A/1/2015, NÖ-SOZ /0035-A/1/2015

2.4.2.4 Inklusiver Zugang zu medizinischer Versorgung ist auszubauen

Recht auf Höchstmaß
an Gesundheit Die UN-BRK stellt zweifelsfrei klar, was eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte: Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Österreich ist deshalb verpflichtet alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um dies zu gewährleisten. Die Kommissionen der VA mussten aber leider feststellen, dass dieses Recht noch lange nicht verwirklicht ist.

Jahrelange
Medikamentierung
ohne ärztliche
Evaluierung Die Kommissionen stellten wiederholt fest, dass die ärztliche Versorgung in Einrichtungen mangelhaft ist. So werden Menschen mit Behinderung in vielen Fällen über Jahre hinweg von keiner Fachärztin bzw. keinem Facharzt für Psychiatrie betreut. Psychopharmaka werden ohne ständige ärztliche Evaluierung und Kontrolle eingenommen bzw. verabreicht. In einem Fall wurden Betroffene über fünf Jahre nicht untersucht. Das Problem wird noch dadurch verschärft, dass immer wieder Personal ohne entsprechende Ausbildung Medikamente für Betroffene „blistert“, also in Medikamentenbehälter einordnet, und verabreicht. Patienten mit Doppeldiagnosen sind besonders gefährdet.

Mangel an verfügbaren
Fachärzten In Bezug auf psychiatrische Dienste waren die Mängel bei der ärztlichen Versorgung besonders auffällig, aber auch in Bezug auf andere Fachrichtungen gibt es de facto Unterversorgungen. So etwa im Bereich der Zahnmedizin und Frauengesundheit.

Inklusive medizinische
Versorgung defizitär Die Gründe dafür sind vielschichtig: Prinzipiell haben Menschen mit Behinderung, so wie alle anderen, das Recht auf freie Arztwahl und sind auch krankenversichert. Gleichzeitig sind, vor allem in ländlichen Regionen, Konsiliarärztinnen und -ärzte für Einrichtungen schwer zu finden. Vor allem Fachärztinnen und Fachärzte mit Kassenvertrag stehen Einrichtungen oft nicht zur Verfügung. Nicht alle Kassenarztpraxen sind barrierefrei; fallweise können oder wollen Medizinerinnen und Mediziner mit Menschen mit Behinderung

und deren Verhaltensmustern vor und bei Behandlungen nicht sensibel umgehen. Wahlärztinnen und -ärzte hingegen werden aus Kostengründen nicht kontaktiert.

Es gibt interessante – wenngleich nicht flächendeckende – Initiativen, die medizinische Versorgung inklusiver anbieten wollen. Für niederösterreichische Landeskliniken und Behinderteneinrichtungen wurde z.B. ein Leitfaden zu „Arzt-Patienten-Gesprächen“ entwickelt. Diese kostenlose Broschüre ist in vereinfachter und leicht verständlicher Form verfasst und stellt eine wertvolle Hilfe zur umfassenden Vorbereitung auf Behandlungstermine für Menschen mit Behinderung dar. Zusätzlich wurde ein Ambulanzpilotprojekt für im Krankenhaus erforderliche medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderung initiiert.

Hilfreich sind neue Technologien wie z.B. Apps für Arztgespräche in Gebärdensprache und auch das wissenschaftlich begleitete Projekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“, welches 2013 u.a. in Krankenanstalten begonnen und in der Pilotphase auf Menschen mit Hör- und Sprachbeeinträchtigungen ausgelegt wurde. 2015 wurde ein weiteres Projekt gestartet, welches die Zuschaltung ausgebildeter Gebärdensprachdolmetschdienste auf Smartphones, Tablets und Laptops ermöglicht. Ziel des Projekts „Gebärdensprachdolmetscher am Display“ ist es, der hörbeeinträchtigten Bevölkerung in Wien im Sinne der UN-BRK das Recht auf kommunikative Barrierefreiheit in Arztpraxen zu ermöglichen.

Neue Technologien in
Entwicklung

Die bundesweit vielfach mangelhafte ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung ist, trotz bemühtem Einsatz einzelner Akteure, ein strukturelles Problem. Dieses muss als solches erkannt und geeignete Lösungsstrategien müssen entwickelt werden.

- ▶ ***Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit***
- ▶ ***Inklusive medizinische Versorgung ist flächendeckend auszubauen.***
- ▶ ***Assistierende Technologien sollten weiterentwickelt und bundesweit zugänglich gemacht werden***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0180-A/1/2015, NÖ-SOZ/0041-A/1/2014, S-SOZ/0015-A/1/2015, S-SOZ/0031-A/1/2014, S-SOZ/0014-A/1/2014, NÖ-SOZ/0009-A/1/2015, OÖ-SOZ/0015-A/1/2015,

2.4.2.5 Leben und Wohnen mit psychischen Krankheiten

Die Psychiatriereformen der vergangenen Jahrzehnte hatten das Ziel, neue Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen nach langem Aufenthalt in psychiatrischen Krankenhäusern zu schaffen. Die Kritik an den dortigen Verwahrzuständen richtete sich vor allem gegen gesellschaftliche Isolation, umfassende Fremdbestimmung, therapeutischen Nihilismus,

Enthospitalisierung
fachlich unbestritten

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

räumliche Enge, sinnentleerte Tagesabläufe, medikamentöse Ruhigstellung und objektivierenden Umgang. Die Enthospitalisierung sollte erfolgen, indem außerhalb der Krankenhäuser (institutionell) abgesicherte Lebensräume auch für Menschen mit stark individuellen Verhaltensweisen zugänglich sind. Während die Forderung nach Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker heute fachlich unbestritten ist, besteht ein großes Defizit in der flächendeckenden Umsetzung von inklusiven Wohn- und Beschäftigungsangeboten.

Diese Personengruppe fällt durch ihr Sozialverhalten auf. Menschen mit psychischen Krankheiten oder seelischen Behinderungen sind jedoch nach wie vor in besonderem Maße von Ausgrenzung, Diskriminierung, Stigmatisierung und Obdachlosigkeit betroffen. Auch dort, wo es institutionelle Betreuungsstrukturen gibt, sind verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, um deren gleichberechtigte Teilhabe zu fördern bzw. sicherzustellen.

Keine Rehabilitation In Ktn nahm die Kommission 3 diesbezüglich mehrfach besonders gravierende Defizite wahr. In entlegenen und nur vermeintlich spezialisierten Wohneinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Suchterkrankungen wird psychosoziale Begleitung und Rehabilitation nicht einmal im Ansatz verwirklicht. Entsprechend ausgebildetes Betreuungspersonal steht nicht zur Verfügung. Individuelle Ziel- und Betreuungspläne werden von den meisten dieser Einrichtungen weder erstellt, noch werden individuelle Fördermaßnahmen gesetzt. Betroffene sind – wenn überhaupt – nur rudimentär in die Gestaltung des Alltages einbezogen. Es gibt kaum Freizeitangebote. Die wenigsten der Klientinnen und Klienten werden in externe Tagesstrukturen eingebunden. Sozialraumgestaltung findet nicht statt. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind und werden dadurch faktisch isoliert. Heimverträge mit Bewohnerinnen und Bewohnern wurden bisher nicht geschlossen.

Die aus öffentlichen Mitteln geleisteten Kostenersätze in all diesen Einrichtungen sind betraglich fixiert und deutlich niedriger als in übrigen Einrichtungen der Behindertenhilfe in diesem Bundesland. Soziale Reintegration ist unter diesen Rahmenbedingungen unmöglich. Dass grundlegende menschenrechtliche Verpflichtungen dadurch auch vom Land Ktn verletzt werden, wird nicht gesehen. Der NPM wurde hier auf fehlende Ressourcen verwiesen.

Auch in anderen Bundesländern zeigten Kommissionen Versorgungsdefizite zu Lasten dieser Personengruppe auf. Es gibt zweifelsfrei auch Trägerorganisationen, die gute Arbeit leisten. Lange Wartelisten auf freie Plätze im Bereich von voll- und teilbetreutem Wohnen sind ein Indiz, dass ein großer ungedeckter Bedarf besteht, Menschen in psychiatrischen Krisen nach der Akutbehandlung in Spitälern aufzufangen und schrittweise in ein selbstständiges Leben zu begleiten.

- ▶ *Menschen mit psychischen Krankheiten erleben immer noch Ausgrenzung und Stigmatisierung.*
- ▶ *Rehabilitation und Habilitation müssen durch ausreichende Ressourcen ermöglicht werden.*
- ▶ *Die Förderung ihrer gleichberechtigten Teilnahme ist besonders dringlich.*

Einzelfälle: VA-K-SOZ/0046-A/1/2014, K-SOZ/0011-A/1/2015, K-SOZ/0040-A/1/2015, W-SOZ/0205-A/1/2015

2.4.2.6 Menschen mit Behinderung auf der Flucht

Bilder und Berichte von Flüchtlingen und über Flüchtlinge, die 2015 Österreich als Ziel- oder Transitland nach einer langen beschwerlichen Reise betraten, blenden aus, dass auch Menschen mit Behinderungen Asyl suchen. Die Zunahme der Flüchtlingszahlen in den vergangenen zwei Jahren führte auch zum deutlichen Anstieg von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen. Dazu gehören chronisch Kranke, traumatisierte Personen, Schwangere, (unbegleitete) Minderjährige, ältere Menschen und Menschen mit Behinderung. Innerhalb dieser Gruppe befinden sich auch schwer und schwerst mehrfachbehinderte Schutzsuchende in einer besonders prekären Situation, da ihre Aufnahme und Versorgung von besonderen Bedürfnissen bestimmt wird. Sowohl die angemessene medizinische und soziale Betreuung als auch die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln stellen in der Praxis vielfach Probleme dar, die spezieller und nicht selten individueller Lösungen bedürften.

Die Neufassung der EU-Richtlinie 2013/33 konkretisierte mit Wirksamkeit ab 1.7.2015 die zu erbringenden Leistungen für Personen mit besonderen Bedürfnissen. Dort heißt es in Artikel 19.2: „Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“ Art 22 dieser Richtlinie verpflichtet zur Ermittlung der besonderen Bedürfnisse, denen während der gesamten Dauer des Asylverfahrens Rechnung zu tragen ist. Das bedingt, dass Menschen mit Behinderung sowohl im Rahmen der Erstaufnahme als auch im Rahmen der Grundversorgung angemessene Wohnräume, behindertengerechte Versorgung sowie prophylaktische oder die Benachteiligung ausgleichende Behandlung gewährt werden muss.

Diese Vorgaben konnten 2015 angesichts der vorhandenen Kapazitäten bei der Flüchtlingsunterbringung und -versorgung nicht erfüllt werden. Das hat die Kommission 6 bei Besuchen in der völlig überlasteten EAST Traiskirchen bzw. die Kommission 4 in Notquartieren, die nur der Obdachlosigkeit vorbeugen können, leider wiederholt festgestellt.

So gibt es im EAST Traiskirchen zwar das Haus 4, das speziell für Menschen mit Behinderung bestimmt ist. Die dort bei Besuchen von der Kommission 6

Keine Barrierefreiheit in EAST Traiskirchen

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

vorgefunde Barrierefreiheit beschränkt sich darauf, dass der Zugang ebenerdig möglich ist. Ein 16-jähriger Iraker, dem infolge eines Bombenangriffs beide Beine ab Beginn des Oberschenkels amputiert wurden, zeigte der Kommission die für seinen Bedarf zu kleinen und unzureichend ausgestatteten Sanitär-räume. Allein schon das Waschen und Duschen sowie die sterile Wundver-sorgung, auf die er angewiesen war, geriet während des neun Monate langen Aufenthaltes für ihn und seine Mutter zur Tortur. Die Teilnahme an organi-sierten Deutschkursen war ihm ebenfalls mangels Barrierefreiheit verwehrt. Er beklagte beim Erstkontakt mit der Kommission, dass alle anderen gesunden Gleichaltrigen, mit denen er nach Traiskirchen gekommen war, bereits verlegt worden waren, während man ihn und seine Mutter immer wieder tröstete.

Dialysepatient
entgegen Empfehlung
in Zelt untergebracht

Ein Dialysepatient im Rollstuhl war mit seiner Familie in der EAST zuerst im Freien der Obdachlosigkeit ausgesetzt und wurde später in einem Zelt unter-gebracht. In einem ärztlichen Gutachten, das er der Kommission vorwies, riet ein NÖ Krankenhaus von Nüchtigungen im Freien ab. Er erzählte, dieses At-test schon vor Wochen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ORS GmbH gezeigt zu haben – ohne Erfolg und Reaktion.

Blinder Asylwerber auf
sich alleine gestellt

Ein alleinstehender blinder Asylwerber war kurz nach dem Aufnahmestopp in der EAST im Zeltlager 2 untergebracht, wo die Versorgung anfangs noch prekärer war, als in den übrigen Geländeteilen. Mehr als 1000 Menschen konnten sich dort im Hochsommer kaum waschen bzw. nur die sechs vorhandenen Duschen der Polizeischulsporthalle benutzen. Essensausgabestellen und Mo-bil-WCs, die aufgestellt worden waren, konnte er ohne Hilfe nicht erreichen und war gänzlich auf die Versorgung durch mit ihm im Zelt untergebrachte Landsleute angewiesen. Der Syrer beschrieb der Kommission seine Angst, dass diese vor ihm verlegt würden und er dann wehrlos völlig fremden Personen ausgeliefert sein könnte.

In diesen und anderen Einzelfällen erachteten die medizinischen Expertinnen und Experten der Kommission 6 Gefahr im Verzug als gegeben und eine Ver-legung als dringend angezeigt. Insbesondere dem FSW in Wien aber auch der NÖ LReg ist angesichts der insgesamt großen Herausforderung bei der Bewäl-tigung der Flüchtlingsströme dafür zu danken, dass nach Kontaktnahme der VA rasch Grundversorgungsquartiere vermittelt werden konnten, ohne Fami-lien trennen zu müssen.

Im Spätherbst 2015 hat das BMI in OÖ eine Sonderbetreuungsstelle für Men-schen mit Behinderung in OÖ eingerichtet. Ob das reicht und reichen kann, ist angesichts (noch) nicht vorhandener Daten, wie viele Menschen mit Behin-derung auf der Flucht 2015 im Bundesgebiet vorübergehend bzw. dauerhaft zu versorgen waren, ungewiss. Die Kritik an dieser Stelle bezieht sich vorerst nur auf die Tatsache, dass Notfallpläne, die gemäß Art. 11 der UN-BRK zum Schutz von Menschen mit Behinderungen im Fällen humanitärer Notlagen notwendig wären, nach wie vor nicht existieren.

► *In der UN-BRK vorgesehene Notfallpläne für Menschen mit Behinderung auf der Flucht fehlen*

2.4.3 Positive Wahrnehmungen

Die Kommission 4 besuchte in Wien eine Einrichtung, die eine Tagesstruktur für Menschen in den höchsten Pflegegeldstufen (Stufe 6 und 7) anbietet. Die tägliche Betreuung und basale Stimulation wird dort als „Arbeit an sich selbst“ verstanden. Jede Eigentätigkeit, die dabei möglich ist, wird unterstützt, ebenso jeder Ansatz, der wie eine Reaktion wirkt oder ein gegenseitiges Miteinander entstehen lässt. Großen Raum nimmt auch die unterstützte Kommunikation ein. Spiel-, Neugier- und Erkundungsaktivitäten können so auch bei scheinbar gänzlich inaktiv wirkenden Personen geweckt werden. Zahlreiche Ausflüge werden unternommen, darunter auch Aktivitäten wie z.B. Segelrundfahrten oder Besuche im Haus des Meeres. Die Kommission war voll des Lobes für die professionelle und wertschätzende Art des Umgangs mit Klientinnen und Klienten, die auf ihre Bedürfnisse angepasste Hilfsmittelausstattung und die vielfältig und individuell umgesetzten Betreuungskonzepte. Im Konzept Basale Stimulation geht es darum, Umweltbedingungen zu gestalten, die vorteilhaft dazu beitragen, dass sich ein schwer beeinträchtigter Mensch gut entwickeln kann.

Best practice

2.5 Justizanstalten

2.5.1 Einleitung – Vollzug – Justizanstalten und Einrichtungen für Maßnahmenpatienten

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über die Tätigkeit des NPM während des Berichtsjahres in den österreichischen Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs. Insgesamt wurden 47 Besuche in JA und drei Besuche in Einrichtungen für Maßnahmenpatienten absolviert. Die Ergebnisse dieser präventiven Menschenrechtsarbeit sind in zehn Kapitel unterteilt. Die Untergliederung orientiert sich im Wesentlichen an den Ankerpunkten der Berichtsprotokolle des NPM.

Zu Beginn werden die Arbeitsergebnisse im Zusammenhang mit dem Schwerpunktthema „Gesundheitswesen“ (1) im Vollzug und dem damit verbundenen Prüfgegenstand der Zugangsuntersuchung dargestellt. Die Erkenntnisse und Anregungen zum Schwerpunkt „Frauen im Vollzug“ werden in den beiden Kapiteln Arbeits- und Beschäftigungsangebote (3) sowie Recht auf Privatsphäre (6) abgebildet. In den restlichen Kapiteln Lebens- und Aufenthaltsbedingungen (2), Kontakt nach Außen (4), bauliche Ausstattung (5), Zugang zu Informationen (7), Beschwerdemanagement (8) und Personal (9) werden exemplarische Wahrnehmungen und Anregungen zu den einzelnen JA aus dem vergangenen Jahr aufgezeigt. Das letzte Kapitel ist zwei ausgewählten „Best Practice“ (10) Beispielen gewidmet.

2.5.2 Systembedingte Problemfelder

2.5.2.1 Gesundheitsversorgung

Gesundheitswesen und dessen Anforderungen

Inadäquate
Gesundheitsfürsorge
menschenrechtswidrig

Wahrnehmungen der Kommissionen und Individualbeschwerden von Inhaftierten machen deutlich, dass der Bereich des Gesundheitswesens in Haft auch weiterhin ein zentrales Thema ist und die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug im Rahmen der Fürsorgepflicht eine Herausforderung darstellt. Da eine inadäquate Gesundheitsfürsorge zu Situationen mit unmenschlicher und erniedrigender Behandlung führen kann, bedarf es im Gesundheitsbereich einer schwerpunktmäßigen Präventionsarbeit. Es soll gewährleistet werden, dass die medizinische Versorgung von Inhaftierten auf demselben Niveau erfolgt wie für Personen in Freiheit. Der NPM hat sich daher auch im Jahr 2015 dieser Thematik zugewandt und sie schwerpunktmäßig behandelt.

Grundrechtskonforme
Betreuung gefährdeter
Personengruppen

Zudem war der bedrückende Anlassfall der Verwahrlosung eines in der JA Stein untergebrachten Häftlings im Jahr 2014 Anlass, eine systemische Untersuchung zur pflegerischen Betreuung im Straf- und Maßnahmenvollzug einzuleiten (PB 2014, Band 2, S. 89). Im Fokus stand die Frage, wie eine grundrechtskonforme Betreuung von besonders gefährdeten Personengruppen – wie

beispielsweise pflegebedürftigen älteren Häftlingen im Langzeitvollzug – sichergestellt werden kann. Es galt zu klären, welches Überwachungs-, Frühwarn- und Screeningsystem für Insassinnen und Insassen des Straf- und Maßnahmenvollzugs implementiert werden soll, um künftig eine körperliche und seelische Verwahrlosung zu vermeiden.

Eingefordert wurde, dass in den österreichischen JA die Pflege und Betreuung von Inhaftierten, die aufgrund ihres Alters oder ihres geistigen Zustandes vermehrten Betreuungsbedarf aufweisen, im selben Umfang gewährleistet wird wie für Patientinnen und Patienten in Kranken- und Pflegeeinrichtungen.

Forderungskatalog des NPM

Bezugnehmend auf die Empfehlung des NPM, den Chefärztlichen Dienst gesetzlich zu implementieren (PB 2014, Band 2, S. 95), ist zu berichten, dass das BMJ diese Empfehlung umgesetzt hat. Der Chefärztliche Dienst, der für die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug eine wichtige Rolle spielt, ist nunmehr in § 13 Strafvollzugsgesetz (StVG) gesetzlich verankert.

Chefärztlicher Dienst: Empfehlung des NPM umgesetzt

Das Monitoring der gesundheitlichen Versorgung wird über das Chefärztliche Büro durchgeführt. Dieses ist der Generaldirektion (für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen) eingegliedert. Das Chefärztliche Büro entwickelt Grundsatzkonzepte zum Umgang mit Patientinnen und Patienten. Diese Konzepte werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und sollen nach einer entsprechenden Testphase in allen Anstalten implementiert werden.

Chefärztliches Büro

Ausgehend von der Forderung des NPM wurde beispielsweise die Etablierung von Mindeststandards im Hygienebereich vorangetrieben. Positiv hervorzuheben ist, dass einerseits in Teilbereichen mit der Einführung der entsprechenden Mindeststandards begonnen wurde und andererseits die erforderlichen Schulungsmaßnahmen stattfanden, in deren Rahmen unter anderem die Hygieneverordnung 2014 und die PROHYG 2.0. (Leitlinien der Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene) behandelt wurden.

Mindeststandards im Hygienebereich

Die Teilnahme an einschlägigen Weiterbildungsveranstaltungen ist jetzt für Bedienstete der Krankenabteilungen dreimal jährlich verpflichtend. Weitere Schulungen wird es im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fachtagungen der Krankenabteilungen und Ordinationen der JA geben. Zudem wurden in den Sonderkrankenanstalten Stein, Wilhelmshöhe und Wien-Josefstadt Hygienebeauftragte eingesetzt. Künftig soll es derartige Bedienstete in jeder JA geben.

Hygienebeauftragte

Nach Angaben des BMJ ist die Evaluierung sämtlicher JA hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen zur Gewährleistung hygienischer Mindeststandards noch nicht gänzlich abgeschlossen. Der NPM fordert, dies zu forcieren und in weiterer Folge die Umsetzung dieser Maßnahmen sicherzustellen. Zudem wird der NPM die Ausarbeitung zusätzlicher Grundsatzkonzepte zu Schwerpunktthemen laufend beobachten.

Justizanstalten

Ärztliche Visiten in den JA	Zurückkommend auf den nunmehr gesetzlich eingerichteten Chefärztlichen Dienst kann berichtet werden, dass dieser mit weitreichenden Kompetenzen ausgestattet wurde. Diese umfassen u.a. Visiten in den JA, welche sowohl im Anlassfall als auch routinemäßig – pro Monat in ca. zwei JA und jedenfalls einmal pro Jahr – unangekündigt vorgenommen werden. Ebenso werden Chefzahnärztliche Visiten in den JA durchgeführt, um eine adäquate zahnmedizinische Behandlung und hygienisch einwandfreie Behandlungsräumlichkeiten zu gewährleisten.
Überwachungs-und Screeningsystem	Ergänzend zu den mindestens einmal jährlich durchzuführenden Besuchen in jeder JA durch den Chefärztlichen Dienst wurde seitens des BMJ zugesichert, dass einmal monatlich verpflichtend eine anstaltsärztliche Visite durch die Anstaltsärztin oder den Anstaltsarzt auf allen Abteilungen der jeweiligen JA durchzuführen ist. Dies insbesondere um geistigen oder körperlichen Verfall – wie jener des Untergebrachten in der JA Stein, der vom Schweregrad her einer Misshandlung gleichkommt – künftig auszuschließen. Im Rahmen dieser anstaltsärztlichen Visite sind die Inhaftierten stichprobenartig in ihren Hafträumen aufzusuchen, um u.a. die Hygiene in den Hafträumen zu kontrollieren. Ein automatisch vorgesehener Kontrolltermin alle zwölf Monate soll zudem gewährleisten, dass jeder Inhaftierte mindestens einmal im Jahr vom Anstaltsarzt untersucht wird.
Präventive Kontrollsysteme	Derartige präventive Kontrollsysteme haben einen besonderen Stellenwert, um einen etwaigen drohenden geistigen oder körperlichen Verfall von Personen, die sich in staatlicher Obhut befinden, rechtzeitig zu erkennen und gezielt entgegenwirken zu können.
Erfassung pflegebedürftiger Häftlinge	Die Überlegung des NPM, eine zentrale Erfassung pflegebedürftiger Häftlinge einzurichten, wurde vom BMJ nicht geteilt. Das BMJ verweist darauf, dass in dem österreichweit vorhandenen Modul MED (Medizinische Daten) in der Integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) auch chronische Erkrankungen erfasst sind. Laut BMJ ist eine ausreichende Kontrolle der Durchführung von Pflegemaßnahmen durch die chefärztliche Kontrolle des IVV-MED-Moduls sowie durch die chefärztlichen Visiten in den JA gewährleistet.
Elektronische Pflegedokumentation	Zudem teilt das BMJ mit, dass eine elektronische Pflegedokumentation bei der Bundesrechenzentrum GmbH in Auftrag gegeben wurde und sich in der Entstehungsphase befindet. Der NPM erachtet es als unerlässlich, eine elektronische Pflegedokumentation einzurichten. Allein die mögliche Nachvollziehbarkeit der einzelnen Behandlungs- und Betreuungsschritte wird bereits eine vermehrte Sorgfalt im Umgang mit pflegebedürftigen Gefangenen bewirken.
Schwerpunkt Zugangsuntersuchung	Als besonderer Schwerpunkt des Prüffhemas „Gesundheitswesen“ hat der NPM im Berichtsjahr die Zugangsuntersuchung aufgegriffen. Die Erhebungen zu diesem Schwerpunktthema sind zum Berichtszeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Von Belang ist hierbei einerseits, wann die Zugangsuntersuchung

stattfindet, und andererseits, was sie umfasst bzw. umfassen soll. Das CPT bestimmt, dass jeder Häftling so bald wie möglich nach seiner Ankunft in der JA durch einen Arzt ordnungsgemäß befragt und körperlich untersucht werden soll [CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010, S. 32].

Laut dem BMJ erfolgt die Zugangsuntersuchung nach einem standardisierten Ablaufschema. Demnach werden durch die Polizei eingelieferte oder von einer JA überstellte Insassinnen und Insassen unmittelbar einer Ärztin oder einem Arzt zur Erstuntersuchung vorgestellt, wenn eine JA über eine eigene Sonderkrankenanstalt verfügt. Handelt es sich um eine JA ohne angeschlossene Sonderkrankenanstalt, kann es bis zu (maximal) vier Tage (inklusive Samstage, Sonntage und Feiertage) dauern, bis eine Erstuntersuchung durchgeführt wird. Sollte eine Insassin oder ein Insasse über akute Beschwerden klagen, erfolgt eine sofortige Ausführung in das nächstgelegene Krankenhaus.

Zeitpunkt der
Zugangsuntersuchung

Die Untersuchung umfasst laut Angaben des BMJ eine Ganzkörperuntersuchung ohne bzw. mit einfachen Instrumenten. Im Rahmen der Zugangsuntersuchung wird über Anamnese, Blutdruck- und Gewichtskontrolle sowie über die Bestimmung der Vitalparameter ein gesundheitlicher Überblick über die Patientin bzw. den Patienten geschaffen. Ausgenommen sind Fälle mit konkreten Beschwerden. Blutspiegelkontrollen (Laborkontrollen) werden nur bei medizinischer Notwendigkeit sowie in regelmäßigen Abständen – dem Äquivalenzprinzip der Vorsorge folgend – einmal im Jahr vorgenommen.

Umfang der
Untersuchung

Aus Sicht des BMJ hat bei der Anamnese, die einen äußerst wichtigen Teil jeder Untersuchung darstellt, jede Patientin bzw. jeder Patient die Möglichkeit – und auch das Recht – Erkrankungen lückenlos anzugeben, um gegebenenfalls die Veranlassung weiterführender Untersuchungen zu erwirken.

Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Psychiatrie wird der Zugangsuntersuchung nur dann beigezogen, wenn über Probleme geklagt bzw. Fachdienste oder sonstige Strafvollzugsbedienstete über Auffälligkeiten berichten.

Facharzt für Psychiatrie

Gesundheitliche Probleme, insbesondere ansteckende Krankheiten, werden anhand eines einfachen Prozedere mittels epidemiologischer Daten festgestellt. Der NPM bewertet positiv, dass im Zuge der Zugangsuntersuchung allen Insassinnen und Insassen das Informationspaket „Take Care“ betreffend die Prävention vor HIV/AIDS, Hepatitis B/C übergeben und Kondome sowohl für Männer als auch für Frauen anonym zur Verfügung gestellt werden.

Prophylaktische
Maßnahmen –
Informationspaket
„Take Care“

Eine adäquate Gesundheitsfürsorge beginnt mit der prophylaktischen Verhinderung von Übertragungsmöglichkeiten sowie mit der Aufklärung über den hygienischen und sicheren Umgang in Gefahrensituationen. Die Ausgabe von Präservativen dient der Sicherstellung der Gesundheitsfürsorge, insbesondere bezogen auf HIV, Syphilis und Hepatitis.

Zur Verhütung von Lungenerkrankungen in JA wird laut Angaben des BMJ jeder Neuzugang innerhalb von 14 Tagen einem Tuberkulose-Screening mittels

Tuberkuloseinfektionen

Thoraxröntgen unterzogen. Personen, die sich in einem sichtbar schlechten Allgemeinzustand befinden, sowie Personen aus internationalen Risikogebieten mit multiresistenter Tuberkulose werden innerhalb von fünf Tagen einer Untersuchung unterzogen.

Einem Erlass der Vollzugsdirektion aus dem Jahr 2014 folgend, sind Insassinnen binnen zwei Wochen nach der ersten Haftverhandlung einer Fachärztin oder einem Facharzt für Frauenheilkunde vorzustellen. Eine sofortige Vorstellung wird veranlasst, wenn bei der Zugangsuntersuchung eine dringende Notwendigkeit der Behandlung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Frauenheilkunde festgestellt wird. Für männliche Insassen ab dem 50. Lebensjahr wird eine urologische Untersuchung angeboten.

Standards bei
Zugangsuntersuchung

Ob die vom BMJ gegenüber dem NPM dargelegten Standards im Bereich der Zugangsuntersuchung flächendeckend in allen österreichischen JA tatsächlich erfüllt und ob mit diesen das Auslangen gefunden werden kann, wird derzeit einer näheren Prüfung durch den NPM unterzogen.

Anwesenheit von
Justizwache-
bediensteten bei
Behandlung

Mit der Frage nach dem erforderlichen Umfang einer Zugangsuntersuchung ist auch die Thematik der Anwesenheit von Justizwachebeamten bei der medizinischen Behandlung von Inhaftierten eng verknüpft. Die VA hat bereits im Vorjahresbericht (PB 2014, Band 1, S. 152f) das Spannungsfeld zwischen dem Sicherheitsinteresse und der Wahrung der Intimität und Vertraulichkeit in Bezug auf die Anwesenheit von Justizwachebeamten bei medizinischen Untersuchungen von Inhaftierten aufgezeigt.

Gleichgeschlechtliche
Justizwachebedienstete
gefordert

Gefordert wurde, dass für den Fall, dass eine Bewachung bei der Untersuchung des Inhaftierten zwingend erforderlich ist, diese nur von einer Person gleichen Geschlechtes vorgenommen werden soll. Offen blieb die Frage, wann die Bewachung bei medizinischen Behandlungen (in der jeweiligen dafür vorgesehenen Räumlichkeit der JA) zwingend erforderlich ist.

Erlass des BMJ zur
Anwesenheit von
Vollzugsbediensteten

Nach Angaben des BMJ sollte eine erlassmäßige Klarstellung der gebotenen Vorgangsweisen zur Anwesenheit von Vollzugsbediensteten im Rahmen der anstaltsärztlichen Ordination im Jänner 2014 vorliegen. Der entsprechende Erlass vom Jänner 2014 erreichte die VA jedoch erst im März 2015, da er aufgrund der Gespräche mit der Personalvertretung erst rund ein Jahr nach Vorbereitung und formalen Genehmigung abgefertigt werden konnte.

Der NPM verkennt nicht, dass Sicherheitsaspekte die Anwesenheit eines gleichgeschlechtlichen Justizwachebediensteten verlangen können, betont aber, dass deren Anwesenheit bei einer Untersuchung einen Eingriff in die Privatsphäre der Inhaftierten darstellt. Selbst gleichgeschlechtliche Justizwachebedienstete sollten daher nur dann anwesend sein, wenn sich ein diesbezüglicher Bedarf nachweisbar gegeben ist.

Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die CPT-Standards Bedacht zu nehmen, welche besagen, dass jede ärztliche Untersuchung Gefangener (ob bei