



VOLKSANWALTSCHAFT



Bericht

2016

Präventive
Menschenrechtskontrolle

Bericht der Volksanwaltschaft
2016

Band
Präventive Menschenrechtskontrolle

Vorwort

Auf mehr als 200 Seiten stellt die Volksanwaltschaft die Ergebnisse ihrer Tätigkeit als Nationaler Präventionsmechanismus dar. Zu ihren Kernaufgaben zählt in dieser Funktion, Menschen, denen die Freiheit entzogen ist, vor Folter und unmenschlicher Behandlung zu schützen. Dass dieser Schutz in Österreich überhaupt erforderlich ist, erscheint möglicherweise vielen nicht nachvollziehbar. Die Wahrung dieser Menschenrechte ist aber auch in sogenannten hochentwickelten rechtsstaatlichen Demokratien keine gelebte Selbstverständlichkeit. Nicht nur in Fällen, die in Schlagzeilen von Zeitungen geraten, sondern auch in Situationen, die in manchen Einrichtungen alltäglich sind, zeigt sich, dass Menschen in ihren Menschenrechten verletzt werden: Wenn etwa Insassen einer überbelegten Justizanstalt auf sehr beengtem Raum leben müssen oder wegen Personalmangel fast durchgehend in den Hafräumen eingeschlossen sind. Wenn in einem Pflegeheim das Recht auf Selbstbestimmung nicht geachtet und auf persönliche Bedürfnisse nicht eingegangen wird, zum Beispiel durch fixe Essens- und Schlafenszeiten oder einen strukturierten, starren Tagesablauf.

Die Arbeit der Volksanwaltschaft besteht darin, derartige Gefährdungslagen möglichst frühzeitig zu erkennen und zu benennen. Das macht den wesentlichen Inhalt des präventiven Mandats aus: durch regelmäßige, zumeist unangekündigte Kontrollen die menschenrechtliche Situation zu überprüfen, ohne dass es eine Beschwerde oder einen Anlassfall gibt. Es gilt, mögliche Missstände vermeiden zu helfen, bevor sie auftreten, Menschenrechtsverletzungen durch österreichweite Kontrollen aufzudecken und Wege aufzuzeigen, wie die Wiederholung aufgetretener Missstände künftig vermieden werden kann.

Wie wichtig diese Arbeit der Volksanwaltschaft ist, zeigt sich unter anderem darin, dass im fünften Jahr ihrer Tätigkeit und nach insgesamt über 2.000 Kontrollen zahlreiche strukturelle Defizite festgestellt werden mussten, die menschenrechtlich relevant sind. Diese Situationen führen nicht selten auch dazu, dass das Personal in diesen Einrichtungen unter schwierigen Bedingungen arbeitet.

Der Begriff „strukturelle Defizite“ verdeckt aber, dass es um Schicksale von Menschen geht und auch um das Leid ihrer Angehörigen. Die Volksanwaltschaft sieht sich in ihrem Auftrag dazu aufgerufen, Menschen zu unterstützen, die ihre Rechte nur in sehr eingeschränktem Maße zur Sprache bringen können.

Alle in diesem Bericht beschriebenen Problemlagen und Lösungsansätze beruhen auf der Prüftätigkeit der sechs Kommissionen der Volksanwaltschaft. Den Kommissionen ist ihr Engagement hoch anzurechnen und dafür zu danken. Dank gebührt auch dem Menschenrechtsbeirat für seine unterstützende beratende Tätigkeit. Ein wesentlicher und nicht hoch genug einzuschätzender Anteil am Arbeitsergebnis der Volksanwaltschaft haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses. Ihnen ist an dieser Stelle besonderer Dank auszusprechen.

Dieser Bericht wird in englischer Sprache auch an den UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter (SPT) in Genf übermittelt, demgegenüber die Volksanwaltschaft als Nationaler Präventionsmechanismus berichtspflichtig ist.



Dr. Günther Kräuter

Dr. Gertrude Brinek

Dr. Peter Fichtenbauer

Wien, im März 2017

Inhalt

Einleitung.....	11
1 Der Nationale Präventionsmechanismus im Überblick.....	13
1.1 Mandat	13
1.2 Prüfschema und Methodik	14
1.3 Kontrollen in Zahlen	14
1.4 Budget.....	18
1.5 Personelle Ausstattung	19
1.5.1 Personal	19
1.5.2 Kommissionen der Volksanwaltschaft	19
1.5.3 Menschenrechtsbeirat.....	19
1.6 Bericht der Kommissionen.....	19
1.7 Internationale Zusammenarbeit und Kooperationen	21
1.8 Bericht des Menschenrechtsbeirats	23
2 Prüfschema, Methodik und Veranlassungen des NPM	25
2.1 Präambel.....	25
2.2 Ziele- und Grundsätze	25
2.3 Methodik der Kontrolle.....	27
2.4 Die Veranlassungen.....	27
3 Feststellungen und Empfehlungen	29
3.1 Alten- und Pflegeheime	29
3.1.1 Einleitung.....	29
3.1.2 Geriatrische Pflege braucht Achtsamkeit und Führungskompetenz.....	34
3.1.3 Gewalt in der Pflege.....	37
3.1.4 Einführung des Pflegestandards Schmerz	40
3.1.5 Staatliche Schutzpflichten bestehen auch in Bezug auf nicht genehmigte Einrichtungen	42
3.1.6 Regelmäßige Sensibilisierung in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen	45
3.2 Krankenhäuser und Psychiatrien.....	50
3.2.1 Einleitung.....	50
3.2.2 Unzureichendes Versorgungsangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	54

3.2.3	Fragwürdiger Einsatz von Sicherheitsdiensten.....	58
3.2.4	Unverzügliche Meldung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Eingriffen in Persönlichkeitsrechte.....	60
3.2.5	Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	61
3.2.6	Unzumutbare Überstellungstransporte von unterbringungsbedürftigen Kranken	62
3.2.7	Zwangsweise Unterbringung ohne ärztliche Bescheinigung als Regelfall?	65
3.2.8	Das unbekannte Istanbul-Protokoll	66
3.2.9	Überforderung bei Betreuung einer minderjährigen Patientin	67
3.2.10	Räumliche Neugestaltung der psychiatrischen Abteilungen im LKH Mauer	68
3.3	Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	71
3.3.1	Einleitung.....	71
3.3.2	Prüfeschwerpunkt Prävention von sexueller und allen anderen Formen von Gewalt.....	75
3.3.3	Bedenkliche Personalsituation in WGs und Heimen.....	76
3.3.4	Abrupte Beziehungsabbrüche nach Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern.....	77
3.3.5	Partizipation	78
3.3.6	Zentrum für Essstörungen mit bedenklichen Behandlungsmethoden	80
3.3.7	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	81
3.3.8	Positive Wahrnehmungen.....	85
3.4	Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	87
3.4.1	Einleitung.....	87
3.4.2	Ursachen und Formen von Freiheitsbeschränkungen und Gewalt.....	90
3.4.3	Unterstützte Kommunikation.....	95
3.4.4	Entwicklungsplanung und Zielvereinbarungen	98
3.4.5	Erniedrigende Behandlung durch Unachtsamkeit und unzureichende Konzepte	100
3.4.6	Kritik an Kärntner Zentren für psychosoziale Rehabilitation	103
3.5	Justizanstalten	105
3.5.1	Einleitung.....	105
3.5.2	Gesundheitswesen	105
3.5.3	Personal	118
3.5.4	Lebens- und Aufenthaltsbedingungen.....	123
3.5.5	Zugang zu Informationen	131

3.5.6	Kontakt nach außen	133
3.5.7	Bauliche Ausstattung	135
3.5.8	Maßnahmenvollzug und Nachsorgeeinrichtungen	137
3.6	Polizeianhaltezentren	140
3.6.1	Einleitung.....	140
3.6.2	Arbeitsgruppe Anhaltebedingungen in Polizeianhaltezentren.....	140
3.6.3	Arbeitsgruppe Suizidprävention	145
3.6.4	Brandschutz in der Polizeianhaltung.....	147
3.6.5	Abtrennung der WC-Bereiche in Mehrpersonenzellen	149
3.6.6	Inadäquater Umgangston von Bediensteten	149
3.6.7	Beschränkung des Rechts auf Seelsorge	150
3.6.8	Anhaltezentrum Vordernberg	151
3.6.9	Positive Wahrnehmungen	153
3.7	Polizeiinspektionen.....	154
3.7.1	Einleitung.....	154
3.7.2	Erniedrigende Anhaltung.....	154
3.7.3	Mangelnde Verfügbarkeit von (Amts-)Ärztinnen und (Amts-)Ärzten	155
3.7.4	Mangelhafte Dokumentation von Anhaltungen	156
3.7.5	Mangelhafte Ausstattung von Dienststellen.....	157
3.7.6	Abschaltbare Rufklingel in Anhalteraum.....	159
3.7.7	Verwahrungsräume in Kellergeschoßen von Polizeiinspektionen ..	159
3.7.8	Positive Wahrnehmungen.....	160
3.8	Zwangsakte.....	162
3.8.1	Einleitung.....	162
3.8.2	Menschenrechtsbeobachter bei Abschiebungen.....	162
3.8.3	Mangelhafte Dolmetschleistungen	163
3.8.4	Teilnahme des NPM an einer Rückführung per Flugzeug	164
3.8.5	Sondertransit Schwechat	165
3.8.6	Demonstrationen.....	166
3.8.7	Schwerpunktkontrollen	168
3.8.8	Mangelhafte Verständigung über Polizeiaktionen	169
3.8.9	Positive Wahrnehmungen.....	169
4	Empfehlungen der Volksanwaltschaft.....	173
4.1	Alten- und Pflegeheime	173
4.2	Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken	176

4.3	Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	179
4.4	Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	181
4.5	Justizanstalten	184
4.6	Kasernen	189
4.7	Polizeieinrichtungen	189
4.8	Rückführung und Entlassung	191
4.9	Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt	192
	Abkürzungsverzeichnis	195
	Anhang	199

Einleitung

Dieser Band gibt in vier Abschnitten einen detaillierten Überblick über die Tätigkeit der Volksanwaltschaft und die von ihr eingesetzten Kommissionen als Nationaler Präventionsmechanismus. Zu Beginn wird das präventive Mandat der Volksanwaltschaft erläutert, auf dessen Basis die wichtigsten Ergebnisse dieses Aufgabenfeldes der Volksanwaltschaft zusammengefasst werden. Die Darstellung präsentiert besonders wichtige und repräsentative Zahlen zur Kontrolltätigkeit, zu den Personalressourcen und zum Budget. Ergänzt wird diese Leistungsbilanz durch einen Bericht der Expertenkommissionen und des Menschenrechtsbeirats sowie ein Resümee über die zahlreichen bilateralen und internationalen Kooperationen, die einen beständigen Erfahrungsaustausch gewährleisten.

Im Anschluss daran werden das Prüfschema und die Methodik des Nationalen Präventionsmechanismus dargestellt. Die von der Volksanwaltschaft gemeinsam mit den Kommissionen festgelegten Standards und Methoden gewährleisten eine einheitliche Vorgangsweise und bilden eine wichtige Grundlage für die Arbeit des Nationalen Präventionsmechanismus.

Da die zu prüfenden Einrichtungen sehr unterschiedlich sind, werden im Hauptteil die wesentlichen Prüfergebnisse nach Einrichtungsart aufgeschlüsselt. Schon allein aufgrund der Menge – die Kommissionen der Volksanwaltschaft führen jährlich im Schnitt 500 Kontrollbesuche durch – ist es unmöglich, die Ergebnisse jedes einzelnen Prüffalles zu präsentieren. Die Darstellung muss sich auf wiederkehrende Gefährdungen beschränken: auf systembedingte Problemfelder, also menschenrechtlich kritisch zu bewertende Gegebenheiten oder festgestellte Missstände, die nicht nur als Einzelereignisse auftreten. Die Beschreibung dieser Problemfelder zeigt mögliche Ursachen auf und referiert die Reaktionen der verantwortlichen Stellen. Über Systemmängel hinaus werden aber auch Einzelfälle dargestellt, wenn in den Einrichtungen besonders problematische Situationen beobachtet wurden.

Fokus auf strukturelle Defizite

Die Aufgabe des Nationalen Präventionsmechanismus besteht nicht nur darin, Missstände festzustellen. Sie umfasst auch das Mandat, darauf hinzuwirken, dass bestehende Missstände beseitigt und künftige möglichst vermieden werden. Daher schließt die Erörterung der einzelnen Problemfelder jeweils mit konkreten Empfehlungen ab. Der Bericht beschränkt sich ganz bewusst nicht auf die Darstellung von Gegebenheiten. Vielmehr dokumentiert er auch Entwicklungen, wenn etwa strukturelle Defizite beseitigt werden konnten. Beispiele für positive Veränderungen werden auch deshalb aufgenommen, weil sie vielleicht ermutigen und zur Nachahmung anregen. Entsprechend dem Aufgabenbereich der Volksanwaltschaft wird neben den Einrichtungskontrollen auch über die Beobachtungen von Abschiebungen und Polizeieinsätzen berichtet. Auch diese Darstellungen folgen dem eben beschriebenen Schema.

Lösungsorientierter Ansatz

Empfehlungen als
menschenrechtliche
Standards

Den Abschluss bildet eine lange Liste aller Empfehlungen der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen seit Ausübung ihres Mandats als Nationaler Präventionsmechanismus (Juli 2012). Sie ist nach Einrichtungstypen und Themenfeldern (z.B. bauliche Ausstattung, Lebens- und Aufenthaltsbedingungen) gegliedert. Diese Empfehlungen beziehen sich nicht nur auf eine einzelne Einrichtung, sondern sind für alle Einrichtungen dieses Typs relevant. Sie definieren also einen Standard, der in diesen Einrichtungen aus menschenrechtlicher Sicht gewährleistet sein sollte.

1 Der Nationale Präventionsmechanismus im Überblick

1.1 Mandat

Die VA und die von ihr multidisziplinär zusammengesetzten sechs Kommissionen kontrollieren als NPM auf Basis der verfassungs- und einfachgesetzlichen Ermächtigung flächendeckend und regelmäßig öffentliche und private Einrichtungen, die als „Orte der Freiheitsentziehung i.S.d. Art. 4 OPCAT“ gelten. Die Hauptaufgabe des NPM liegt weniger darin, isolierten Misständen nachzugehen, sondern strukturelle Defizite, die zu solchen führen können, zu erfassen. Überschneidungen mit den zusätzlichen Aufgaben der VA nach Art. 16 Abs. 3 der UN-BRK und die zur Ausübung von unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt ermächtigten Organe zu beobachten und begleitend zu überprüfen, lassen sich nicht gänzlich vermeiden.

Im vergangenen Jahr fanden 522 Kommissionseinsätze statt. Entsprechend dem Auftrag, bundesweit flächendeckend die Kontrollen durchzuführen, erfolgte die Mehrzahl von Erstbesuchen in sogenannten „less traditional places of detention“ (Psychiatrien, Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheime, Kinder- und Jugendeinrichtungen). Bei diesen zahlenmäßigen meisten Einrichtungstypen musste der NPM bei der Besuchsplanung eine Vorauswahl erstmals zu kontrollierender Einrichtungen treffen und die Notwendigkeit von Folgebesuchen in einer Einrichtung aus Kapazitätsgründen abwägen. Die klassischen Anhalteorte (Justizanstalten, Polizeiinspektionen, polizeiliche Anhaltezentren) konnten hingegen vielfach wiederholt besucht werden.

522 Kommissionseinsätze insgesamt

Nachdem bereits 2015 verbindlich geklärt werden konnte, dass der NPM im Rahmen des Mandats auch Flugabschiebungen überprüfen darf, begleiteten Mitglieder der Kommission erstmals eine Abschiebung nach Kroatien (siehe dazu Kap. 3.8.4).

Flugabschiebung

Die Wirksamkeit des NPM hängt aber nicht zuletzt auch von dessen Akzeptanz bei den Einrichtungen und deren verantwortlichen Rechtsträgern ab. Die zuständigen Behörden und Dienststellen, aber auch die Leitungen privater Einrichtungen kommen ihrer Verpflichtung zu einem konstruktiven Dialog mit dem NPM (Art. 22 OPCAT) im Regelfall bereitwillig nach. Vertiefend wurde die Umsetzung vom NPM geforderter Maßnahmen in gemeinsamen Arbeitsgruppen behandelt.

Verstärkter Dialog

Der NPM nimmt auch seine Verpflichtung zur Förderung der Menschenrechte durch die Kooperation mit Bildungseinrichtungen ernst. Gemeinsam mit dem BMI wurde ein Ausbildungsmodul „Volksanwaltschaft“ im Rahmen der zweijährigen Polizeiausbildung eingerichtet. Mitglieder der Kommissionen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der VA werden ab 2017 junge Polizistinnen und Polizisten über die Aufgaben des NPM und des Menschenrechtsschutzes

Beitrag zur Polizeiausbildung

unterrichten. Der NPM ist darüber hinaus verpflichtet, die Öffentlichkeit über seine Aufgaben und die Ergebnisse seiner Arbeit zu informieren. In zahlreichen Veranstaltungen, Vorträgen und Schulungen nimmt der NPM seine Informationspflichten wahr.

1.2 Prüfschema und Methodik

Festlegung von einheitlichen Methoden und Standards

Der österreichische NPM hat – wie vom SPT gefordert – im Juli 2015 begonnen, einheitliche Methoden und Standards für seine Tätigkeit festzulegen. Wesentliche Weiterentwicklungen erfolgten im Rahmen des jährlichen Erfahrungsaustausches aller Mitglieder des NPM und der Arbeitstreffen des Südosteuropa NPM Netzwerkes (SEE NPM Network).

Der Schwerpunkt lag insbesondere bei den Bemühungen um einheitliche Standards für die nicht klassischen Einrichtungstypen wie Alten- und Pflegeheimen, Psychiatrien und Krankenanstalten.

Besuchsmethodik für Alten- und Pflegeheime entwickelt

Gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Menschenrechte der Universität Salzburg und den internationalen Expertinnen und Experten des SEE Netzwerkes wurden eine Besuchsmethodik (Visiting methodology for nursing care institutions and homes for elderly; <https://goo.gl/NcCzLm>) und Kontrollstandards für Alten- und Pflegeeinrichtungen (SEE standards for nursing care institutions and homes for elderly; <https://goo.gl/wCqybT>) entwickelt. Beide Arbeitspapiere sollen national wie auch im Rahmen des SEE Netzwerkes laufend weiterentwickelt werden.

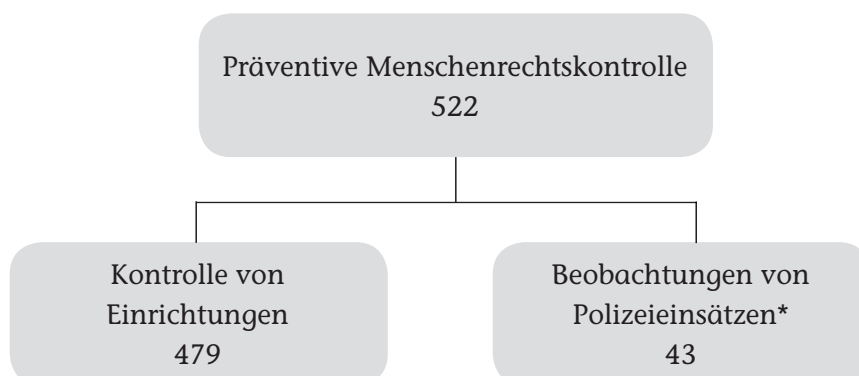
Ergänzt werden die Bemühungen zur Weiterentwicklung der Methodik und Prüfstandards durch die Ergebnisse eines von der VA und dem Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank unterstützten Forschungsprojekts zur präventiven Kontrolltätigkeit in Pflegeheimen und Psychiatrien (Petra Niederhametner, Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, facultas, Wien 2016).

Das Prüfschema und die Prüfmethodik werden in Kapitel 2 näher ausgeführt.

1.3 Kontrollen in Zahlen

Die sechs Kommissionen der VA waren im Berichtsjahr 2016 insgesamt 522-mal im Einsatz. Zum Großteil wurden die Besuche und Beobachtungen unangekündigt durchgeführt, in 8 % der Fälle angekündigt. Die durchschnittliche Besuchsdauer betrug etwa 6,5 Stunden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Einrichtungen, insbesondere Justizanstalten und polizeiliche Anhaltezentren, im Berichtsjahr mehrfach besucht wurden.

Kontrolltätigkeit der Kommissionen 2016 (in absoluten Zahlen)



* dazu zählen: Abschiebungen, Demonstrationen, Versammlungen

Österreichweit wurden 479 Kontrollen in Einrichtungen durchgeführt. Der überwiegende Anteil entfällt auf Einrichtungen, die den sogenannten „less traditional places of detention“ zuzurechnen sind. Dazu zählen Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, psychiatrische Abteilungen und Krankenanstalten. Mit 125 Kontrollen wurden Alten- und Pflegeheime am häufigsten besucht. Das ist darauf zurückzuführen, dass dieser Einrichtungstyp den Großteil aller von der VA zu prüfenden Institutionen ausmacht. 76 Besuche galten Institutionen für Menschen mit Behinderung.

479 Besuche in Einrichtungen

Außerdem beobachteten die Kommissionen österreichweit das Verhalten staatlicher Organe bei der Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt: Im Berichtsjahr wurden insgesamt 43 Polizeieinsätze beobachtet, unter anderem bei Abschiebungen, Demonstrationen und Versammlungen.

Beobachtung von 43 Polizeieinsätzen

Die folgende Aufstellung zeigt, wie sich die Kontrollen der Kommissionen auf die Einrichtungen bzw. auf die beobachteten Polizeieinsätze je Bundesland verteilen.

Anzahl der Kontrollen im Jahr 2016 in den einzelnen Bundesländern nach Art der Einrichtung

	Polizei	APH	JWF	BPE	PAK/ KRA	JA	Andere	Polizei- einsätze
Wien	27	17	35	21	6	11	7	17
Bgld	2	9	8	2	0	0	0	2
NÖ	5	30	24	13	7	12	10	0
OÖ	9	7	8	12	1	3	0	3
Sbg	5	7	3	5	0	1	1	1
Ktn	4	4	3	4	5	1	3	4
Stmk	7	22	6	4	10	5	10	10
Vbg	2	1	0	1	3	2	0	0
Tirol	7	28	11	14	9	2	3	6
gesamt	68	125	98	76	41	37	34	43
davon unange- kündigt	68	122	97	76	40	34	30	12

Anm.: Kasernen wurden in diese Tabelle nicht aufgenommen, da sie 2016 nicht besucht wurden.

Legende:

APH	=Alten- und Pflegeheime
JWF	=Jugendwohlfahrtseinrichtungen
BPE	=Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
PAK+KRA	=Psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern und Krankenanstalten
JA	=Justizanstalten
Andere	=Asylunterbringungen etc.

Aus der Gesamtzeile ist ersichtlich, wie oft welcher Einrichtungstyp kontrolliert wurde bzw. wie oft Polizeieinsätze beobachtet wurden. Wie schon vorher erwähnt entspricht die unterschiedliche Häufigkeit der unterschiedlichen Anzahl der Einrichtungen. Aus der Tabelle geht auch hervor, dass in den Ballungszentren mehr Einrichtungen liegen und dort auch mehr Besuche stattfinden. Die folgende Tabelle weist die Gesamtzahl der Kontrollen je Bundesland aus.

Anzahl der Kontrollen 2016 in den einzelnen Bundesländern

	2016
Wien	141
NÖ	101
Tirol	80
Stmk	74
OÖ	43
Ktn	28
Sbg	23
Bgld	23
Vbg	9
gesamt	522

Zu allen 522 Kontrollen liegen Ergebnisse in Form von umfassenden Protokollen der Kommissionen vor. Bei 417 Einrichtungsbesuchen und 16 Polizeieinsätzen sahen sich die Kommissionen veranlasst, die menschenrechtliche Situation zu beanstanden. Bei 89 Kontrollen (62 Einrichtungen und 27 Polizeieinsätzen) gab es keinerlei Beanstandungen. Das heißt, dass bei 83 % der Kontrollen von den Kommissionen Mängel aufgezeigt wurden. Die Beobachtung von Polizeieinsätzen führte anteilmäßig weniger oft zu Beanstandungen der Kommissionen als die Kontrollen von Einrichtungen (37 % gegenüber 87 %).

83 % der Kontrollen brachten Defizite zutage

Der NPM ist aber nicht nur dazu aufgerufen, Probleme aufzuzeigen, sondern ist auch bemüht, die aufgezeigten Mängel einer Lösung zuzuführen. Daher ist es oft nötig, gemeinsam mit den jeweiligen Rechtsträgern der Einrichtungen, Aufsichtsbehörden und/oder Ministerien an möglichen Verbesserungen zu arbeiten. Da diese Prozesse verständlicherweise zeitintensiv sind, können diese Verfahren oftmals Monate in Anspruch nehmen.

Anteil der Kontrollen 2016 mit bzw. ohne Beanstandung

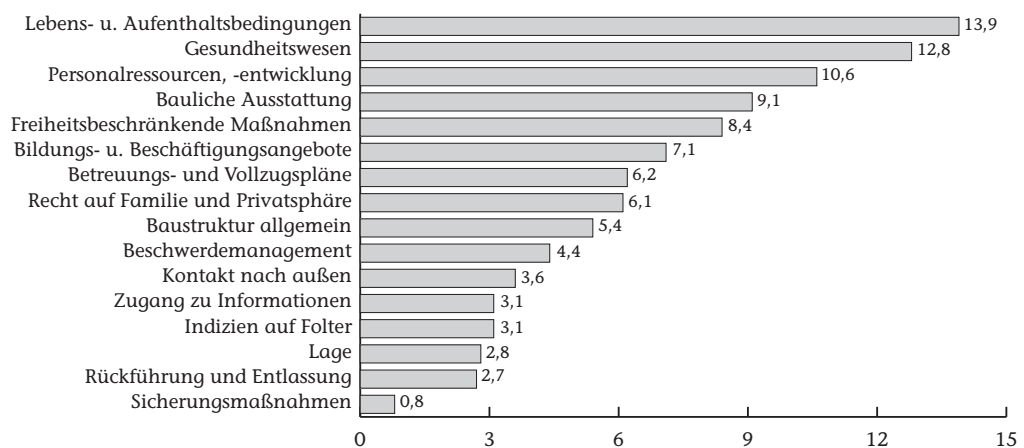
	Beanstandung	ohne Beanstandung
Kontrolle von Einrichtungen	87 %	13 %
Beobachtungen von Polizeieinsätzen	37 %	63 %
Kontrollen gesamt	83 %	17 %

Die nachfolgende Grafik soll einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die Beanstandungen auf die einzelnen Themen verteilen, zu denen die Kommis-

sionen bei ihren Kontrollen Erhebungen durchführen. Dabei ist zu beachten, dass bei jeder Kontrolle fast immer mehrere Bereiche überprüft werden und die Beanstandungen sich daher auf mehrere Themenbereiche beziehen. Am häufigsten waren die Lebens- und Aufenthaltsbedingungen Gegenstand von Beanstandungen, worunter etwa Sanitär- und Hygienestandards, die Verpflegung oder das Angebot an Freizeitaktivitäten fallen. Fast ebenso hoch war der Anteil der Beanstandungen, die sich auf die medizinische Versorgung bezogen. Unzureichende Personalressourcen bzw. Maßnahmen der Personalentwicklung wurden ebenfalls häufig als Mängel wahrgenommen.

Auf welche Themen bezogen sich die Beanstandungen der Kommissionen?

%-Anteile



1.4 Budget

2016 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 1,163.000 Euro (2015: 1,158.0000 Euro) und für den Menschenrechtsbeirat rund 87.000 Euro (2015: 91.000 Euro) budgetiert; rund 200.000 Euro standen für Workshops für die Kommissionen und die im OPCAT-Bereich tätigen Bediensteten sowie für sonstige Aktivitäten zur Verfügung. Es ist also gelungen, Budgetkürzungen zu vermeiden, wofür insbesondere dem Nationalrat als Bundesfinanzgesetzgeber, aber auch dem BMF zu danken ist. Beide unterstreichen mit ihrem Verständnis für eine hinreichende budgetäre Ausstattung der VA als NPM die erforderliche finanzielle Unabhängigkeit für die präventive Tätigkeit.

1.5 Personelle Ausstattung

1.5.1 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. Die Organisationseinheit „Sekretariat OPCAT“ ist 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. (Siehe dazu Namensliste im Anhang)

1.5.2 Kommissionen der Volksanwaltschaft

Der NPM hat zur Besorgung seiner Aufgaben entsprechend dem OPCAT-Durchführungsgesetz die von ihm eingesetzten und multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen zu betrauen. Die Kommissionen sind nach regionalen Gesichtspunkten organisiert. Sie bestehen aus jeweils acht Mitgliedern und einer Kommissionsleiterin bzw. einem Kommissionsleiter (siehe Namensliste im Anhang). Im Bedarfsfall können die regionalen Kommissionen Expertinnen und Experten aus anderen Fachgebieten beiziehen, soweit ein Kommissionsmitglied einer anderen Kommission dafür nicht zur Verfügung steht. Dem NPM steht inzwischen auch ein Pool von externen Expertinnen und Experten mit somatischen bzw. psychiatrischen Beeinträchtigung zur Verfügung, die die Kommissionen auch in „traditional places of detention“ unterstützen können.

Sechs
Regionalkommissionen

1.5.3 Menschenrechtsbeirat

Der MRB ist als beratendes Organ eingerichtet. Er ist aus Vertreterinnen und Vertretern von Nichtregierungsorganisationen und Bundesministerien zusammengesetzt (siehe Anhang). 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.

1.6 Bericht der Kommissionen

Im vergangenen Jahr wurde an dieser Stelle (S. 23) auf die positiven präventiven Effekte der Mitwirkung von Kommissionsmitgliedern in Arbeitsgruppen (z.B. im BMI) hingewiesen. Diese optimistische Einschätzung kann nur teilweise aufrechterhalten werden. Positiv ist hervorzuheben, dass in einer Arbeitsgruppe im BMGF unter Mitwirkung von Kommissionsmitgliedern (Kommission 3) eine effektive Umsetzung der Ergebnisse bezüglich sexueller Über-

griffe bestimmter Berufsgruppen im Krankenhaus erzielt wurde. In anderen Bereichen muss die Einschätzung im Berichtsjahr deutlich relativiert werden. So hat sich bei Kommissionsbesuchen (Kommission 4) gezeigt, dass Planungen, die z.B. in der „Arbeitsgruppe Anhaltung“ im BMI im Konsens vereinbart wurden, nach mehr als einem Jahr noch immer nicht umgesetzt sind und andere, bereits durch Erlass geregelte Änderungen bald wieder außer Kraft gesetzt wurden. Konkret betrifft das die Regelung, dass die Schubhaft – von definierten Ausnahmen abgesehen – in Form des offenen Vollzugs praktiziert werden soll, und auch die Intensivierung der Betreuung von hungerstreikenden Häftlingen.

Nichteinhalten von Verständigungspflichten

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Verständigungspflichten über sensible Einsätze, bei denen Akte verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt zu erwarten waren, wie z.B. Razzien, Demonstrationen, Fußballspiele oder sogenannte Problemabschiebungen: Einerseits wurden diese Verständigungspflichten trotz erlassgemäßer Verpflichtung nicht immer eingehalten, sodass die zuständigen Kommissionen erst im Nachhinein aus Medienberichten oder aus behördeninternen Monitoring-Berichten von kritischen Einsätzen erfahren haben. Andererseits gab es Unregelmäßigkeiten der Verständigungsintervalle bei Großeinsätzen der Polizei. Bereits 2015 wurde eine Empfehlung des NPM veröffentlicht, die auf diesen Punkt verweist: „Nur rechtzeitige Verständigungen des NPM über bevorstehende Einsätze ermöglichen Beobachtungen durch die Kommissionen und damit die Erfüllung des Mandats.“ Die Kommissionen verkennen nicht, dass es Planungsprozesse derartiger Einsätze geben kann, die eine frühzeitige Verständigung nicht zulassen. Andere allerdings werden langfristig geplant, ohne fristgerechte Verständigung des NPM. Ein konkretes Beispiel ist die großangelegte konzertierte Aktion im extremistisch-islamistischen Bereich, die in Wien und Graz am 26. Jänner 2017 durchgeführt wurde (in Wien waren 150 Beamte im Einsatz). Die Verständigung erfolgte dennoch kurzfristig mit einem Vorlauf von 19 Stunden. Ein derart knapper Zeitlauf erschwert und verhindert mitunter eine Beobachtung durch den NPM.

Kritische Anhaltung in besonders gesicherten Zellen

Besuche in PAZ zeigten zu wiederholten Malen eine unzureichende Sensibilität hinsichtlich der Anhaltung in besonders gesicherten Zellen. Die Kommission 4 musste feststellen, dass in einigen Fällen die Aufenthaltsdauer in diesen Zellen unverhältnismäßig lange war und in einem Fall zusätzlich mit menschenrechtlich bedenklichen Bewegungseinschränkungen (Fesselungen) kombiniert wurde. Die Kommission hat in diesem Zusammenhang den Eindruck gewonnen, dass Krisensituationen (z.B. Verletzung von Beamten), die mit bestimmten Verdachtsmomenten (z.B. Islamismus-Verdacht, anfangs vage, später widerlegt) verknüpft werden, leicht zur Eskalation tendieren. Die wenig professionelle Handhabung dieser Situationen führt dann dazu, dass menschenrechtliche Aspekte völlig bedeutungslos werden. In anderen Fällen traten unter den Haftbedingungen der besonderen Sicherung Grundrechte wie Hofgang und Nahrungsaufnahme so weit in den Hintergrund, dass aufgrund

des Mangels an Aufzeichnungen eine Kontrolle durch den NPM nicht möglich war.

Über alle beobachteten Einrichtungskategorien hinweg war eine bisweilen unzureichende Sensibilität für die besonderen Bedürfnisse von Personen zu beobachten, die neben der allgemeinen Vulnerabilität, die unter Bedingungen der Freiheitsentziehung entsteht, besonderer Aufmerksamkeit und Betreuung aufgrund von psychischen Störungen bedürften. Dies betrifft psychisch kranke Personen im Polizeigewahrsam oder im Strafvollzug ebenso wie traumatisierte Flüchtlingskinder in Einrichtungen der Jugendhilfe, psychisch beeinträchtigte Minderjährige/junge Erwachsene in sozialpädagogischen Einrichtungen oder psychisch kranke Personen in der Altenpflege. Hier fehlt es oft an einer – weit über die Auseinandersetzung mit präventiven Maßnahmen im konkreten Einrichtungstyp hinausgehenden – generellen Bewusstseinsbildung, um diese mehrfach verletzte Gruppe zu schützen und auf deren Bedürfnisse adäquat zu reagieren.

Bedürfnisse psychisch kranker Personen zu wenig wahrgenommen

Ein für die Kommissionen schwer fassbares Problem ist das in Medien und von NGOs immer wieder kolportierte „Verschwinden“ von minderjährigen Flüchtlingen, insbesondere von jungen Mädchen, die zunächst erfasst und betreut wurden. Sobald unbegleitete jugendliche Flüchtlinge nicht mehr in ihre Betreuungseinrichtungen zurückkehren, werden sie aus der Betreuung abgemeldet. Da sich keine Einrichtung mehr dafür zuständig fühlt, den Verbleib rasch zu klären, entsteht nicht nur ein Informationsdefizit über das Schicksal dieser Minderjährigen, sondern auch ein gravierendes Problem der verantwortungsvollen Obsorge für diese Gruppe.

1.7 Internationale Zusammenarbeit und Kooperationen

In ihrer Funktion als NPM ist die VA, gemeinsam mit den von ihr eingerichteten Kommissionen, stets an einem intensiven internationalen Erfahrungsaustausch und einer Kooperation mit anderen NPMs interessiert.

Seit Oktober 2013 ist die VA Mitglied des Netzwerks südosteuropäischer NPM-Einrichtungen, dem sogenannten SEE NPM-Netzwerk. Im Berichtsjahr hatte die VA den jährlich wechselnden Vorsitz dieses Netzwerks inne. Als neue Mitglieder des Netzwerkes kamen die Präventionsmechanismen aus Griechenland, Rumänien und Ungarn dazu. Gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Menschenrechte der Universität Salzburg organisierte die VA zwei Arbeitstreffen des Netzwerkes in Salzburg und in Wien. Der Schwerpunkt lag dabei in der Entwicklung einer Besuchsmethodik und der anzuwendenden Standards bei der präventiven Kontrolltätigkeit in Alten- und Pflegeheimen. Nach Ansicht der VA ist es hoch einzuschätzen, dass erstmals Präventionsmechanismen aus elf Nationen begonnen haben, ein gemeinsames Verständnis über Methodik und Standards zu entwickeln. In diesem Zusammenhang möchte die VA sich beim Europarat für seine großzügige finanzielle Unterstützung der Mitglieder zur Deckung der Reise- und Aufenthaltskosten bedanken.

Südosteuropäisches NPM-Netzwerk

NPMs des deutschsprachigen Raums treffen sich in Solothurn

Mit den NPMs des deutschsprachigen Raums (Deutschland, Österreich, Schweiz) findet seit 2014 ein regelmäßiger Erfahrungs- und Gedankenaustausch statt. Das diesjährige Treffen fand in Solothurn (Schweiz) statt und widmete sich dem Maßnahmenvollzug und den Psychiatrien als Orte der Freiheitsentziehung. Die neu errichtete Justizvollzugsanstalt in Solothurn wurde gemeinsam besucht, Erfahrungen im Bereich psychiatrischer Einrichtungen wurden ausgetauscht. Nach einem Überblick über die menschenrechtlichen Standards wurden auch die Problemfelder aus Sicht der Grundrechte analysiert und besprochen. Expertinnen und Experten erläuterten die Rechtsgrundlagen in den jeweiligen Ländern, diskutierten über Unterschiede und Gemeinsamkeiten und sprachen Empfehlungen aus. Volksanwalt Dr. Kräuter gab im Rahmen des Wissensaustausches einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und Problemfelder in Österreich.

IOI Training für NPMs in Vilnius

Immer mehr Ombudseinrichtungen werden im Rahmen ihrer Aufgabe zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte auch mit der Prävention von Folter und anderer unwürdiger Behandlung betraut. Das IOI erkannte den Bedarf nach maßgeschneiderten Fortbildungsprogrammen in diesem Bereich und bietet Workshops mit NPM-Schwerpunkten an, an denen auch die VA regelmäßig teilnimmt. In enger Kooperation mit der anerkannten Vereinigung zur Verhinderung von Folter (Association for the Prevention of Torture – APT) erarbeitete das IOI ein Training für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ombudseinrichtungen, die das NPM-Mandat ausüben. Als Gastgeber dieses Workshops lud die litauische Ombudseinrichtung im Juni 2016 nach Vilnius ein.

Vilnius Training – Fokus auf psychiatrische Einrichtungen

Im Fokus standen die Arbeit und das Monitoring in psychiatrischen Einrichtungen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erarbeiteten im gemeinsamen Erfahrungsaustausch Methoden, um die Herausforderungen des Monitorings von sogenannten „weniger traditionellen“ Orten der Freiheitsentziehung zu meistern. Ausgewiesene Trainer des APT führten durch ein interaktives und abwechslungsreiches Programm. Erstmals wurden auch medizinische Expertinnen und Experten hinzugezogen – darunter auch Kommissionsleiterin Gabriele Fischer – die durch ihr breites Fachwissen wesentlich zum Erfolg des Trainings beitrugen. In seiner Funktion als IOI Generalsekretär betonte Volksanwalt Dr. Kräuter, dass vor allem diese weniger traditionellen Einrichtungen, wie z.B. Psychiatrien oder Pflegeheime, mehr in den Fokus der NPMs rücken müssten. Expertinnen und Experten der VA nahmen ebenfalls an diesem Workshop teil.

Aufgrund der großen Nachfrage wird bereits ein weiterführendes IOI NPM-Training für 2017 geplant. Dieses wird in Wien an der VA stattfinden und sich auf innovative Weise dem Schwerpunkt „Do no harm“ widmen.

Arbeitsbesuch des kosovarischen Volksanwaltes

Im Rahmen bilateraler Besuche findet ebenfalls ein regelmäßiger Austausch zu NPM-Themen statt. Volksanwältin Dr. Brinek empfing ihren kosovarischen Amtskollegen, um über die Umsetzung des OPCAT-Mandates zu sprechen. Auch die Zusammenarbeit der VA mit dem Parlament wurde beleuchtet und

die allgemeine Beschwerdebearbeitung erläutert. Die Delegation hatte auch die Möglichkeit, die Behindertenanwaltschaft und die Gleichbehandlungsanwaltschaft zu besuchen.

Im Sinne einer engeren Kooperation steuert die VA regelmäßig Berichte zu den Ausgaben des NPM-Newsletters des Europarates bei. Dieser Newsletter gibt einen Überblick über NPM-relevante Informationen in den Mitgliedsstaaten des Europarats und bietet eine Plattform zum Austausch von praxisbezogenen Fragestellungen und Good-Practice-Modellen.

NPM Newsletter des
Europarats

1.8 Bericht des Menschenrechtsbeirats

Der Menschenrechtsbeirat (MRB) konnte im Jahr 2016 seine erfolgreiche Arbeit für den NPM ausbauen. In über 30 Sitzungen seiner Arbeitsgruppen erarbeitete der Beirat Stellungnahmen an die VA zu Fragen des Umfangs des Mandats, zu allgemeinen Themen des präventiven Menschenrechtsschutzes und Empfehlungsentwürfen des NPM. Ein besonderes Anliegen war dem MRB die Auswertung der Besuchsprotokolle der Kommissionen der VA. Sie diente als wertvolle Grundlage für die Anregung künftiger Prüfschwerpunkte des NPM.

Erfolgreiche Arbeit für
den NPM

In sechs Plenarsitzungen wurden die Ergebnisse der Tätigkeit des MRB mit den Mitgliedern der VA erörtert. Erfreulich ist der Umstand, dass mittlerweile acht Stellungnahmen des MRB in einer Leichter-Lesen-Fassung auf der Homepage der VA veröffentlicht werden konnten. Die im vergangenen Jahr erarbeiteten Überlegungen zu Fragestellungen der VA befassten sich unter anderem mit folgenden Themen:

- Mandat des NPM – Sondertransitraum Flughafens
- Mandat des NPM – Staatliche Schutzpflichten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ohne behördliche Bewilligung oder behördliche Aufsicht
- Mangelnde Verfügbarkeit von Polizeiärzten
- Sexuelle Grenzverletzungen durch Personal einer psychiatrischen Krankenanstalt
- Rechtsschutz für Kinder und Jugendliche mit Behinderung bei altersuntypischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Kennzeichnung von Hafträumen in Justizanstalten mit Hinweisen über ansteckende Krankheiten der Häftlinge

An dieser Stelle möchten die Vorsitzenden des MRB ausdrücklich den ausgeschiedenen Mitgliedern und Ersatzmitgliedern für ihre Tätigkeit und die konstruktive Zusammenarbeit danken.

2 Prüfschema, Methodik und Veranlassungen des NPM

2.1 Präambel

Die Bundesverfassung betraut die VA und ihre Kommissionen mit den Aufgaben eines Nationalen Präventionsmechanismus (NPM) entsprechend dem UN-OPCAT-Protokoll sowie des Monitorings von Einrichtungen und Programmen gemäß der UN-BRK und der Beobachtung und begleitenden Kontrolle aller zur Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt ermächtigten Organe.

2.2 Ziele- und Grundsätze

Ziel ist der Schutz und die Förderung der Menschenrechte, insbesondere durch die regelmäßige und flächendeckende, im Regelfall unangekündigte Kontrolle der Kommissionen von Einrichtungen, in denen Menschen die Freiheit entzogen werden kann, sowie von Einrichtungen und Programmen für Menschen mit Behinderungen und der Ausübung von Zwangsgewalt durch staatliche Organe.

Maßstab für die Erfüllung der Aufgaben der VA und ihrer Kommissionen sind alle völkerrechtlich und innerstaatlich zum Schutz der Menschenrechte bestehenden Normen und entwickelten Grundsätze.

Die gemeinsame Arbeit des NPM orientiert sich an folgenden leitenden Prinzipien:

„Qualität vor Quantität“: Die präventive Tätigkeit der VA und ihrer Kommissionen dient dem Schutz vor Menschenrechtsverletzungen sowie Eingriffen in Menschenrechte. Unter „Prävention“ werden dabei Maßnahmen und Strategien zur Risikominderung und dem antizipativen Menschenrechtsschutz verstanden. Die Verbesserung von allgemeinen Qualitätsstandards ist deshalb keine zentrale Aufgabe der Kontrolltätigkeit. Die Konzentration auf die präventive Kontrolle zum Schutz vor Menschenrechtsverletzungen bedingt die Kernaktivitäten der zielgerichteten, unangekündigten Besuche in ausgewählten Einrichtungen und der vertrauensbildenden Kommunikation mit Menschen vor Ort in allen Rollen.

„Schwerpunkte und Themen“: Grundsätzlich orientieren sich die Besuche von Kommissionen an konkreten Schwerpunkten und Themen der Kontrolle, verstanden als „Stütze, nicht als Korsett“. Die Größe und Zusammensetzung der Besuchsdelegationen orientiert sich an den festgelegten Schwerpunkten und den von den Kommissionen gewählten Themen sowie der Anzahl und vorgesehenen Dauer der Besuche und Beobachtungen. Die Wahrung einer not-

Verständnis von Prävention

wendigen Flexibilität, wie z.B. durch allgemeine Erstbesuche oder bei unerwarteten Eindrücken vor Ort, ist sinnvoll und zweckmäßig. Der freie Blick auf Tendenzen muss ebenso möglich sein wie ein rasches und flexibles Reagieren auf akute Situationen.

Abgestimmte
Vorgangsweise

„Harmonisierte Vorgehensweise“: Dem Vorgang der Vorbereitung, der Durchführung und der Nachbearbeitung von Kommissionsbesuchen liegt eine gemeinsam abgestimmte Methodik zugrunde. Kommissionsübergreifenden Besuchsteams wird damit ebenso gedient wie einer bundesweit vergleichbaren Weiterentwicklung der Prüfprozesse. Den Hindernissen und Problemstellungen durch föderalistische Strukturen bei ähnlichen Einrichtungstypen soll durch bundesweit annähernd einheitliche Prüfungsvorgänge und Beurteilungsmaßstäbe entgegengewirkt werden, unbeschadet erforderlicher regionaler Schwerpunktsetzungen.

Nachvollziehbare und
gesicherte
Prüfergebnisse

„Dokumentation“: Der Wirkungsgrad zur Verbesserung oder Beseitigung erkannter und festgestellter Strukturprobleme hängt entscheidend von Faktoren wie Konkretheit, Nachvollziehbarkeit und Quellensicherheit ab. Leitprinzip ist eine möglichst einfache und unbürokratische, aber dennoch aussagekräftige und faktenorientierte Dokumentation der Prüfergebnisse unter Beachtung der international dafür entwickelten Grundsätze, die eine menschenrechtliche Beurteilung ermöglichen. Ergänzend können dabei auch bloße Eindrücke und vorläufige Wertungen in weiterer Folge von bestimmter Relevanz sein, insbesondere für die Themenfestlegung von Follow-up Besuchen oder der Festlegung von Schwerpunkten.

„Kommunikation“: Ein intensiver und permanenter Erfahrungsaustausch innerhalb der Teilglieder des NPM ist von zentraler Bedeutung. Dabei fördert und erleichtert eine direkte, unmittelbare und vertrauensvolle Kommunikation die gemeinsame Arbeit. Ebenso ist auch ein ständiger Austausch der VA mit den Kommissionen über die Fortschritte oder Hindernisse in der täglichen Arbeit und im politischen Prozess wichtig, wobei die Teilnahme und Diskussionsmöglichkeit der VA in allen Landesparlamenten angestrebt wird.

Laufende
Weiterentwicklung

„Weiterbildung“: Laufende Informationen über internationale Entwicklungen, Angebote spezieller Trainings und an Fachliteratur unterstützen die Weiterentwicklung der gemeinsamen Kontrolltätigkeit, die auch im Lichte der Best-Practice-Erwartungshaltung gegenüber Österreich als Nationale Menschenrechtsinstitution und Sitz des Generalsekretariats des IOI zu sehen ist.

„Beratung“: Eine möglichst zielgerichtete und effiziente Interaktion des Beratungsprozesses des MRB ist eine gemeinsame Aufgabe des NPM. Da unter anderem die Beratung zur „Festlegung genereller Prüfungsschwerpunkte“ und die Erstattung von Vorschlägen zur „Gewährleistung einheitlicher Vorgehensweisen und Prüfstandards“ zu dem Aufgabenfeld des MRB zu zählen ist, wird dadurch auch der Ansatz der Harmonisierung der Vorgehensweise unterstützt.

2.3 Methodik der Kontrolle

Von einer einheitlichen Methodik für Prüfvorgänge vor Ort sind die Beurteilungsmaßstäbe der menschenrechtlichen Bewertung zu unterscheiden. Das eine ist der Prozess der Erhebung, das andere die Bewertung in der Sache. Diese beiden Komponenten können nicht vollkommen voneinander getrennt werden, sondern spielen ineinander. Je nach Fokus der Erhebung (z.B.: Einsatz von Securitys in psychiatrischen Kliniken oder Versorgung mit Nahrungsmitteln bei Abschiebungen) sind unterschiedliche Schritte, respektive Ermittlungsinstrumentarien in der Erhebung notwendig, weshalb Prozess und Bewertung nicht voneinander isoliert werden können, sondern der Prozess letztendlich das Mittel zur Bewertung ist.

Demzufolge und im Einklang mit den Zielen, Grundsätzen und dem Maßstab der Kontrolle richtet sich die Vorgangsweise der Kommissionen in der Besuchspraxis zur Erreichung einer österreichweiten Vergleichbarkeit der menschenrechtlichen Beurteilungen nach den internationalen Standards, insbesondere nach dem „Analytical self-assessment tool for National Prevention Mechanisms“ (Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; Twelfth Session, 6 February 2012, CAT/OP/1) und den „Guidelines on National Preventive Mechanisms“ (Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 9 December 2010, CAT/OP/12/5) nach folgendem Schema:

Orientierung an internationalen Standards

- Formulierung eines eindeutigen und klar abgegrenzten Prüfschwerpunktes bzw. Prüftemas, da dies sowohl für die Qualität der Erhebungen wie auch den nötigen Freiraum für die Wahrnehmbarkeit von darüber hinausgehenden Problemlagen nötig ist.
- Darlegung, welche (inter)nationalen Standards und gesetzlichen Rahmenbedingungen diesbezüglich bestehen.
- Erarbeitung innerhalb des NPM, welche Ermittlungsschritte (jedenfalls) zu setzen sind (z.B.: Interviews mit bestimmten Personen, Einsicht in gewisse Dokumentationen usw.). Im Zuge dessen wird auch überlegt, wie die erhobenen Umstände am besten gegengeprüft werden können („cross-check“).
- Aus den Protokollen soll hervorgehen, ob die vereinbarten Ermittlungsschritte unternommen wurden oder aus welchen Gründen dies nicht möglich war.

Festlegung von Prüfschwerpunkten

2.4 Die Veranlassungen

Die Besuchsprotokolle schließen mit einer menschenrechtlichen Beurteilung. Diese beinhaltet einen Erledigungsvorschlag an die VA sowie nähere Ausführungen dazu. Ergänzend können die Kommissionen auch vorschlagen, dass

noch weitere einrichtungsübergreifende Erhebungen von der VA erfolgen sollen. Sofern sich aus dem Besuchsprotokoll nicht ergibt, dass keine weiteren Veranlassungen erforderlich sind, konfrontiert die VA das für die Aufsicht und Führung verantwortliche oberste Organ und gegebenenfalls auch den Träger der Einrichtung mit den Wahrnehmungen der Kommission (Konsultationsverfahren bzw. Vorhalteverfahren). Hiervon werden die Kommissionsleiter laufend verständigt.

Empfehlung gemäß
Art. 148c B-VG

Nach Abschluss der Untersuchung ergeht die abschließende Beurteilung (Bewertung) an das oberste Organ. Diese kann Anregungen zur Beseitigung von festgestellten Mängeln oder der Umsetzung präventiver Maßnahmen enthalten. Auf Vorschlag der Kommissionsleitung oder der VA wird in einem bestimmten Fall oder aus Anlass eines solchen gemeinsam der Entwurf einer „Empfehlung gemäß Artikel 148c B-VG“ ausgearbeitet. Diese enthält neben einer kurzen Darstellung des Anlasses bzw. der festgestellten Missstände in anonymisierter Form und der menschenrechtlichen Beurteilung einen „Leitsatz“, worin der angewendete menschenrechtliche Standard festgelegt wird und welche Maßnahmen seitens der verantwortlichen staatlichen Organe getroffen werden sollen.

Danach werden die Empfehlungsentwürfe dem MRB vorgelegt und nach dessen beratender Befassung den obersten Organen der Verwaltung übermittelt. Der Adressat der Empfehlung ist verpflichtet, innerhalb eines Zeitraumes von acht Wochen der Empfehlung der VA zu entsprechen und dies mitzuteilen oder schriftlich zu begründen, warum der Empfehlung nicht entsprochen wurde. Die Veröffentlichung auf der Homepage hat diese Stellungnahme in allenfalls gekürzter Form jedenfalls zu enthalten.

Verbindlicher Inhalt ab
Beschluss der
Empfehlung

Sofern nicht Gebietskörperschaften Träger der kontrollierten Einrichtungen sind, werden deren Leitungsorgane von der Beurteilung der VA in sinngemäßer Anwendung des Artikel 148c B-VG in geeigneter Form verständigt und deren staatliche Aufsichtsbehörde in Kenntnis gesetzt. Ab Beschluss der Empfehlung ist deren Inhalt für den NPM verbindlich (Leitsatz). Auf ihre Einhaltung ist bei den weiteren Besuchen von den Kommissionen zu achten. Die Leitsätze sollen einerseits den Kommissionen zur Vorbereitung künftiger Besuche (Follow-up Besuche) dienen, andererseits kann auf sie bei Erstellung der Besuchsprotokolle zurückgegriffen werden. Mit ihnen wird so neben dem Aufzeigen von Menschenrechtsverletzungen auch dem präventiven Charakter des Mandats Rechnung getragen.

3 Feststellungen und Empfehlungen

3.1 Alten- und Pflegeheime

3.1.1 Einleitung

Im Berichtsjahr 2016 wurden insgesamt 125 Einrichtungen, die sich der Pflege älterer Menschen widmen, besucht. In den Besuchsplanungen der Kommissionen wurde darauf Bedacht genommen, Institutionen unterschiedlichster Größe und Trägerschaft zu berücksichtigen. 37-mal erfolgten sogenannte Follow-up Besuche, um zu erheben, ob bereits festgestellter Veränderungsbedarf anerkannt und Empfehlungen des NPM umgesetzt wurden. Das ist in hohem Maße der Fall gewesen. Allerdings zeigt sich, dass überall dort, wo strukturelle Defizite primär auch auf defizitär erachtete Personalressourcen zurückzuführen sind, vom NPM zwar teilweise Veränderungen der Dienstpläne, aber kaum zusätzliche Personalaufstockungen erwirkt werden konnten.

Die Einwohnerzahl Österreichs wächst, gleichzeitig altert die Bevölkerung. Dies sind die Haupttrends der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria aus 2016, die sich auch in Zukunft fortsetzen werden. Demnach befindet sich Österreich, wie andere Industrieländer, im Wandel zu einer demografisch alternden Gesellschaft, bei der vor allem die Gruppe der Hochbetagten (über 85-Jährigen) prozentuell am stärksten wächst. Diese Bevölkerungsgruppe zählte 2015 insgesamt 216.365 Personen, bis 2030 soll sie um 59,6 % bzw. bis 2040 auf 448.805 Personen, also insgesamt um fast 107 % ansteigen. In Pflegeinstitutionen kommt es dementsprechend vermehrt zur Aufnahme von multimorbiden Personen, Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Dies stellt hohe Anforderungen sowohl an die Präsenz als auch fachliche und soziale Kompetenzen von Pflege- und Betreuungspersonal. Die von der Politik gestalteten Rahmenbedingungen tragen dem nicht Rechnung; das Missverhältnis zwischen steigenden Herausforderungen und den tatsächlichen personellen Ressourcen in Einrichtungen wird von allen Kommissionen wahrgenommen.

Große Herausforderung an pflegefachliche Kompetenz

Die Regelung der Errichtung, der Erhaltung und des Betriebes von Heimen für Personen, die wohl ständiger Pflege, aber bloß fallweiser ärztlicher Betreuung bedürfen, fällt in die Zuständigkeit der Länder. 1993 wurde eine Vereinbarung nach Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern mit der Zielsetzung verabschiedet, „die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln“. Auch das Pflegefondsgesetz 2011 verfolgt mit der finanziellen Beteiligung des Bundes das definierte Ziel einer Vereinheitlichung von pflegerischen Leistungsangeboten. Von einem bundesweiten Mindeststandard kann keine Rede sein. Ausständig sind die vom NPM und dem RH geforderten Angleichungen teils stark divergierender Vorgaben zur Personalbedarfsberechnung und dafür zugrunde liegender Methoden.

Keine gesamtpolitische Steuerung der Langzeitpflege

Neun Bundesländer
– neun verschiedene
Vorgaben

Die OÖ Pflegeheimverordnung stellt dafür auf die Zahl der Pflegebedürftigen und ihre Zuordnung zu PflegegeldEinstufungen ab, ohne soziale Komponenten zu berücksichtigen. Der mit Verordnung festgesetzte Mindestpersonalschlüssel in der Stmk verwendet dafür andere Parameter und ist nach Darstellung der AK Stmk trotz einer 2016 erfolgten Erhöhung im Vergleich niedriger. Die Verordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sieht einen wiederum anders berechneten Mindestpersonalschlüssel vor, der „bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit besonderem Pflegebedarf“ zu erhöhen ist. Das Tiroler Heimgesetz beschränkt sich auf die Anordnung, dass „jederzeit genügend geeignetes Personal“ zur Verfügung stehen muss, wobei der von der LReg vorgegebene, vielfach kritisierte, Minutenschlüssel die Zeit für einzelne Pflegehandlungen limitiert. Im Bgld wird das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und -personal per Verordnung mit einer mathematischen Formel samt darin inkludierter – grob und äußerst knapp kalkulierter – Mindestpflegeminuten festgelegt. In Vbg wird die „Gewährleistung angemessener Pflege“ durch einen Erlass konkretisiert. Dieser regelt, wie viele Personen in welchen Pflegestufen von einer Pflegekraft maximal betreut werden dürfen. In Ktn stellt die Heimverordnung auf die Zahl Pflegebedürftiger und davon abhängig die Qualifikation des benötigten Personals ab; PflegegeldEinstufungen spielen hier keine Rolle. Das Sbg Pflegegesetz verpflichtet „eine ausreichende Zahl an angestelltem, fachlich qualifizierten Pflegepersonal und nicht pflegendem Hilfspersonal entsprechend der Anzahl der Bewohner sowie der Art und dem Ausmaß der diesen zu erbringenden Leistungen“ zur Verfügung zu stellen; konkretisierte Vorgaben dazu gibt es nicht. In NÖ hat die LReg ein Handbuch mit Berechnungsrichtlinien erstellt und für eigene Einrichtungen als verbindlich erklärt; für private Träger gilt die gesetzliche Anordnung, dass „jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Personal für die Pflege und den sonstigen Heimbetrieb“ vorhanden sein muss. Heimgrößenbezogene Vergleiche der Personalausstattungs-vorgaben der Bundesländer sind dementsprechend schwierig; eine Betrachtung qualitativer bzw. multidisziplinärer Personalvorgaben zeigt ein ähnlich unbefriedigendes Bild (siehe im Detail: Staflinger, Heidemarie (2016): Der oö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Hg. v. Arbeiterkammer Oberösterreich, Linz, S. 18 ff.).

Personalausstattung
nicht ausreichend

Es besteht aus Sicht des NPM dringender Handlungsbedarf. Die Pflege und Betreuung von Menschen mit neurodegenerativen kognitiven Beeinträchtigungen, Demenz oder Behinderung erfordert Präsenz und hohes geriatrisches Know-how durch einen Qualifikationsmix. Dieser zusätzliche Aufwand ist in den Personalschlüsselberechnungen nicht ausreichend abgebildet. Der NPM fordert Bund und Länder auf, den geänderten Gegebenheiten Rechnung zu tragen.

Alltagsrelevant in der Langzeitpflege sind z.B. Symptome wie Unruhezustände, Apathie, depressive Stimmungen, Suizidalität, Desorientiertheit, Sinnes-täuschungen oder aggressive und abwehrende Verhaltensweisen. Diese bedin-

gen notwendigerweise einen erhöhten Betreuungsbedarf und eine individualisierte Interaktion und Kommunikationskultur mit den Betroffenen. Erschwerend kommt für einen Teil der Menschen mit Demenz hinzu, dass sie, je nach Biografie und Erkrankungsdauer, nur eingeschränkt oder gar nicht mehr in soziale Netze eingebunden sind. Wenn eine soziale Unterstützung außerhalb der Institution nur in geringem Umfang existiert, sind die anderen Heimbewohnerinnen und -bewohner sowie die professionell Pflegenden häufig die einzigen Bezugspersonen.

Der Behandlungs- und Betreuungsfokus bei an Demenz erkrankten Menschen muss aus Sicht des NPM auf dem Erhalt von subjektivem Wohlbefinden und der Optimierung objektiver Lebensbedingungen als wesentliche Elemente von Lebensqualität liegen. Empfehlungen des NPM umfassen deshalb insbesondere den Einsatz personenzentrierter Pflege sowie die Umsetzung des Normalisierungsprinzips in der Tagesstruktur. In den Mittelpunkt der Erhebungen stellt der NPM dabei Alltagsorientierung, Biografiearbeit und Milieuthérapie. Besondere Bedeutung kommt auch der Validation, der basalen Stimulation, der Reminiszenz-Therapie, der Beschäftigung und Bewegung als Formen der verstehenden Kommunikation und Interaktion zu. Sensorische und konsensuelle Erfahrungen werden durch gemeinsames Kochen und Essen gesteigert. Spezielle Vorlieben der Bewohner sollten ebenso berücksichtigt werden wie der Kalorien- und Vitamingehalt der Ernährung. Positiv bewertet der NPM den Einsatz von Dementia Care Mapping (DCM) als Erhebungsinstrument sowohl zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner als auch zur Pflegequalität.

Wohlbefinden und Lebensbedingungen

Die gerontopsychiatrische Betreuung erweist sich in vielen Einrichtungen als defizitär. Außerhalb von Vbg und den Einrichtungen des KAV in Wien gelingt es nach Wahrnehmung des NPM nicht flächendeckend, regelmäßig mehrmals im Jahr Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie zur Diagnostik und Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner in die Langzeitpflege einzubinden. Es gibt Bezirke in Ö (z.B. Tamsweg/Lungau), in denen nach wie vor keine Psychiaterinnen und Psychiater als Vertragspartner der Krankenkassen tätig und als Konsiliarfachärztinnen und -fachärzte vor Ort für Heime verfügbar sind.

Gerontopsychiatrische Betreuung defizitär

Stationäre Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke brauchen umfassend barrierefreie räumliche und bauliche Gegebenheiten, in denen sich desorientierte ältere Menschen weitgehend frei und ohne Beeinträchtigung des Sicherheitsgefühls bewegen und aufhalten können. Vertrautes, altersgerechtes Mobiliar sowie Rückzugsnischen schaffen Behaglichkeit, die in krankenhausähnlichen Gebäuden mit einer vorgegebenen Einrichtung zumeist fehlt. Gut sichtbare Orientierungshilfen, der Verzicht auf spiegelnde Flächen, das Achten auf Blendfreiheit sowie der Einsatz von kontrastarmen Böden verringern die Gefahr, dass ältere Menschen irritiert werden.

Teils nicht demenzgerechte bauliche Strukturen

Zu wenig Mobilitätsförderung und Aufenthalt im Freien

Selbst in Einrichtungen, die über Außenflächen und Gärten verfügen, fehlt dem Personal nach Feststellung der Kommissionen vielfach die Zeit, die Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig ins Freie zu begleiten. Bewegung im Alter stellt einen wichtigen Aspekt in der Pflege und Betreuung dar. Schon im Vorjahr verwies der NPM darauf (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 36), dass Bewohnerinnen und Bewohner tendenziell zu wenig Mobilitätsförderung erhalten, weil dem Pflegepersonal dazu nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Anstellung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten könnte Abhilfe schaffen und wäre auch im Hinblick auf die Komplexität des Zusammenwirkens körperlicher und psychischer Störungen von Vorteil. Der NPM betont daher die Wichtigkeit der Physiotherapie für ältere Menschen.

Aktuelle Bewertung der Anforderungen nötig

Eine arbeits- und pflegewissenschaftliche Bewertung aktueller qualitativer und quantitativer Anforderungen in der stationären Langzeitpflege ist gerade auch aus menschenrechtlicher Sicht ein Gebot der Stunde. Im Interesse der Pflegebedürftigen und der ca. 45.000 in diesem Sektor Beschäftigten hat die öffentliche Hand nicht nur eine Finanzierungsverantwortung, sondern muss damit auch eine Zielsteuerung betreiben und darf diese nicht fast ausschließlich der Trägerverantwortung überlassen.

Attraktivität der Pflegeberufe muss erhöht werden

Die derzeitige Situation hat gravierende nachteilige Auswirkungen. Obwohl es im gesamtgesellschaftlichen Interesse ist, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die Heimbewohnerinnen und -bewohnern zugutekommen, bestimmen die Ökonomisierung der sozialen Arbeit und damit auch Sparzwänge die öffentliche Debatte. Die Kommissionen stellen oft fest, dass das Pflegepersonal überlastet und hin- und hergerissen ist zwischen den Zwängen des Zeit- und Kostendrucks und dem in der Ausbildung vermittelten Berufsethos und Leistungswillen.

Zu wenig Personal im Nachtdienst

Ein weiteres Problem: Es gibt keine verbindlichen Regelungen für die Besetzung von Nachtdiensten. Die Betreuungsqualität in der Nacht richtet sich nach Dienstplänen, die vielfach kein Abendprogramm zulassen und sich nicht nach den teils demenzbedingt verschobenen Schlafbedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten. Vermehrte Krankenstände, Burnout und vorzeitige Berufsaustritte älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich den Anforderungen der Tag- und Nachtdienste nicht mehr gewachsen sehen, verschärfen diese Situation.

Seit Jahrzehnten herrscht in Fachkreisen Einigkeit darüber, dass Pflegeheime kein adäquater Lebensraum für jüngere Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf sind und Fehlplatzierungen durch den Ausbau gemeindenaher Unterstützungsstrukturen und persönlicher Assistenz vermieden werden müssten. Kommissionen sind in Wien, NÖ, Stmk und Tirol auch 2016 mehrfach auf solche Problemunterbringungen gestoßen. Der NPM hat deshalb auch medial auf die menschenrechtliche Problematik dieses Themas hingewiesen.

Aus menschenrechtlicher Sicht darf es in keinem behördlich bewilligten oder geduldeten Setting der pflegerischen Langzeitbetreuung zu einer Einschränkung von Autonomie, Selbstbestimmung sowie des Wohlbefindens der Bewohnerinnen und Bewohner kommen. Alle diese Institutionen sind Lebensmittelpunkt und Lebensraum von Menschen, die wegen ihrer altersbedingten Hilfsbedürftigkeit auf die Unterstützung Dritter angewiesen sind.

Das Konstrukt „Lebensqualität“ wird auf Basis aktueller Forschung über mehrere Qualitätsdimensionen abgebildet. Diese betreffen Gesundheit und Wohlbefinden, Mitwirkung und Information, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Sicherheit, Spiritualität und Sinngebung, Teilhabe und Beschäftigung, Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Würde und Respekt.

Dimensionen von
Lebensqualität

Aufsichtsbehördliche Kontrollen fokussieren nach Wahrnehmung des NPM vor allem strukturelle Gegebenheiten (Personalschlüssel, Personalqualifikation, Belegungen und andere Ausstattungsmerkmale) und Pflegeprozesse. Die Konzentration auf die Prozess- und Strukturqualität verschafft Aufsichtsbehörden damit nur eine eingeschränkte Aussage über die Ergebnisqualität von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen. Objektive Indikatoren einer qualitativen Pflege, wie etwa die Anzahl von Freiheitsbeschränkungen, die Häufigkeit und Folgen von Sturzereignissen, die Anzahl und Schweregrade von Dekubitalgeschwüren, das Auftreten von Katheterinfektionen, Medikationsfehlern, Gewichtsverlust etc. werden von Aufsichtsbehörden bei Regelkontrollen ansatzweise erhoben, aber nicht für Vergleiche zwischen Einrichtungen nutzbar gemacht. Ein systematisches Vorgehen im Sinne eines umfassenderen Qualitätssicherungskonzeptes müsste ergänzend auch beinhalten, bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, Angehörigen und beim Personal die Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsdienstleistungen messbar zu machen. Eine transparente und valide Pflege-Ergebnisqualitätsbeurteilung steht – wie der Bericht der Gesundheit Österreich GmbH 2013 ausführlich begründet – in Österreich erst am Anfang.

Im Oktober 2016 wurden in einem Pflegeheim in NÖ, dem wiederholt das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ) verliehen wurde, staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eingeleitet. Vier Pflegekräfte einer Station stehen im Verdacht, schwer demente Pfleglinge über Monate hinweg grausam gequält zu haben. Unter anderem wurde zur Anzeige gebracht, dass während gemeinsamer Nachtdienste Haarspray ins Gesicht gesprüht, Kot in den Mund gestopft und ätherischer Alkohol in Augen und Genitalien verrieben wurde.

NQZ schützt nicht vor
Missbrauch

Ausgezeichnet mit dem NQZ werden Häuser, die bestimmte Qualitätsmanagement-Systeme eingeführt haben und sich – über die Erfüllung gesetzlicher Voraussetzungen hinaus – systematisch um größtmögliche individuelle Lebensqualität bemühen. Auch hier zeigt sich trotz der durch das NQZ erfolgten Fremdevaluierung, dass die Ergebnisqualität der Pflege deutlich von vermeintlich verwirklichten Standards abweichen kann. Für den NPM stellt sich

unter Präventionsaspekten die Frage, welcher Schutzfaktoren es bedurft hätte, um Misshandlungen zu vermeiden bzw. diese zumindest deutlich früher zu erkennen. Diesem Aspekt wird der NPM nach Vorliegen von Erhebungen der Kommission 6 2017 nachgehen.

Präventionsstudie –
„Verletzungen von
Menschenrechten
vermeiden“

Dem Jubiläumsfonds der OeNB ist angesichts dieser ernüchternden Bilanz dafür zu danken, dass dem NPM durch seine Förderung eine anwenderorientierte Studie zur Verfügung steht. Die Studie von Mag.^a Petra Niederhametner (Projektleiter: em. o. Univ.-Prof. Dr. Stefan Titscher) widmet sich der Prävention von Menschenrechtsverletzungen in Pflegeheimen und psychiatrischen Abteilungen. Sie geht der Frage nach, wo menschenrechtliche Gefährdungslagen bestehen und wie diese ausgeschaltet werden können. Risiken und präventive Maßnahmen werden in acht für die Arbeit des NPM zentralen Themenschwerpunkten ausführlich erörtert (u.a. Mangelernährung, Medikation und Arzneimitteltherapiesicherheit, der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen und Gewalt).

3.1.2 Geriatrische Pflege braucht Achtsamkeit und Führungskompetenz

Um die Betreuung und Pflege hochbetagter multimorbider Menschen auf einem hohen Standard gewährleisten zu können, bedarf es einer achtsamen Grundhaltung der gesamten Organisation. Ein zentraler Aspekt des Menschenrechtsverständnisses und damit der Pflegephilosophie ist der Glaube an den Wert und die Würde jeder Person.

Qualitätsentwicklung ist
Aufgabe der gesamten
Organisation

Aufgabe der Heimträger, Heim- und Pflegedienstleitung ist es, Rahmenbedingungen herzustellen, die eine menschenwürdige Pflege ermöglichen und sicherstellen. Gute Beziehungen am Arbeitsplatz wirken dabei Überforderungen und Gewalt entgegen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den Prozess der Qualitätsentwicklung und Dienstplangestaltung eingebunden sind, die Selbstverantwortung tragen und durch Supervision, Fort- und Weiterbildungen, regelmäßige Pflegevisiten und Fallbesprechungen darin auch laufend unterstützt werden, sind stressresistenter. Aufgabe aller ist es auch, Pflegemaßnahmen „state of the art“ zu erbringen und nachvollziehbar zu dokumentieren. Gemeinsame Kontrollen der Pflegedokumentation und Feedback der Pflegedienstleitung sowie gezielte Schulungen zu Pflegeprozessen und deren richtiger Dokumentation sind aus Sicht des NPM wichtige Voraussetzungen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Kompetenzen zu stärken.

Achtsamkeit und
Supervision notwendig

Die Befragungen von Pflegekräften in Langzeitpflegeeinrichtungen durch Kommissionen lassen den Schluss zu, dass mit einem guten Zusammenhalt selbst knappe Personalbesetzungen und schwierige Pflegefälle zu meistern sind. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist Achtsamkeit und das gegenseitige Zugestehen von Reflexionsräumen, um Konflikte besprechen zu können, Unsicherheiten und Fehler zugeben sowie Kritik und Veränderungen zulassen zu

können. Psychohygiene ist in sozialen Berufen unverzichtbar; aus diesem Grund sieht der NPM auch Heimleitungen in der Pflicht, Supervision aktiv anzubieten.

Was eine gute Führung innerhalb von nur acht Monaten zu leisten imstande ist, konnte die Kommission 5 in einem NÖ Landespflegeheim nachvollziehen. Beim Besuch im Jänner 2016 wurden zahlreiche Empfehlungen ausgesprochen, beim Folgebesuch im September 2016 waren große Teile davon erfüllt. Pflegeheim- und Stationsleitung unternahmen große Anstrengungen, um die Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Die Kommission hielt fest, dass die Zimmer einer Station neu und viel persönlicher gestaltet wurden sowie freiheitsbeschränkende Maßnahmen deutlich reduziert werden konnten. Zusätzliches Personal wurde zur Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt. Es wurden Dienstpläne einvernehmlich umgestellt, um ein Abendprogramm anbieten und die zuvor deutlich zu früh angesetzten Abendessenszeiten nach hinten verlegen zu können.

Positive Entwicklung

Wie negativ sich ein Wechsel der Heim- und Pflegedienstleitung auswirken kann, zeigte sich bei einem anderen Kontrollbesuch. Die Kommission 6 hatte 2014 ein privat geführtes Pflegeheim mit 132 Pflegeplätzen besucht und einen insgesamt guten Eindruck gewonnen. 2016 wurde das Heim wegen eingelangter Beschwerden kurzfristig wieder in die Besuchsplanung aufgenommen. Vor Ort wurde deutlich, dass innerhalb eines Jahres insgesamt 63 Pflegekräfte neu eingetreten und 55 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Heim ausgeschieden waren. Auf der Demenzstation nahm die Kommission kaputte Sessel und lose hängende Kabel wahr. Im Aufenthaltsbereich blieben Demenzkranke nach dem Frühstück bis zum Mittagessen stundenlang ohne Aktivierung und Ansprache sich selbst überlassen. Die Pflegedokumentation bestand aus einer Aneinanderreihung von Textbausteinen. Ein Demenzkonzept oder eine Schmerzevaluierung fehlte; einige Bewohnerinnen wiesen Hämatome unklaren Ursprungs auf. Bei 32 Bewohnerinnen und Bewohnern, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen waren, war nicht ersichtlich, ob der Einsatz gelinderer Mittel versucht wurde. In den Jahren zwischen 2014 bis 2016 fanden nur Einschulungen, aber keine pflegfachlichen Ausbildungen statt. Das Personal beklagte Führungsfehlverhalten, raue Umgangsformen, ein überaus schlechtes Arbeitsklima und unklare Dienstzuteilungen. Der NPM mahnte dringende aufsichtsbehördliche Maßnahmen bis hin zum Entzug der erteilten Genehmigung ein.

„Wer sich beschwert, wird gekündigt“

Der Heimträger ist nicht nur in NÖ tätig, sondern betrieb bis Ende 2016 auch in Wien zwei Seniorenheime, bei denen die Kommission 4 zuletzt ähnlich schlechte Personalführungskompetenzen, eine auffällig hohe Personalfluktuation und viele Beschwerden über Unzulänglichkeiten wahrnahm. Beide Wiener Einrichtungen erfüllen nach Ansicht der Kommission 4 nicht jene Qualitätsstandards, die andere Wiener Pflegeheime auf Grundlage ihrer Mitgliedschaft beim Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen in Form einer

Fehlende Personalführungskompetenz

Selbstverpflichtung übernommen haben. Inzwischen erfolgte ein Betreiberwechsel, dessen Auswirkungen der NPM im Auge behalten wird.

Führung und 80 % des Personals quittierten Dienst

In einer steirischen Einrichtung, in der 35 Personen mit psychiatrischer Diagnose leben, wechselten binnen weniger Monate die gesamte Führung (Heim- und Pflegedienstleitung) sowie 80 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insbesondere der Nachtdienst im dreigeschoßigen Gebäude durch bloß zwei Pflegepersonen war angesichts der Krankheitsbilder sehr belastend. Es kam zu zahlreichen Komplikationen. Nachweislich ereigneten sich von Jahresbeginn bis Mitte Oktober 2016 vorwiegend in der Nacht 80 Stürze mit zum Teil schweren Verletzungsfolgen, die auch längere Krankenhausaufenthalte zur Folge hatten. In Dekursen des LKH Graz, in welche die Kommission 3 Einsicht nahm, wurde dem Heim dringend nahegelegt, Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zu ergreifen. Die Anschaffung von zusätzlichen Hilfsmitteln wurde laut Angaben des Personals von der Einrichtungsträgerin allerdings aus Kostengründen abgelehnt. Die vom NPM kontaktierte Aufsichtsbehörde hat inzwischen für den Ankauf elektronischer Überwachungssysteme (Sensormatten, Körperdrucksensor, Chip) und Niederflurbetten zur Minimierung des Sturzrisikos und der Verletzungsfolgen Sorge getragen. Mehr Personal in der Nacht wäre nach Ansicht der Aufsichtsbehörde wünschenswert, konnte aber – weil der Mindestpersonalschlüssel sogar überschritten war – mangels Rechtsgrundlagen nicht vorgeschrieben werden.

Massive Konflikte und Beschwerden nach Personalwechsel

In einem Pflegeheim in Ktn hatte die Kommission 3 schon 2015 gravierende Defizite festgestellt. Beim Folgebesuch im Juli 2016 wandten sich sowohl das Personal als auch die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige hilfesuchend an die Expertinnen und Experten. Innerhalb von acht Monaten hatte das gesamte diplomierte Personal inklusive der Pflegedienstleitung die Einrichtung verlassen. Neu eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirkten zwar auf die Kommission bemüht, wurden aber weder eingeschult noch hat sich ein Teamgeist entwickelt. Von ursprünglich 25 Ärztinnen und Ärzten waren nur noch vier zu Visiten im Pflegeheim bereit. Mehrere Bewohnerinnen und Bewohner schilderten der Kommission, wie sehr sie unter der schlechten Betreuungssituation leiden. Die Ktn LReg verwies gegenüber dem NPM darauf, im Berichtsjahr mehr als zehn aufsichtsbehördliche Vorortprüfungen durchgeführt zu haben. Weil Auflagen von der Einrichtung nicht fristgerecht umgesetzt wurden, verhängte die Behörde eine Ersatzvornahme und beauftragte auf Kosten des Einrichtungsträgers diplomierte Fachkräfte eines mobilen Dienstes mit der Überwachung der Pflegedokumentation und der Ausgabe der Medikamente.

In einem Bgld Pflegeheim war die Pflegedokumentation derart lückenhaft und unzureichend, dass über Monate keine Einträge aufschienen. So war auch für die Kommission 6 nicht immer ersichtlich, wem welche Medikation verabreicht wurde. Gegenüber der Kommission verwies das Personal darauf, keine ausreichende Einschulung in das Dokumentationssystem erhalten zu haben.

Das Fehlen eines Qualitätsmanagements auf Ebene der Leitung führte hier nicht nur zu unzulässigen – weil nicht der Bewohnervertretung gemeldet – Freiheitsbeschränkungen und einer teils unrichtigen Medikamentenausgabe, sondern auch zu weiteren gravierenden Verletzungen pflegfachlicher Standards: Pflegeplanungen nahmen nicht auf höhere Sturzrisiken Bedacht; eine regelmäßige Schmerzerhebung unterblieb.

Monatelang keine Einträge in Pflegedokumentation

Auch unbearbeitete Teamkonflikte können dazu führen, dass Verantwortlichkeiten nicht wahrgenommen und Bewohnerinnen und Bewohner vernachlässigt werden. Die Kommission 1 erlangte in Tirol Kenntnis davon, dass Streitigkeiten zwischen Mitarbeiterinnen dazu führten, dass inkontinente Bewohnerinnen und Bewohner, die vom Tagdienst vor dem Zubettgehen nicht mehr gereinigt und mit frischen Inkontinenzprodukten versorgt worden waren, auch vom Nachtdienst ignoriert wurden. Das Verharren in Harn und Kot führt bei ohnehin geschwächter Altershaut zu schmerzhaften Hauterkrankungen und Dekubitusgeschwüren. Eine Pflegekraft wurde deshalb gekündigt.

Teamkonflikte gefährden Bewohnerinnen und Bewohner

Achtsamkeit von Führungspersonal und Pflegekräften ist auch gefordert, wenn es um Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern geht; insbesondere sollten auch Rückzugsmöglichkeiten angeboten werden. Fälle wie die tödliche Attacke einer durch gelegentliche Schreie am Einschlafen gehinderten 88-jährigen auf ihre Mitbewohnerin sollten eine deutliche Warnung sein, dass aus zwischenmenschlichen Konflikten und aus psychischen Erkrankungen resultierende Gewaltpotenziale ernst zu nehmen sind.

Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern

- ▶ *Um eine gute Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu gewährleisten, müssen gute Arbeitsbedingungen des Personals und die erforderliche Personalführungskompetenz der Leitung sichergestellt werden.*
- ▶ *Eine hohe Personalfuktuation sollte für Heimträger und Aufsichtsbehörden als alarmierender Hinweis auf Pflegemängel verstanden werden.*
- ▶ *Die Handlungssicherheit der Pflegekräfte ist durch regelmäßige Pflegevisiten und Kontrollen der Pflegedokumentation sowie gezielte Schulungen zu Pflegeprozessen zu gewährleisten.*
- ▶ *Eine wichtige Aufgabe der Leitung ist es, das Personal zur Supervision zu ermutigen und die Reflexion der Arbeit in der Einrichtung zu unterstützen.*

Einzelfall: VA-NÖ-SOZ/0149-A/1/2016, NÖ-SOZ/0199-A/1/2016, W-SOZ/0106-A/1/2016, W-SOZ/0094-A/1/2016, VA-K-SOZ/0036-A/2016, VA-B-SOZ/0015-A/1/2016, VA-ST-SOZ/0089-A/1/2016

3.1.3 Gewalt in der Pflege

Gewalt in der Pflege kann in den unterschiedlichsten Situationen und Formen auftreten. Strukturelle Defizite wie mangelnde Ressourcen, starre Abläufe, die wenig Raum für Individualität zulassen, gehören ebenso zum Alltag wie z.B. Essens- und Schlafenszeiten zur Unzeit. Die Konfrontation mit einer unter Zeitdruck arbeitenden, überlasteten Pflegeperson ist, besonders für demente Men-

Vielfältige Formen der Gewalt im Pflegealltag

schen, belastend. Häufig eskalieren Situationen auch nur deshalb, weil es nicht gelingt, Ruhe und Gelassenheit zu vermitteln. Oft können sich schwerkranke Menschen in Entscheidungssituationen nicht mehr schnell und deutlich zu Handlungsalternativen äußern und werden hinsichtlich der Einwilligung in Pflegemaßnahmen und medizinische Behandlungen übergangen. Eingriffe in Grund- und Persönlichkeitsrechte, insbesondere auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen, sind vielfach inadäquate Reaktionen auf Probleme, für die keine anderen Lösungen gefunden wurden.

Abwertungen Gewalt kann aber auch in subtilerer Form, etwa durch Geringschätzung, Beleidigung, dem Entzug von Ansprache und Zuwendung auftreten. Dass Pflegebedürftige, insbesondere wenn sie sich nicht an die Rahmenbedingungen anpassen können, Gefahr laufen, nicht mehr als Subjekte, sondern als „Problem“ wahrgenommen zu werden, zeigt sich mitunter an abwertenden Eintragungen in Pflegedokumentationen. Formulierungen wie „Bewohner heute wieder bockig“, „Bewohnerin unerträglich“ oder „Bewohnerin nicht kooperativ“ werden vom NPM auch deshalb beanstandet, weil damit ausgedrückt wird, Bewohnerinnen und Bewohner hätten sich den Pflegestrukturen anzupassen.

Sinnvolle Beschäftigung Demenzkranker wirkt gewaltpräventiv In früheren Stadien der Demenz sind viele Betroffene noch in der Lage, ihre Bedürfnisse, Wünsche und auch ihre Ablehnung zu verbalisieren. Diese Fähigkeit schwindet im Verlauf der Erkrankung und Menschen mit Demenz sind immer mehr darauf angewiesen, dass an sie sinnerfüllende Beschäftigungsangebote von Dritten (Pflegerinnen oder Betreuenden) herangetragen werden. Das Fehlen personenzentrierter Konzepte führt dazu, dass in manchen Einrichtungen Beschäftigungsangebote nicht auf die kognitiven Fähigkeiten dementer Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt sind.

Strukturen führen zur Reduktion der nötigen Unterstützung Den Kommissionen wurde im Berichtsjahr von Bewohnerinnen und Bewohnern fallweise berichtet, dass sie aus Angst vor der abwehrenden Reaktion des als gestresst wahrgenommenen Personals auch bei Unterstützungsbedarf die Rufglocke nicht benutzen und lieber warten, bis Angehörige kommen und ihnen helfen. Eine Seniorin schilderte, bereits ab dem Nachmittag auf das Trinken zu verzichten, um nicht in der Nacht um Unterstützung beim Toilettengang bitten zu müssen. In einem Pflegeheim wurden ältere Menschen ohne entsprechende Pflegediagnose, also ohne Bedarf, in der Nacht mit Inkontinenzprodukten versorgt. Viele Bewohnerinnen und Bewohner fügen sich wöchentlichen Dusch- und Badetagen, auch wenn sie früher täglich geduscht haben und dies auch weiterhin gerne tun würden. In einer Einrichtung fielen wöchentliche Dusch- und Badetage aus, wenn sie auf einen Feiertag fielen. In manchen Alten- und Pflegeheimen fehlt das Bewusstsein für diese Formen struktureller Gewalt. So wurde dem NPM in einer Einrichtung mitgeteilt, dass ein Abgehen von den fixen Essenszeiten nur in „Ausnahmefällen“ möglich sei. Ein Betreiber meinte, die frühen Essenszeiten (Mittagessen um 11.15 Uhr) seien von einem externen Anbieter vorgegeben und Änderungen seien des-

halb nicht möglich. Starr vorgegebene Tagesabläufe, die sich nicht an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientieren, begünstigen Aggressionen, die vor allem das Personal belasten.

Positive Beispiele belegen, dass es auch anders geht. Etliche Einrichtungen entwickelten etwa standardisierte Fragebögen zur Erhebung der Biografie und berücksichtigen diese bei der Betreuung. Ein Alten- und Pflegeheim erstellte von allen Bewohnerinnen und Bewohnern eine Essensbiografie. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass fixe Essenszeiten abgeschafft wurden. Einige Einrichtungen entwickelten unter Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten eigene Konzepte und Leitbilder, um das Wohlergehen Demenzerkrankter zu fördern. Sie verfügen über Pflegedokumentationen, in denen die wechselnden Befindlichkeiten kognitiv eingeschränkter Menschen genau vermerkt werden. Im Zeitverlauf wird so transparent, welche Maßnahmen angenommen werden, um „Störungen“ im Alltag nach Möglichkeit zu minimieren. Besonders förderlich fand der NPM auch Pflegeplanungen, die darauf achten, „Aufenthalte im Freien“ als tägliche Aktivierung umsetzbar zu machen.

NPM lobt Entwicklung individueller Konzepte

Auch das Pflegepersonal ist von Gewalt und Übergriffen betroffen. Angst, depressive Verstimmungen sowie Verhaltensweisen wie Schreien, Ruhelosigkeit und Agitation sind Begleiterscheinungen kognitiver Beeinträchtigungen, die das Durchführen von Pflegehandlungen erschweren und zu Abwehrhaltungen (Kratzen, Beißen, Festhalten etc.) führen können. Zwar sind diese Symptome oft auch unmittelbare Folgen eines zerebralen Abbauprozesses, man muss aber auch berücksichtigen, dass herausforderndes Verhalten für Menschen mit schwerer Demenz oft die einzig mögliche Form der Kommunikation ist. Sie kann Ausdruck für Angst, Unbehagen, Schmerz, Hunger, Durst oder auch Harndrang sein. Provozierend sexuelles Verhalten, das nicht selten als Begleiterscheinung von Demenz auftritt, kann unerfahrenerem Pflegepersonal große Probleme bereiten, weil es zu wenig Reaktionen kennt, wie mit aggressiven Zudringlichkeiten umzugehen ist.

Gewalt an Personal

In manchen Einrichtungen wird das Personal mit solchen Erfahrungen allein gelassen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehrerer Einrichtungen schilderten dem NPM, dass sie mit herausforderndem Verhalten überfordert sind, sich diesbezüglich aber auch mit Kolleginnen und Kollegen nicht austauschen und keine Fortbildungen in Anspruch nehmen können. Fachärztliche und pflegerische Fallbesprechungen finden nicht statt.

Wenig Unterstützung trotz Fürsorgepflicht

Vorbildlich in Bezug auf Gewaltschutz und Fürsorgepflicht ist z.B. das Projekt „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen“, welches im Auftrag des Vorarlberger Sozialfonds seit 2014 durchgeführt wird. Der 2015 veröffentlichte Projektbericht zeigt auf, wie die Voraussetzungen für eine gewaltfreie personenzentrierte Betreuung verhaltensauffälliger Bewohnerinnen und Bewohner geschaffen werden können.

Das Personal muss im Umgang und der Kommunikation mit kognitiv beeinträchtigten Personen geschult sein. Dazu sind Ausbildungen in der validie-

renden Gesprächsführung, geriatrische Spezialisierungen, Maßnahmen zur Delirprävention und psychosoziale Betreuungskonzepte hilfreich. Es ist wichtig, Ursachen und Risikofaktoren für Gewalt in der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu kennen, um Interventionen im Bedarfsfall darauf abstellen zu können. Viele Träger von Alten- und Pflegeheimen haben nach den Wahrnehmungen des NPM aber noch keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen.

Leitlinien zur Gewaltprävention

Der NPM fordert, dass in jedem Alten- und Pflegeheim Leitlinien zum Thema „Gewalt in der Pflege“ erstellt werden, die für das gesamte Personal verbindlich sind. Sie helfen nicht nur, ältere Menschen vor Gewalt (physischer, körperlicher und struktureller Gewalt) zu schützen, sondern bewahren auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Übergriffen von betagten Personen. Nur wenn in Organisationen ein klares Bekenntnis zur gewaltfreien Pflege besteht, können Maßnahmen zur Gewaltprävention wirken.

Erfolg des NPM

Es ist als Erfolg des NPM zu verzeichnen, dass nahezu sämtliche Alten- und Pflegeheime, die auf das Thema aufmerksam gemacht wurden, im Anschluss an den Besuch des NPM Maßnahmen zur Gewaltprävention umgesetzt haben.

- ▶ ***Die fachärztliche und pflegerische Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten und meist hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohnern ist zu gewährleisten. Fachärztliche und pflegerische Fallbesprechungen sind zu etablieren.***
- ▶ ***In allen Einrichtungen müssen Konzepte zur Gewaltprävention ausgearbeitet werden. Das Bekenntnis zu gewaltfreier Pflege muss in Leitlinien verankert sein.***

Einzelfall: VA-NÖ-SOZ/0141-A/1/2015, K-SOZ/0053-A/1/2015, ST-SOZ/0095-A/1/2015, W-SOZ/0404-A/1/2015, T-SOZ/0001-A/1/2016, V-SOZ/0001-A/1/2016, T-SOZ/0007-A/17/2016, B-SOZ/0015-A/1/2016, T-SOZ/20-A/1/2016, S-SOZ/0029-A/1/2016, T-SOZ/0031-A/1/2016, K-SOZ/0033-A/1/2016, K-SOZ/0036-A/1/2016, T-SOZ/0041-A/1/2016, W-SOZ/0051-A/1/2016, W-SOZ/0056-A/1/2016, OÖ-SOZ/0082-A/1/2016, ST-SOZ/0088-A/1/2016, ST-SOZ/0089-A/1/2016, OÖ-SOZ/0096-A/1/2016, NÖ-SOZ/0127-A/1/2016, NÖ-SOZ/0186-A/1/2016

3.1.4 Einführung des Pflegestandards Schmerz

Ältere Menschen leiden häufiger und über längere Zeiträume an starken Ruhe- und/oder Belastungsschmerzen, die in Einrichtungen nicht bemerkt werden. Ein Fehlschluss ist aber zu glauben, dass Schmerzen zum Alter gehören. Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität, sie erhöhen die Sturzgefährdung, führen zu schnellerem körperlichen Abbau und zu Bettlägerigkeit.

Schmerz nicht als altersbedingt hinnehmen

Eine 2015 veröffentlichte Studie zur Schmerzsituation in Langzeitpflegeeinrichtungen in Österreich belegt, dass etwa zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen an Schmerzen leiden und diese Situation als altersbedingt hinnehmen. Schmerzen werden in den meisten

Fällen (64 %) verheimlicht, um dem Pflegepersonal nicht zur Last zu fallen. Etwa ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner hatte Bedenken wegen der Nebenwirkungen oder hatte kurz zuvor bereits Schmerzmittel erhalten (19 %). 18 % der älteren Menschen hatte keine Bezugspflegekraft und 16 % Bedenken wegen Medikamentenabhängigkeit (Quelle: Schreier et al.: Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen. Ergebnisse der OSiA-Studie, in: Der Schmerz, April 2015, Volume 29, Issue 2, pp. 203-210).

Dieses Studienergebnis wird auch durch Kommissionsbesuche bestätigt. Bei vielen betagten Personen wurde zwar die Pflegediagnose „Schmerz“ gestellt, weitergehende Maßnahmen in der Pflegeplanung fehlen jedoch; auch regelmäßige Befragungen zur Schmerzintensität in Ruhe- und Belastungssituationen unterbleiben. Ältere Menschen in einer Einrichtung in Sbg gaben gegenüber der Kommission 2 an, sich wegen der Schmerzen nicht an das Personal zu wenden, weil dieses überlastet sei. Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung in Ktn schilderten, trotz medikamentöser Schmerzbehandlung nicht schmerzfrei zu sein und sich deswegen kaum bewegen zu können. Zusätzliche Interventionen oder therapeutische Unterstützung unterblieben dennoch.

Vielfach berichten Kommissionen, dass sie bei hochgradig dementen Personen, die nicht mehr auskunftsfähig sind, Schmerzreaktionen beobachtet haben, wie verzerrte Gesichter oder Abwehrhandlungen bei Pflegemaßnahmen. Den Dokumentationen war dazu nichts zu entnehmen; auch die Krankengeschichten vor Heimeintritt erwiesen sich diesbezüglich meist als lückenhaft. Neben Informationen über Vorerkrankungen wäre es außerdem wichtig zu wissen, ob, seit wann und welche Schmerzmedikamente bisher eingenommen wurden. Hier sind vor allem Angehörige gefragt, da sie häufig besser über den Schmerzmittelkonsum informiert sind als der behandelnde Arzt; vor allem dann, wenn auf freiverkäufliche Medikamente ohne ärztliche Rücksprache zurückgegriffen wurde. Die Wahrscheinlichkeit, dass Demenz und Schmerz gemeinsam auftreten, ist sehr hoch. Trotzdem werden Demenzkranke viel seltener und in geringerem Ausmaß mit Schmerzmitteln behandelt als gleichaltrige Patientinnen und Patienten ohne Demenz. Das liegt zum einen daran, dass sie weniger in der Lage sind, Schmerzen verbal zu äußern, und diese deshalb übersehen werden. Zum anderen liegt es aber auch daran, dass das Vorurteil, demenziell erkrankte Menschen hätten weniger Schmerzen, noch immer weit verbreitet ist. In mehreren Studien wurde jedoch nachgewiesen, dass Demenzkranke ebenso unter Schmerzen leiden wie Menschen ohne kognitive Einschränkungen.

Für den NPM zeigte sich auch im Berichtsjahr, dass Schmerz-Assessments häufig nicht durchgeführt bzw. unzureichend umgesetzt werden. Vielfach kritisierten die Kommissionen, dass bei Schmerzpatientinnen und -patienten keine entsprechende Pflegediagnose gestellt wird, keine Schmerzprotokolle geführt werden und keine Schmerzskalen in Verwendung sind. Obwohl bereits etablierte elektronische Dokumentationssysteme die Schmerzdokumentation unterstützen, wird diese Möglichkeit nicht genutzt.

Schmerz und Demenz treten häufig gemeinsam auf

Unzureichende Schmerzbehandlung

Der NPM verweist darauf, dass Schmerzen in die Pflegeplanung einzubeziehen, anhand von Schmerzskalen erhoben und laufend evaluiert werden müssen. In Schmerzprotokollen kann der Verlauf von Schmerzen und die Wirkung der Schmerztherapie dargestellt werden. Mit Hilfe von Schmerzskalen können Schmerzen und ihre Intensität erhoben werden. Für nicht auskunftsfähige Personen und dementiell Erkrankte gibt es spezielle Skalen und Methoden zur Schmerzerhebung.

Kommissionsbesuche belegen darüber hinaus die Bedeutung einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit für ein wirkungsvolles Schmerzmanagement. Pflegefachkräfte sind darin vielfach das Bindeglied zwischen Schmerzpatientin bzw. -patient und der Ärzteschaft.

- ▶ *Schmerzen im Alter müssen behandelt werden. Schmerz darf nicht als altersbedingt hingenommen werden. Um das zu gewährleisten, muss ein Schmerz-Assessment durchgeführt werden.*
- ▶ *Das Schmerz-Assessment muss Teil eines jeden Pflegemanagements sein.*

Einzelfall: VA-B-SOZ/0015-A/1/2016, B-SOZ/0016-A/1/2016, B-SOZ/0017-A/1/2016, NÖ-SOZ/0017-A/1/2016, NÖ-SOZ/0027-A/1/2016, S-SOZ/0029-A/1/2016, K-SOZ/0033-A/1/2016, K-SOZ/0036-A/1/2016, S-SOZ/0044-A/1/2016, OÖ-SOZ/0082-A/1/2016, OÖ-SOZ/0096-A/1/2016, NÖ-SOZ/0097-A/1/2016, NÖ-SOZ/0156-A/1/2016, NÖ-SOZ/0185-A/1/2016, NÖ-SOZ/0245-A/1/2016

3.1.5 Staatliche Schutzpflichten bestehen auch in Bezug auf nicht genehmigte Einrichtungen

Von Kommissionen wurden fallweise auch prekäre Betreuungsverhältnisse in privaten Eigenheimen kontrolliert. Die Privatpersonen gaben vor, lediglich Wohnraum an pflegebedürftige ältere Menschen zu vermieten, aber für die Organisation und Durchführung der Pflege nicht zuständig zu sein. Unter den Bewohnerinnen und Bewohnern befanden sich nicht nur agile Personen, die es schätzten, nicht mehr selbst einen Haushalt führen zu müssen, sondern Menschen mit körperlichen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen und erheblichem Pflege- und Unterstützungsbedarf.

Prekäre Bedingungen in Wohnhaus

In einem Wohnhaus in NÖ war die Kommission 6 im Berichtsjahr zweimal vor Ort. Schon im Rahmen der Korrespondenz nach dem Erstbesuch teilte die NÖ LReg dem NPM mit, dass schon aufgrund der baulichen Nichteignung eine Bewilligung dieser Einrichtung als Pflegestelle nicht in Betracht kommt. Der private Betreiber stellte in Aussicht, den Betrieb zu schließen. Ein halbes Jahr später war die Situation allerdings immer noch unverändert. Von den elf dort lebenden Menschen hatten fünf einen Anspruch auf Pflegestufe 5, waren nicht mehr selbstständig mobil und waren auf Pflege in der Nacht angewiesen. Vier mobilitätseingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner hatten Anspruch auf Pflegestufe 4. Das Gebäude war nicht barrierefrei, das Pflegepersonal war

nicht durchgehend vor Ort. Eine Bewohnerin befand sich beim zweiten Kommissionsbesuch in einem äußerst kritischen Zustand und rief ständig nach Hilfe. Der NPM machte deutlich, eine stillschweigende Duldung von Amateur-Pflege nicht zu tolerieren. Vier Wochen nach dem zweiten Kommissionsbesuch waren Bewohnerinnen und Bewohner mit den höchsten Pflegebedarfen verlegt, ein Verwaltungsstrafverfahren gegen den Betreiber eingeleitet und die behördliche Schließung der illegal betriebenen Pflegeeinrichtung bescheidmäßig angeordnet worden.

In Tirol traf die Kommission 1 auf zehn ältere Männer, die psychisch krank und/oder behindert waren. Sie lebten mit Zustimmung ihrer Sachwalterinnen und Sachwalter in einem abgeschieden gelegenen, zweigeschoßigen Wohnhaus in extremer Hanglage. Die Doppelzimmer waren kärglich eingerichtet und keiner der Männer verfügte über einen eigenen Zimmer- oder Haustorschlüssel. Barrierefreiheit war nicht gegeben. Mobiltelefone waren in der Einrichtung verboten, Kontakte nach außen wurden nicht gefördert. Vertrauliche Gespräche der Betroffenen mit der Kommission wurden von der Hauseigentümerin bereits nach kurzer Zeit unterbunden. Großteils dürften die Männer schon mehrere Jahre, einige bereits seit Jahrzehnten, durch die inzwischen 70-jährige Frau, deren Ehegatten sowie der Schwiegertochter versorgt worden sein, die alle weder über eine pflegerische Ausbildung noch eine sonstige Qualifikation im Umgang mit psychiatrischen Patienten verfügten. Aus eingesehenen Unterlagen ergab sich für die Kommission 1 zweifelsfrei, dass verschiedenen Behörden und dem Pflgerschaftsgericht bekannt war, dass ehemalige Psychiatriepatienten hier untergebracht waren.

Zustände waren Behörden und Gericht bekannt

Der NPM sah auch in diesem Fall Handlungsbedarf. In Abstimmung mit den Sachwaltern der Betroffenen, dem Landeskrankenhaus und der zuständigen BH wird nach anderen Unterbringungsmöglichkeiten gesucht. Für einige Bewohner wurden bereits geeignete Plätze gefunden.

In OÖ stieß die Kommission 2 in einem abgelegenen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht erreichbaren Wohnhaus auf drei Frauen und vier Männer mit psychischen Erkrankungen. Die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 56 und 79 Jahren erfolgt durch eine 69-jährige Frau und deren Sohn, denen das Haus gehört. Der Sohn gibt Psychopharmaka aus und unterstützt bei der Körperpflege; eine pflegerische Ausbildung hat er ebenso wenig wie seine Mutter, die kocht und die Grundreinigung übernimmt. Die drei Frauen müssen sich ein sehr kleines Zimmer teilen. Weil zu wenig Platz für einen Kasten ist, steht dieser im Zimmer der Männer. Es gibt nur eine Dusche für alle, die auch nur über das Zimmer eines männlichen Bewohners erreichbar ist. Außer der Bekleidung verfügt niemand über persönliche Gegenstände. Die Kommission beobachtete, wie den Betreuungsbedürftigen Essen auf Plastiktellern durch ein Küchenfenster gereicht wurde. Es gibt keine aktivierenden Beschäftigungsmöglichkeiten und keine Möglichkeit der Mitbestimmung und Teilhabe.

Der NPM bewertet solche entgeltlichen Wohnformen für Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen als ungeeignet.

Missachtung der
UN-BRK

In den aufgezeigten Einrichtungen werden Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung weder gewahrt noch gefördert. Verletzt werden auch wesentliche Grundsätze der UN-BRK. Es kommt zu Freiheitsbeschränkungen durch fehlende bauliche Eignung, durch die Ausgabe sedierender Medikation bzw. durch Maßnahmen, die das Verlassen der Häuser unmöglich machen. Die vorgefundenen Lebensumstände in diesen behördlich nicht genehmigten Einrichtungen bedeuten eine Missachtung der jedem Menschen innewohnenden Würde, Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen. Vor allem ist keine Förderung bzw. keine volle und wirksame Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft gegeben, wenn ältere Menschen aufgrund der Abgeschiedenheit der Einrichtung keine Möglichkeit haben, sich in das Gemeindegesehen zu integrieren.

Der NPM sieht es als seine Aufgabe an, darauf zu verweisen, dass schutzbedürftige Menschen vor dem Risiko der Verwahrlosung und der unzureichenden medizinischen Versorgung durch Private geschützt werden müssen. Niemandem darf das Recht vorenthalten werden, einen menschenwürdigen Lebensabend zu verbringen. Selbst die Zustimmung von Sachwalterinnen und Sachwaltern oder Angehörigen in prekäre Betreuungsformen ändert nichts daran, dass pflegerische Vorbehaltstätigkeiten nach dem GuKG entgeltlich nur von dafür ausgebildetem Personal durchgeführt werden dürfen.

Staatliche Schutzpflicht

Auch der MRB verweist in einer Stellungnahme darauf, dass staatliche Stellen zum Schutz der physischen und psychischen Integrität von Menschen die Pflicht trifft, angemessenen (gesetzlichen und administrativen) Schutz vor möglichen Misshandlungen durch Privatpersonen zu gewährleisten, wenn sie Kenntnis von den Betreuungsverhältnissen haben oder haben müssen.

Die Länder als Träger der Behinderten- und Sozialhilfe müssen Menschen mit Beeinträchtigungen vor gefährlicher, menschenunwürdiger und erniedrigender Behandlung und Pflege wirksam schützen. Dies schließt auch ein, dass behördlich nicht genehmigte Betreuungsverhältnisse kontrolliert und darin stattfindende Amateur-Pflege unterbunden wird.

► ***Aufsichtsbehörden müssen in Beachtung ihrer menschenrechtlichen Schutzpflichten gegenüber Menschen mit schweren Beeinträchtigungen jedem Hinweis nachgehen und deren Betreuung in nicht behördlich genehmigten Einrichtungen unterbinden.***

Einzelfall: VA-OÖ-SOZ/0070-A/1/2016, NÖ-SOZ/0098-A/1/2016, T-SOZ/0026-A/1/2016, OÖ-SOZ/0113-A/1/2016, NÖ-SOZ/0223-A/1/2016

3.1.6 Regelmäßige Sensibilisierung in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FbM) sind nach dem PersFrG und HeimAufG nur zulässig, wenn sie unter Wahrung der Menschenwürde und unter Einhaltung aller gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen gesetzt werden. Dazu gehört insbesondere auch, dass alle gesetzlich vorgeschriebenen Formalerfordernisse eingehalten werden, welche die gerichtliche Kontrolle von FbM im Einzelfall erst sicherstellen.

Es muss daher aus den Meldungen an die Bewohnervertretung nicht nur die anordnende Person hervorgehen, sondern auch eine Anordnung durch eine anordnungsbefugte Person vorliegen. Die angeordnete Maßnahme muss von dieser durch ihre Unterschrift autorisiert sein. So sind mechanische Freiheitsbeschränkungen in Langzeitpflegeeinrichtungen durch das diplomierte Pflegepersonal, medikamentöse hingegen durch eine Ärztin oder einen Arzt zu verfügen. In den Meldungen sind jedenfalls auch die Diagnose, die konkrete Art der Selbst- oder Fremdgefährdung sowie die erfolglos zuvor angewandten gelinderen Mittel anzuführen. Liegen Formalfehler vor, hat dies zur Folge, dass der Freiheitseingriff unzulässig ist und eine Verletzung des verfassungsrechtlich garantierten Rechtes auf Schutz der persönlichen Freiheit vorliegt.

Der NPM stellte fest, dass es in diesem Bereich an Bewusstsein und Sensibilität mangelt. Die Liste der festgestellten Mängel umfasst das Fehlen konkreter Diagnosen und Gefährdungssituationen, interne Unklarheiten bezüglich der anordnungsbefugten Person, die fehlende Erfassung von FbM im Pflegedokumentationssystem, fehlende ärztliche Verordnungen, mangelhafte Evaluierungen und in der Folge mangelnde Aktualität der FbM-Meldungen, unübersichtliche Dokumentationen, in denen sich selbst das Personal der Einrichtung nicht mehr zurecht fand, die mangelhafte Dokumentation der Verhältnismäßigkeit und nicht gemeldete FbM. In einer Einrichtung in NÖ schienen z.B. Meldungen zu FbM auf, die nicht mehr angewendet wurden, während aktuelle FbM nicht gemeldet worden waren. Auf Anregung des NPM wurde das Dokumentationssystem vereinheitlicht sowie eine Aktualisierung der FbM-Meldungen vorgenommen.

Fehlerhafte Meldungen

Mehrmals wurde vom NPM empfohlen, dem Personal die Einhaltung der formalen Vorschriften des HeimAufG bei der Durchführung der FbM nahezubringen. Es handelt sich hierbei nicht um einen vernachlässigbaren Aufwand, sondern um eine grundlegende Voraussetzung für die Zulässigkeit von Eingriffen in ein Menschenrecht.

In manchen Alten- und Pflegeheimen waren in der Pflegedokumentation zahlreiche alternative Maßnahmen zu FbM ersichtlich und ein sensibler Umgang sowie die gute Zusammenarbeit mit der Bewohnervertretung deutlich. Mitunter fehlte es aber an einem strukturierten Zugang und einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit potenziellen FbM. Diese werden dann als solche gar

Personal erkennt FbM nicht immer

nicht erkannt. Dies betrifft sowohl elektronische FbM (Körperdruckalarmsysteme oder Videoüberwachung) als auch mechanische FbM, wie schräg gestellte Bettseitenteile, Bettfluchtbügel, angezogene Rollstuhlbremsen und in Niederflurbetten verwendete Bettseitenteile.

Der NPM begrüßt, dass die von Kritik betroffenen Einrichtungen in der Folge Verbesserungen in der Dokumentation vornahmen, Schulungen für das Personal durchführten und auch mit der Bewohnervertretung in Kontakt traten. Die entsprechenden Anregungen der Expertinnen und Experten des NPM wurden in der Regel als positive Impulse aufgenommen und konstruktiv umgesetzt.

Medikamentöse FbM

Freiheitsbeschränkungen durch Psychopharmaka stellen einen besonders sensiblen Bereich dar. Hier taucht das Problem auf, zwischen therapeutisch indizierter Medikation (mit Nebenwirkungen) und freiheitsbeschränkenden Aspekten sorgfältig differenzieren zu müssen. Unter Berücksichtigung klar definierter Indikationen und einer kontinuierlichen Überwachung sind Psychopharmaka zur Symptombehandlung und Wiederherstellung von Lebensqualität zuweilen unverzichtbar. Die Gefahr des Einsatzes inadäquater freiheitsbeschränkender Medikation ist in Pflegeheimen aber dennoch hoch.

Das Pflegepersonal (und nicht nur das Pflegepersonal) begreift das Infragestellen potenziell freiheitsbeschränkender Auswirkungen von verabreichter Medikation oft als persönlichen Angriff und begründet die Notwendigkeit mit der Behandlungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner. Bei genauerer Betrachtung aber zeigt sich, dass es eher die Strukturen sind, in denen Pflegearbeit geleistet wird, die zu jenen Problemen im Pflegealltag führen und den Einsatz von FbM als angemessene Lösung erscheinen lassen. Wenn auch die Verschreibung von Medikamenten ausschließlich im Bereich ärztlicher Kompetenz liegt, so erfolgt die Initiative dazu in der Praxis häufig durch Pflegepersonen. Weil die Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit fehlt, sehen Pflegekräfte in pharmakologischen Beeinflussungen eine Möglichkeit, belastende „Störungen“ im Heimbetrieb auszuschalten und geordnete Abläufe in den Wohnbereichen sicherzustellen. Damit wird deutlich, dass es bei der Indikation für eine Medikation mit Psychopharmaka weniger um bewusste Freiheitsbeschränkungen geht als vielmehr darum, mit begrenzten Ressourcen auszukommen. Wenn aber ein Medikament primär „zum Zweck der Bewegungsdämpfung“ verordnet wird (bei Symptomen einer psychischen Erkrankung mit Bewegungsüberschuss), dann liegt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor und ist diese der Bewohnervertretung zu melden. Ob eine Freiheitsbeschränkung oder bloß eine medizinische Behandlung anzunehmen ist, wird somit aufgrund des unmittelbaren Anlasses für die Medikation zu beurteilen sein. Gilt es auf ein Gefährdungsszenario zu reagieren, vermögen zusätzlich verfolgte therapeutische Erwägungen nichts am Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung zu ändern.

Die Verabreichung sedierender Medikamente wie Schlafmittel, Neuroleptika oder andere Psychopharmaka ist nicht nur dann als Freiheitsbeschränkung

zu werten, wenn Bewohnerinnen und Bewohner dadurch am Verlassen der Einrichtung gehindert werden sollen, sondern auch dann, wenn sie verordnet werden, um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen. Der kurzfristige Effekt dieser Medikation wird aber häufig unreflektiert als Behandlungsziel betrachtet – ohne ausreichende Kenntnis der nachteiligen Konsequenzen für die Betroffenen. Speziell beim Einsatz von mehreren Psychopharmaka oder aber von Psychopharmaka und anderen gleichzeitig verabreichten Medikamenten sind die Wechselwirkungen bei fünf oder mehr verabreichten Medikamenten ohne pharmakologische Expertise nur mehr schwer abschätzbar bzw. kontrollierbar.

Eine medikamentöse FbM kann insbesondere auch dann vorliegen, wenn das vor Heimeintritt gewohnte Schlafverhalten nicht berücksichtigt und Schlaf zu einem bestimmten Zeitpunkt pharmakologisch erzwungen wird. Gleiches gilt, wenn die Dauer des Schlafes ohne medizinische Notwendigkeit über das individuell notwendige Schlafbedürfnis hinaus medikamentös verlängert wird. Es ist gerade im Hinblick auf die zunehmende Zahl an Demenzkranken in Langzeitpflegestationen für deren Wohlbefinden erstrebenswert, in den Abendstunden gezielt mehr Betreuungspersonal einzusetzen und den Übergang vom Tag zur Nacht individuell fließender zu gestalten.

Das HeimAufG verlangt, dass alle pflegerischen Interventionen und nicht-pharmakologischen Maßnahmen ausgeschöpft werden, bevor Psychopharmaka verabreicht werden. Ein weiterer Faktor zur Verbesserung der aktuellen Situation ist eine flächendeckende und kontinuierliche fachärztliche Betreuung, weil gerontopsychiatrisches Fachwissen über Wirkungen und Nebenwirkungen von psychotrop und zentralnervös wirksamen Medikamenten bei Hausärztinnen und Hausärzten nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden kann.

Die Expertinnen und Experten des NPM stellen auch in diesem Berichtsjahr fest, dass es in Alten- und Pflegeheimen öfter am Bewusstsein mangelt, dass sedierende Medikamente potenziell FbM darstellen können. Die besondere Schutzbedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern wird vielfach verkannt. So schätzen Pflegende etwa Psychopax-Tropfen als besonders geeignete Einzelfallmedikation bei unruhigen oder verhaltensauffälligen Bewohnerinnen und Bewohnern ein. Es besteht aber nur ein bescheidenes Wissen über die lange Halbwertszeit und die belastenden Nebenwirkungen dieses Medikamentes, insbesondere bei Hochaltrigen. Durch den Hangover-Effekt kann die Sturzgefahr am nächsten Tag deutlich erhöht sein. Auch wenn es eine Reihe anderer, inzwischen gut untersuchter Faktoren gibt, die zu Stürzen führen, müssten unter Berücksichtigung der Komplikationen durch Nebenwirkungen auch solche Verordnungen sehr überlegt erfolgen.

Hohe Schutzbedürftigkeit bei Psychopharmaka-Verordnungen

Es gibt leider noch immer Langzeitpflegeeinrichtungen, die medikamentöse FbM grundsätzlich nicht an die Bewohnervertretung melden. Bereits im Eingangsgespräch bei einem Besuch in einem Wiener Alten- und Pflegeheim er-

Medizinische lege artis Behandlung schließt FbM nicht aus

läuterte die ärztliche Leiterin der Kommission 5, dass jeglicher Einsatz von Psychopharmaka medizinisch indiziert sei und daher keine potenziell FbM darstelle. Die Tatsache, dass auch eine lege artis durchgeführte medizinische Behandlung eine FbM sein kann, wurde trotz der Vorgaben des HeimAufG völlig außer Acht gelassen. Zu beanstanden war gerade in dieser Einrichtung auch, dass Medikamente, die Bewohnerinnen und Bewohnern in „angespannten Situationen“ verabreicht werden sollten, bei Verweigerung der Einnahme gemörsert und in Nutella gemischt wurden. Aber auch die Kommissionen 1 und 2 in Tirol und Salzburg sowie die Kommission 3 in Kärnten sind auf Einrichtungen gestoßen, in denen trotz einer hohen Anzahl von Pflegebedürftigen mit psychiatrischen Verdachtsdiagnosen keine einzige FbM-Meldung erstattet worden war.

In einem Tiroler Alten- und Pflegeheim bot sich folgendes Bild: Nach Durchsicht aller 74 Medikationsblätter zeigte sich, dass in 34 Fällen Benzodiazepine und ebenfalls sehr häufig Antipsychotika verordnet wurden. Bezüglich der Indikation dieser Verschreibungen konnte die Kommission 1 nur auf die den Medikationslisten beiliegenden Diagnoseblätter zurückgreifen, da ein ausführlicher psychiatrischer Dekurs nicht vorlag. Die am häufigsten angeführte Diagnose für eine Medikation mit dem Wirkstoff Benzodiazepin war „Demenz“. Das ist für die Beurteilung allfällig damit verbundener FbM und daran anknüpfender Meldepflichten aber völlig unzureichend.

Der NPM hebt zur Beurteilung der potenziell freiheitsbeschränkenden Effekte von Psychopharmaka die Wichtigkeit hervor, ärztlicherseits ein explizites Symptom zu definieren, das mit sedierenden Wirkstoffen behandelt werden soll. Notwendig ist eine klare Umschreibung konkreter Therapieziele, die Vereinbarung von Erfolgskriterien und die regelmäßige Evaluierung der Wirkung verabreichter Substanzen. Nur wenn daraus deutlich wird, dass bei der Behandlung einer psychischen Grunderkrankung, wie z.B. Depression, Angststörung oder produktive Psychose, die Dämpfung bzw. Bewegungseinschränkung eine „unvermeidliche Nebenwirkung“ ist, entfällt die Meldung an die Bewohnervertretung zu Recht. Allerdings muss die Notwendigkeit der Fortsetzung der Medikation nach Abklingen der Symptomatik überprüft werden. Die Verabreichung von Psychopharmaka sollte nur so lange erfolgen, wie es unbedingt erforderlich ist. Um eine potenziell inadäquate Medikation zu verhindern, sollten regelmäßige Ausschleich- und Absetzversuche vorgenommen werden. Fakt ist, dass Absetz- und Ausschleichversuche sehr häufig unterbleiben und die Praxis vielmehr zeigt: Ein einmal verordnetes Psychopharmakon wird selten wieder abgesetzt.

Auch bei der Bedarfsmedikation konnten die Expertinnen und Experten in den Kommissionen das Vorliegen von medikamentösen FbM nicht ausschließen. Die häufigste Beschreibung des Bedarfs mit dem Begriff „Unruhe“ ist zu ungenau. Hier wird dem Betreuungspersonal unzulässigerweise ein Entscheidungsspielraum gelassen.

Obwohl das HeimAufG seit 2005 in Geltung ist, werden medikamentöse Behandlungen auf ihre freiheitsbeschränkende Wirkung aus Sicht des NPM nicht genügend hinterfragt. Es bleibt ein großer Spannungsbereich zwischen dem (verfassungs-)gesetzlich verankerten Schutz der persönlichen Freiheit und der durch zu knappe Ressourcen bedingten Realität.

- ▶ *Die Heimleitung hat das Personal für einen angemessenen Umgang mit mechanischen, elektronischen und medikamentösen Freiheitsbeschränkungen zu sensibilisieren. Dazu bedarf es entsprechender Schulungen und einer Zusammenarbeit mit der Bewohnervertretung.*
- ▶ *Ziel einer medikamentösen Behandlung muss immer die Erhaltung oder Steigerung des Wohlbefindens sein. Die Behandlung mit Psychopharmaka darf erst einsetzen, wenn somatische, psychosoziale und umweltbezogene Ursachen eines „problematischen“ Verhaltens ausgeschlossen werden können und nicht medikamentöse pflegerische Maßnahmen erfolglos waren. Regelmäßige fachärztliche Visiten sind anzustreben.*
- ▶ *Zur Beurteilung von potenziell freiheitsbeschränkenden Wirkungen von Psychopharmaka muss neben der exakten medizinischen Indikation auch das Therapieziel bzw. das behandelte Zielsymptom explizit dokumentiert werden.*
- ▶ *Regelmäßige Ausschleich- bzw. Absetzversuche müssen vorgenommen werden. Die Wirkung sedierender Medikamente muss im Hinblick auf das Zielsymptom regelmäßig evaluiert werden.*

Einzelfall: VA-W-SOZ/0318-A/1/2016, K-SOZ/0048-A/1/2015, T-SOZ/0004-A/1/2016, ST-SOZ/0052-A/1/2016, S-SOZ/0021-A/1/2016, NÖ-SOZ/0127-A/1/2016, K-SOZ/0036-A/1/2016, T-SOZ/0048-A/1/2016, NÖ-SOZ/0127-A/1/2016, B-SOZ/0015-A/1/2016, T-SOZ/0016-A/1/2016, T-SOZ/0031-A/1/2016, T-SOZ/0018-A/1/2015, S-SOZ/0040-A/1/2015, ST-SOZ/0095-A/1/2015, NÖ-SOZ/0059-A/1/2016, B-SOZ/0016-A/1/2016, NÖ-SOZ/0121-A/1/2015, T-SOZ/0005-A/1/2016, K-SOZ/0003-A/1/2016, S-SOZ/0048-A/1/2015, K-SOZ/0033-A/1/2016, W-SOZ/0094-A/1/2016, T-SOZ/0013-A/1/2016, B-SOZ/0015-A/1/2016, T-SOZ/0015-A/1/2016, NÖ-SOZ/0078-A/1/2016, OÖ-SOZ/0074-A/1/2015, OÖ-SOZ/0012-A/1/2016, T-SOZ/0064-A/1/2016, W-SOZ/0318-A/1/2016, K-SOZ/0036-A/1/2016

3.2 Krankenhäuser und Psychiatrien

3.2.1 Einleitung

Die Kommissionen der VA besuchten im Berichtsjahr 41 Krankenanstalten, darunter 31 psychiatrische und 10 somatische Kliniken bzw. Abteilungen.

Interkulturelle Behandlung immer wichtiger

Im Zuge dieser Besuche stellten die Kommissionen bundesweit fest, dass sich die interkulturelle Betreuung von Patientinnen und Patienten zunehmend schwierig gestaltet, unter anderem bedingt durch die Flüchtlingsbewegung. So führen insbesondere Sprachbarrieren zu Problemen in der Kommunikation, die sich nachteilig auf die Betreuungssituation und die medizinische Behandlung der Betroffenen auswirken können. In einigen Krankenanstalten wurden daher bereits Videodolmetsch-Systeme eingerichtet, um die Rahmenbedingungen von Gesprächen zu professionalisieren und Übersetzungen in mehreren Sprachen zu ermöglichen. Der Einsatz qualifizierter Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist gerade in Krankenhäusern von besonderer Bedeutung, wenn im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten sensibel auf interkulturelle Differenzen einzugehen ist, wofür eine entsprechende Schulung erforderlich ist. Der NPM empfiehlt, das Videodolmetsch-Angebot in Spitälern kontinuierlich auszubauen.

Freiheitsbeschränkung als ultima ratio

Der Grundsatz der Patientenautonomie, d.h. dass eine Behandlung nur nach Einwilligung der aufgeklärten Patientin bzw. des aufgeklärten Patienten durchgeführt werden darf, gilt auch in der Psychiatrie. Beschränkungen der Bewegungsfreiheit durch Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, durch Fixierungen bzw. Isolierungen sowie medikamentöse Behandlungen ohne oder gegen den Willen der Betroffenen sind deshalb nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig: wenn sie verhältnismäßig sind und wenn selbstbestimmungsunfähige Personen ihre Gesundheit und ihr Leben oder die Gesundheit und das Leben anderer konkret und erheblich gefährden und dies durch keine anderen Maßnahmen abgewendet werden kann. Allein durch die demografische Entwicklung muss man in Österreich mit der Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen rechnen. Schon deshalb sind Verbesserungen in der Erforschung von Zwangsmaßnahmen, insbesondere aus der Perspektive der Betroffenen, ebenso erforderlich wie die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Reduzierung von Zwangsbehandlungen. Der NPM hält deutliche Änderungen der Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen, wie z.B. die bessere Verzahnung von stationärem und ambulantem Bereich, die Förderung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsstrukturen, eine Versorgungsforschung und vor allem die qualitativ wie quantitativ gute personelle Ausstattung von psychiatrischen Einrichtungen für unverzichtbar. Dass Regionen in Österreich psychiatrisch immer noch unterversorgt sind, ist ein Faktum.

Therapeutisches Milieu und Deeskalation

Während einer stationären psychiatrischen Behandlung kommt es relativ oft zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten durch Patientinnen und Pati-

enten, am häufigsten in Akut- und Aufnahmestationen innerhalb der ersten Tage von unfreiwilligen Klinikaufhalten. In den Behandlungsabläufen und in ihrer personellen, sachlichen und räumlichen Ausgestaltung muss auch dort die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen oberste Priorität haben, gefolgt von ihrer möglichst schonenden, minimal invasiven und minimal traumatisierenden Durchführung, wenn sie sich als nicht vermeidbar erweisen. Von herausragender Bedeutung für eine gute klinische Praxis im Umgang mit Zwangsmaßnahmen und -behandlungen ist das „therapeutische Milieu“, insbesondere Anzahl und Ausbildung des Personals im Umgang mit Krisen sowie dessen Disposition, Haltungen und Bewältigungsmuster im Umgang mit Gewalt und Aggression. Ungünstige Umgebungsfaktoren durch Überstimulierung, Lärm, wenig Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten, rigide Stationsregeln, den ständigen Wechsel von Bezugspersonen sowie Entwertungen durch einen als autoritär, überfordernd oder gleichgültig empfundenen Umgangsstil können hoch belastete Patientinnen und Patienten in Stress, Angst, Spannung oder Orientierungslosigkeit versetzen. Dadurch werden aggressive Entäußerungen begünstigt. Regelmäßige Einschätzungen von Risikoverhalten und Risikosituationen, gezielte und standardisierte verbale und nonverbale Deeskalationstechniken durch die Zurverfügungstellung von Raum, Zeit, Gesprächen, Bewegungsmöglichkeiten, durch körperliche Entspannung etc. schaffen Möglichkeiten des Aggressionsabbaus und sind auch in der Praxis bewährte Maßnahmen.

Nur eine sorgfältige Analyse des Kontextes gesetzter Zwangsmaßnahmen ermöglicht es, die Möglichkeiten und Grenzen einer Gewaltreduzierung zu erkennen. Eine Vergleichbarkeit der Zwangseinweisungen bzw. Zwangseingriffe ist im nationalen Bereich derzeit mangels entsprechender Daten und Forschung nicht möglich. Die Einführung eines Benchmarkings für Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken würde aus der Sicht des NPM auch die Transparenz in diesem Bereich erheblich verbessern und wäre von großer Bedeutung sowohl im klinischen Qualitätsmanagement als auch hinsichtlich der Wahrung der Menschenwürde und der Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten. Der NPM hat deshalb im Einklang mit ständigen Empfehlungen des CPT wiederholt nachdrücklich darauf hingewiesen, dass ein anonymisiertes zentrales Register zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen Voraussetzung einer effektiven und systematischen Präventionsstrategie zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist. Nur so werden Routinen im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen auch klinikbezogen besser messbar und vergleichbar.

Zentrale Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen

Die Kommissionen mussten im Berichtsjahr 2016 neuerlich feststellen, dass zentrale Register in den Krankenanstalten nach wie vor nicht flächendeckend eingerichtet wurden. Angesichts dieses Stillstandes trotz der bisherigen Bemühungen hält es der NPM für erforderlich, dass die Krankenanstalten durch eine legislative Änderung zur Einrichtung entsprechender Register in angemessener Frist verpflichtet werden. Die VA wird daher nochmals das BMGF

mit dieser Thematik konfrontieren und die Notwendigkeit einer gesetzlichen Änderung aufzeigen.

Diskurs über
Zwangmaßnahmen
mit Betroffenen

Ein weiterer wesentlicher Aspekt für eine erfolgreiche Behandlung psychisch Kranker besteht in der Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Diese erfordert eine aktive Auseinandersetzung mit den Betroffenen und deren Aufklärung und Einbindung in die Entscheidungsprozesse, da auf diese Weise die Behandlungsbereitschaft erhöht, die Selbstverantwortung und die soziale Kompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert und die poststationäre Resozialisierung erleichtert wird. Aus fachlicher und aus menschenrechtlicher Perspektive müsste der Bearbeitung und Nachbesprechung von Erfahrungen mit schwerwiegenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (z.B. Fixierungen, Einzelraumbeschränkungen, Medikationen) im Team, aber vor allem auch mit den unmittelbar betroffenen Patientinnen und Patienten mehr Augenmerk geschenkt und diese als Standard in allen österreichischen Kliniken etabliert werden.

Derzeit sind Nachbesprechungen nicht durchgehend üblich bzw. gibt es in den Krankengeschichten keine Hinweise, dass diese geführt wurden. Der NPM ist nach zahlreichen Gesprächen mit Psychatriebetroffenen, die sich Kommissionen anvertrauten und die mangelnde Gesprächsbereitschaft nach traumatisierenden Erfahrungen ausdrücklich beklagten, der Überzeugung, dass die Notwendigkeit des Erklärens, Begründens und Vertretens von Zwangsmaßnahmen sowie die Konfrontation mit diesbezüglichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten unerlässlich sind. Solche Gespräche auf Augenhöhe zu führen und sich mit Erfahrungen psychisch Kranker respektvoll auseinanderzusetzen, stützt nicht nur den Selbstwert der Patientinnen und Patienten und deren Compliance zur Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsangebote, sondern ermöglicht es auch, organisationsinterne Abläufe und Herangehensweisen zu hinterfragen.

Sexuelle Grenzüber-
schreitungen durch
Spitalpersonal

Die VA hat bereits im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 55 f.) die Problematik sexueller Grenzüberschreitungen gegenüber Patientinnen durch das Personal thematisiert. Der MRB hat auf Anregung der VA eine Arbeitsgruppe unter der Leitung eines Vertreters des BMGF zu diesem Thema eingesetzt.

Der MRB regt an, dass Patientinnen und Patienten bereits bei Aufnahme in eine Krankenanstalt Informationsmaterial über Ansprechpersonen (Ombudsstellen, Opferschutzgruppen, Patientenanwaltschaft etc.) erhalten sollten. Bei krankenanstalteninternen Vorfällen sollten die Patientenanwaltschaft nach dem UbG bzw. die Patientenanwaltschaften der Länder durch die Opferschutzgruppen beigezogen werden, um eine objektive Aufarbeitung von Vorfällen sicherzustellen. Im Arbeitsalltag sollte durch die Herausgabe eines Leitfadens und durch Veranstaltungen (z.B. Workshops) das Personal für die Problematik sensibilisiert werden. Ergänzend hierzu sollte das vorhandene Supervisionsangebot genutzt und ein regelmäßiger Meinungsaustausch angeboten werden,

da ein nicht tabuisierender Umgang mit dem Thema „Sexualität“ für die Gesundheitsberufe allgemein wichtig ist.

Eine zentrale Maßnahme ist die Schulung bzw. Fortbildung der Angehörigen von Gesundheitsberufen zur Bewusstseinsbildung im Zusammenhang mit „Kultur/Tradition/Nähe/Distanz“. Die Fortbildungen sollen die richtige Balance zwischen Nähe und Distanz sowie die Grenzen in der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten zum Inhalt haben, die gerade im Umgang mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten immer wieder zum Thema werden. Weiters ist es notwendig, in Schulungen bzw. Fortbildungen den Begriff „geschlechtliche Handlung“ zu definieren und dabei auf die Abgrenzung zwischen strafrechtlich relevanten und strafrechtlich nicht relevanten Grenzverletzungen hinzuweisen.

Auf legislativer Ebene sollte in die Ausbildungsregelungen für alle Gesundheitsberufe eine Bestimmung nach dem Vorbild des § 4 der ÄAO 2015 aufgenommen werden, wonach im Rahmen der Ausbildung eine geistige Grundhaltung der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, einer Behinderung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit vermittelt werden. Insbesondere hat eine Sensibilisierung für Besonderheiten jener Patientinnen und Patienten zu erfolgen, die Betroffene von Menschenhandel bzw. psychischer oder physischer Gewalt sind, vor allem Kinder, Frauen oder Menschen mit Behinderung.

Das BMGF hat im Juli 2014, der Empfehlung des NPM folgend, die Verwendung von psychiatrischen Intensivbetten (Netzbetten) sowie anderen „käftig-ähnlichen Betten“ per Erlass für unzulässig erklärt. Den Krankenanstalten und Heimträgern wurde eine einjährige Übergangsfrist bis 1. Juli 2015 eingeräumt, die von den verantwortlichen Rechtsträgern eingehalten wurde (vgl. hierzu PB 2014 und PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 45 f. bzw. S. 51 f.).

Die 3. psychiatrische Abteilung des Otto-Wagner-Spitals hat in einem Pilotprojekt bereits ab Oktober 2014 auf den Einsatz von Netzbetten verzichtet und über sechs Monate hinweg alle Aufnahmen, bei denen eine Beschränkungsmaßnahme in der Aufnahmesituation angeordnet wurde, begleitend evaluiert. Erste Ergebnisse zeigen, dass es mit Abschaffung der psychiatrischen Intensivbetten zwar zu einem relativen Anstieg der Anwendung der 4-Punkt-Fixierungen in der Aufnahmesituation kommt, jedoch ist die Zeit, die Patientinnen und Patienten in der Fixierung verbringen, deutlich kürzer als die Zeit der Anhaltung in den zuvor eingesetzten Netzbetten. Zusätzlich zeigt sich ein Trend zur Abnahme der Beschränkungsdauer in der 4-Punkt-Fixierung. Diese erste Studie zur Evaluierung der Abschaffung der psychiatrischen Intensivbetten in Österreich lässt zwar auch aufgrund der geringen Fallzahl noch keine

Auswirkungen der Abschaffung von Netzbetten evaluiert

verallgemeinernde Schlussfolgerung zu, doch ermöglicht sie einen ersten Einblick in Entwicklungen, die mit der Abschaffung der Netzbetten einhergingen.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Wahrnehmungen der Kommission 4. Diese zeigte aber ergänzend auf, dass durch die Erhöhung von Personalressourcen, die zur präventiven Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch eine 1:1-Betreuung ermöglichen sollten, auch die Häufigkeit von 4-Punkt-Fixierungen reduziert werden könnte. Erfreulich ist, dass die meisten der von der Kommission befragten Ärztinnen und Ärzte, aber auch viele Pflegekräfte der Abschaffung der Netzbetten inzwischen zustimmen und den Verzicht auf dieses Sicherungsmittel befürworten.

- ▶ *Das Videodolmetsch-Angebot sollte in den Spitälern ausgebaut werden, um der interkulturellen Betreuung von Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen.*
- ▶ *Die Einrichtung von zentralen Registern zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen in psychiatrischen Krankenanstalten sollte per Gesetz verpflichtend vorgeschrieben werden.*
- ▶ *In der Ausbildung aller Gesundheitsberufe hat eine stärkere Sensibilisierung in Bezug auf Betroffene von Menschenhandel bzw. psychischer oder physischer Gewalt (Kinder, Frauen oder Menschen mit Behinderung) zu erfolgen. Dies ist auch gesetzlich zu verankern.*
- ▶ *Sexualisierten Grenzüberschreitungen muss durch Weiter- und Fortbildungen des Personals zu Themen „Kultur/Tradition/Nähe/Distanz“ begegnet werden. Bereits bei Spitalsaufnahme sollten Patientinnen und Patienten Informationen über mögliche Ansprechstellen erhalten. Niederschwellige Beratungsangebote sollten ausgebaut werden.*
- ▶ *Die Nachbesprechung von Erfahrungen mit schwerwiegenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Team und vor allem auch mit betroffenen Patientinnen und Patienten muss als Standard in allen psychiatrischen Kliniken etabliert werden.*

Einzelfall: VA-BD-GU/0067-A/1/2016

3.2.2 Unzureichendes Versorgungsangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Planungsziele erheblich unterschritten

Im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, der vom BMGF im Jänner 2016 veröffentlicht wurde, wird festgestellt, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ausgehend von rund 165.000 behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen in Österreich – strukturelle Defizite im Versorgungsangebot bestehen.

So ist nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 in der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ein Richtwert von 0,08 bis 0,13 Betten pro 1.000 Einwohner sowie ein quantitativer Richtwert für sogenannte „ambulante KJP-Einheiten“ (eine ambulante Kinder- und jugendpsychiatrische Einheit pro 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner) festgelegt. Umgelegt auf den aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich aus diesem Bettenrichtwert für die Kinder- und Jugendpsychiatrie bundesweit ein Bedarf von 670 bis 1.089 Behandlungsbetten. Derzeit sind es rund 370. Zudem sind – bis

auf Ktn – alle Bundesländer weit davon entfernt, das Sollintervall bis 2020 zu erfüllen.

Die sich daraus ergebenden Versorgungsdefizite wurden vom NPM im Berichtsjahr exemplarisch in den Bundesländern Stmk und Wien beleuchtet und von der VA bereits in den Länderberichten an den Wiener Landtag und den Stmk Landtag thematisiert.

Aus dem Regionalen Strukturplan Gesundheit Stmk 2011 ist ersichtlich, dass selbst die Vorgaben für das Jahr 2020 mit 74 kinder- und jugendpsychiatrischen Betten bzw. Tagesklinikplätzen deutlich unter den Vorgaben des ÖSG 2012 bezogen auf die Stmk Gesamteinwohnerzahl (2016: 1,231.865) liegen.

Versorgungsdefizite in der Stmk

2016 standen in der Stmk lediglich 33 vollstationäre KJP-Betten und 14 KJP-Tagesklinikplätze zur Verfügung. Zusätzlich gab es jeweils 12 Betten am LKH-Universitätsklinikum Graz und am LKH Hochsteiermark/Standort Leoben zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Da in diesen psychosomatischen Stationen eine weitere Behandlung bei Auftreten einer akuten schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung und einer dadurch erforderlichen zwangsweisen Unterbringung unter Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nicht möglich ist, müssen betroffene minderjährige Patientinnen und Patienten in akuten Krisen auch von Leoben in das LKH Graz Süd-West/Standort Süd überstellt werden. Die Stmk ist mit der aktuellen Bettenmessziffer 0,04 Schlusslicht in Österreich, wie auch die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer Aussendung im April 2016 festhielt.

Diese unzureichende Versorgungssituation führt zu einer extremen Belastung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung im LKH Graz Süd-West/Standort Süd. Die Bettenanfragen und Überweisungen aus allen Landesteilen ziehen einerseits einen Bettenmangel und andererseits Wartezeiten bzw. verkürzte Aufenthalte bei einer häufigen Überbelegung von 110 bis 115 % nach sich. Bei anhaltend sehr hoher Stressbelastung des Personals leidet darunter die Behandlung der Patientinnen und Patienten. Es kommt auch immer wieder zu Unterbringungen von Jugendlichen auf Erwachsenenstationen.

Diese an sich schon eklatante Unterversorgung wird dadurch verschärft, dass es in der Stmk keine KJP-Vertragsfachärztinnen und -fachärzte gibt. Ein ambulantes Leistungsangebot für Minderjährige ohne Selbstbehalt besteht lediglich in den Tageskliniken im LKH Graz Süd-West/Standort Süd und am LKH Hochsteiermark/Standort Leoben. Dadurch können für Jugendliche massive Nachteile entstehen, weil sie nicht rasch fachkompetent behandelt werden können und erst bei Auftreten einer gravierenden psychischen Erkrankung stationär aufgenommen werden. Gerade die Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist aber von besonderer Bedeutung, um eine weitere Verschlechterung und Chronifizierung seelischer Erkrankungen möglichst zu vermeiden.

Der Einsatz von Psychopharmaka ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Tagesordnung, obwohl viele dieser Medikamente nicht für Minderjährige zugelassen wurden und es daher auch keine standardisierten produktbegleitenden Risikoinformationen der Hersteller gibt. Der Grundsatz „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und Jugendliche keine großen Kinder“ gilt ohne Einschränkung; sowohl für das Verständnis von alters- und entwicklungstypischen psychopathologischen Symptomen als auch beim Einsatz von Psychopharmaka müssen deshalb Besonderheiten des kindlichen und jugendlichen Organismus Beachtung finden. Im Bereich des „Off-Label-Use“ von Psychopharmaka ergeben sich daher ärztlicherseits sowohl bei der Informationsbeschaffung vor medikamentösen Therapien als auch hinsichtlich der Aufklärung erhöhte Anforderungen. Auf KJP-Stationen wird in Form von Off-Label-Formularen im Einzelfall über mögliche Risiken und Nebenwirkungen, therapeutische Alternativen, Risiken der Darreichungsform und über die Tatsache, dass es sich um ein in dieser Indikation nicht zugelassenes Medikament handelt, aufgeklärt und die schriftliche Einwilligung der behandelten Person bzw. deren Erziehungsberechtigten eingeholt. Das Fehlen einschlägiger fachlicher KJP-Expertise auf anderen Stationen führt nach Wahrnehmungen der Kommissionen hingegen dazu, dass dort keine Off-Label-Formulare aufliegen und Psychopharmaka, die für Minderjährige nicht zugelassen sind, ohne spezielle fachliche Erläuterung oder Dokumentation bzw. ohne ausdrückliche Einwilligung auch zum Off-Label-Use verschrieben werden.

Im Interesse der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ist daher eine möglichst rasche Erhöhung der Bettenkapazität geboten. Im Wege einer Regionalisierung sollten die ambulanten und tagesklinischen Strukturen gestärkt werden.

Aufgrund der Bemühungen des NPM konnte vorerst zumindest die Zusage erreicht werden, dass am Universitätsklinikum Graz erstmals ein Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet werden soll. Es ist allerdings noch offen, in welchem Ausmaß Ressourcen der zugeordneten klinischen Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

Weiters erwägt die KAGES, im Rahmen einer Neuorganisation die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung stärker dezentral, primär im tagesklinisch-ambulanten bzw. extramuralen Bereich auszubauen. Ergänzend ist beabsichtigt, eine – wenn auch geringfügige – Erhöhung der stationären Betten zentral im LKH Graz Süd-West/Standort Süd umzusetzen.

Aus Sicht des NPM sollten Vertragsfachärztinnen und -fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in diese Versorgungsstruktur integriert werden, um im Interesse der Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen und eine Entstigmatisierung der psychiatrischen Behandlung für Kinder- und Jugendliche zu fördern. In diesem Sinne sollte ein dezentrales stationäres Bettenangebot geschaffen werden, das beispielsweise im LKH Hochsteiermark/Standort Leoben in Ergänzung zum bereits vorhandenen ta-

gesklinischen Angebot angesiedelt werden könnte, um eine regionale Vollversorgung sicherzustellen und Transferierungen zur stationären Unterbringung im LKH Graz Süd-West/Standort Süd zu vermeiden.

In Wien würde sich unter Bedachtnahme auf die Vorgaben im ÖSG 2012 eine erforderliche Kapazität von 128 bis 208 stationären Betten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben.

Unzureichende Kapazitäten auch in Wien

Es wird aber selbst die im Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgegebene Kapazität von 106 stationären Betten bei Weitem nicht erfüllt. So verfügen die KJP am Neurologischen Rehabilitationszentrum Rosenhügel und das AKH Wien im Jahr 2016 lediglich über insgesamt 56 Betten.

Deshalb sollte die vorerst beabsichtigte Kapazitätsausweitung der KJP-Abteilung am Neurologischen Zentrum Rosenhügel rasch umgesetzt werden, weil mit einem weiteren Versorgungsangebot im KH Nord frühestens im Jahr 2018 zu rechnen ist.

Die geringe Versorgungsdichte führte dazu, dass im Jahr 2015 rund 191 Kinder und Jugendliche in Wien auf der stationären Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen werden mussten. Diese Aufnahmen stiegen tendenziell. Auf der Wiener Erwachsenenpsychiatrie mussten daher täglich im Durchschnitt zwei Minderjährige im Alter zwischen 12 und 17 Jahren behandelt werden.

Wie die Wahrnehmungen der Kommissionen zeigen, ist allerdings die Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ein generelles Problem, weil die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Betreuung in Akutfällen auch mangels ausreichender Unterbringungskapazitäten überfordert sind. Die Konfrontation mit psychisch erkrankten Erwachsenen ist für Minderjährige massiv belastend, weil in diesem Umfeld nicht adäquat auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden kann. Auf der Erwachsenenpsychiatrie fehlen eine altersadäquate Betreuung, ein pädagogisches Angebot und das Zusammensein in einer Gruppe Gleichaltriger.

Betreuung auf der Erwachsenenpsychiatrie

In der Rechtsprechung wird deshalb das Trennungsgebot für Jugendliche in psychiatrischen Krankenanstalten betont. Auch das CPT hat in seinem letzten Bericht an die Bundesregierung über seinen Besuch in Österreich im Herbst 2014 nachdrücklich festgestellt, dass die Unterbringung von jugendlichen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gemeinsam mit Erwachsenen in psychiatrischen Anstalten zu vermeiden ist und dies aufgrund präventiver menschenrechtlicher und fachlicher Standards geboten ist.

Diese zwingende Betreuung auf einer Spezialstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie lässt sich aus der UN-KRK, dem BVG Kinderrechte sowie der Patientencharta ableiten, weil die Erwachsenenpsychiatrie weder über die notwendigen Ressourcen noch über speziell geschultes Personal für die Betreuung psychisch kranker Minderjähriger verfügt.

Auch unter diesem Aspekt sind strukturelle Verbesserungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend erforderlich.

Erhöhung der Ausbildungsplätze dringend erforderlich

Die Bemühungen im Bereich der Ausbildung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind deutlich zu intensivieren, um dem steigenden Bedarf im Zuge der notwendigen Erweiterung des Behandlungsangebots im ambulanten und stationären Bereich gerecht werden zu können. Zwar wurden zuletzt in § 37 ÄAO 2015 die Ausbildungsregeln in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach weiter gelockert. Das Ziel der Mangelfachverordnung kann aber nur erreicht werden, wenn alle Ausbildungsberechtigungen und Plätze tatsächlich besetzt und finanziert werden.

- ▶ *Die Bettenkapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind rasch zu erweitern, um eine adäquate Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen.*
- ▶ *Eine Stärkung der ambulanten und tagesklinischen Strukturen sowie die Schaffung von Kassenvertragsfacharztstellen sind dringend erforderlich.*
- ▶ *Der notwendigen Steigerung des Leistungsangebotes ist durch eine Erhöhung und zeitnahe Besetzung offener Ausbildungsplätze im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung zu tragen.*

Einzelfälle: VA-ST-GES/003-A/1/2016, VA-BD-GU/0033-A/1/2016

3.2.3 Fragwürdiger Einsatz von Sicherheitsdiensten

Pflegemaßnahmen durch Sicherheitsdienst unzulässig

Der MRB hat bereits im April 2014 festgestellt, dass nur medizinisch und pflegerisch geschultes Personal zu Pflegemaßnahmen hinzugezogen werden darf. Dies ergibt sich aus dem Berufsrecht der Gesundheitsberufe und insbesondere aus dem Recht der Patientinnen und Patienten auf respektvolle und rücksichtsvolle Behandlung und Pflege.

Der OGH hat in einer Grundsatzentscheidung im September 2014 diese Auffassung bestätigt und ausgeführt, dass das der Anlegung einer Vier-Punkt-Fixierung vorangehende Festhalten bereits zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege gehört und damit dem Pflegepersonal vorbehalten ist. Damit sind Sicherheitsdienste – auch auf Anordnung des anwesenden Pflegepersonals – weder befugt noch berechtigt, an Fixierungen mitzuwirken.

In einer weiteren Entscheidung hat der OGH erkannt, dass auch körpernahe Tätigkeiten – wie das Festhalten, um jemanden am Verlassen der Station zu hindern – nicht durch das Security-Personal erfolgen dürfen.

Die Einbeziehung und Mitwirkung eines Sicherheitsdienstes an Pflegehandlungen ist daher unzulässig und hat jedenfalls zu unterbleiben. Der Begriff Pflegehandlung ist dabei weit auszulegen, was sich daran zeigt, dass nach der Rechtsprechung des OGH schon das Festhalten einer Patientin bzw. eines Patienten rechtlich nicht zulässig ist.

Die Kommissionen der VA mussten allerdings feststellen, dass Sicherheitsdienste nach wie vor im Grenzbereich zur Pflege eingesetzt werden.

In Krankenanstalten in NÖ werden nach Wahrnehmungen der Kommission 5 Mitarbeiter der Betriebsfeuerwehr im Falle einer eskalierenden Situation regelmäßig beigezogen, etwa bei einer Selbst- und Fremdgefährdung durch Patientinnen oder Patienten oder bei Gefahrensituationen für Patientinnen und Patienten oder das Personal. Im Falle eines Deeskalationsalarms wird eine Alarmierungsgruppe verständigt, der Mitglieder des Feuerwehrdienstes angehören.

Betriebsfeuerwehr als Sicherheitsdienst

Das Pflegepersonal umschrieb den Einsatz der Betriebsfeuerwehr als Security gegenüber der Kommission 5 mit den Worten „hilft mit“ oder „greift nur Gliedmaßen an, aber fixiert nicht die Gurte“. Diese Aussagen legen den Schluss nahe, dass Mitarbeiter der Betriebsfeuerwehr auch an pflegerischen Handlungen teilnehmen können, für die eine gesetzliche Grundlage fehlt.

Einer Stellenbeschreibung für die Betriebsfeuerwehr war zu entnehmen, dass als besondere Herausforderung „die Mithilfe bei Fixierungen von Patientinnen und Patienten bei Auslösung des Deeskalationsalarms als Mitglied des Deeskalationsteams“ ausdrücklich genannt wird. Die Betriebsfeuerwehr im LKH Mistelbach macht im Nachtdienst regelmäßig Kontrollgänge im ganzen Haus.

Im LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, werden die Security-Mitarbeiter bei bestehender Fluchtgefahr eingesetzt. Der Sicherheitsdienst wird regelmäßig mit dem Transfer von Patientinnen und Patienten aus der Ambulanz in den geschlossenen Bereich befasst. Auch ein Transfer vom geschlossenen Bereich der Psychiatrie Innsbruck in den geschlossenen Bereich des KH Kufstein wurde in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Sicherheitsdienstes durchgeführt. Ein elfjähriger Patient wurde trotz Anwesenheit seiner Mutter durch einen Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes von der Aufnahme in den geschlossenen Bereich begleitet.

Weitreichende Aufgaben der Security im LKH Innsbruck

In diesem Zusammenhang hat das LG Innsbruck bereits in zwei Fällen (Anlegen einer Fußmanschette und Zurückbringen eines entflohenen Patienten) entschieden, dass die Heranziehung von Mitarbeitern des Sicherheitsdienstes nicht zulässig war. In einem Fall wurde ein fixierter Patient während eines Transfers von Mitarbeitern des Sicherheitsdienstes festgehalten, als er versuchte sich zu „befreien“.

Die Praxis in NÖ Krankenanstalten und im LKH Innsbruck führt zwangsläufig dazu, dass unqualifiziertes Personal in den pflegerischen Prozess einbezogen wird und dessen Teilnahme an Fixierungen, sei es auch nur bei den vorbereitenden Maßnahmen, de facto nicht zu vermeiden ist. Der NPM empfiehlt mit Nachdruck, dass in Richtlinien die Tätigkeit von Sicherheitsdiensten in Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf die hierfür maßgebliche Rechts-

lage klar definiert wird und unzulässige Tätigkeiten unmissverständlich beschrieben werden.

Der Einsatz von Sicherheitsdiensten in psychiatrischen Abteilungen ist generell kritisch zu hinterfragen. Es gibt Kliniken, wie beispielsweise das LKH Rankweil, die für einen Sicherheitsdienst weder einen Bedarf noch eine Notwendigkeit sehen.

Der Einsatz von Sicherheitsdiensten könnte auch dadurch reduziert werden, dass speziell geschulte hausinterne Kriseneinsatzteams installiert werden.

- ▶ *Der Einsatz eines Sicherheitsdienstes im Grenzbereich zur Pflege ist generell zu vermeiden.*
- ▶ *Das Einsatzgebiet des Sicherheitsdienstes in Krankenanstalten ist in Leitlinien klar zu regeln. Unzulässige Handlungen sind klar zu definieren.*
- ▶ *Es sollte nach Alternativen zum Einsatz eines Sicherheitsdienstes gesucht werden, um auf dessen Einsatz verzichten zu können.*

Einzelfälle: VA-BD-GU/0008-A/1/2016, BD-GU/0044-A/1/2016

3.2.4 Unverzügliche Meldung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Eingriffen in Persönlichkeitsrechte

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind vom behandelnden Arzt jeweils besonders anzuordnen, in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu dokumentieren und unverzüglich zu melden. Ebenso sind Unterbringungen unverzüglich der Patientenanwaltschaft bzw. dem zuständigen Gericht zu melden.

Meldungen auch an
Feiertagen und Wo-
chenenden erforderlich

Der OGH stellte fest, dass diese Meldungen jedenfalls unverzüglich, also ohne jeglichen Aufschub, zu erstatten sind, unabhängig davon, ob etwa im Einzelfall aufgrund von Feiertagen ohnehin mit Verzögerungen im Verfahrensablauf zu rechnen ist.

Für den Zeitpunkt einer Meldung ist es daher unbeachtlich, ob der jeweilige Meldungsempfänger (Gericht oder Patientenanwaltschaft) von einer Meldung sofort Kenntnis erlangt. Vielmehr sind die Meldungen aus formellen Gründen so vorzunehmen, dass der rechtzeitige Meldezeitpunkt nachvollzogen werden kann. Hierfür reicht es allerdings nicht, die Meldung in ein Postfach einzulegen. Eine Bestätigung der Meldung (z.B. Faxbestätigung) ist jedenfalls erforderlich.

Die Kommission 1 musste feststellen, dass die Praxis im LKH Innsbruck und im LKH Rankweil diesen gesetzlichen Vorgaben widerspricht. Beispielsweise erfolgten Meldungen nicht am Wochenende, sondern erst am nächsten Werktag.

Die Rechtsträger der vom NPM kontaktierten Krankenanstalten haben sich mittlerweile bereit erklärt, durch organisatorische Maßnahmen die im UbG

verpflichtend vorgesehene unverzügliche Meldung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sicherzustellen.

Die Kommission 4 hat bei einem Besuch der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien festgestellt, dass in den Monaten September und Oktober 2016 bei mehr als 60 % der untergebrachten Patientinnen und Patienten ein Entzug der Privatkleidung für zwei bis zehn Tage erfolgte. Die Minderjährigen durften während dieser Phase ausschließlich einen vorne mit Knöpfen versehenen Krankenhauspyjama aus dünner Baumwolle tragen. Lediglich eine Unterhose war zusätzlich erlaubt, während das Tragen eines T-Shirts oder Büstenhalters zum Leidwesen betroffener Mädchen untersagt wurde. Die Kommission erblickte darin eine unzulässige Beschränkung von Persönlichkeitsrechten und einen Verstoß gegen die UN-KRK. Das Recht auf Tragen von Privatkleidung darf gemäß § 34a UbG nur dann beschränkt werden, wenn dies zur Abwehr einer Gefahr im Sinn des § 3 Z 1 oder zum Schutz der Rechte anderer Personen in der psychiatrischen Abteilung unerlässlich ist und zum Zweck der Maßnahme nicht außer Verhältnis steht. Eine entsprechende Meldeverpflichtung ist zwar in § 34a UbG nicht ausdrücklich vorgesehen, doch kann diese nach Lehrmeinungen direkt aus dem allgemeinen Schutzauftrag des § 1 Abs. 1 UbG abgeleitet werden, weil andernfalls die Patienten-anwaltschaft ihre dem Persönlichkeitsschutz dienenden Antragsrechte gar nicht ausüben könnte.

- ▶ *Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind unverzüglich, also auch an Feiertagen und Wochenenden zu erstatten und zu bestätigen.*
- ▶ *Das Verbot des Tragens von Privatkleidung stellt einen Eingriff in Persönlichkeitsrechte dar und ist daher unverzüglich an die Patientenvertretung zu melden.*

Einzelfälle: VA-BD-GU/0044-A/1/2016, BD-GU/0087-A/1/2016, BD-GU/0007-A/1/2017

3.2.5 Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind nur zulässig, wenn sie der Abwendung einer Gefahr, also der Abwendung einer ernstlichen und erheblichen Gefährdung des eigenen oder fremden Lebens oder der eigenen oder fremden Gesundheit, bzw. der ärztlichen Behandlung oder Betreuung dienen und nicht unverhältnismäßig sind. Eine freiheitsbeschränkende Maßnahme kann daher nicht mit organisatorischen, personellen oder betriebswirtschaftlichen Gründen gerechtfertigt werden.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen als letztes Mittel

Nach den CPT-Standards ist bei einer Fixierung jedenfalls darauf zu achten, dass diese von den Betroffenen nicht als erniedrigend empfunden wird bzw. dieses Gefühl nicht durch die Art, wie die Fixierung vorgenommen wurde, verstärkt wird.

Die Einhaltung dieser menschenrechtlichen Standards ist in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen nach wie vor nicht immer sichergestellt.

Fixierungen in
Gangbetten

So musste die Kommission 1 beispielsweise in einer psychiatrischen Abteilung des LKH Hall feststellen, dass Fixierungen nicht in einem geeigneten Umfeld, sondern am Gang des geschlossenen Bereiches stattfanden. Die Unterbringung von Patientinnen und Patienten in Gangbetten ist aus menschenrechtlicher Sicht nicht akzeptabel, da die Privat- und Intimsphäre der Betroffenen nicht gewahrt werden kann.

Andere Patientinnen und Patienten können durch das Miterleben von Zwangsmaßnahmen geängstigt und traumatisiert werden.

Ein-Punkt-Fixierung
lebensgefährlich

Weiters wies die Kommission 1 nachdrücklich darauf hin, dass die ausschließliche Verwendung eines Bauchgurtes (Ein-Punkt-Fixierung) jedenfalls abzulehnen ist, weil die Gefahr einer Strangulation besteht. Darauf weist auch der Fixierungshersteller hin, der die Vornahme einer Fünf-Punkt-Fixierung generell empfiehlt.

Die Tirolkliniken haben als Rechtsträger des LKH Hall als Reaktion auf diese Kritik eingeräumt, dass die betroffene psychiatrische Station im Hinblick auf die Raumteilung und deren Funktionalität nicht mehr modernen Anforderungen entspricht, weil die Station zuletzt vor rund 20 Jahren saniert wurde. Deshalb ist auch die sanitäre Ausstattung der Station nicht mehr zeitgemäß.

Es soll daher ein konkretes Konzept erstellt werden, um im Rahmen einer baulichen Neugestaltung die Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gangbetten zu vermeiden. Weiters wurde eingeräumt, dass Fixierungen mittels Bauchgurt zu unterbleiben haben und grundsätzlich auf der Abteilung untersagt sind. Die durchgeführten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen auch statistisch ausgewertet und evaluiert werden, um insbesondere die Betreuungssituation zu verbessern.

- ▶ *Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind in einem geeigneten Umfeld durchzuführen und dürfen keinesfalls am Gang oder im Sichtbereich von Mitpatientinnen und -patienten vorgenommen werden.*
- ▶ *Ein-Punkt-Fixierungen sind aufgrund der bestehenden Strangulationsgefahr zu unterlassen.*

Einzelfall: VA-BD-GU/0057-A/1/2016

3.2.6 Unzumutbare Überstellungstransporte von unterbringungsbedürftigen Kranken

Eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung erfordert wohnortnahe und damit dezentral verfügbare Einrichtungen und Dienste. Diese müssen die Versorgungsverantwortung für eine Region übernehmen und sicherstellen, dass das gesamte psychiatrische Versorgungsspektrum in erreichbarer Nähe zur Verfügung steht. Die Versorgung muss daher die Krisenintervention und Akut-

behandlung, die reintegrative Behandlung und Betreuung sowie die Langzeitbetreuung und -pflege umfassen.

Wenn Planungen unterbleiben und die angemessene Finanzierung der psychiatrischen Versorgung nicht sichergestellt wird, können normative Forderungen an eine die Menschenwürde wahrende Behandlung nicht umgesetzt werden. Nicht bedarfsentsprechende Ressourcen belasten in Ktn vor allem Psychiatriepatientinnen und -patienten, aber ebenso die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal im LKH Villach und Klagenfurt. Das Land Ktn hat aktuell weder einen Psychiatrieplan noch eine Psychiatriekoordinatorin bzw. einen Psychiatriekoordinator; Planungsvorgaben aus Vorperioden wurden nie umgesetzt.

Die VA hat bereits im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 62 f.) aufgrund von Wahrnehmungen der Kommission 3 gravierende Defizite in der psychiatrischen Versorgung in Kärnten aufgezeigt. So verfügt das LKH Villach mit 53 Betten nicht über die erforderlichen Ressourcen, um im Versorgungsgebiet der Oberkärntner Bezirke die Behandlung von unterbringungsbedürftigen Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können. Dazu kommt, dass die räumlichen Bedingungen insuffizient sind: Auf der Station D gibt es Sechs-Bett-Zimmer, die Station E verfügt über Vier-Bett-Zimmer, was eine Reizabschirmung Schwerstkranker unmöglich macht und wenig Privatsphäre zulässt. Trotz fallweise leer stehender Zimmer für Klassepatientinnen und -patienten finden Fixierungen – wiewohl menschenrechtlich unzulässig – zwangsläufig auch in Gangbetten statt.

Keine ausreichenden Unterbringungs-kapazitäten im LKH Villach

Diese inadäquaten Rahmenbedingungen führen dazu, dass UbG-Patientinnen und Patienten zwar im LKH Villach untersucht, aber anschließend trotz akuter Behandlungsbedürftigkeit in die Abteilung für Psychiatrie des LKH Klagenfurt überstellt werden müssen. Wie die Kommission 3 erhob, wurden 2015 von 231 UbG-Patientinnen und -Patienten insgesamt 151 an das LKH Klagenfurt weiterverwiesen. Diese Transferierungen sind für die Betroffenen ausgesprochen belastend, gegenüber der Kommission 3 wurde nicht in Abrede gestellt, dass selbst- oder fremdgefährdete Patientinnen und Patienten mitunter in Handschellen von der Polizei eskortiert würden. Überstellungstransporte finden häufig ohne Begleitung von Ärztinnen und Ärzten bzw. psychiatrisch geschultem Pflegepersonal statt.

Das Land Ktn hat in Reaktion auf die Kritik des NPM schriftlich angekündigt, dass vor der bereits beschlossenen Komplettanierung des LKH Villach und des LKH Klagenfurt bis 2018 eine Übergangslösung mit einer erweiterten UbG-Station mit 16 Betten im LKH Villach realisiert würde. Die Umsetzung dieses Projekts erschien dem NPM umso dringlicher, als mit der Fertigstellung der Psychiatrieneu- bzw. -umbauten in Villach und Klagenfurt frühestens im Jahr 2020/2021 zu rechnen ist.

Die KABEG als Rechtsträger der Ktn Krankenanstalten stellte Ende November 2016 allerdings die Einrichtung eines erweiterten UbG-Bereichs im LKH Vil-

lach aus Kostengründen wieder infrage. Die VA wird daher gegenüber dem Land Ktn nochmals nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Realisierung einer erweiterten UbG-Station im LKH Villach zwingend erforderlich ist, um die auch aus menschenrechtlicher Sicht untragbare Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Stmk – Transferierungen Folge von Zentralisierung der Psychiatrie

Eine vergleichbare Problematik hinsichtlich der Transferierung von Patientinnen und Patienten besteht auch in der Stmk, weil die stationäre Psychiatrie in Graz zentralisiert ist. Aus menschenrechtlicher Sicht ist dies insofern bedenklich, als dadurch die Besuchsmöglichkeiten für die Familien stark eingeschränkt werden, was gerade für psychisch kranke Personen besonders belastend ist.

Bereits im Psychiatriebericht Stmk 2009 wird ausgeführt, dass durch die Dezentralisierung der stationären Psychiatrie eine wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden sollte. Die Regionalisierung des akut stationären psychiatrischen Bereichs sollte mit dem Auf- und Ausbau von Ambulanzen und Tageskliniken einhergehen, um eine sektorenübergreifende abgestimmte ambulante Versorgung anbieten und stationäre Aufenthalte – soweit sinnvoll und möglich – reduzieren zu können.

Bislang wurden allerdings nur psychiatrische Ambulanzen an den Krankenhausstandorten in Hartberg und Bruck an der Mur geschaffen, aber kein stationäres Leistungsangebot außerhalb von Graz, obwohl im Regionalen Strukturplan Gesundheit für die Stmk im Bereich des LKH Hochsteiermark entsprechend systematisierte Betten vorgesehen sind.

Die Problematik der derzeitigen zentralen stationären psychiatrischen Versorgung in der Stmk lässt sich am Beispiel der Zusammenarbeit des Klinikums Bad Aussee mit den Grazer Spitälern exemplarisch verdeutlichen:

Da in der Klinik Bad Aussee psychiatrische Akutbehandlungen nicht erfolgen dürfen, müssen Patientinnen und Patienten derzeit ohne Fachpersonal mit einem Krankentransport in das LKH Graz Süd-West/Standort Süd, transferiert werden. Schon aufgrund der Fahrtdauer von rund zwei Stunden sind diese Krankentransporte potenziell riskant und sollten im Interesse der Patientinnen und Patienten vermieden werden. So kommt es auch häufig zu nächtlichen Transporten unter polizeilicher Begleitung.

Die VA hat daher gegenüber dem Land Stmk betont, dass bei der beabsichtigten Neugestaltung des psychiatrischen Angebots in der Stmk im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten die Dezentralisierung und Regionalisierung vorangetrieben werden sollte.

- ▶ *Psychiatrische Versorgungsangebote müssen mit möglichst geringer Einschränkung für den Einzelnen an den jeweiligen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Es müssen genügend Versorgungsangebote, die diesen Kriterien entsprechen, zur Verfügung stehen und weiterentwickelt werden.*
- ▶ *Überstellungstransporte von unterbringungsbedürftigen Patientinnen und Patienten sind nach Möglichkeit zu vermeiden und müssen durch psychiatrisch geschultes Personal begleitet werden.*

Einzelfälle: VA-BD-GU/0137-A/1/2016, BD-GU/0043-A/1/2016

3.2.7 Zwangsweise Unterbringung ohne ärztliche Bescheinigung als Regelfall?

Das Unterbringungsrecht unterscheidet zwei Formen der zwangsweisen Unterbringung: den Normalfall mit ärztlicher Bescheinigung und den Notfall bei Gefahr im Verzug ohne Bescheinigung.

Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind daher grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen einer Unterbringung für gegeben erachten, zu einer Ärztin bzw. einem Arzt zu bringen oder eine Ärztin bzw. einen Arzt beizuziehen. Bescheinigt die Ärztin bzw. der Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, hat die Polizei die betroffene Person in eine psychiatrische Abteilung zu bringen oder dies zu veranlassen.

Lediglich bei Gefahr im Verzug können Polizistinnen und Polizisten die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung in eine psychiatrische Abteilung bringen. Faktisch kehrt sich aber der Ausnahmefall zum Regelfall um. Gerade im ländlichen Bereich ist festzustellen, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für Untersuchungen und Bescheinigungen nach dem UbG oft nicht zur Verfügung stehen. In manchen Regionen wird es auch zunehmend schwieriger, Planstellen zu besetzen bzw. Gemeinde-, Kreis-, Sprengel- und Distriktsärztinnen und -ärzte zu finden.

Ausnahme wird am Land zum Regelfall

Polizistinnen und Polizisten haben in Gesprächen mit Kommissionen deutlich gemacht, dass es für sie äußerst belastend ist, eigenverantwortlich entscheiden zu müssen, ob eine verhaltensauffällige Person an einer Erkrankung leidet, die wegen akuter und erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung die Verbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus rechtfertigt. Auch kommt es vor, dass es im Zuge einer zwangsweisen Überstellung zu einer Beruhigung der zuvor wahrgenommenen krisenhaften Zuspitzung kommt und Ärztinnen und Ärzte in der psychiatrischen Abteilung keinen Grund für eine Aufnahme erkennen. Das verursacht immer wieder Konflikte zwischen allen Beteiligten und stelle die Legitimität staatlichen Handelns in Frage.

Es wäre daher überlegenswert, beispielsweise auch Notärztinnen und Notärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie gesetzlich zur Ausstellung von Bescheinigungen nach dem UbG zu ermächtigen.

- *Der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die zur Bescheinigung einer notwendigen Unterbringung berechtigt sind, sollte erweitert werden, um die eigenständige Beurteilung durch die Sicherheitsorgane auf Ausnahmefälle zu beschränken.*

Einzelfall: VA-BD-I/1682-C/1/2016

3.2.8 Das unbekannte Istanbul-Protokoll

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

Zweck des Istanbul-Protokolls als international anerkanntes Instrument zur Wahrung der Menschenrechte ist daher die effektive Untersuchung eines jeden Verdachts oder Vorwurfs der Folter oder von Misshandlungen durch im öffentlichen Dienst beschäftigte Personen.

Dokumentation von
Misshandlungsspuren
durch ärztliches
Personal

Gerade Ärztinnen und Ärzten, die Folttervorwürfe untersuchen und Spuren von Folter dokumentieren, sollen praktische Hinweise gegeben werden, wie sie Folter- und Misshandlungsvorfällen effektiv nachgehen, diese dokumentieren und ordnungsgemäß sichern können. Die Gewährleistung einer raschen, unabhängigen Beweissicherung ist für ein weiteres Untersuchungsverfahren von zentraler Bedeutung. Demnach sind Misshandlungsspuren, die im Zusammenhang mit einem polizeilichen Einsatz stehen, durch ein Krankenhaus sorgsam und umgehend zu dokumentieren.

Das BMGF teilt die Ansicht der VA, wonach Krankenanstalten bzw. Ärztinnen und Ärzten eine entscheidende Rolle bei der Aufklärung von Polizeiübergriffen zukommt. Auf Empfehlung der VA hat das BMGF sämtliche Krankenanstaltsträger über die jeweils zuständige Landesregierung über das Istanbul-Protokoll informiert und darauf hingewiesen, dass für die Sicherstellung der Implementierung dieses Protokolls Sorge zu tragen ist (vgl. hierzu auch PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 57 f.).

Unkenntnis in der
Rudolfstiftung

Die Kommission 4 hat im Zuge eines Besuchs der Krankenanstalt Rudolfstiftung anlässlich eines konkreten Falls geprüft, ob diese Empfehlung beachtet wird. Die Patientin wurde aufgrund einer amtsärztlichen Einweisung in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses gebracht. Bereits bei der Aufnahme beschwerte sie sich über das Vorgehen der Polizei und gab an, dass sie starke Schmerzen an der rechten Schulter und ein großflächiges Hämatom habe.

Die Prüfung der Kommission 4 ergab, dass die Verhältnismäßigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen durch die Polizeibeamten (Körperkraft,

Fixierung mittels Fuß) zumindest fraglich war. Dem Personal war jedoch die Empfehlung des BMGF zur Anwendung des Istanbul-Protokolls in Krankenanstalten nicht bekannt, sodass eine Dokumentation der Verletzungsfolgen erst verspätet durchgeführt wurde.

Die Stadt Wien hat diesen Fall zum Anlass genommen, die nach dem Istanbul-Protokoll wahrzunehmende Dokumentierung in einer speziellen Richtlinie darzustellen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat dem NPM versichert, sich zusätzlich direkt an die politisch Verantwortlichen auf Landesebene (Gesundheits- bzw. Spitalsreferentinnen und -referenten) zu wenden, um die Bedeutung des Istanbul-Protokolls hervorzuheben.

- *Ärztinnen und Ärzten in Spitälern kommt gemäß dem Istanbul-Protokoll eine entscheidende Rolle bei der Aufklärung polizeilicher Übergriffe zu; sie sind daher entsprechend zu schulen, wie behauptete Verletzungsfolgen zu Beweis Zwecken dokumentiert werden müssen.*

Einzelfall: VA-BD-GU/114-A/1/2016

3.2.9 Überforderung bei Betreuung einer minderjährigen Patientin

Im Zuge eines Besuchs im Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling musste die Kommission 6 feststellen, dass eine minderjährige Patientin längere Zeit auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut wurde, weil keine geeignete Einrichtung zur externen Nachbetreuung gefunden werden konnte.

Die Patientin verbrachte seit ihrem 12. Lebensjahr aufgrund ihrer schweren psychischen Erkrankung mehr als drei Jahre in psychiatrischen Einrichtungen und war seit Dezember 2015 auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in Hinterbrühl untergebracht. Die Betreuung gestaltete sich sehr schwierig, weil ihr Verhalten durch viele Impulsdurchbrüche gekennzeichnet ist.

Das BG Mödling stellte über Antrag der Patientenanwaltschaft fest, dass die zahlreichen Fixierungen, die oftmals in den Abendstunden im Sinne eines Einschlafrituals durchgeführt wurden, unzulässig waren.

Unzulässige Fixierungen

In der Folge kam es zu einem weiteren tragischen Vorfall, bei dem ein Arzt der Patientin auf den Kopf gestiegen war, um sie am Verlassen eines Zimmers zu hindern. Das BG Mödling ließ keinen Zweifel daran, dass die Beschränkung der Bewegungsfreiheit der Minderjährigen in einem Auszeitraum aufgrund ihres aggressiven Verhaltens verhältnismäßig und zulässig war, aber dass das Auf-den-Kopf-Steigen mit dem Fuß eine erniedrigende Behandlung und damit eine gravierende Verletzung der Menschenrechte darstellt.

Erniedrigende Behandlung durch Auf-den-Kopf-Steigen

Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Station sollte primär einer akuten Krisenintervention dienen, weshalb insbesondere für Minderjährige rasch geeignete Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten außerhalb einer psychiatrischen Abteilung geschaffen werden müssten. Der NPM hat daher gegenüber dem

Land NÖ nachdrücklich darauf hingewiesen, dass durch zusätzliche Personalressourcen Fixierungen weitgehend vermieden werden sollten und eine adäquate Betreuung außerhalb einer psychiatrischen Abteilung für die Patientin sichergestellt werden muss.

Durch die Bemühungen der Vertretungsnetz-Patientenrechtsanwaltschaft und des NPM konnte letztlich erreicht werden, dass die Patientin im Rahmen eines Konzepts zur Individualbetreuung von Kindern und Jugendlichen im Heilpädagogischen Zentrum (HPZ) Hinterbrühl in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie intensiv sozialpädagogisch betreut wird. Hierfür wurde eine gesonderte Einheit zur Individualbetreuung von Kindern und Jugendlichen errichtet.

Es ist aber generell festzustellen, dass zur Betreuung von schwer traumatisierten Jugendlichen mit hohem Aggressionspotenzial nicht ausreichend Betreuungsplätze zur Verfügung stehen. Dies führt oft dazu, dass die Betroffenen über einen längeren Zeitraum abwechselnd in einer psychiatrischen Abteilung und in diversen Nachbetreuungseinrichtungen aufgenommen werden.

Der Ausbau entsprechender extramuraler Einrichtungen ist daher weiterhin österreichweit dringend erforderlich, um die notwendige intensive Betreuung von Personen mit einer ausgeprägten psychiatrischen Erkrankung zu verbessern, wofür entsprechend hohe Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.

- ▶ *Die intensive Betreuung von schwer traumatisierten Jugendlichen mit hohem Gewaltpotenzial erfordert spezialisierte Einrichtungen mit hohen Personalressourcen und flexiblen, individuell abstimmbaren sozialpädagogischen Konzepten.*

Einzelfall: VA-BD-GU/0143-A/1/2016

3.2.10 Räumliche Neugestaltung der psychiatrischen Abteilungen im LKH Mauer

Positive Wechselbeziehung zwischen Architektur und Wohlbefinden

Zahlreiche Studien, aber auch Wahrnehmungen im Zuge der Kommissionsbesuche belegen, dass die Architektur von Einrichtungen des Gesundheitswesens maßgeblich den Genesungsprozess mitbestimmt und gewaltpräventiv oder gewaltfördernd wirkt. Durch hohe Dichte und Beengung gekennzeichnete Lebensbedingungen haben schädliche Auswirkungen auf physiologische Prozesse (erhöhte Dauer bis hin zu funktionalen Störungen) sowie affektive (z.B. negative subjektive Befindlichkeit), kognitive (z.B. Leistungsdefizite) und soziale Prozesse (z.B. sozialer Rückzug).

Das Gefühl des Ausgeliefertseins und das daraus resultierende Einnehmen einer passiven Rolle der Patientinnen und Patienten im institutionellen Umfeld sollte zwingend vermieden werden. Erreicht werden kann dies durch eine entsprechende Gestaltung der Umgebung, etwa durch eine aktive Beteiligung von

Patientinnen und Patienten an der Gestaltung (z.B. Möblierung) oder durch die Sicherstellung geeigneter Rahmenbedingungen (z.B. Sonneneinstrahlung, Raumtemperatur, Beleuchtung). Die Gewährleistung der Privatsphäre und ein wertschätzender Umgang sind ebenfalls Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie, weil sie Grundlage des Vertrauens von Patientinnen und Patienten gegenüber der Institution und deren Behandlungsangeboten sind. Eine adäquate Architektur und ein therapeutisch förderliches Umfeld erhöhen nicht zuletzt auch die Arbeitsqualität und die Belastbarkeit des Personals in allen Bereichen.

Die Kommission 6 musste allerdings im Zuge eines Besuchs psychiatrischer Abteilungen im LKH Mauer feststellen, dass die baulichen Gegebenheiten den Standards einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung bei Weitem nicht entsprechen.

Veraltete bauliche Strukturen im LKH Mauer

Weder in den Mehrbettzimmern noch in den beengten und nur notdürftig durch Holz- bzw. Glaswände separierten Schlafräumen können die Privatsphäre, eine Rückzugsmöglichkeit und eine Gestaltungsmöglichkeit des persönlichen Umfeldes gewährleistet werden. Abschließbare Kleiderschränke für Privatgegenstände stehen teilweise in Gängen und sind nur durch das Pflegepersonal zu öffnen. Medizinische und pflegerische Handlungen bei Akutaufnahmen im Krisenzimmer finden aufgrund beengter Raumverhältnisse ebenso wie Fixierungen in Gegenwart anderer Patientinnen und Patienten statt.

Als Reaktion auf diese Kritik des NPM teilte das Amt der NÖ LReg mit, dass 60 Betten der Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie bis 2018 in neue Gebäudetrakte bzw. neu adaptierte Gebäude übersiedelt werden. In der Folge kündigte der zuständige Landesrat an, dass der Bau des geplanten Neurologie-Bettentraktes gestoppt wurde, um eine Erwachsenenpsychiatrie mit 46 Betten prioritär unterbringen zu können und begründete dies unter anderem mit den kritischen Wahrnehmungen und Anregungen des NPM. Die Station zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit wird ebenfalls umfassend renoviert und den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten entsprechend ausgestattet.

Umbau und Neubau bis 2018

In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde ein Intensivbereich für untergebrachte Patientinnen und Patienten geschaffen, um bereits vor Übersiedlung in den Neubau im Jahr 2018 sicherzustellen, dass Verlegungen auf die Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr notwendig sind.

Positive Übergangslösung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Landeskliniken-Holding versicherte dem NPM, bei Detailplanungen darauf zu achten, dass Fixierungen auf den neuen Stationen nicht mehr in Gegenwart Dritter stattfinden.

Durch die getroffenen Entscheidungen ist zu erwarten, dass die Versorgung psychiatrisch Kranker im LKH Mauer in absehbarer Zeit deutlich optimiert und der zentralen Bedeutung der baulichen Rahmenbedingung zur Qualitätssicherung Rechnung getragen wird.

- ▶ *Die Architektur von Einrichtungen des Gesundheitswesens hat Einfluss auf den Genesungsprozess und auf das Entstehen von Gewalt. Zur Sicherung der Behandlungsqualität und zur Vermeidung von Gewalt ist daher für geeignete bauliche Rahmenbedingungen Sorge zu tragen.*
- ▶ *Geeignete bauliche Rahmenbedingungen sind insbesondere auch in psychiatrischen Abteilungen zu gewährleisten. Es ist nicht akzeptabel, dass die Modernisierung psychiatrischer Abteilungen gegenüber anderen Abteilungen häufig als nachrangig erachtet wird.*

Einzelfall: VA-BD-GU/0126-A/1/2016

3.3 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

3.3.1 Einleitung

Die sechs Kommissionen der VA besuchten 2016 insgesamt 98 Wohngemeinschaften (WGs) und Wohnheime für Kinder und Jugendliche. Seit Aufnahme der NPM-Tätigkeit vor fünf Jahren fällt auf, dass Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen immer häufiger finanzielle Probleme beklagen. Notwendige Verbesserungen in den Einrichtungen müssen aus finanziellen Gründen verschoben werden. Auf Kritik und Anregungen erhält die VA vermehrt die Antwort, dass vom NPM eingeforderte Veränderungen auch für die Betreiber der Einrichtung wünschenswert, mit den derzeitigen Tagsätzen aber nicht umsetzbar wären. Versuche, bei den Ländern eine Anhebung der Tagsätze zu erreichen, wären gescheitert. Private Träger aus dem NGO-Bereich berichten von jährlichen Verlusten, die nur durch Spenden ausgeglichen werden können.

Einsparungen beim Kindeswohl

Die Bewilligung neuer Konzepte, die in den Einrichtungen Standards entsprechend einer zeitgemäßen Pädagogik einführen sollten, wird hinausgeschoben. Obwohl die Fachabteilungen selbst den Bedarf an Veränderung erkannt haben und die eingereichten Konzepte inhaltlich als gut beurteilen, erhalten die Einrichtungen die Auskunft, dass derzeit kein Geld für die Umsetzung vorhanden ist. Für den NPM ist diese Entwicklung äußerst bedenklich.

Tagsätze werden nicht erhöht

An der schon in den letzten Jahren immer wieder kritisierten Situation, dass speziell für Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen und posttraumatischen Belastungsstörungen sozialtherapeutische und sozialpsychiatrische Plätze fehlen, hat sich kaum etwas verändert. Bei Besuchen auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen und in Kriseneinrichtungen bekommen die Kommissionen die Information, dass das Angebot an nachstationären Betreuungsplätzen nach wie vor nicht dem Bedarf entspricht. Dadurch bleiben Jugendliche mit intensivem Unterstützungsbedarf länger als erforderlich in stationärer Behandlung, was zu individueller Perspektivlosigkeit und einer unerwünschten Bindung an die Klinik beiträgt. Zusätzlich werden dadurch die ohnehin knappen Betten auf den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen unnötig blockiert.

Angebot an speziellen Betreuungsplätzen weiterhin zu gering

Mangels eines passenden Betreuungsplatzes werden Minderjährige in sozialpädagogischen Einrichtungen ohne multiprofessionelle Betreuung untergebracht. Obwohl sie angesichts ihrer Erkrankungsbilder auch ein Setting unter Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benötigen würden, arbeiten dort nur Pädagoginnen und Pädagogen.

In der Stmk wurden Einrichtungen besucht, die Jugendliche ab 16 Jahren gemeinsam mit Erwachsenen betreuen. Zu kritisieren ist schon die gemeinsame Unterbringung von Jugendlichen und Erwachsenen. Gerade in der sensiblen Phase der Verselbstständigung sind pädagogisch hochfrequente Maßnahmen

erforderlich, die in der Erwachsenenbetreuung nicht eingesetzt werden. Minderjährige sollten nicht mit Erwachsenen zusammenleben, die selbst aufgrund ihrer chronisch psychiatrischen Erkrankung Schulabbrüche hinter sich haben, nicht in den Arbeitsmarkt integrierbar sind, bereits obdachlos waren, lange Zeit auf einer psychiatrischen Abteilung verbrachten und Drogenerfahrung haben, da es dadurch zu einer negativen Vorbildwirkung kommen kann. Außerdem reicht angesichts der Erkrankungsbilder der betreuten Minderjährigen die angebotene traumapädagogische Betreuung ohne multiprofessionelles Team nicht aus.

Fehlende Krisenabklärungsplätze

Zusätzlich mangelt es in Österreich an Krisenabklärungsplätzen. Die Krisenzentren der Stadt Wien waren im letzten Jahr durchgehend voll besetzt und phasenweise sogar mit bis zu 13 statt der vorgesehenen 8 Kinder stark überbelegt. Die Ursache dafür waren ebenfalls die überdurchschnittlich langen Wartezeiten auf einen geeigneten WG-Platz. Bei einer solchen Belegung kann aber nur eine pädagogische Notversorgung gewährleistet werden und keine professionelle Krisenabklärung stattfinden. In NÖ wurden durch die Umstrukturierung eines Heimes 16 Krisenabklärungsplätze für unter Sechsjährige geschlossen und an einem anderen Standort nur halb so viele Plätze geschaffen. In anderen Bundesländern gibt es keine Krisenzentren, sodass Minderjährige direkt von der Familie in eine WG gebracht werden müssen. Das ist für die Einrichtungen, die so nur wenig Informationen über die anstehenden Herausforderungen mit den Minderjährigen und deren Familien haben, immer wieder eine große Belastung.

Zusagen werden oft nicht eingehalten

Zu beobachten ist auch, dass einige vom NPM aufgezeigte Probleme von den Kinder- und Jugendhilfeabteilungen der Länder anerkannt und Lösungen zugesagt wurden. Bei Nachfolgebesuchen zeigte sich aber, dass die Situation in den Einrichtungen unverändert war. Das Problembewusstsein der Fachaufsicht kommt offenbar nicht beim sozialpädagogischen Personal an. Der Weg bis zur Umsetzung auch noch so kleiner Forderungen scheint mühsam zu sein und dürfte sehr viel Aufklärungsarbeit erfordern. Beispielsweise werden Verbesserungen im Zusammenhang mit dem Recht auf Privatsphäre, wie das Bereitstellen absperrbarer Kästchen oder das Anbringen von Vorrichtungen, um die Zimmer von innen zusperren zu können, gegenüber dem NPM oft bereitwillig zugesagt, aber dann nicht umgesetzt. Bei Folgebesuchen oder Besuchen in anderen WGs desselben privaten oder öffentlichen Trägers fanden die Kommissionen zwar die Kästchen oder Tresore vor, die Minderjährigen hatten aber entweder keine Schlüssel dazu oder es fehlte an den Batterien für die Tresore, sodass sie de facto nicht benutzbar waren. Der NPM wird auch in den nächsten Jahren auf die Durchsetzung des Rechts auf Privatsphäre fremdbetreuter Kinder und Jugendlicher dringen.

Eingriff in die Privatsphäre

Die VA fand in einigen Heimen Alarmanlagen auf Gängen vor, die nach Auskunft des Personals täglich im Einsatz waren. Den generellen Einsatz der Alarmanlage beurteilte der NPM als einen unverhältnismäßigen Eingriff in

das Recht auf Privatsphäre der betreuten Kinder und Jugendlichen und forderte daher, diese nur im Bedarfsfall zu aktivieren. Von der Einrichtung wurde zugesichert, dass der Alarm nur mehr anlassbezogen in Fällen von begründeter Sorge und nur für einen gewissen Zeitraum zum Schutz der Kinder und Jugendlichen aktiviert werden soll.

In einer Einrichtung für betreutes Wohnen von jugendlichen Mädchen in Tirol wurden routinemäßig nächtliche Kontrollen unangekündigt und unter Einsatz von Taschenlampen durchgeführt. Dieses Vorgehen empfanden die Minderjährigen als belastend, sie fühlten sich auch in ihrer Nachtruhe gestört. Der NPM erachtete diese Vorgangsweise als unverhältnismäßigen Eingriff und nicht als gelindestes Mittel zum Schutz der Jugendlichen. Vom Kinder- und Jugendhilfeträger und dem Träger der Einrichtung wurde inzwischen zugesagt, dass in Zukunft versucht werde, schonender vorzugehen. Es sei in letzter Zeit schon gelungen, keine Lichtquelle bei Betreten der Zimmer zu verwenden und Nachtkontrollen nur mehr in jenen Wohnungen durchzuführen, wo es erforderlich schien.

In einem Großheim in Linz mit angeschlossener Werkstätte und Schule erachtete die Kommission 2 schon 2012 vor allem die unzureichende personelle Ausstattung und die nicht kindgerechten pädagogischen Interventionen als menschenrechtsverletzend. Es wurde daraufhin in Zusammenarbeit mit der Fachaufsicht und dem NPM ein umfassender Monitoringprozess, der in 64 Empfehlungen mündete, durchgeführt. Diese erwiesen sich als nicht umsetzbar. Im Frühjahr 2016 beschloss das Land OÖ die Schließung der Großeinrichtung und deren Ausgliederung in kleine Wohneinheiten. Wohngruppen, Werkstätten und Schule in einem geschlossenen System anzubieten, ist nach derzeitigem Stand der Pädagogik nicht mehr zeitgemäß. Die Entscheidung war vom NPM deshalb zu begrüßen. Zudem betonte der NPM aber die Notwendigkeit, alle Jugendlichen in den Entscheidungsprozess über ihren zukünftigen Aufenthaltsort partizipativ einzubeziehen.

Schließung eines Großheimes in OÖ

Mehr Problembewusstsein scheint langsam in Bezug auf die Verabreichung von verschreibungspflichtigen Medikamenten durch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen zu entstehen. Der NPM hatte Kritik an der in sozialpädagogischen Einrichtungen gängigen Praxis geübt, dass medizinisch nicht qualifiziertes Personal Aufgaben übernimmt, die entsprechendes medizinisches Fachwissen erfordern. Wenn in den ärztlichen Verordnungen – wie das häufig bei den von den Kommissionen eingesehenen Verordnungen der Fall war – die Parameter des Bedarfsfalls und die Dosierung nicht klar umschrieben sind, trifft das pädagogische Personal die Entscheidung, ob der Bedarfsfall vorliegt.

Bedarfsmedikation – VA stellt Umdenken fest

Das Land NÖ reagierte auf die Kritik des NPM mit einer Anweisung an die Einrichtungen, dass Pädagoginnen und Pädagogen keine Bedarfsmedikation verabreichen dürfen. Das Land OÖ sandte an alle Betreiber die Information aus, dass auf eine lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation aller Medikamentenverabreichungen zu achten ist und die Ärztinnen und Ärzte bei

Bedarfsmedikamenten um konkrete Anweisungen und Verschreibungen hinsichtlich des Bedarfsfalls ersucht werden sollen.

Nach wie vor stellen allerdings die Kommissionen der VA verschiedenste Mängel in der Medikamentengebarung fest, weshalb aus Sicht des NPM die Einführung von verpflichtenden Fortbildungen für das pädagogische Personal notwendig wäre. Die VA wandte sich mit dieser Anregung anlassbezogen auch bereits an einige Länder. Außerdem wurde eine Anfrage an das BMFJ gerichtet, welches bestätigte, dass zur Frage der Abgabe von Medikamenten an Kinder und Jugendliche durch das Fachpersonal in sozialpädagogischen Einrichtungen ein entsprechendes Problembewusstsein bestehe. Außerdem werde es bei der nächsten Vollversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe einen Informationsaustausch zu diesem Thema geben.

Gewährung von Hilfen
bis zum Ausbildungs-
abschluss

Auf Hilfen für junge Erwachsene gibt es, wie von der VA mehrfach kritisiert wurde, auch nach dem B-KJHG keinen Rechtsanspruch, allerdings wurden damit die Voraussetzungen für die Ermessensleistungen konkretisiert. Das Ziel der Hilfen für junge Erwachsene ist in erster Linie die Unterstützung des Verselbstständigungsprozesses, welcher auch die Beendigung einer Berufsausbildung miteinschließt. Primär orientiert sich die Dauer dieser Hilfen am individuellen Bedarf der jungen Menschen und ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres begrenzt.

Bei Besuchen in den Einrichtungen wird den Kommissionen häufig berichtet, dass die Verlängerung der Maßnahmen über die Volljährigkeit hinaus immer schwieriger wird. Einrichtungen berichteten, dass manche Bundesländer nur mehr für den Zeitraum von sechs Monaten bewilligen, was zu einer enormen Unsicherheit bei den jungen Erwachsenen führt. Viele beginnen daher schon als Minderjährige keine höhere Schulausbildung, da sie befürchten, diese nicht beenden zu können. Aber selbst während der Lehrzeit werden manche Jugendliche aus der Betreuung der Kinder- und Jugendhilfe entlassen. Oft behalten die Einrichtungen die jungen Leute weiter und finanzieren die Kosten mithilfe von Spendengeldern. Der NPM fordert daher, dass die Maßnahmen von den Kinder- und Jugendhilfeträgern für die gesamte Dauer der Ausbildung bewilligt werden. Die Entscheidung für die Weitergewährung sollte schon vor Erreichen der Volljährigkeit getroffen werden, damit es für die Jugendlichen und die Einrichtungen möglich ist, zu planen.

Barrierefreiheit

Der NPM kontrolliert in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe vermehrt auch, ob Barrierefreiheit gewährleistet ist. Dies bewirkt einen Umdenkprozess bei den verantwortlichen Trägern. Bei Umbauten und beim Anmieten neuer Objekte wurde zunehmend auf Barrierefreiheit geachtet. Von vielen Einrichtungen wurde auf Anfragen der VA zu diesem Thema geantwortet, dass überprüft werde, ob Umbauten möglich wären.

- ▶ *Das Angebot an sozialtherapeutischen Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche ist auszubauen.*
- ▶ *Krisenabklärungsplätze müssen dem Bedarf entsprechen.*
- ▶ *Der NPM fordert die Einführung von leistungsbezogenen Tagsätzen und regelmäßige Anpassungen.*
- ▶ *Hilfen für junge Erwachsene müssen für die gesamte Ausbildungsdauer gewährt werden.*

3.3.2 Prüfschwerpunkt Prävention von sexueller und allen anderen Formen von Gewalt

Immer wieder finden die Kommissionen in den Einrichtungen sehr gute Konzepte mit einem Schwerpunkt auf Gewaltprävention vor, deren Inhalt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern allerdings nicht bekannt ist. In einer Einrichtung in OÖ stellte sich bei Nachfrage durch die VA heraus, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Präventionskonzept bei der Einstellung lesen und unterzeichnen müssen. Es wurde zugesagt, dass das Personal die entsprechenden Informationen noch einmal erhält und so der Wissensstand aufgefrischt werden soll. Auch in einer WG in Wien gab es eine Nachschulung zum Inhalt des Konzepts.

Nachschulungen zum Inhalt des Konzepts

Nach wie vor berichten die Kommissionen allerdings, dass viele Einrichtungen kein sexualpädagogisches Konzept haben. Es wird daher bei den Besuchen auf dessen Wichtigkeit hingewiesen. Durch gemeinsame Erarbeitung von Standards soll die Sensibilität für dieses Thema beim Personal erhöht werden. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sollen angeleitet werden, grenzüberschreitende Dynamiken zu erkennen und die notwendigen Schritte zu setzen. Einige Einrichtungen erklärten sich auf Aufforderung der VA bereit, sexualpädagogische Inhalte in ihre bestehenden Konzepte einzuarbeiten.

Gemäß § 12 B-KJHG sind die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach fachlich anerkannten Standards sowie dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu erbringen. Nach den Ausführungsgesetzen der Länder ist bei der Eignungsfeststellung von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zu prüfen, ob die Einrichtung ein fachlich fundiertes sozialpädagogisches Konzept hat. In der zum WKJHG ergangenen Verordnung betreffend sozialpädagogische Einrichtungen wurde festgelegt, dass in den Konzepten auf Aspekte der Gewaltprävention sowie der Sexualpädagogik einzugehen ist. Die Länder als Kinder- und Jugendhilfeträger sind daher angehalten, für die Entwicklung und Einführung sexualpädagogischer Konzepte in sämtlichen Einrichtungen Sorge zu tragen. Die VA empfiehlt, vor der Bewilligung von Einrichtungen die Vorlage eines sexualpädagogischen Konzepts zu verlangen.

Entwicklung sozialpädagogischer Konzepte muss forciert werden

Die Abteilung Kinder- und Jugendhilfe des Landes OÖ hat die Thematik aufgegriffen und eine Fortbildungsreihe zum Thema Sexualpädagogik über die FH gestartet. Vorgetragen wird vom Österreichischen Institut für Sexualpäda-

Fortbildungsreihe Sexualpädagogik

gogik. Die VA begrüßt diese Initiative und fordert gleichartige Fortbildungen in ganz Österreich. Die Einrichtungen sollten dafür Sorge tragen, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an derartigen Schulungen teilnehmen.

- ▶ *Das Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzeptes sollte als Bewilligungsvoraussetzung angesehen werden.*
- ▶ *Fortbildungsreihen zum Thema Sexualpädagogik sollten in ganz Österreich veranstaltet werden.*

Einzelfälle: VA-OÖ-SOZ/0033-A/1/2016, OÖ-SOZ/0034-A/1/2016, OÖ-SOZ/0016-A/1/2016, W-SOZ/0006-A/1/2016, W-SOZ/0095-A/1/2016 u.a.

3.3.3 Bedenkliche Personalsituation in WGs und Heimen

Hohe Personal-
fluktuation

Große Probleme scheint zurzeit vielen Einrichtungen eine hohe Personalfuktuation zu bereiten. Damit verbunden sind laufende Beziehungsabbrüche, die von den Kindern als sehr belastend erlebt werden. Bei den Besuchen wird von den Minderjährigen auf die Frage, was negativ in der WG sei, spontan der Verlust von Betreuerinnen und Betreuern genannt.

Die Personalfuktuation ist zum einen die Ursache für schlechte Arbeitsbedingungen, andererseits aber auch die Konsequenz davon. Dadurch werden die Arbeitsbedingungen für die verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch belastender, da sie zusätzliche Dienste übernehmen müssen. Wegen der angespannten Personalsituation unterbleiben auch vielfach Einschulungen neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese werden viel zu schnell mit der Verantwortung alleine gelassen und übernehmen schon nach wenigen Wochen Nachdienste ohne Begleitung, oft – wie in einem Heim in NÖ – sogar für mehrere Gruppen. Neue und anfangs sehr engagierte junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit wenig Berufserfahrung können dieser hohen Belastung nicht standhalten. Anlässlich der Kritik der Kommission 1 an der personellen Situation und der Anregung, das Personal aufzustocken, wurde von einem privaten Träger berichtet, er sei vom Land bei den laufenden Verhandlungen über die Tagsätze darauf hingewiesen worden, schon zu viel Personal zu beschäftigen.

In Einrichtungen, in denen von den Kommissionen derartige Probleme in den Vorjahren aufgezeigt wurden, zeigte sich bei Folgebesuchen keine Besserung der angespannten Situation, sondern häufig sogar eine Verschlechterung. Aus diesem Teufelskreis scheinen die Einrichtungen kaum mehr herauszukommen. Wenn Einrichtungen in der Branche wegen ständiger personeller Engpässe bereits einen schlechten Ruf haben, gibt es kaum Bewerbungen auf offene Stellen. Das erschwert rasche Nachbesetzungen.

Häufige Wechsel sind
äußerst problematisch

Der häufige Wechsel der Betreuungspersonen in der Fremdunterbringung wird aber vor allem aufgrund bindungstheoretischer Überlegungen von Expertinnen und Experten höchst kritisch gesehen. Es wird davon ausgegangen, dass

Kinder keine sichere Basis, die eines der Hauptmerkmale sicherer Bindung darstellt, entwickeln können, wenn sie von häufig wechselnden Personen versorgt werden. Gerade in der Fremdunterbringung haben die meisten Kinder und Jugendlichen Bindungsstörungen. Wenn sie häufige Beziehungsabbrüche erleben müssen, besteht die Gefahr, dass sie retraumatisiert und noch verhaltensauffälliger werden. Der oftmalige Wechsel des Personals ist ein Belastungsfaktor für bindungstraumatisierte Kinder, was am hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen, die regelmäßig Psychopharmaka nehmen und an die Kinder- und Jugendpsychiatrie angebunden sind, zu sehen ist.

Deutlich erkennbar ist, dass es in Einrichtungen mit angespannter Personalsituation und einer großen Fluktuation immer auch andere Missstände gibt. Die Beziehungsabbrüche wirken sich spürbar auf das Klima unter den Kindern und dem Personal aus.

Die VA sieht einen dringenden Handlungsbedarf der Kinder- und Jugendhilfeträger, in den betroffenen Einrichtungen für Vollbesetzung zu sorgen und die Arbeitsbedingungen für das sozialpädagogische Personal zu verbessern.

- ▶ *Lösungen zur Vermeidung einer hohen Personalfuktuation müssen gefunden werden, um den für das Kindeswohl abträglichen häufigen Wechsel an Bezugspersonen zu vermeiden.*
- ▶ *Für eine Vollbesetzung der Stellen ist durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu sorgen.*

Einzelfälle: VA-NÖ-SOZ/0190-A/1/2016, ST-SOZ/0003-A/1/2017, W-SOZ/0213-A/1/2016, W-SOZ/0164-A/1/2016, W-SOZ/0328-A/1/2016 u.a.

3.3.4 Abrupte Beziehungsabbrüche nach Aufhalten in psychiatrischen Krankenhäusern

Bei Einsichtnahme in die Dokumentation fand die Kommission 1 in mehreren Tiroler Einrichtungen Eintragungen, in denen Betreuungswechsel nach Aufhalten in Psychiatrien beschrieben wurden. Da sich die Einrichtung nach Entlassung der Minderjährigen weigerte, die Jugendlichen wieder aufzunehmen, mussten sie in anderen Einrichtungen untergebracht werden. Durch jeden Beziehungsabbruch verschlechtert sich nach Meinung von Expertinnen und Experten die Situation des Kindes oder Jugendlichen noch mehr. Die nicht bewältigten Probleme tauchen nach geraumer Zeit verstärkt im nächsten Hilfesystem wieder auf.

Beziehungsabbrüche haben negative Auswirkungen auf Minderjährige

Aus diesem Grund haben Einrichtungen, in denen durchwegs schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche leben, Konzepte zum Krisenmanagement erarbeitet. Dadurch soll vermieden werden, dass die Situation eskaliert und es danach weder für die betroffenen Jugendlichen noch das sozialpädagogische Personal ein Zurück gibt. Die Konzepte basieren auf der Idee der Bindungsthe-

Krisenmanagement zur Stabilisierung

orie und sehen eine Kooperation mit einer Notschlafstelle, einer Partner-WG oder der Psychiatrie vor. Die Partneereinrichtung übernimmt für kurze Zeit die Minderjährigen. Durch diese Änderung des Settings kann ein Verlust des WG-Platzes vermieden werden, wenn der Kontakt zum Kind in dieser Zeit nicht abbricht. Zugrunde liegt diesen Modellen die Erkenntnis, dass in der Partneereinrichtung zwischen den Betreuerinnen und den Betreuern und dem Kind oder Jugendlichen noch keine Bindung hergestellt wurde und es dadurch auch zu keiner Eskalation während der Phase der Scheinanpassung kommt. Wenn die Bezugsbetreuerin oder der Bezugsbetreuer gleichzeitig Kontakt zum Kind hält, ist eine Rückführung des Kindes in die Stammeinrichtung wieder möglich, sobald die krisenhafte Situation nicht mehr gegeben ist. 2016 wurde eine Einrichtung im Bgld von der Kommission 6 besucht, die mit großem Erfolg dieses Modell umsetzt.

WGs als sicherer Ort in Krisenzeiten

In NÖ wurde vor drei Jahren ein aus der Schweiz bekanntes und dort schon seit Jahren praktiziertes Modell mit professionellen Pflegefamilien übernommen und an österreichische Bedürfnisse angepasst. Jugendliche, die bereits viele Einrichtungen verlassen mussten, werden für eine Krisenzeit in einer WG betreut. Dort leben maximal vier Jugendliche, die mit einem sehr hohen Personalschlüssel betreut werden. Das Land muss zwar für einige Zeit einen weitaus höheren Tagsatz zahlen; letztendlich macht sich das aber bezahlt, da es das Ziel ist, die Kinder und Jugendlichen nach Hause zurückzuführen. Ist das nicht möglich, werden sie bei professionellen Pflegefamilien untergebracht, die intensiv mit der WG zusammenarbeiten. Kommt es in dieser Pflegefamilie zu einer Krise, gibt es die Möglichkeit, dass Minderjährige für kurze Zeit wieder in die WG zurückkehren. Die von der Kommission 5 besuchte Einrichtung sieht sich damit auch als Stützpunkt und Drehscheibe für die Pflegefamilien. Sie sind für die Familien und die Kinder quasi ein sicherer Ort, falls die Betreuung nicht optimal verläuft. Manche Jugendliche können aus dieser WG in die Selbstständigkeit entlassen werden, haben aber auch die Möglichkeit, immer wieder in diese zurückzukehren.

- ▶ *Der NPM empfiehlt Konzepte, die ein Krisenmanagement zur Vermeidung von Beziehungsabbrüchen vorsehen.*
- ▶ *Modelle mit Auszeit-WGs sind zu entwickeln.*
- ▶ *Alle Länder als Kinder- und Jugendhilfeträger sollten Einrichtungen für Krisenzeiten mit einem höheren Personalschlüssel und einer geringen Kinderanzahl schaffen.*

Einzelfälle: VA-T-SOZ/0027-A/1/2016, T-SOZ/0008-A/1/2016, T-SOZ/0009-A/1/2016, NÖ-SOZ/0128-A/1/2016, B-SOZ/000

3.3.5 Partizipation

Nachholbedarf bei der Partizipation

Hausparlamente, Kinderteams, Kindervertretungen und Beschwerdebriefkästen sollten Instrumente sein, die eine Beteiligung der Kinder und Jugendlichen

auch im Rahmen institutioneller Betreuung sicherstellen. Die Interviews, die Kommissionen mit Kindern und Jugendlichen bei den Besuchen führen, zielen auch darauf ab, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob durch die Einführung dieser partizipativen Maßnahmen mehr Mitsprache- und Mitbestimmungsmöglichkeiten bestehen. Die Antworten waren eher ernüchternd. In vielen Einrichtungen werden die Kinderteams inzwischen gar nicht mehr oder nur mehr in sehr großen Intervallen abgehalten. Aber auch dort, wo sie stattfinden, werde nach Aussagen der Kinder und Jugendlichen letztendlich doch wieder von den Erwachsenen entschieden, dass man Wünsche nicht berücksichtigen könne. Protokolle über Inhalte von Kinderteamsitzungen gibt es vielfach nicht oder sie verschwinden in den Schubladen.

Partizipation, wie sie die UN-KRK und das BVG Kinderrechte vorsieht, ist mehr als nur das Recht, angehört zu werden. Es ist eine Grundhaltung, die in allen Bereichen der Maßnahme der Fremdunterbringung vom Entscheidungs- und Aufnahmeprozess über die Betreuungszeit bis zum abschließenden Verselbstständigungsprozess Auswirkungen hat. Nach den Quality4Children-Standards, die im Auftrag des Europarats für die außerfamiliäre Betreuung von Kindern und jungen Erwachsenen in Europa auf Grundlage der UN-KRK erarbeitet wurden, wird das Kind als Experte für sein eigenes Leben anerkannt. Dazu muss es informiert, gehört und ernst genommen werden und soll seine Resilienz als großes Potenzial anerkannt werden.

Kind als Experte für
eigenes Leben

Obwohl in den Kinder- und Jugendhilfegesetzen der Länder und im B-KJHG die Beteiligungsrechte verankert sind, erzählten einige befragte Kinder und Jugendliche, dass sie zwar zu den Hilfeplangesprächen geholt werden, allerdings erst nachdem die Erwachsenen bereits alle Entscheidungen getroffen hätten. Es reicht nicht, wenn Beteiligungsrechte nur gesetzlich verankert sind, diese müssen in der täglichen Praxis tatsächlich gelebt werden.

In Deutschland gibt es Einrichtungen, allen voran das Kinderhaus in Berlin, die schon seit 30 Jahren partizipativ geführt werden. Dort sind Kinder und Jugendliche sogar in Entscheidungen über die Verwendung von Fördergeldern und Personalfragen eingebunden. Gezeigt hat sich in diesen Einrichtungen, dass Entscheidungen, die unter Beteiligung der Kinder und Jugendlichen getroffen werden, besser akzeptiert, mitgetragen und letztlich umgesetzt werden. Gerade Regeln und Konsequenzen bei Regelverstößen müssen gemeinsam mit den untergebrachten Kindern und Jugendlichen erarbeitet und regelmäßig angepasst werden, damit sie von den Minderjährigen auch eingehalten werden.

Positive Beispiele

Natürlich gibt es auch in Österreich Einrichtungen, die diese Erfahrungen und Erkenntnisse bereits umsetzen, indem sie vermehrt die Kinder in Entscheidungsprozesse einbinden und gute Erfolge damit erzielen. In WGs eines Wiener Vereins wurden Kindervertretungen gewählt und institutionalisiert, die Wünsche und Beschwerden an das Betreuerteam und die pädagogische Leitung herantragen und sich auch untereinander treffen. Auf Wunsch der

Kindervertretung wurden sogar ein Willkommensfolder für Neuzugänge sowie ein umfangreicher Kinderleitfaden entworfen.

Partizipation als Grundhaltung

Die Einbindung von Kindern und Jugendlichen in verschiedene Projekte führt dazu, dass sie sich mit diesen auch identifizieren und sie daher besser umsetzen. Gerade in der Fremdunterbringung ist die Beteiligung von besonderer Bedeutung, da Kinder und Jugendliche oft erst lernen müssen, eigene Wünsche und Interessen mitzuteilen. Partizipation kann nur dann funktionieren, wenn sowohl die Leitung einer Einrichtung als auch das Personal dem Thema positiv gegenüberstehen. Auffällig ist, dass Partizipation der Kinder und Jugendlichen nur in Einrichtungen stattfindet, in denen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Entscheidungsprozesse der Einrichtung eingebunden sind. Eine besonders wichtige Voraussetzung für Partizipation ist, dass die Kinder und Jugendlichen positive Ergebnisse und Entwicklungen erkennen und erreichen können, weil ihnen nur so bewusst wird, dass sich ihr Engagement gelohnt hat.

- ▶ *Der NPM empfiehlt Hausparlamente, Kinderteams oder Kindervertretungen, um die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen im Rahmen institutioneller Betreuung sicherzustellen und diese in der Praxis auch zu leben.*
- ▶ *Über diese Sitzungen sind Protokolle anzufertigen und beschlossene Entscheidungen sind umzusetzen.*

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0006-A/1/2016, W-SOZ/0331-A/172016, NÖ-SOZ/0067-A/1/2016, NÖ-SOZ/0190-A/1/2016 u.a.

3.3.6 Zentrum für Essstörungen mit bedenklichen Behandlungsmethoden

VA erreicht Überprüfung durch Sachverständige

Bei mehreren unangemeldeten Besuchen in einem Therapiezentrum für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen in Ktn stellte die Kommission 3 gravierende Missstände fest. Die VA wandte sich an das Land Ktn als Aufsichtsbehörde und an das BMGF. Menschenrechtlich besonders heikel sind Rollenvermischungen, die dadurch entstehen, dass die Leiterin des Zentrums und ihre Stellvertreterin selbst die sozialpädagogische Betreuung übernehmen und Psychotherapien anbieten.

Da bereits bei der Unterfertigung des Aufnahmevertrages Formblätter für eine Therapievereinbarung ausgegeben werden, gibt es für Minderjährige keine Möglichkeit, Therapeutinnen und Therapeuten frei zu wählen. Therapiestunden werden ohne vorherigen Therapieplan festgesetzt, sodass nicht klar erkennbar ist, wann eine Betreuungsleistung erbracht oder eine Therapiestunde angeboten wird. Außerdem fiel auf, dass die Leiterin Behandlungsverträge über kostenpflichtige Therapiesitzungen quasi mit sich selbst vereinbarte, da sie für einige der betreuten Jugendlichen nicht nur die Pflege und Erziehung, sondern auch die Obsorge innehatte.

Bei den Besuchen der Kommission 3 wurde eine völlig fehlende professionelle Distanz wahrgenommen, was emotionale Verstrickungen Minderjähriger begünstigt und gegen den Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstößt. Besonders bedenklich erachtete die Kommission 3 täglich stattfindende Übungen mit unmittelbarem Körperkontakt, bei denen Pubertierende den Kopf auf die Brust der Betreuerin legen müssen und ihnen Fläschchen und Schnuller in regressiven Phasen angeboten werden.

Die Ktn LReg kündigte 2015 in Bezug auf einige Kritikpunkte sofortige Maßnahmen an, während zur Klärung anderer Punkte ein Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben wurde. Bei einem Folgebesuch der Kommission 3 im Mai 2016 stellte sich heraus, dass die Betreuungssituation für die Bewohnerinnen und Bewohner beinahe unverändert war und kaum Verbesserungen festgestellt werden konnten. Neuerlich wurden die Feststellungen der Kommission von der VA an die LReg und das BMGF herangetragen und die Behebung von Missständen eingefordert.

Im Dezember 2016 bestätigte das von der Aufsichtsbehörde beauftragte Sachverständigengutachten die vom NPM beanstandeten Missstände vollinhaltlich. Es gibt in der Zwischenzeit wieder Zusagen des Kinder- und Jugendhilfeträgers, der Einrichtung weitere Auflagen vorzuschreiben bzw. bestehende Auflagen zu präzisieren, damit fachliche Standards nicht weiter umgangen werden können. Gegenüber dem NPM kündigte die Aufsichtsbehörde an, in den nächsten zwei Jahren halbjährlich unter Beiziehung externer Sachverständiger Kontrollen vornehmen zu wollen. Auch vom BMGF wurde angekündigt, die notwendigen Schritte unverzüglich zu setzen.

Umfassende Auflagen werden vorgeschrieben

► ***Die Einhaltung von behördlichen Auflagen muss in Problemeinrichtungen engmaschig überwacht werden.***

Einzelfälle: VA-K-SOZ/0042-A/1/2015; K-SOZ/0032-A/1/2016

3.3.7 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Durch den enormen Anstieg dieser Gruppe von Asylwerbenden im Jahr 2015 mussten in kurzer Zeit zahlreiche neue Quartiere geschaffen werden. 2016 verringerte sich die Zahl der neuen Anträge von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) um die Hälfte.

Die VA führte ein amtswegiges Prüfungsverfahren in allen Bundesländern außer Vbg durch, um herauszufinden, in welchen Unterküften UMF untergebracht sind. Dieses ergab, dass alle Länder Minderjährige bis 14 Jahre in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen unterbringen. Die Altersgruppe der über 14-Jährigen wird in der Regel in Grundversorgungseinrichtungen betreut. Seit der Erhöhung der Tagsätze für Wohngruppen auf 95 Euro gibt es große Unterschiede bei den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Einrichtungstypen, da für Wohnheime 63,50 Euro und für Unterbringungen im Betreuten

VA prüft Unterbringungslage

Wohnen nur 41,50 Euro bezahlt werden. In der Betreuung unterscheiden sie sich dadurch, dass eine Betreuerin bzw. ein Betreuer für 10, 15 oder 20 Minderjährige zuständig ist. Da die Minderjährigen nach dem Zufallsprinzip von der Erstaufnahmestelle zu den Quartieren ohne vorheriges Clearing zugeteilt werden, sind die Plätze nicht auf den Bedarf der einzelnen Minderjährigen ausgerichtet.

In Ktn, Tirol und dem Bgld gibt es nur Wohngruppen. Auch in NÖ und OÖ werden UMF bis auf wenige Ausnahmen in Wohngruppen versorgt. In Sbg werden die über 14-Jährigen zuerst in Wohngruppen untergebracht. Wenn die betreuende Stelle einen reduzierten Betreuungsaufwand feststellt, werden sie anderen Unterbringungsformen zugeteilt. In Wien werden seit 2015 nur mehr Sozialpädagogische Wohngruppen bewilligt. 60 Betreuungsplätze gibt es noch für UMF mit niedrigerem Betreuungsaufwand. Nur in der Stmk gibt es überhaupt keine Wohngruppen für UMF. Alle Minderjährigen über 14 werden in Wohnheimen oder im Betreuten Wohnen betreut. Die VA kritisiert die Situation in der Stmk und empfiehlt, in Zukunft nur mehr Wohngruppen zu bewilligen.

Keine Gleichstellung Auch wenn sich diese Einrichtungen der Grundversorgung sehr bemühen, eine bestmögliche Betreuung für die Minderjährigen zu leisten, ist es auch mit dem höchsten Tagsatz nicht möglich, den gleichen Qualitätsstandard wie Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zu leisten. Eine Gleichstellung mit anderen in Österreich untergebrachten Kindern und Jugendlichen ist also nicht einmal in Wohngruppen gegeben. Doppelbesetzungen, selbst wenn sie pädagogisch erforderlich wären, sind ebenso wenig möglich wie Freizeitaktivitäten, die gerade bei nicht mehr schulpflichtigen Jugendlichen, die keiner Beschäftigung nachgehen können und auf Kursmaßnahmen warten, besonders wichtig wären.

Flüchtlinge in Ausbildung Noch schwieriger wird es für Flüchtlinge nach Erreichen der Volljährigkeit, wenn sie in Erwachsenenquartiere ohne weitere Betreuung kommen. Nur sehr wenige schaffen es, eine vor der Volljährigkeit begonnene Ausbildung zu beenden. Manche Einrichtungen, vor allem solche, die von NGOs geführt werden, betreuen die Jugendlichen mit dem geringeren Tagsatz für Erwachsene weiter und versuchen, ihnen mit Hilfe von Spendengeldern den Schulabschluss zu ermöglichen. Sbg hat die Möglichkeit geschaffen, junge Erwachsene in besonderen Härtefällen, wie bei kurz bevorstehendem Schulabschluss, über das 18. Lebensjahr hinaus in Unterkünften für UMF zu belassen. In Wien gibt es 170 Nachbetreuungsplätze, die die spezifische Betreuung von jungen Erwachsenen gewährleisten sollen, weitere 60 sind in Planung. Der FSW unterstützt die Finanzierung von Schulgeld und Fahrtkosten bis zum 26. Geburtstag bei Bildungsmaßnahmen in Erwachsenenbildungseinrichtungen. In Tirol betreut ein mobiles Team der Landesregierung UMF beim Auszug und danach, wenn es fachlich notwendig erscheint. Ohne diese Leistungen schmälern zu wollen, reichen sie aber längst nicht aus, um zu verhindern, dass die Jugendlichen

die Ausbildung vorzeitig abbrechen müssen und sämtliche Bemühungen der Einrichtungen auf Integration damit wirkungslos werden. Die Erarbeitung gemeinsamer Lösungen für ganz Österreich ist daher notwendig.

Vor allem für schwer traumatisierte UMF oder UMF mit besonderen Bedürfnissen gibt es noch sehr wenige spezielle Einrichtungen. Derzeit gibt es nur in Wien für sechs und in NÖ für zehn Personen derartige Betreuungsangebote, die aber längst nicht ausreichen. In einer Einrichtung, die einen besonders hohen Anteil an UMF mit erhöhtem Betreuungsaufwand betreut, wurde der Kommission berichtet, dass das Land NÖ nicht einmal für psychisch kranke minderjährige Flüchtlinge zusätzliche finanzielle Mittel bereitstelle. Die VA erhielt die Antwort, dass ohnehin mit dem seit Juli 2016 rückwirkend ausbezahlten höheren Tagsatz alle Mehrkosten abgedeckt seien. Die LandesflüchtlingsreferentInnen-Konferenz erarbeitete einen Forderungskatalog, in dem unter anderem eine Erhöhung der Tagsätze bis 150 Euro bei erhöhtem Betreuungsbedarf enthalten ist. Die VA unterstützt diese Forderung.

UMF mit erhöhtem
Betreuungsaufwand

Der Ausbau von Pflegeplätzen wird in sämtlichen Bundesländern forciert. Allerdings ist der Anteil der in Pflegefamilien untergebrachten Minderjährigen sehr gering.

Probleme mit der Übernahme von Fahrtkosten für UMF gibt es in ganz Österreich. Eine pauschale Abrechnung wird von einigen Bundesländern gewünscht, da dadurch der hohe Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung für die Einrichtungen wegfallen würde und die Jugendlichen mobiler wären. Bisher gibt es dazu aber noch keine Einigung mit dem Bund. Es besteht auch kein Zugang zum Top-Jugendticket für UMF, die keine Schule besuchen. Oft können Kursangebote nicht wahrgenommen werden, da die Fahrtkosten nicht finanzierbar sind.

Einige Probleme gab es aufgrund des gestiegenen Bedarfs an Schulplätzen zu Beginn des Jahres in Wien. Zwischen dem FSW und dem Wiener Stadtschulrat gibt es inzwischen einen intensiven Datenabgleich bezüglich der Schulplätze, sodass im Herbst für jeden schulpflichtigen UMF ein Schulplatz zur Verfügung stand.

Mangel an
Schulplätzen und Aus-
bildungsmöglichkeiten

Schulpflichtige minderjährige Flüchtlinge beim Spracherwerb zu unterstützen, bereitet allerdings noch größere Probleme, da die Angebote an Kursen nicht ausreichen. Einige Bundesländer haben den Start von Basisbildungsangeboten und Spracherwerbsmaßnahmen angekündigt. In Wien startete im Herbst 2016 das Jugendcollege mit 1.000 Kursplätzen. Da diese Plätze allen jugendlichen Zuwanderinnen und Zuwanderern zwischen 15 und 21 Jahren offenstehen und junge Menschen, die schon länger in Wien leben, vorgezogen wurden, reichen sie allerdings bei Weitem nicht aus. In NÖ soll im Frühling 2017 in Kooperation mit dem AMS mit Maßnahmen für 15- bis 24-Jährige begonnen werden, die nach einer Clearingphase Spracherwerbsmaßnahmen, Pflichtschulabschlüsse und Einstiege in Lehrberufe ermöglichen sollen. Auch

Flächendeckender früh-
zeitiger Spracherwerb
nicht gesichert

die Stmk hat im Herbst 2016 das Basisbildungsangebot ausgebaut und bietet Spracherwerbsmaßnahmen an. Der NPM fordert einen „bundesweiten Masterplan“ zur flächendeckenden Bereitstellung von Deutschkursen.

In Wien wurde ein Pilotbetrieb für Videodolmetschen mit einem privaten Anbieter begonnen. Außerdem bietet die Caritas seit kurzem ein Dolmetschservice für ärztliche Termine an. Wien bezahlt 30 Euro pro Einheit, wenn diplomierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher die Jugendlichen zu Therapie-sitzungen begleiten. Die VA begrüßt derartige Initiativen und empfiehlt einen Ausbau dieser Projekte in ganz Österreich.

Vermehrte Besuchstätigkeit in den neuen UMF-Quartieren

Auch in diesem Jahr richtete der NPM bei der Besuchstätigkeit seinen Fokus wieder verstärkt auf Einrichtungen für UMF. Vor allem wurden viele der neu entstandenen Einrichtungen kontrolliert. Trotz der merkbaren Bemühungen des Personals waren häufig hygienische Missstände, knappe Personalressourcen, Lärmbelastigungen durch nicht abgeschlossene Bauarbeiten etc. zu be-anstanden. Durch die hohe Nachfrage und den Mangel an Plätzen für UMF waren manche Einrichtungen schon vor Abschluss der notwendigen Umbauarbeiten bezogen worden. In einer Einrichtung in Wien wurden die Arbeiten nach dem Besuch der Kommission rasch abgeschlossen und die hygienischen Mängel beseitigt. In einem Haus in NÖ wurden die Feuchtigkeitsschäden behoben und eine Wirtschaftshelferin angestellt, die mit den 50 Jugendlichen gemeinsam die Räume reinigt.

In anderen Fällen führte die Kritik der VA ebenfalls zu raschen Behebungen. In einer Einrichtung in Wien waren der UMF-Trakt und der Erwachsenentrakt miteinander verbunden. Die VA erreichte die Trennung der Bereiche, sodass Bewohner des Erwachsenenbereiches nur mehr nach Anmeldung Angehörige oder Freunde bei den Minderjährigen besuchen können. Außerdem wurde erreicht, dass der unkontrollierte Zugang in das Haus über Notausgänge nicht mehr möglich ist und damit das Risiko von Diebstählen verringert wurde.

Eine WG für schwer traumatisierte Jugendliche in Wien erhielt auf Anregung der VA einen Verbindungsdienst mit zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Probleme im Zusammenhang mit Arztbesuchen konnten in den Griff bekommen werden. Ein Arzt verweigerte die Behandlung, da der Asylwerber noch keine E-Card hatte. Mittlerweile rufen die Betreuerinnen und Betreuer in der Ordination an, um den Besuch anzukündigen, wenn noch keine E-Card vorhanden ist. Inzwischen bekommen alle Asylwerberinnen und Asylwerber in Wien die E-Card innerhalb von zwei Wochen.

Aufgrund von Beanstandungen wegen sehr schlechter hygienischer Bedingungen in der Küche und den Sanitäreinrichtungen wurde in einer Einrichtung in der Stmk vom Land ein Aufsichtsbesuch durchgeführt und danach berichtet, dass die von der Kommission beanstandeten Mängel behoben wurden. Beim nächsten Besuch der Kommission waren die Medikamentengebarung erneut mangelhaft und die Sanitärbereiche nach wie vor desolat; es gab nur teilwei-

se funktionierende Duschen, defekte Spülkästen und fehlende Klobrillen. Der Gang im Parterre war videoüberwacht. Der VA wurde zugesichert, dass künftig wöchentliche Wartungen der Sanitäreinrichtungen durchgeführt, Medikamente versperret aufbewahrt und eine Gesundheitsdokumentation geführt werden. Die Videoüberwachung wurde sofort eingestellt und ein Belohnungssystem auf Empfehlung der VA eingeführt.

- ▶ *Der NPM fordert die ausschließliche Unterbringung von UMF in Wohngruppen.*
- ▶ *Spezielle Betreuungsplätze für mehrfach und schwer traumatisierte minderjährige Flüchtlinge müssen geschaffen werden.*
- ▶ *Die Betreuung von volljährigen Flüchtlingen in Ausbildung muss intensiviert werden.*
- ▶ *Die VA fordert einen bundesweiten Masterplan zur flächendeckenden Bereitstellung von Angeboten des Spracherwerbs, insbesondere für minderjährige Flüchtlinge.*

Einzelfälle: VA-BD-JF/0164-A/1/2016, NÖ-SOZ/0055-A/1/2016, NÖ-SOZ/0124-A/1/2016, ST-SOZ/0083-A/1/2016, W-SOZ/0194-A/1/2016, W-SOZ/0071-A/1/2016, W-SOZ/0194-A/1/2016, W-SOZ/0057-A/1/2016, T-SOZ/0030-A/1/2016 u.a.

3.3.8 Positive Wahrnehmungen

In einer Einrichtung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) in Tirol konnten nach einem Wechsel der Einrichtungsleitung gravierende Verbesserungen festgestellt werden. Durch die räumliche Neugestaltung wirkten die Gänge, Aufenthaltsbereiche und Zimmer viel freundlicher und wohnlicher. Die Jugendlichen zeigten sich bei diesem Besuch offen und fröhlich, selbstständig und interessiert und hatten keine Scheu, ihre Wünsche und Fragen gegenüber dem Betreuungsteam vorzubringen. Durch besondere schulische Förderung konnten einige der Jugendlichen Gymnasien besuchen. Durch ein neues Konzept und dessen kindgerechte Umsetzung ist es der WG auf sehr kreative Art gelungen, von einer Problemeinrichtung zu einer Vorzeigewohngruppe zu werden.

Positive Veränderungen nach Leitungswechsel

In zwei anderen UMF-Einrichtungen in NÖ konnte beim Zweitbesuch ebenfalls festgestellt werden, dass sämtliche Vorschläge der Kommission umgesetzt worden waren. Besonders positiv bewertet wurde, dass eine muttersprachliche Betreuung in allen notwendigen Sprachen möglich ist.

Vorschläge wurden umgesetzt

In einer sozialtherapeutischen WG im Bgld sind alle Beschäftigten bereits länger als elf Jahre tätig. Dadurch ist die Bindung zu den Betreuungspersonen so stark, dass junge Erwachsene auch noch nach dem Auszug intensiven Kontakt zur WG halten und zum Essen kommen, bei Festen und Ausflügen mithelfen und Jüngeren gegenüber Vorbild sind. Es gibt einen sehr hohen Personalschlüssel, sodass in der WG gleichzeitig drei Pädagoginnen oder Pädagogen und ein Zivildienstler tagsüber im Dienst sind. In der Nacht gibt es neben dem Hauptdienst einen zusätzlichen Bereitschaftsdienst. Das Personal ist sehr

Best Practice

gut ausgebildet und nimmt regelmäßig an Fortbildungen teil. Sogar die zwei Küchenhelferinnen haben eine pädagogische Ausbildung. Psychiatrieaufenthalte waren bei den Kindern und Jugendlichen, die aus schwierigsten Familienverhältnissen kommen und dort schwerste Traumata erlitten hatten, seit vielen Jahren nicht mehr notwendig.

Einzelfälle: VA-T-SOZ/0030-A/1/2016, NÖ-SOZ/0023-A/1/2016, B-SOZ/0003-A/1/2017

3.4 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

3.4.1 Einleitung

Die Kommissionen der VA besuchten im Berichtsjahr 76 Einrichtungen, die ausschließlich Menschen mit Behinderung gewidmet sind.

Wie bereits in den Jahren zuvor wurden auch im Jahr 2016 öffentliche und private Träger geprüft, darunter Heime, Wohngruppen, Tagesbetreuungscentren, Werkstätten sowie Rehabilitationseinrichtungen.

Große Bandbreite

Der NPM hat 2016 die Bemühungen um eine stärkere Einbeziehung von Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern in den Monitoringprozess erhöht. Insbesondere aufgrund der Einschulungen durch die Kommission 3 kann der NPM auf eine Reihe von externen Expertinnen und Experten mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen, die zum Teil selbst von persönlichen Assistentinnen und Assistenten unterstützt werden, zurückgreifen. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung unterschiedlichster Erfahrungen und Bedürfnisse kann so insbesondere gegenüber Einrichtungen sehr lebensnahe vermittelt werden.

Vom Ziel der UN-BRK, Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben in Würde und voller gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen, ist Österreich trotz langsamer Fortschritte noch weit entfernt. Ein positives Signal ist der dem Parlament inzwischen zugeleitete Entwurf eines 2. Erwachsenenschutzgesetzes, welches in Übereinstimmung mit Art. 12 UN-BRK anstelle stellvertretender Fremdbestimmung durch Sachwalterinnen und Sachwalter abgestufte Modelle einer unterstützten Entscheidungsfindung zur Ausübung von Geschäftsfähigkeit vorsieht. Das Gesetz soll im Juli 2018 in Kraft treten. Der NPM geht davon aus, dass diese Novelle auch die Aufnahmeprozesse und den Umgang mit Menschen mit Behinderung in Einrichtungen maßgeblich verändern wird, weil Fremdbestimmung rechtlich zumindest erschwert wird. Es bleibt auch darüber hinaus noch viel zu tun.

Auf Anregung des NPM und unterstützt durch den MRB war im Ministerialentwurf des 2. Erwachsenenschutzgesetzes noch geplant, den Anwendungsbereich des HeimAufG auf Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die Minderjährige mit Behinderung betreuen, auszuweiten. Damit sollte der Rechtsschutz für Minderjährige im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch in diesen Einrichtungen gestärkt werden. In der Regierungsvorlage ist dies nicht mehr vorgesehen, obwohl sich unter anderem alle Kinder- und Jugendanwaltschaften Österreichs im Begutachtungsverfahren zum Ministerialentwurf positiv dazu äußerten. Die VA wird sich im Gesetzgebungsverfahren nochmals positionieren und versuchen, parlamentarische Überzeugungsarbeit für eine menschenrechtlich gebotene Änderung des HeimAufG zu leisten.

Wie schon in den Berichten der Vorjahre festgehalten wurde, gibt es keine zwischen Bund, Ländern und Gemeinden abgestimmten Initiativen und Fi-

finanzierungsgrundlagen, um die im Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012–2020 enthaltenen Maßnahmen möglichst rasch umzusetzen. Es gibt auch nach wie vor keine zwischen Bund, Ländern und Gemeinden akkordierte Vereinbarung, den in der UN-BRK geforderten Paradigmenwechsel – vom medizinischen zum sozialen Modell von Behinderung – zur Grundlage staatlichen Handelns auf allen Ebenen zu machen und den 2013 erteilten Empfehlungen des CRDP-Ausschusses damit gerecht zu werden.

NGO-Forum Am 3. NGO-Forum der VA, welches am 4. Juli 2016 stattfand, nahmen ca. 110 Vertreterinnen und Vertreter menschenrechtlicher NGOs sowie der Bundesministerien und Länder teil. Im Zentrum der Debatten standen unter anderem die Themen „Behinderung und Armut“, „Behinderung und Wohnen/Arbeiten“.

Die UN-BRK versteht das Recht auf Selbstbestimmung nicht nur als Abwehrrecht, sondern auch als Anspruch auf Unterstützung. Inklusion kann nicht funktionieren, wenn Stereotype und Vorurteile das Bild von Menschen mit Behinderung prägen, deren Lebenslagen bestenfalls als Randgruppenphänomene wahrgenommen werden. Die UN-BRK fordert in aller Deutlichkeit eine Abkehr von Rollenklischees und einer einseitigen, diskriminierenden sowie realitätsverzerrenden Darstellung von Menschen mit Behinderung. Nicht nur die Politik, sondern auch die Medien tragen Verantwortung, wie die Gesellschaft im Umgang mit Menschen mit Behinderung informiert wird.

Studie: Menschen mit Behinderung in österreichischen Massenmedien Die VA hat sich für das Zustandekommen der Jahresstudie 2015/2016 „Menschen mit Behinderung in österreichischen Massenmedien“ engagiert und sich daran auch finanziell beteiligt, um einen Diskussionsprozess auf breiterer Basis einzuleiten. Diese Initiative steht auch im Einklang mit der Empfehlung des CRDP-Komitees, „Initiativen zur Bewusstseinsbildung zu ergreifen, um das veraltete Wohltätigkeitsmodell im Bereich Behinderung und die Wahrnehmung, dass Personen mit Behinderungen des Schutzes bedürfen, wirksam zu verändern“.

Inklusion braucht Bewusstseinsbildung Die Ergebnisse der seit Jänner 2017 vorliegenden Medienanalyse sind insgesamt ernüchternd: Die mediale Darstellung von Menschen mit Behinderungen bewegt sich zwischen Mitleid, Bewunderung und Ignoranz. Menschen mit Behinderung sind in Massenmedien stark unterrepräsentiert. Nur ein Prozent der Berichterstattung widmet sich behinderungspolitischen Themen. Die VA und ihre Kooperation mit dem ORF stellen eine Ausnahme dar; unter der allgemeinen Wahrnehmungsgrenze werden von den Massenmedien zentrale Themen wie Fremdbestimmung durch Sachwalterschaft oder persönliche Assistenz als Alternative zu Unterbringungen in Einrichtungen aufgegriffen. Auch Fragen rund um die finanzielle Absicherung und leistbares barrierefreies Wohnen, die für Menschen mit Behinderung von großer Relevanz sind, werden in den Medien nicht behandelt. Es wird insgesamt noch vieler Anstrengungen bedürfen, um auf die vielfältigen Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung aufmerksam zu machen. Der NPM wird dazu seinen Beitrag leisten.

Wie schon in den Vorjahren besuchten die Kommissionen auch 2016 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, bei denen die mangelnde Barrierefreiheit zu beanstanden war. Es liegt auf der Hand, dass sich daraus massive Einschränkungen der Selbstständigkeit ergeben und das Angewiesensein auf Dritte unnötig verfestigt wird. Beanstandet wurden nicht zugängliche Außenbereiche über nicht oder kaum zu öffnende Haus- und Zimmertüren, steile Rampen und fehlende Lifte, nicht rollstuhlgerechte zu kleine Sanitäreinrichtungen, zu hoch angebrachte Waschtische, Spiegel oder Garderoben, nicht gekennzeichnete Stufen, fehlende Handläufe, nicht erreichbare Lichtschalter, schlechte Beleuchtung und fehlende Piktogramme und Leitsysteme zur Orientierung. Viele Barrieren ergeben sich ferner bei der Gestaltung von Informationen, Hausregeln etc. In einzelnen Einrichtungen sind die baulichen Unzulänglichkeiten so groß, dass Kommissionen deren Eignung bezweifelten und in Frage stellten, ob im Brandfall eine schnelle Evakuierung der Bewohnerinnen und Bewohner möglich wäre.

Fehlende
Barrierefreiheit

Dem NPM liegen zahlreiche Zusagen vor, bauliche Defizite beheben oder den Umzug in barrierefreie Objekte planen zu wollen. Die Realisierung kostenintensiverer Sanierungen dauert allerdings meistens sehr lange. Die Aufsichtsbehörden werden einmal mehr auch an dieser Stelle aufgerufen, bei ihren Kontrollen auf die umfassende Sicherstellung der Barrierefreiheit zu achten. Die Duldung von baulichen Freiheitsbeschränkungen ist unakzeptabel.

Fakt ist auch, dass nach wie vor bei der Einschätzung des Grades der Behinderung das medizinische Modell angewandt wird, indem überprüft wird, welche Defizite bei der Person vorliegen. Danach bestimmen sich derzeit vor allem auch die Möglichkeiten zur Teilnahme an Schul- und Berufsausbildungen bzw. Teilqualifizierungen. Dies gilt auch in Bezug auf Therapieeinrichtungen, die sich der Rehabilitation und Integration von Menschen mit Suchterkrankungen und psychiatrischen Diagnosen widmen. Die Prioritäten müssen verschoben werden: weg von der Förderung von Sonderstrukturen, hin zum Ausbau inklusiver Bildungs- und Beschäftigungsmodelle. Solange Menschen mit Behinderung in gesonderten Werkstätten oder auf Dauerrehabilitationsplätzen zwar unter anderem auch für externe Firmen arbeiten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aber keine Chancen haben, kann von einer vollen Verwirklichung des Rechts auf Arbeit und Beschäftigung im Sinne der UN-BRK nicht die Rede sein.

Fehlende Inklusion in
Schul- und Arbeitswelt

Kommissionsprotokolle der letzten Jahre belegen eindrucksvoll, dass ein zentrales Anliegen von insgesamt ca. 22.000 Nutzerinnen und Nutzern von Werkstätten darin besteht, dass sie ihren Neigungen entsprechend eingesetzt werden; insbesondere möchten sie ihre Tätigkeit als Arbeit anerkannt wissen und nicht bloß ein geringes Taschengeld dafür erhalten. Teilweise gewannen Kommissionen bei Interviews auch den Eindruck, dass Nutzerinnen und Nutzer fallweise lieber mehr Zeit in ihren WG's verbringen würden, aber den Druck verspüren, Werkstätten besuchen zu müssen. Eine grundlegende Reform dieser

Fehlende Anerkennung
geleisteter Arbeit

Sondereinrichtungen bedürfte einer konstruktiven Kooperation von Bundes- und Landesgesetzgebern, um innerhalb der bestehenden Kompetenzverteilung eine sinnvolle Neuordnung zu erzielen. Aus einer Reihe gerichtlicher Entscheidungen geht hervor, dass die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in Werkstätten nicht als Arbeitsverhältnis anzusehen sei und der „Erziehung und Behandlung“ diene. Wie schon der MRB in seiner 2014 veröffentlichten Stellungnahme ausführte, stehen derartige Ausführungen, mögen sie auch der geltenden nationalen Rechtslage geschuldet sein, im Widerspruch zu Art. 27 UN-BRK. Werkstätten aber auch Therapieeinrichtungen für Suchtkranke kooperieren vielfach mit privaten Auftraggebern und erwirtschaften daraus Gewinne. Klientinnen und Klienten profitieren davon in der Regel nicht. Wenn Menschen mit Behinderung in Projekten dazu angeleitet und angehalten werden, Gebäude von Trägereinrichtungen zu sanieren oder in deren Betrieben andere Aufgaben zu übernehmen, ohne dass sie einen geldwerten Vorteil haben und Verdienste ansparen dürfen, fühlen sie sich zu Recht ausgenutzt.

Für den NPM steht außer Frage, dass im Sinne inklusiver Unterstützungsstrukturen zur Förderung beruflicher Teilhabe neue Modelle der Durchlässigkeit von Berufsauf-, Fort- und Weiterbildungen entwickelt werden müssen. Gewährleistet werden muss, dass Menschen mit Behinderungen bei größtmöglicher Wahrung ihrer Entscheidungsfreiheit durch Einkommensersatzleistungen schrittweise ins Erwerbsleben finden. Nach dem Arbeitsprogramm der Bundesregierung 2013 – 2018 soll die eigenständige soziale Absicherung bei Tätigkeiten in Werkstätten gestärkt, die Durchlässigkeit zwischen erstem und dritten Arbeitsmarkt erhöht sowie die Arbeitskräfteüberlassung aus Werkstätten in den ersten Arbeitsmarkt forciert werden. Geschehen ist dies bislang nicht.

Fehlende Beschwerdemöglichkeiten

Nach Wahrnehmung der Kommissionen haben Klientinnen und Klienten mit Lernbehinderung oder psychischen Erkrankungen oft eine Scheu davor, sich zu beschweren. Häufige Gründe sind die Sorge um mögliche negative Auswirkungen oder die Scheu vor Auseinandersetzungen. Dies wird in Interviews mit Kommissionen deutlich. Für jede Klientin und jeden Klienten sollte es daher die Möglichkeit geben, sich anonym beschweren zu können. Es liegt an der Leitung, dem Personal auf allen Ebenen zu verdeutlichen, dass auch anonyme Beschwerden und Anregungen erwünscht sind und ernst genommen werden.

3.4.2 Ursachen und Formen von Freiheitsbeschränkungen und Gewalt

Obwohl die moderne Behindertenpädagogik sehr auf Selbstbestimmung, Empowerment und ein Leben nach dem Normalisierungsprinzip ausgerichtet ist, finden Freiheitsbeschränkungen auch in Wohneinrichtungen und Werkstätten statt. Bauliche Barrieren, aber auch der Einsatz von mechanischen, elektronischen oder medikamentösen Freiheitsbeschränkungen werden in Kommissionsprotokollen immer wieder thematisiert.

Die Dokumentation der Freiheitsbeschränkungen ist oft mangelhaft. Die gesetzlich vorgeschriebenen Meldungen an die Bewohnervertretung werden häufig unterlassen bzw. weisen eine unterschiedliche Qualität auf: Teilweise sind sie sorgfältig und nachvollziehbar ausgefüllt, teilweise wird auf schonendere Maßnahmen gar nicht eingegangen. Unterschriften der anordnenden Ärztinnen und Ärzte bei medikamentösen Freiheitsbeschränkungen fehlen häufig. Der NPM sieht seine Aufgabe vor allem darin, die Leitung und das Personal für den Schutz des Rechtes auf persönliche Freiheit zu sensibilisieren und auf die Meldeverpflichtungen nach dem HeimAufG zu verweisen. Empfohlen werden entsprechende Schulungen bzw. die Kontaktnahme mit der Bewohnervertretung sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation. Den schriftlichen Reaktionen ist zu entnehmen, dass man die Kritik ernst nimmt und sich damit auseinandersetzt; die Probleme in der Praxis sind aber meist sehr komplex, insbesondere im Hinblick auf potenzielle medikamentöse Freiheitsbeschränkungen.

Unzureichende Dokumentationen, Form und Meldeverstöße

Auszugehen ist von einem Bedarf an spezifischer psychiatrischer Hilfe bei Menschen, die in ihrer Autonomie und in ihrer Teilhabe am Leben der Gesellschaft schwer behindert sind. Mit schweren Behinderungen gehen häufiger als in der nichtbehinderten Bevölkerung psychische Störungen und Kommunikationsbarrieren einher. Für die Einschätzung der psychiatrischen Symptomatik sind aber die spezifischen Lebensbedingungen in besonderem Maße zu berücksichtigen, weil Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen deutlich geringere Möglichkeiten haben, basale Aspekte der Lebensgestaltung selbst zu kontrollieren. Psychiatrisches Fachwissen ist deshalb bei der Indikations- und Diagnosestellung erforderlich. Die erhöhte Empfindlichkeit von Menschen mit hirnganischen Störungen gegenüber Nebenwirkungen und deren Maskierung als „psychische Störungen“ setzen gerade bei dieser vulnerablen Personengruppe Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit der Verschreibung von Psychopharmaka voraus. Diese sollten daher nach Ansicht des NPM nicht durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.

Psychiatrische Standards bei Psychopharmakatherapien

Kommissionen nehmen des Öfteren wahr, dass die Behandlung mit Psychopharmaka unzureichend evaluiert wird. Fachärztliche Behandlungspläne mit expliziten Therapiezielen liegen nicht auf, nachvollziehbare Dokumentationen des Therapieverlaufs fehlen. In Tagesdokumentationen werden die Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka höchstens thematisiert, wenn es zu erwähnenswerten Verhaltensauffälligkeiten kommt. Klientinnen und Klienten, die durch Toben, Schreien, Treten und Schlagen anderer auffallen, sich selbst immer wieder verletzen, Sachen umwerfen oder zerstören, Medikamente ausspucken und pädagogische Anweisungen ignorieren, werden üblicherweise als schwierig, aggressiv und dissozial erlebt und eingeschätzt. Diese Übertragung des Krankheitsverständnisses in den Bereich des pädagogischen Handelns hat weitreichende Wirkung. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohneinrichtungen erleben die Bewohnerinnen und Bewohner oft nur unter dem Einfluss von Psychopharmaka, sehen darin aber problemlö-

Defizite wegen unklarer Therapieziele

sende Allheilmittel. Sie sind als Angehörige nicht-medizinischer Berufe weder befugt noch in der Lage, Vor- und Nachteile, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten zu beurteilen. So können zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Einrichtungen faktische Grauzonen entstehen, wer Entscheidungen darüber zu treffen hat, ob – und wenn ja – welche Maßnahmen konkret eingeleitet werden sollten.

Multimodale Therapie-
konzepte

Leitprinzipien wie Normalisierung, Integration und Selbstbestimmung hängen auch vom Verhalten bzw. vom Interesse der sozialen Umwelt ab, welches sich (mit-)verändern muss, wenn psychosoziale Auffälligkeiten abgebaut bzw. aufgelöst werden sollen. Multimodale Therapiekonzepte erfordern deshalb die Abstimmung von pädagogischer, therapeutischer und medikamentöser Therapie auf die jeweiligen Klientinnen und Klienten. Dem NPM erscheint das Vorliegen eines pädagogischen Rahmenkonzepts, innerhalb dessen die fachärztliche Behandlung und therapeutische Unterstützung stattfindet, eine Voraussetzung für den Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit Behinderung zu sein. Es muss – in enger Kooperation mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten – deutlich werden, wie die Medikamentenwirkungen zur Verbesserung der pädagogischen Umgangsstrategien im Alltag und der heilpädagogisch-psychologischen Primärtherapien genutzt werden sollen bzw. welche alltagspädagogischen, heilpädagogisch-psychologischen Umgangsstrategien zur Unterstützung eingesetzt werden können.

Bedarfsmedikation

Immer wieder schildern Kommissionen auch Probleme mit potenziell freiheitsbeschränkender Bedarfsmedikation ohne ausreichende ärztliche Indikationsbeschreibungen. Problematisch erscheint der Einsatz insbesondere von Neuroleptika dann, wenn sie nur „symptomorientiert“ zur Reduzierung „störender“ Verhaltensweisen abgegeben werden sollen (bei „Unruhe“, bei „Umtriebigkeit“ etc.). Das Risiko des unangemessenen Einsatzes wie auch des Missbrauchs ist evident. Wohngruppenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter übernehmen in diesen Fällen eine Verantwortung, die sie nicht übernehmen dürften. Einrichtungsleitungen haben die Verpflichtung, bei Ärztinnen und Ärzten entsprechende Korrekturen der unzureichenden ärztlichen Verordnungen einzufordern. Ein weiterer Hinweis auf rechtlich hoch problematische Verantwortungsübernahmen zeigt sich auch in der Art und Weise, wie mit der Verweigerung der Medikamenteneinnahme umgegangen wird. Ärztinnen und Ärzte werden deswegen kaum kontaktiert; wenn es nicht anders geht und „Zureden nichts nützt“, werden Medikamente in Einzelfällen gemörsert und dem Essen beigemischt.

Es ist aus der Sicht des NPM jedenfalls davon auszugehen, dass vielfach äußere Faktoren und nicht bloß ein als potenziell selbst- oder fremdgefährliches Verhalten mitursächlich dafür sind, welche Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen wahrgenommen werden.

Risikofaktoren

Von den Kommissionen werden folgende Risikofaktoren für Freiheitsbeschränkungen genannt: Personalknappheit und/oder hohe Personalfluktuation, die

Größe von Einrichtungen, fehlende Unterstützung des pädagogischen Personals durch ergänzende Fachdienste oder externe Expertise, prekäre bauliche Gegebenheiten, wenig Rückzugsmöglichkeiten, mangelnde Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln, mangelnde psychiatrische Abklärung auffälligen Verhaltens, veraltete oder nicht individualisierte Betreuungskonzepte, fehlende Beschäftigungs- und Therapiemöglichkeiten sowie mangelnde Kommunikation. Manchmal sind es auch Irritationen, wie der Weggang des bisherigen Bezugsbetreuers, neue Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, ein Zimmerwechsel oder somatische Beschwerden, die zu Verhaltensauffälligkeiten beitragen und zu Aggressionen führen. Die Rechtfertigung, dass Freiheitsbeschränkungen immer nur zum Schutz der Betroffenen gesetzt würden, verdeckt manchmal den Blick darauf, dass gestaltbare Rahmenbedingungen und selbst die unzureichende Ressourcenausstattung keinen Eingriff in fundamentale Freiheitsrechte gestatten.

In der Arbeit mit Menschen mit Mehrfachbehinderungen kann es zu massiven Überforderungen kommen. Im Vorfeld solcher krisenhafter Situationen kann ein gut geschultes und funktionierendes Team deeskalierend eingreifen. Es fehlen aber manchmal tragfähige Arbeitsbündnisse, um der Frage nachzugehen, welche innerpsychischen Prozesse fremd- oder selbstgefährliches Verhalten auslösen. Mitunter fehlt auch das Wissen über Alternativen und Methoden, um in belastenden Situationen selbst anders reagieren zu können. Heilpädagogische Prozesse können nur wirken, wenn die pädagogische Unterstützung am aktuellen Entwicklungs- und Handlungsniveau anknüpft und die Gestaltung des Lebensalltags individuell „passend“ geplant und mit aktivierenden Maßnahmen systematisch umgesetzt wird.

Es gibt aber darüber hinaus strukturelle Probleme bei der Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfsbedarf, intellektueller Beeinträchtigung sowie komplexen psychischen Erkrankungen. Menschenrechtlich hoch problematische Betreuungssituationen können über längere Zeiträume andauern. Die Kommission 6 hat z.B. in NÖ eine Wohneinrichtung besucht, in der es trotz verschiedenster Bemühungen bei drei Bewohnern immer wieder zu teils unvermittelten Gewaltausbrüchen kommt. Sowohl tätliche Übergriffe auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner als auch Attacken gegen das Personal gehören dort inzwischen zum Alltag. Dem privaten Träger und dem Personal ist es hoch anzurechnen, dass man sich der Betreuung schwieriger und hoch vulnerabler Klientinnen und Klienten, deren Aufnahme andere Einrichtungen ablehnten, annimmt. Von Strafanzeigen gegen die Nichtschuldfähigen wird bewusst abgesehen, um eine drohende gerichtliche Einweisung in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher oder in eine forensische Station im Rahmen des Maßnahmenvollzugs zu verhindern. Auf Wunsch der Kommission 6 wird der MRB mit der Problematik befasst.

Strukturelle Probleme
befördern Gewalt

Nur wenn es gelingt, mit Bewohnerinnen und Bewohnern stärker in Beziehung zu treten und die individualisierte Betreuung auch zu geänderten Haltungen und Techniken im Umgang mit Impulsdurchbrüchen und herausfor-

Individualisierte
Betreuung

derndem Verhalten führt, können Freiheitsrechte gewahrt werden und kann das Personal sich und andere Beteiligte besser schützen. Es genügt allerdings nicht, die Alltagsarbeit nur unter einem „verhaltenstherapeutischen Setting“ zu konzipieren. Ebenso unzureichend ist es, ein „Pflegermodell“ einseitig zu priorisieren. So wichtig eine qualifizierte und gesundheitsfördernde Pflege von Menschen mit Behinderung ist, sie kann den Zugang zu Bildung, Arbeit, Freizeit und zwischenmenschlichen Begegnungen nicht leisten.

Freiheitsbeschränkungen bei fehlenden Förderkonzepten

Medienöffentlich machte der NPM in Absprache mit der Bewohnervertretung die prekäre Betreuungssituation in einer Einrichtung des Landes Sbg bekannt, nachdem es zuvor nicht gelungen war, konkrete Zusagen für Veränderungsprozesse zu erhalten. In der Einrichtung werden 35 Menschen mit Mehrfachbehinderungen unterschiedlichster Altersgruppen betreut. In mehreren Verfahren nach dem HeimAufG wurden medikamentöse Freiheitsbeschränkungen als nicht zulässig erachtet, aber keine Konsequenzen daraus gezogen. Zum Zeitpunkt des ersten Kommissionsbesuches im Oktober 2015 konnten keine Entwicklungsstandsfeststellungen und kein einziger Entwicklungs- und Förderplan vorgelegt werden. Personalnot, fehlende basale Stimulationen und Kommunikationstechniken, fehlende therapeutische Interventionen, völlig unzureichende beengende bauliche Gegebenheiten und eine fehlende Privat- und Intimsphäre beschreiben nur einige der gravierendsten von der Kommission 2 detailliert festgestellten Mängel. Diese waren auch beim Folgebesuch im März 2016 im Wesentlichen noch gegeben; allerdings war der Einrichtung durch externe Begleitung eine Hilfestellung bei der Neuausrichtung interner Prozesse zur Seite gestellt, eine interimistische pädagogische Leitung eingesetzt und Schulungen in unterstützter Kommunikation und Deeskalation in die Wege geleitet worden.

Debatte im Sbg Landtag

Stellt ein Gericht rechtskräftig fest, dass eine Freiheitsbeschränkung ungerechtfertigt angewandt wurde, weil es dazu Alternativen gibt, sind Einrichtungen und deren Träger aufgefordert, die Empfehlungen und Vorschläge der gerichtlichen Sachverständigen aufzugreifen und diese zeitnahe umzusetzen. An den daraus resultierenden Kosten entzündete sich eine Debatte zwischen der LReg und dem NPM. Der Sozial- und Gesundheitsausschuss räumte in der Folge auch dem Leiter der Kommission 2 die Möglichkeit ein, zu Wahrnehmungen und Empfehlungen diese Einrichtung betreffend Stellung zu nehmen. Der Sbg Landtag stellte im Mai 2016 die Weichen für einen Neubau von WGs mit davon getrennter Tagesstruktur und forderte die beteiligten Regierungsmitglieder auf, bis zum Bezug derselben (voraussichtlich 2019) alle notwendigen Schritte zu setzen, um die bestmögliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen. Ende Mai 2016 erfolgte eine Aufstockung des Personals um zwei Vollzeitstellen und eine Vereinbarung über die raschere Nachbesetzung vakanter Stellen. An individuellen Entwicklungs- und Förderplänen und deren Umsetzung wird gearbeitet. Ob die eingeleiteten Maßnahmen ausreichen, um die Anzahl von Freiheitsbeschränkungen zu senken, werden Folgebesuche der Kommission 2 zeigen.

- ▶ *Psychopharmakotherapien setzen eine nachvollziehbare pädagogisch-psychologische und psychiatrische Diagnostik und eine begründete Indikationsstellung voraus. Einrichtungen haben darauf zu achten, dass Therapieziele nachvollziehbar ausgeführt und regelmäßig evaluiert werden.*
- ▶ *Heilpädagogische Prozesse sind so auszurichten, dass die pädagogische Unterstützung am aktuellen Entwicklungs- und Handlungsniveau anknüpft und der Alltag in einem multimodalen Therapiekonzept individuell „passend“ geplant wird.*

Einzelfälle: VA-NÖ-SOZ/0126-A/1/2016, NÖ-SOZ/0235-A/1/2016, VA-S-SOZ/0025-A/1/2016, OÖ-SOZ/0067/2015, OÖ-SOZ/0066-A/1/2015, OÖ-SOZ/0042-A1/2015, T-SOZ/0032-A/1/2016, T-SOZ/0025-A/1/2016, T-SOZ/0032-A/1/2016, K-SOZ/0020-A/1/2015,

3.4.3 Unterstützte Kommunikation

Zehntausende Menschen mit körperlichen, geistigen oder mehrfachen Behinderungen in Österreich haben Probleme, sich lautsprachlich zu verständigen. Menschen ohne (ausreichende) Lautsprache stoßen deshalb öfter an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten und ihrer interaktiven und kommunikativen Kompetenz und besitzen dementsprechend weniger Möglichkeiten der Selbstdarstellung. Kommunikative Beeinträchtigungen behindern stets alle beteiligten Gesprächspartner. Im Mittelpunkt der sogenannten Unterstützten Kommunikation (UK) steht deshalb das Bestreben, Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit unzureichender oder fehlender Lautsprache so früh und so oft wie möglich zu erfolgreichen Kommunikationserfahrungen zu verhelfen. Dabei werden körpereigene Kommunikationsmöglichkeiten und elektronische bzw. nichtelektronische Kommunikationshilfen genutzt. Im internationalen Sprachgebrauch ist dafür die Bezeichnung Augmentative and Alternative Communication (AAC) üblich.

Zehntausende
brauchen Unterstützte
Kommunikation (UK)

Die Umsetzung des Rechts auf Selbstbestimmung, auf unabhängige Lebensführung, Gleichberechtigung, Bildung und volle Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben sind ohne die Möglichkeit des persönlichen Ausdrucks bzw. ohne Kommunikation undenkbar. Es gibt in Österreich Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, die hervorragende Arbeit auf diesem Gebiet leisten und UK in allen Lebensbereichen vielfältig einsetzen. Umso befremdlicher sind Wahrnehmungen der Kommissionen, dass UK in zahlreichen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung gar nicht bzw. ungenügend angewandt wird und selbst die bestehenden Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen mit Mehrfachbehinderungen – wie Gesten, Blickbewegungen, Mimik oder Laute – übergangen oder fehlinterpretiert werden. Nicht direkt eine Folge, sondern eher eine Voraussetzung für eine beeinträchtigte Kommunikationsentwicklung ist die Tatsache, dass Kinder, bei denen die Diagnose einer (geistigen) Behinderung gestellt wurde, in vielen Fällen von klein auf auch weniger sprachliche Zuwendung erfahren haben. Man traut ihnen in der Regel weniger zu und unterschätzt ihre Fähigkeiten.

UN-BRK verlangt UK

Dadurch werden nicht nur wesentliche Grundsätze der UN-BRK missachtet, sondern vor allem die Fremdbestimmung in Betreuungssituationen verfestigt. Fremdbestimmung ist ein bedeutender Risikofaktor für Gewalt oder erniedrigende Behandlung (vgl. PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle, S. 78). Dieses Risiko besteht immer, wenn Emotionen nicht verbalisiert werden können. Für die betroffene Person bedeuten solche Situationen, dass sie sich nicht ernst genommen und nicht verstanden fühlt. Wiederholte Erfahrungen der Abhängigkeit und das Gefühl, in diesem Prozess kein gleichwertiger Partner zu sein, können zu Passivität und Resignation führen, ein Zustandsbild, das häufig auch als gelernte Hilflosigkeit bezeichnet wird. Wehr- und Hilflosigkeit können aber zu Aggressionen und „Verhaltensauffälligkeiten“ führen und in weiterer Folge zu Freiheitsbeschränkungen oder sozialer Isolierung.

UK fördert Selbstbestimmung und Partizipation

Der Begriff UK ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Methoden, Ansätze oder Konzepte, die darauf abzielen, die individuellen Ausdrucks- und Verständigungsmöglichkeiten zu verbessern, zu erweitern oder zu ersetzen. Gerade in der Kommunikation wird deutlich, dass es nicht genügt, einseitige Maßnahmen zu treffen. Auch nichtbehinderte Gesprächspartner müssen einen Beitrag leisten, wenn eine Intervention in der UK erfolgreich verlaufen soll. Jede Intervention der UK hat mit einer umfassenden Diagnostik und Bestandsaufnahme der kommunikativen Kompetenzen zu beginnen. Dazu zählen das Sammeln von Befunden der verschiedenen Fachdisziplinen, direkte und indirekte Beobachtungen sowie deren Aufzeichnungen durch Bezugspersonen und Fachkräfte.

Die aktuellen und individuellen Kompetenzen der Betroffenen sind der Ausgangspunkt für sämtliche Förderschritte. Als Werkzeuge können Objekte, Gebärden, grafische Symbole oder technische Hilfen eingesetzt werden.

Körpereigene kommunikative Signale müssen Beachtung finden

Im Kontakt mit kommunikationsbeeinträchtigten Menschen haben sich einige grundlegende Interaktionsregeln und Strategien der Gesprächsführung als besonders förderlich erwiesen: Alle kommunikativen Signale sollten beantwortet werden, eine unmittelbare und direkte Rückmeldung ist erforderlich. Die Aufmerksamkeit der nichtsprechenden Person muss beobachtet werden, eigene Beobachtungen und Vermutungen sollen formuliert werden; der nichtsprechenden Person sollte im Kontakt aber so weit wie möglich die Führung überlassen werden. Für eine Reaktion oder Antwort sollte ausreichend Zeit gelassen werden.

UK braucht Übung

Der Einsatz von Sprachausgabegeräten unterscheidet sich von den natürlichen und körpereigenen Kommunikationsformen und muss in der Regel erst erlernt werden. Mitunter dauert es Monate, bis sich ein spontaner Gebrauch zeigt. Aufgabe des Umfeldes ist es daher, Situationen zu schaffen, in denen der Umgang mit den Kommunikationshilfen geübt werden kann.

Fehlen von UK bringt sekundäre Behinderung

Das Fehlen eines UK-Angebots führt zu einer sekundären Behinderung der Betroffenen. Einerseits erhöht sich für die Betroffenen das Risiko, Opfer von

physischer oder psychischer Gewalt zu werden und andererseits ist das Versagen von elementaren Unterstützungsmaßnahmen per se als erniedrigende Behandlung zu qualifizieren.

In der gewaltpräventiven Arbeit kommt der UK deshalb eine große Bedeutung zu. Bei der Analyse, welche Maßnahmen dafür notwendig sind, ist zunächst der Begriff der Kommunikation zu definieren. Kommunikation im Sinn der UN-BRK ist weit zu sehen und umfasst neben Sprache auch Textdarstellung, Brailleschrift, taktile Kommunikation und Ähnliches. Dementsprechend unterschiedlich können auch die Maßnahmen für UK sein. Körpereigene Kommunikationsformen, Mappen mit Bildsymbolen, ICH-Bücher mit Fotos und Symbolen, Sprachtrainings, Emotionskärtchen oder elektronische Kommunikationshilfen können je nach Bedarf zum Einsatz kommen.

UK für Gewaltprävention essentiell

Doch selbst wenn verschiedene Werkzeuge zur Verfügung stehen sollten, bedarf es für deren Anwendung spezifischer Schulungen und Kenntnisse. Diese fehlen vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich der Behindertenbetreuung. Dabei ist von Bedeutung, dass nicht nur alternative Kommunikationsmethoden gelehrt werden, sondern das Personal in Einrichtungen auch direkte Kommunikationspartner sind. Je nach Unterstützungsbedarf müssen Betreuerinnen und Betreuer die kommunikativen Möglichkeiten für die einzelnen Betroffenen herausfinden und im Rahmen eines Entwicklungsplanes die Klientinnen und Klienten bei der Umsetzung einbeziehen.

Eine wirksame UK setzt deshalb die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Methodik und Umsetzung voraus sowie individuell passende Hilfsmittel, um mit Klientinnen und Klienten zielgerichtet arbeiten zu können. In einigen Einrichtungen ist UK ein Schwerpunkt der Arbeit und es wurden eigene Beauftragte für UK bestellt. Diese achten darauf, dass Gebärden, Laute, Bilder, Symbole, Bewegungen oder Geräusche für beteiligte Kommunikationspartner eine gemeinsame Bedeutung erlangen. Ein gutes Beispiel für eine personenzentrierte, individuelle Herangehensweise konnte in einer Einrichtung wahrgenommen werden: Weil ein Bewohner mit Schwerstmehrfachbehinderung gebräuchliche Emotionskärtchen nicht verwenden wollte, er sich aber sehr für Fotos interessierte, wurde ihm eine Mappe mit Abbildungen von sich selbst zusammengestellt. Auf diesen war er in verschiedenen Situationen und Stimmungslagen zu sehen. Durch die Auswahl passender Fotos ist er jetzt in der Lage, sich verständlich zu machen.

Gute Beispiele für UK

In vielen Einrichtungen fehlten diesbezügliche Voraussetzungen, obwohl gerade das Angebot von UK ein Ausdruck der Personenzentrierung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung und damit nach den Maßstäben der UN-BRK ein grundlegender Standard ist.

Wie schon im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 80) ausgeführt wurde, genügen „ein guter Wille“ oder „gute Intentionen“ nicht für einen wirksamen Folter- bzw. Gewaltschutz. In vielen Einrichtungen begeg-

Guter Wille nicht ausreichend

ten die Kommissionen sehr engagierten und sehr bemühten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Aber solange Empowerment-Prinzipien nicht ausreichend in die Arbeit für Menschen mit Behinderung einfließen, wird die Betreuung zwangsläufig zu Abhängigkeitsverhältnissen führen.

In Einrichtungen, in denen von den Kommissionen Gewalt in der Pflege, grobe Verstöße gegen die Intimsphäre der Klientinnen und Klienten oder generell ein respektloser Umgang mit Menschen mit Mehrfachbehinderungen beobachtet werden konnte, fehlten auch die Voraussetzungen für eine adäquate UK. Dies bedeutet im Umkehrschluss nicht zwingend, dass bei Fehlen von UK von Gewalt ausgegangen werden muss. Eine Korrelation kann nach den Wahrnehmungen des NPM aber nicht ausgeschlossen werden.

- ▶ *Der NPM empfiehlt, dass Menschen ohne oder eingeschränkte Lautsprache individuelle, auf ihre Fähigkeiten abgestimmte Kommunikationsmöglichkeiten durch Unterstützte Kommunikation (UK) eröffnet werden.*
- ▶ *UK hat auch eine gewaltpräventive Funktion; zu deren Gewährleistung sind Kenntnisse der Methodik, entsprechende Ausbildungen und eine ausreichende Ressourcenausstattung erforderlich.*

Einzelfälle: VA-NÖ-SOZ/0167-A/1/2015, OÖ-SOZ/0067-A/1/2015, T-SOZ/0025-A/1/2016, B-SOZ/0007-A/1/2016, NÖ-SOZ/0158-A/1/2015, S-SOZ/0028-A/1/2016, S-SOZ/0025-A/1/2016, NÖ-SOZ/0197-A/1/2016, NÖ-SOZ/0151-A/1/2016, W-SOZ/0293-A/1/2016, ST-SOZ/0040-A/1/2016, NÖ-SOZ/0191-A/1/2016, NÖ-SOZ/0126-A/1/2016, NÖ-SOZ/0115-A/1/2015, T-SOZ/0032-A/1/2015, W-SOZ/0368-A/1/2015, W-SOZ/0018-A/1/2016, W-SOZ/0296-A/1/2016, NÖ-SOZ/0006-A/1/2016, W-SOZ/0210-A/1/2015, NÖ-SOZ/0126-A/1/2015, W-SOZ/0105-A/1/2016, OÖ-SOZ/0069-A/1/2016, OÖ-SOZ/0072-A/1/2016, W-SOZ/0251-A/1/2015, NÖ-SOZ/0121-A/1/2016, W-SOZ/0347-A/1/2016

3.4.4 Entwicklungsplanung und Zielvereinbarungen

Zielvereinbarungen – Pfeiler moderner Behindertenarbeit

Die Entwicklungsdiagnostik sowie die Förderung von individuellen Fähigkeiten und von Selbstständigkeit sind die Grundpfeiler einer modernen Behindertenarbeit auf Basis der UN-BRK. Das Erstellen von Entwicklungsplänen ist dafür ein wichtiges Instrument. Realistische Ziele, ausgehend von den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen, müssen identifiziert und anvisiert werden.

Einer Zielvereinbarung liegt immer auch eine Zielformulierung zugrunde. Diese dient dazu, die Planung und Umsetzung zu vereinfachen. Es gibt Ziele des Erreichens, Wiedererlangens und Erhaltens. Angestrebt werden können Erweiterungen fachlicher, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags, Emanzipation und Autonomiegewinn, die Entwicklung der Individualität und Identität sowie der Beziehungsfähigkeit, die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Abbau von Ängsten, Beziehungsaufnahmen nach

außen, wie die Integration in örtliche Vereine etc. Die Ergebnisse und Vereinbarungen sind zu dokumentieren und nach Möglichkeit von beiden Seiten zu unterzeichnen. Vereinbarungen dieser Art sollten als Arbeitsauftrag an Betreuerinnen und Betreuer gesehen werden, Menschen mit Behinderung bei ihrer Erreichung zu unterstützen. Dieser Prozess muss von den Beteiligten später ausführlich evaluiert werden, woraus sich wieder neue Zielvereinbarungen entwickeln können.

Die Kommissionen berichteten der VA von zahlreichen Einrichtungen, in denen keine oder zu oberflächliche Zielvereinbarungen abgeschlossen wurden. Kleinere Teilziele und Maßnahmenbeschreibungen, wie diese Ziele konkret erreicht werden sollten bzw. woran man deren Erreichung festmachen kann, fehlten gänzlich. Wiederkehrende „Formeln“, wonach eine „größere Verselbstständigung“ angestrebt werde, sind wirkungslos, wenn keine passenden Maßnahmen gesetzt werden.

Kommissionen bemängeln Zielvereinbarungen

Der NPM gewinnt auf Basis solcher Fortschreibungen den Eindruck, dass die dauerhafte Versorgung unter Sicherheitsaspekten im Vordergrund steht und Klientinnen und Klienten von Einrichtungen nicht ausreichend unterstützt werden, um individuelle Potenziale zu entfalten. Begleitung und entwicklungsfördernde Unterstützung bzw. die Achtung der Selbstbestimmung und der persönlichen Integrität erfordern einen beständigen Dialog. Es geht darum, Menschen mit Behinderung mittels Zielplanungen Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen, aus denen Lebensperspektiven und -pläne entstehen können.

Klientinnen und Klienten können Potenziale nicht entfalten

Die Unterstützung bei der Förderung der eigenen Potenziale und Fähigkeiten ist auf Basis der UN-BRK ein Recht aller Menschen. Deshalb genügt es nicht mehr, Klientinnen und Klienten nur gut zu „versorgen“. Eine sinnvolle Betätigung ist eine der Grundvoraussetzungen für ein erfülltes Leben. Auch für Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf in basalen Gruppen könnten Möglichkeiten zum Austausch insbesondere mit Werkstättengruppen angeboten werden (z.B. übergreifende Aktivitäten, gemeinsame Arbeit an spezifischen Produkten, Projekte etc.).

Förderung der eigenen Potenziale ist Menschenrecht

- ▶ ***Die Förderung eigener Potenziale ist ein Menschenrecht und ist daher von den Einrichtungen zu gewährleisten. Konkrete und messbare Ziel- und Maßnahmenvereinbarungen sind dafür essentiell.***
- ▶ ***Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen müssen dabei im Vordergrund stehen.***

Einzelfälle: VA-W-SOZ/0038-A/1/2016, S-SOZ/0025-A/1/2016, ST-SOZ/0040-A/1/2016, K-GES/0010-A/1/2016, K-GES/0011-A/1/2016, W-SOZ/0209-A/1/2016, W-SOZ/0230-A/1/2016, W-SOZ/0308-A/1/2016, NÖ-SOZ/0115-A/1/2015, W-SOZ/0368-A/1/2015, NÖ-SOZ/0024-A/1/2016, W-SOZ/0018-A/1/2016, W-SOZ/0019-A/1/2016, NÖ-SOZ/0006-A/1/2016, W-SOZ/0295-A/1/2015, OÖ-SOZ/0042-A/1/2015, NÖ-SOZ/0126-A/1/2015, W-SOZ/0105-

A/1/2016, OÖ-SOZ/0069-A/1/2016, OÖ-SOZ/0086-A/1/2015, OÖ-SOZ/0072-A/1/2016, NÖ-SOZ/0084-A/1/2015, W-SOZ/0251-A/1/2015, W-SOZ/0235-A/1/2015, W-SOZ/0250-A/1/2015, OÖ-SOZ/021-A/1/2016, NÖ-SOZ/0121-A/1/2016, W-SOZ/0347-A/1/2016, B-SOZ/0007-A/1/2016,

3.4.5 Erniedrigende Behandlung durch Unachtsamkeit und unzureichende Konzepte

Menschenrechtsverletzungen bei Kontrollen festgestellt

Die vordringliche Aufgabe des NPM ist es, Strukturen und Faktoren zu identifizieren, die zu Folter, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe führen können.

Jedoch zeigt sich in der Arbeit der Kommissionen, dass diese auch mit Handlungen oder Unterlassungen konfrontiert sind, die bereits unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen. Bei der Priorisierung von Empfehlungen des NPM macht es dann einen Unterschied, ob Maßnahmen präventiv empfohlen werden oder Reaktionen auf bestehende Menschenrechtsverletzungen geboten sind. Ab wann allerdings diesbezügliche Grenzen überschritten sind und Menschenrechtsverletzungen manifestiert sind, ist nicht immer zweifelsfrei geklärt.

Vernachlässigung

Beispielsweise machte die Kommission 2 im Zuge eines Besuchs in Sbg verschiedene besorgniserregende Feststellungen. In der Einrichtung für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen wurde trotz suicidalen Handlungen auf Psychoedukation oder Medikamententraining von Seiten der Einrichtung verzichtet. Den Bewohnerinnen und Bewohnern blieb damit eine Voraussetzung für einen selbstverantwortlichen Umgang mit der psychischen Erkrankung und ihrer Bewältigung verwehrt. Eine professionelle Suizidabklärung fand nicht statt.

Abfällige Sprache und fehlende Partizipation

Gleichzeitig beklagten Klientinnen und Klienten, dass sie mit abfälligen Bemerkungen konfrontiert seien. Ein Klient fühlte sich durch Aussagen, dass er „nichts könne und auch nichts schaffe“, verletzt. Eine junge Klientin, die Heimweh verspürte und mit ihren Eltern telefonieren wollte, wurde als „Mamaplärerin“ bezeichnet. Eine weitere Klientin wurde als „Nymphomanin, die wenn es ginge, mit jedem Mann im Ort Geschlechtsverkehr haben würde“ beschrieben. Bewohnerinnen und Bewohner hatten keine Mitsprache und kaum Gestaltungsspielraum bei den Freizeitaktivitäten. Beschwerden über strenge Disziplinarmaßnahmen wie Besuchsverbote und Ähnliches wurden der Kommission in vertraulich geführten Gesprächen zur Kenntnis gebracht. Beanstandet wurden von der Kommission auch die fehlende Sensibilisierung hinsichtlich potenzieller Freiheitsbeschränkungen, die unzureichend präzierte Anordnung von Bedarfsmedikation, Dokumentationsmängel und das Fehlen jeglicher Zielvereinbarungen. Nach mehreren aufsichtsbehördlichen Kontrollen und Gesprächen mit der Trägereinrichtung wurden von der Fachaufsicht Auflagen zur Überarbeitung des Betriebskonzeptes und der Hausordnung erteilt

sowie extern begleitete Workshops zur Behebung bestehender Mängel initiiert (Regeln im Haus, Privatsphäre, Freizeitangebote, Partizipation, Beschwerdemöglichkeiten usw.) und die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Supervision geschaffen. Mit der Bewohnervertretung wurde hinsichtlich möglicher medikamentöser Freiheitsbeschränkungen Kontakt aufgenommen und Einvernehmen hinsichtlich der zu erstattenden Meldungen erzielt. Gegenüber der VA sicherte die LReg zu, dass 2017 auch ein begleitender fachlicher Dienst im Ausmaß von 0,5 Vollzeitäquivalenten zur Stärkung der psychologischen bzw. therapeutischen Betreuung in der Einrichtung etabliert werden soll.

Ob Handlungen oder Unterlassungen als erniedrigende Behandlung zu qualifizieren sind, muss gemäß Art. 16 UN-CAT sowie ergänzend gemäß Art. 3 EMRK beurteilt werden.

Maßstab für erniedrigende Behandlung

Eine erniedrigende Behandlung oder Strafe ist geeignet, beim Opfer Gefühle der Angst, des Leides und der Unterlegenheit hervorzurufen, dieses zu demütigen und zu erniedrigen und seinen physischen oder moralischen Widerstand zu brechen oder das Opfer dahingehend anzutreiben, gegen seinen Willen oder sein Gewissen zu handeln. Der Grad der Demütigung muss ein gewisses Mindestmaß an Schwere erreichen. Das Erreichen dieses Ausmaßes ist relativ und hängt immer von den Gegebenheiten des Einzelfalls ab. Auch ohne verfolgte Absicht kann eine Menschenrechtsverletzung im Sinne einer erniedrigenden Behandlung nicht ausgeschlossen werden.

Davon ist jedenfalls auszugehen, wenn Eingriffe in die Intimsphäre zum Alltag gehören. So konnten Mitglieder der Kommission 5 zufällig beobachten, wie das Duschen in einer Einrichtung für mehrfachbehinderte Menschen in NÖ konkret vor sich ging. Vor den Augen der Kommission wurde ein Bewohner nackt mit dem Hebelift aus dem Badezimmer über den Gang in sein Zimmer geschoben. Anschließend wurde ein Bewohner zum Duschen geschickt, während im Bad noch eine Bewohnerin nackt auf der Toilette saß. Die Türe zum Badezimmer stand über einen Zeitraum von drei Stunden häufig weit offen und bot allen, die vorbeigingen, ungehinderte Einblicke auf duschende Bewohnerinnen und Bewohner. Zu diesen Praktiken befragt verwiesen Betreuerinnen und Betreuer auf den bestehenden Zeitdruck. Die vom Personal erzwungene Nacktheit vor anderen stellt eine massive menschenrechtswidrige Grenzverletzung dar. Dem NPM wurde vom Einrichtungsträger zugesichert, dass die Praxis des nicht einvernehmlichen gemeinsamen Duschens von Männern und Frauen unverzüglich beendet wird.

Missachtung der Intimsphäre

Eine Behandlung ist nach der Rechtsprechung des EGMR dann erniedrigend, wenn sie den Betroffenen in seiner Würde verletzt. Besonders gefährdet sind Personengruppen, die regelmäßig oder unter besonderen Umständen besonders schutzbedürftig sind. Dies trifft auf Menschen mit Behinderungen regelmäßig zu; besonders gefährdet sind Personen mit Mehrfachschwerstbehinderungen, aber auch Personen, bei denen zu einer Lernbehinderung eine psychiatrische Störung hinzutritt.

Verletzung der Menschenwürde

Drohende Verwahrlosung trotz Betreuung

Die Kommission 2 besuchte in OÖ eine Einrichtung im Rahmen des „teilbetreuten Wohnens“, die einer 63-jährigen Frau und einem 62-jährigen Mann mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in einem 300 Jahre alten Kleinbauernhaus bzw. einem daneben aufgestellten Baucontainer Unterkunft bot. Seitens der Einrichtung war zu hören, dass dieses entlegene Objekt 2012 speziell für Frau N.N. bezogen wurde. Die Abgelegenheit erschien insoweit förderlich, als sie wegen des bestehenden Messie-Syndroms keine Chance habe, ihrer Kauf- und Sammelsucht nachzukommen. Herr N.N. ist 2015 in den eigens für ihn aufgestellten Baucontainer zugezogen. Er hatte zuvor in jahrzehntelanger Einsamkeit ohne Wasser und Strom gelebt. Ein State of the Art-Betreuungskonzept mit abgestimmten pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen, die bei Personen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen jedenfalls angezeigt wäre, wurde für beide nicht erstellt und die Betreuung war wochentags auf die Zeit von 7.00 bis 13.30 Uhr begrenzt. Darüber hinaus blieben beide sich selbst überlassen und waren nach Ansicht der Kommission 2 der Verwahrlosung ausgesetzt und seelisch nicht stabil genug, um sich im Notfall selbst zu helfen bzw. Hilfe organisieren zu können.

Es existierten auch keinerlei Förder- oder Betreuungspläne, die individuelle Entwicklungsprozesse in zentralen Betreuungs- und Versorgungsbereichen (Alltag, medizinisch, sozialintegrativ usw.) dokumentiert hätten. Erst auf Betreiben der VA wurde die Einrichtung im Mai 2016 geschlossen.

Fachlich unzureichende Rehabilitation

Die Kommission 3 besuchte in der Stmk eine Einrichtung, die Mädchen und Frauen im Alter von 16 bis 23 Jahren betreut. Bei allen Bewohnerinnen waren schwere psychiatrische Erkrankungsbilder (Substanzabhängigkeit, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen) ursächlich für Schulabbrüche und standen einer Integration in den Arbeitsmarkt entgegen. Der Kommission erschien das Rehabilitationskonzept, das Grundlage der pädagogischen Interventionen war, gänzlich ungenügend und menschenrechtlich bedenklich. Die Klientinnen durften in den ersten Monaten nach Aufnahme keinen Kontakt nach außen haben und durften auch nicht ihr Handy benutzen. Die Hausregeln verwiesen zwar auf den Stmk Behindertenanwalt, jedoch wurde jeglicher telefonischer und brieflicher Kontakt über Monate hinweg kontrolliert. Eine Möglichkeit zur Beschwerde gab es dadurch nicht. Starre Regeln griffen in Persönlichkeitsrechte der Klientinnen ein: Das Betreuungspersonal bestimmte die Angemessenheit der Bekleidung. Wer unerlaubt außerhalb festgelegter Essenszeiten Nahrung zu sich nahm, wurde dafür bestraft. Als menschenrechtlich unzulässig wurden auch Kollektivstrafen erachtet. Formulierte Therapieziele, wie zum Beispiel „keine Suchtrübfälle“ sind nach Einschätzung der Kommission 3 nicht umsetzbar, da Rückfälle ein integraler Teil des Erkrankungsbildes der Substanzabhängigkeit sind und therapeutisch über Jahre eine Herausforderung darstellen, denen man mit Verboten alleine nicht begegnen kann. Unvertretbar war auch der Ansatz, dass Klientinnen mit Borderline-Störungen, die sich selbst verletzten, blutende Wunden eigenständig versorgen mussten und dafür benötigte Plaster und Ver-

bandsmaterial von ihrem Taschengeld zu bezahlen hatten. Eine Klientin wurde auf Ersuchen der Kommission 3 noch am Besuchstag in ein Krankenhaus gebracht, da sie über sehr starke Schmerzen klagte. Psychotherapeutische Angebote und engmaschige psychiatrische Kontrollen fehlten in der Einrichtung gänzlich. Über Veranlassung der Stmk Aufsichtsbehörde wurden inzwischen das Betreuungskonzept und die Hausordnung überarbeitet sowie für eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Betreuungsteams Sorge getragen.

Aus Sicht des NPM sind massive Einschränkungen der Selbstbestimmtheit und Privatsphäre, der wiederholte Gebrauch einer herabwürdigenden Sprache, ein Sanktionensystem mit dem Ziel absoluter Gefügigmachung, aber auch die soziale Isolierung von Menschen mit Behinderung sowie Bedingungen, die einer Verwahrlosung nicht entgegenwirken, Formen erniedrigender Behandlung.

Dies sollte allen Einrichtungen, aber auch den Aufsichtsbehörden bewusst sein und entsprechend beachtet werden. In Übereinstimmung mit der UN-BRK müsste der Grundmaßstab sein, dass die Autonomie und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern in allen Bereichen bestmöglich gestärkt wird. Bei der Frage, ob eine einschränkende Maßnahme gerechtfertigt ist oder nicht, könnte es eine einfache Beurteilungsregel geben: Alles, was keinem therapeutischen – oder im Fall von Minderjährigen gerechtfertigten erzieherischen – Ziel dient, ist als Maßnahme prinzipiell abzulehnen. Das würde bedeuten, dass es zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Einrichtungen kommt. Die Beurteilung im Einzelfall wird dennoch immer notwendig sein.

Zur näheren Erörterung dieser Fragen wurde der MRB um eine Stellungnahme gebeten, die derzeit in Ausarbeitung ist.

- ▶ *Bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung oder einer psychiatrischen Erkrankung müssen Einrichtungen besonders darauf achten, dass die betreuten Personen keiner erniedrigenden Behandlung ausgesetzt sind.*
- ▶ *Gesundheitsförderung durch Therapieangebote hat auf fachlich anerkannten Konzepten zu basieren, die den Menschen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung in allen Bereichen ermöglichen.*

Einzelfälle: VA-S-SOZ/0010-A/1/2016, NÖ-SOZ/0126-A/1/2016, OÖ-SOZ/0021-A/1/2016, ST-SOZ/0097-A/1/2015

3.4.6 Kritik an Kärntner Zentren für psychosoziale Rehabilitation

Nach Auflösung psychiatrischer Langzeitpflegestationen übernehmen Zentren für psychosoziale Rehabilitation in Kärnten die Betreuung sowie die Pflege von chronisch psychisch kranken Menschen. In Ktn gibt es insgesamt 31 Zentren für psychosoziale Rehabilitation mit 762 Betreuungsplätzen, davon sind allein 16 Betriebe mit 321 Plätzen im Bezirk St. Veit an der Glan (Quelle: Regionaler Strukturplan Gesundheit – Kärnten 2020, S. 70).

Darunter befinden sich Einrichtungen mit nur sehr wenigen zu betreuenden Personen, aber auch Einrichtungen für 40 bis 80 Klientinnen und Klienten.

Bauernhöfe als
Rehabilitationszentren?

Der überwiegende Anteil dieser Zentren sind landwirtschaftliche Betriebe, meist entlegene Bauernhöfe, die Leben und Arbeit im bäuerlichen Verband gegen geringes Taschengeld bieten und teils unter Einsatz der zu Betreuenden baulich saniert wurden. Perspektiven, jemals ein eigenständigeres Leben zu führen, eine eigene Wohnung zu beziehen, eine Ausbildung zu beginnen, in den Erwerbsprozess einzusteigen oder eine Familie zu gründen, gab es unter diesen Rahmenbedingungen nicht.

Der Zugang zu professioneller beruflicher und sozialer Rehabilitation und therapeutischer Unterstützung bleibt aber auch den Bewohnerinnen und Bewohnern größerer Wohnheime verwehrt. 2015 und 2016 führte die Kommission 3 in einer seit Jahrzehnten betriebenen Einrichtung, in der 70 Menschen zwischen 35 und 70 Jahren leben, Kontrollbesuche durch. Bewohnerinnen und Bewohner berichteten im Vorjahr, dass nachts keine Pflegeperson zur Verfügung stehe, sie fast nie Besuch bekämen und sie kaum Kontakte zur Ortsbevölkerung hätten. Beklagt wurden die fehlende Kontrolle über das verwaltete Taschengeld, die unangemeldeten Zimmerkontrollen und der rüde Umgangston. Der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern hat sich – wie die Kommission beim zweiten Besuch feststellen konnte – zwar nach dem Einschreiten des NPM verbessert und es werden nun auch nächtliche Hilfestellungen gewährt. Das ändert aber nichts daran, dass faktisch nur pflegerische Grundversorgung (Betreuungsschlüssel 1:9) und ärztliche Hilfe gewährleistet sind. Psychosoziale Betreuung ist mit den Tagsätzen nach dem K-MSG nicht verbunden.

Psychosozial ausgebildetes Personal ist – entgegen der Bewilligungsbescheide – auch in anderen von der Kommission 3 besuchten Zentren für psychosoziale Rehabilitation nicht tätig. In keiner der besuchten Einrichtungen gab es die seit 2005 gesetzlich vorgeschriebenen Heimverträge.

Das geltende K-ChG enthält einen nicht der UN-BRK entsprechenden einschränkenden Behindertenbegriff, der chronisch bzw. psychiatrisch Kranke und ältere Menschen ausdrücklich von Teilhabeansprüchen und psychosozialer Betreuung und Rehabilitation ausschließt. Dies stellt eine krasse Diskriminierung psychisch (chronisch) Kranker dar.

Dass eine Einbeziehung dieser Personengruppe in das K-ChG zwingend notwendig ist, hat die VA gegenüber der Ktn LReg mehrfach schriftlich mitgeteilt und in einem Gespräch mit dem zuständigen Regierungsmitglied im Herbst 2016 nochmals betont. Der legislative Änderungsbedarf wurde auch in der Debatte im Ktn Landtag seitens der VA im Jänner 2017 dargelegt. Dem NPM wurde von der Ktn LReg inzwischen mitgeteilt, dass eine Gleichstellung Mehrkosten in Höhe von 14 Millionen Euro verursachen würde.

Außerhalb der Zentren für psychosoziale Rehabilitation gibt es in Ktn bislang nur zwei betreute Wohnformen für psychisch kranke Menschen in der Altersklasse zwischen 18 und 50 Jahren.

3.5 Justizanstalten

3.5.1 Einleitung

Mit folgender überblicksartiger Darstellung sollen die vom NPM im Berichtsjahr wahrgenommenen Kritikpunkte und ergangenen Empfehlungen zum Straf- und Maßnahmenvollzug aufgezeigt werden. Insgesamt wurden 37 Besuche in JA und 4 Besuche in Einrichtungen für Maßnahmenpatienten absolviert. Die Ergebnisse dieser präventiven Menschenrechtsarbeit sind in sieben Kapiteln unterteilt. Die Untergliederung orientiert sich wie auch im Vorjahresbericht an der Gliederung der Berichtsprotokolle des NPM.

Insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung bestehen nach wie vor Defizite. Daher war das „Gesundheitswesen“ im Vollzug auch dieses Jahr ein Schwerpunktthema des NPM. Das erste Kapitel (3.5.2.) ist den umfangreichen Erhebungen zum Gesundheitswesen gewidmet. Daran anschließend werden die Erkenntnisse und Empfehlungen des NPM zum Themenbereich „Personal“ (3.5.3.) aufgezeigt. Neben dem Personalmangel in der Justizwache sowie im medizinischen Bereich hat sich der NPM auch mit der Thematik befasst, ob Bedienstete der Justizwache ein Namensschild sichtbar tragen sollen. Hierzu hat der NPM eine entsprechende Empfehlung beschlossen.

Die Einschusszeiten und das Beschäftigungsangebot in Vollzugseinrichtungen werden ebenso wie der Schwerpunkt „Frauen im Vollzug“ im Kapitel „Lebens- und Aufenthaltsbedingungen“ (3.5.4.) dargestellt. Das vierte Kapitel befasst sich mit dem „Zugang zu Informationen“ (3.5.5.), wobei insbesondere der hohe Ausländeranteil nicht Deutsch sprechender Inhaftierter und die daher bestehende Sprachenvielfalt im Vollzugsalltag eine Herausforderung darstellen. Die Wahrnehmungen des NPM betreffend den „Kontakt nach außen“ (3.5.6.) werden im fünften Kapitel exemplarisch dargelegt. Im sechsten Kapitel „Bauliche Ausstattung“ (3.5.7.) werden unter anderem die Fortschritte zur Barrierefreiheit sowie die kollegiale Empfehlung zu versperrbaren Spinden thematisiert.

Das letzte Kapitel (3.5.8) ist dem „Maßnahmenvollzug und den Nachsorgeeinrichtungen“ gewidmet. Der NPM hat sich im vergangenen Jahr vermehrt stationären Betreuungseinrichtungen zugewandt, in denen Maßnahmenpatientinnen und Maßnahmenpatienten sowie aus dem Maßnahmenvollzug bedingt entlassene Insassinnen oder Insassen untergebracht sind.

3.5.2 Gesundheitswesen

Anwesenheit von exekutivem Personal während medizinischer Untersuchungen

Der NPM befasste sich im Berichtsjahr intensiv mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen in den österreichischen JA die Anwesenheit von Bediensteten

Ordination und Krankenabteilungen

der Justizwache während einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung geboten ist. Bereits in den Vorjahresberichten (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 100; PB 2014, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 152 f.) zeigte der NPM auf, dass Justizwachebedienstete während medizinischer oder pflegerischer Interventionen in den Behandlungsräumen anwesend sind, selbst wenn kein Sicherheitsrisiko besteht. Diese Praxis wurde im Berichtsjahr im Zuge von Besuchen verschiedener JA (wie beispielsweise in den JA Innsbruck, Wiener Neustadt, Wien-Favoriten, Stein und Leoben) erneut wahrgenommen.

Exekutives Hilfspersonal
unterstützt Ärztinnen
und Ärzte

Konkret wurde erhoben, dass in den Krankenabteilungen neben den Ärztinnen und Ärzten auch diplomiertes Pflegepersonal sowie Bedienstete der Justizwache beschäftigt sind. Dieses – exekutive oder nicht exekutive – Hilfspersonal führt unterstützende Tätigkeiten durch.

Aus Sicht des BMJ obliegt es der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt im Einzelfall, das fachlich erforderliche Hilfspersonal festzulegen. Das anstaltsärztliche Hilfspersonal ist laut BMJ von der ärztlichen Verschwiegenheitsverpflichtung umfasst. Dadurch werde die Vertraulichkeit des medizinischen Kontaktes gewahrt.

Vertraulichkeit nicht
gewahrt

Nach Ansicht des NPM steht die Anwesenheit von Bediensteten der Justizwache in den Behandlungsräumen während einer medizinischen Behandlung im Spannungsfeld zur gebotenen Wahrung der Intimität und Vertraulichkeit. Die Achtung der Privatsphäre und der Vertraulichkeit sind grundlegende Rechte des Einzelnen und sind wesentlich für die vertrauensvolle Atmosphäre, welche wiederum ein notwendiger Bestandteil des Arzt-Patienten-Behandlungsverhältnisses ist. Insbesondere in JA, wo die Inhaftierten sich die Ärztin bzw. den Arzt nicht frei aussuchen können, gilt es, diese Rechte zu wahren [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 35].

Sensible Daten

Auch das CPT legt in seinen Standards fest, dass jede ärztliche Untersuchung von Gefangenen außer Hörweite und – wenn die betroffene Ärztin bzw. der betroffene Arzt nichts anderes verlangt – außer Sicht der Gefängnisbediensteten durchgeführt werden soll. Ebenso soll die Führung der Patientenakten in der alleinigen Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes liegen [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 36].

Verletzung des Prinzips
der medizinischen
Vertraulichkeit

Im Bericht des CPT an die österreichische Regierung über seinen Besuch in Österreich im Herbst 2014 [CPT/Inf (2015) 34, Deutsch, S. 39] wird die starke Besorgnis über die fehlende bzw. unzureichende medizinische Vertraulichkeit in allen besuchten Einrichtungen zum Ausdruck gebracht: „In jedem Gefängnis wurden verschiedene Aufgaben in Zusammenhang mit medizinischer Versorgung, die normalerweise diplomierten Krankenpflegern vorbehalten sind, von Sanitätsbeamten, d.h. Vollzugsbeamten mit nur grundlegender medizinischer Ausbildung ausgeführt. Diese Sanitätsbeamten waren gewöhnlich bei medizinischen Konsultationen anwesend, hatten Zugang zu den Krankenakten (ein-

schließlich der elektronischen Datenbank) und waren für die Verteilung der verschriebenen Medikamente verantwortlich. Gleichzeitig führten sie weiterhin ihre Aufsichtsfunktionen durch. Diese Vorgehensweise ist eine Verletzung des Prinzips der medizinischen Vertraulichkeit und gefährdet die Wahrnehmung der professionellen Unabhängigkeit des für medizinische Versorgung zuständigen Gefängnispersonals.“

Das CPT empfahl den österreichischen Behörden, „in allen JA in Österreich die Abschaffung der Vorgehensweise, Vollzugsbeamte in die Ausübung medizinischer Aufgaben einzubinden, in die Wege zu leiten. Dadurch wird sich unweigerlich der Umfang des Pflegepersonals erhöhen.“ Ferner empfahl das CPT, dass „unmittelbare Schritte unternommen werden, um sicherzustellen, dass Sanitätsbeamte in allen JA keine Aufsichtsfunktionen mehr ausüben“.

Sanitätsbedienstete dürfen keine Aufsichtsfunktionen ausüben

Der NPM schließt sich der Überlegung des CPT an und richtete Anfang 2017 eine Empfehlung an den Bundesminister für Justiz. Darin wird gefordert, dass zur Wahrung des Grundsatzes der ärztlichen Vertraulichkeit auf den Krankenabteilungen und in den Ordinationen der JA ausschließlich ausgebildetes Kranken- und Pflegepersonal Dienst versieht. Dies soll durch entsprechende organisatorische Maßnahmen sukzessiv gewährleistet werden. Das Kranken- und Pflegepersonal darf keine Aufsichtsfunktionen ausüben.

Empfehlung des NPM

Der NPM verkennt nicht, dass im Interesse des Rechts auf Sicherheit des ärztlichen und pflegerischen Personals mögliche Gefährdungen zu vermeiden sind. Dieses Recht wird dadurch gewahrt, dass ausnahmsweise über Verlangen der Ärztin bzw. des Arztes exekutive Strafvollzugsbedienstete beigezogen werden. Die Entscheidung obliegt der Ärztin bzw. dem Arzt. Als Hilfestellung wird von der Vollzugsverwaltung eine Gefährlichkeitseinschätzung der vorgeführten Patientin bzw. des vorgeführten Patienten vorgenommen.

Anwesenheit nur in begründeten Ausnahmefällen

Die Anwesenheit eines exekutiven Strafvollzugsbediensteten soll daher die Ausnahme sein. Auch in diesen Fällen ist aber darauf zu achten, dass die Vertraulichkeit weitestgehend durch technische bzw. bauliche Vorkehrungen (z.B. Paravent, Glastrennwand, Kopfhörer) gewahrt bleibt.

Nach Ansicht des NPM kann dem Sicherheitsbedürfnis des ärztlichen und pflegerischen Personals zusätzlich dadurch Rechnung getragen werden, dass die Untersuchungsräumlichkeiten in den JA mit einem Notrufsystem (z.B. Notrufklingel) ausgestattet sind. Der NPM empfahl daher, dafür Sorge zu tragen, dass die Untersuchungsräumlichkeiten in den JA mit einem Notrufsystem ausgestattet sind.

Ausstattung mit einem Notrufsystem

Vorgreifend der Reaktion des BMJ kann aus der JA Wien-Favoriten berichtet werden, dass sich in Zukunft Justizwachebedienstete während der Untersuchungen nicht mehr im Behandlungsraum aufhalten werden, sofern nicht ein besonderer Sicherheitsbedarf besteht bzw. dies nicht vom medizinischen bzw. pflegerischen Personal ausdrücklich gewünscht wird.

JA Wien-Favoriten setzt erste Maßnahmen

- ▶ *Auf Krankenabteilungen und in Ordinationen hat ausschließlich ausgebildetes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Dienst zu versehen. Dieses darf keine Aufsichtsfunktionen ausüben.*
- ▶ *Eine Beziehung von Strafvollzugsbediensteten der Justizwache darf nur ausnahmsweise aufgrund einer Gefährlichkeitsprognose über Verlangen der Ärztin bzw. des Arztes erfolgen.*
- ▶ *Die Untersuchungsräumlichkeiten in den JA müssen mit einem Notrufsystem ausgestattet sein.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0738-B/1/2015, J/0145-B/1/2016, J/0099-B/1/2016, J/0608-B/1/2015, J/0037-B/1/2016, J/0188-B/1/2016, J/0242-B/1/2016

Zugangsuntersuchung

Ein weiteres Schwerpunktthema im Gesundheitswesen war auch in diesem Berichtsjahr die Zugangsuntersuchung in JA. Wie bereits im Vorjahresbericht dargelegt (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 98 f.) waren zwei zentrale Fragestellungen von besonderem Interesse für den NPM: Was umfasst die Zugangsuntersuchung und wann findet sie statt?

Umfang der Zugangsuntersuchung

Der Zweck der Zugangsuntersuchung ist einerseits Fremd- und Selbstschutz. Das bedeutet, dass der gesundheitliche Zustand einer Person erhoben werden soll, bevor er unter staatlicher Obhut in einer freiheitsentziehenden Einrichtung angehalten wird. Damit soll die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert und eine adäquate medizinische Versorgung der betroffenen Person sichergestellt werden. Andererseits hat die Zugangsuntersuchung auch die Funktion, dass allfällige Misshandlungsspuren entdeckt und medizinisch abgeklärt werden. Dazu ist es notwendig, dass zusätzlich zu einem Anamnesegespräch auch eine körperliche Begutachtung der inhaftierten Person stattfindet.

Uneinheitliches Vorgehen

Bedauerlicherweise konnten die Erhebungen des NPM nicht bestätigen, dass die seitens des BMJ dargelegten Standards bei Zugangsuntersuchungen (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 99 f.) tatsächlich flächendeckend in allen österreichischen JA erfüllt werden.

Der NPM musste insbesondere feststellen, dass die Zugangsuntersuchung keine Ganzkörperuntersuchung umfasst, sondern ausschließlich aus einem Anamnesegespräch besteht. Dies wurde beispielsweise in den JA Wiener Neustadt, Innsbruck, Feldkirch, Wien-Favoriten und Wien-Simmering erhoben. Anstelle einer Untersuchung werden lediglich das Befinden, die Vorgeschichte und die eingenommenen Medikamente abgefragt. Teilweise wird zusätzlich zum Anamnesegespräch der Blutdruck gemessen. Gewichtskontrollen erfolgen nach den Erhebungen des NPM in aller Regel nur bei sehr stark über- oder unterge-

wichtigen Personen, ansonsten wird das Körpergewicht regelmäßig erfragt. In der JA Stein gaben Inhaftierte und Bedienstete hingegen an, dass zusätzlich eine Blutabnahme und ein Elektrokardiogramm gemacht werden.

Der NPM forderte bundeseinheitliche Standards zur Festlegung des Umfangs der Zugangsuntersuchung. Außerdem wurde angeregt, dass die Inhaftierten neben einem Anamnesegespräch auch einer körperlichen Untersuchung (inklusive Entblößung) zu unterziehen sind. Nur so kann nach Ansicht des NPM der Zweck der Zugangsuntersuchung (Fremd- und Selbstschutz und Entdeckung von Misshandlungen) erfüllt werden.

Bundeseinheitliche Standards gefordert

Im August 2016 wurden mit einem Erlass des BMJ bundesweit Standards zum Umfang der Zugangsuntersuchung eingeführt (Erlass BMJ-GD42708/0002-II 3/2016). Demnach wird die Zugangsuntersuchung mit Hilfe eines in der IVV-Med abrufbaren Untersuchungsbogens durchgeführt. Der Standard-Anamnesebogen ist den allgemeinen Untersuchungsbögen in der Aufnahme eines Krankenhauses nachgebildet.

Erlass des BMJ legt Standards fest

Laut Erlass sind Blutuntersuchungen nur dann anzuordnen, wenn dies medizinisch indiziert ist. Gleichzeitig ist im Erlass festgelegt, dass jedenfalls vor der Übernahme in Strafhaft eine generelle Blutuntersuchung erfolgen sollte. Der NPM sieht die bundesweite Einführung von routinemäßigen Blutabnahmen sowie Laboruntersuchungen bei Neuaufnahme von Inhaftierten positiv.

Blutuntersuchung

Der NPM hegt allerdings Bedenken, dass – wiewohl laut Mitteilung des BMJ Elektrokardiogramm-Untersuchungen bei Einnahme von bestimmten Medikamenten nunmehr zwingend durchzuführen sind – diese Regelung nicht in den Erlass aufgenommen wurde.

Erlass unvollständig

Für den NPM ist überdies noch ungeklärt, warum der Erlass nicht auch vorsieht, dass im Zuge von Zugangsuntersuchungen der Körper zu entblößen ist. Die seitens des BMJ zum Ausdruck gebrachte Begründung wird als unbefriedigend angesehen: Das BMJ argumentiert, dass beim Erstkontakt mit einer kurzen Inspektion des Oberkörpers (durch einen Bediensteten der Justizwache) das Auslangen gefunden werden könne, um mögliche Verletzungen zu erkennen. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Sinn und Zweck einer Zugangsuntersuchung auch die Diagnose von Verletzungen bzw. das Erkennen von Misshandlungsspuren ist. Auch die Richtlinien des UN-Istanbul-Protokolls (Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) verlangen als standardisierte Verletzungsdokumentation eine Erhebung und detaillierte Beschreibung allfälliger Verletzungen. Dafür ist selbstverständlich eine Ganzkörperuntersuchung (inklusive Entblößung) erforderlich.

Körperentblößung

Ob die erlassmäßig geregelten Standards zum Umfang der Zugangsuntersuchung ausreichen oder ob Ergänzungen und eine Überarbeitung des Erlasses anzuregen sind, wird einer näheren Prüfung durch den NPM unterzogen.

Abschließendes Ergebnis noch offen

Zeitpunkt der Zugangsuntersuchung

Betreffend den Zeitpunkt der Zugangsuntersuchung besagen die CPT-Standards, dass alle neu angekommenen Gefangenen so bald wie möglich durch eine Ärztin bzw. einen Arzt ordnungsgemäß befragt und körperlich untersucht werden sollen [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 32]. Liegen keine außergewöhnlichen Umstände vor, sollte die Befragung und Untersuchung am Tag der Ankunft durchgeführt werden, insbesondere wenn Untersuchungsanstalten betroffen sind.

Befragung und Untersuchung am Tag der Einlieferung

Weiters hat das CPT in seinem Bericht über den Besuch in Österreich im Februar 2009 [CPT/Inf (2010) 5, Deutsch, S. 39] empfohlen, dass neu ankommende Häftlinge so bald wie möglich nach ihrer Einlieferung von einer Ärztin bzw. einem Arzt (oder von einer vollqualifizierten Pflegekraft, die an die Ärztin bzw. den Arzt berichtet) untersucht werden und – außer in Ausnahmefällen – die Befragung und Untersuchung am Einlieferungstag durchgeführt werden soll.

Wie bereits im Vorjahresbericht dargestellt, vertritt das BMJ die Auffassung, dass durch die Polizei eingelieferte oder aus einer anderen JA überstellte Personen nur dann unmittelbar einer Ärztin bzw. einem Arzt zur Erstuntersuchung vorgestellt werden, wenn die Zielanstalt über eine eigene Sonderkrankenanstalt verfügt. Handelt es sich um eine JA ohne angeschlossene Sonderkrankenanstalt, kann es laut BMJ bis zu (maximal) vier Tage dauern, bis eine Erstuntersuchung durchgeführt wird. Sollte eine Insassin oder ein Insasse über akute Beschwerden klagen, erfolgt eine sofortige Ausführung in das nächstgelegene Krankenhaus (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 99).

Die Erhebungen des NPM zeigten, dass die Durchführung der Zugangsuntersuchung in der vom CPT geforderten Zeitspanne innerhalb von 24 Stunden im Hinblick auf die personelle Situation in den Vollzugseinrichtungen oft nicht gewährleistet wird. Besonders kritikwürdig war jedoch, dass selbst die vom BMJ angegebene Zeitspanne von maximal vier Tagen in einigen JA nicht eingehalten wurde.

Untersuchung binnen sieben Tagen

Beispielhaft zu erwähnen ist, dass im gerichtlichen Gefangenenhaus JA Wiener Neustadt die Zugangsuntersuchung bis Sommer 2016 lediglich einmal in der Woche stattfand. Auch im landesgerichtlichen Gefangenenhaus der JA Krems werden Häftlinge lediglich binnen sieben Tagen einer Zugangsuntersuchung unterzogen. Im landesgerichtlichen Gefangenenhaus JA Feldkirch findet die Zugangsuntersuchung hingegen zweimal und im landesgerichtlichen Gefangenenhaus JA Innsbruck dreimal in der Woche statt.

Zeitpunkt der Zugangsuntersuchung bei Überstellung

Das BMJ merkte dazu an, dass der Zeitpunkt der Zugangsuntersuchung je nach Einrichtung differenziert zu betrachten ist: In der JA Wien-Favoriten werden etwa grundsätzlich nur Strafgefangene angehalten, die von anderen JA dorthin überstellt werden und daher in der vorherigen JA bereits einer Zugangsuntersuchung unterzogen wurden.

Dem ist aus Sicht des NPM entgegenzuhalten, dass die Situation in landesgerichtlichen Gefangenenhäusern anders ist. Dort werden neben Strafgefangenen auch die durch die Polizei eingelieferten Untersuchungshäftlinge angehalten; sie treten mit ihrer Einlieferung in den Vollzug ein. Ihr Gesundheitszustand wurde bislang noch nicht erhoben.

Zweifelsohne sind alle Inhaftierten, die in eine JA aufgenommen werden, auch in Fällen der Überstellung oder Vollzugsortsänderung einer Zugangsuntersuchung bei der Anstaltsärztin bzw. dem Anstaltsarzt zu unterziehen (vgl. auch Erlass des BMJ, BMJ-VD52201/0007-VD 2/2011).

Der NPM wird sich im kommenden Arbeitsjahr mit der Frage befassen, ob bei einer Vollzugsortsänderung oder einer Überstellung die Zugangsuntersuchung innerhalb desselben Zeitraums (binnen 24 Stunden) wie bei der Ersteinlieferung bzw. beim Strafantritt durchgeführt werden soll.

- ▶ *Der Umfang der Zugangsuntersuchung muss im Sinne einer bundesweit einheitlichen Vorgangsweise standardisiert werden.*
- ▶ *Im Interesse des Fremd- und Selbstschutzes sowie des Erkennens von Misshandlungsspuren bedarf es im Rahmen der Zugangsuntersuchung neben einem Anamnesegespräch auch einer körperlichen Untersuchung.*
- ▶ *Die Gewährleistung der Gesundheitsfürsorge erfordert eine möglichst rasche Zugangsuntersuchung. Neu eingetroffene Häftlinge sind ehestmöglich nach ihrer Aufnahme einer medizinischen Untersuchung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt zu unterziehen.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0084-B/1/2015, J/0738-B/1/2015, J/0188-B/1/2016, J/0099-B/1/2016, J/0145-B/1/2016, J/0608-B/1/2015, J/0720-B/1/2015, J/0037-B/1/2016, J/0653-B/1/2015, J/0900-B/1/2016

Keine ärztlichen Experimente an Inhaftierten

Bei einem seiner Besuche der JA Wien-Mittersteig wurde der NPM auf ein Forschungsprojekt aufmerksam, dessen erste Ergebnisse in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. An diesem Forschungsprojekt wirkten leitende Bedienstete der JA Wien-Mittersteig mit; sie scheinen als Mitautoren der Publikationen auf.

Bei dieser Studie wurde den Probanden – es handelte sich dabei um Inhaftierte des Maßnahmenvollzuges – Tropicamid in die Augenlider bzw. auf die Pupille geträufelt, um anschließend mit Hilfe eines computergesteuerten TV-Pupillometers ihre Reaktion auf bestimmte Verhaltensmuster festzustellen.

Inhaftierte als Probanden herangezogen

Die Methode „Pupillometrie“ misst Veränderungen des Pupillendurchmessers. Sie gehört zu den physiologischen Messverfahren mentaler oder kognitiver Beanspruchung. Die Pupillometrie basiert auf der Reaktion der Pupille auf mentale Beanspruchung. Diese Reaktion wird gemessen und als Indikator für den Grad der Beanspruchung interpretiert.

„Pupillometrie“: Erhebung der Veränderungen des Pupillendurchmessers

Tropicamid ist ein synthetischer pupillenerweiternder Arzneistoff (Mydriaticum), der in der Form von Augentropfen zur Diagnostik in der Augenheilkunde eingesetzt wird. Tropicamid hemmt das parasymphatische Nervensystem, indem es bestimmte Rezeptoren blockiert. Dadurch wird der pupillenverengende Muskel entspannt, es kommt zur Weitstellung der Pupille.

Einsatz rezeptpflichtiger Augentropfen Tropicamid ist ein Medikament, das nur aufgrund einer ärztlichen Verschreibung abgegeben werden darf.

Mag auch das Einträufeln von Augentropfen keine nach dem ÄrzteG den Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeit sein, so kommt die Entscheidung, ob die Patientin bzw. der Patient mit einem Mydriaticum behandelt werden darf, einer Ärztin bzw. einem Arzt zu.

Vielzahl an Probanden Die Publikation aus dem Jahr 2015 erwähnt 139 Probanden. Eine der stichprobenartig ausgehobenen Einverständniserklärungen trägt die Ordnungsnummer 53, sodass (zumindest) diese Zahl an Testpersonen als gesichert angenommen werden muss.

Verbot ärztlicher Experimente Nach dem StVG ist die Vornahme eines ärztlichen Experimentes an Strafgefangenen auch dann unzulässig, wenn diese ihre Einwilligung erteilen. Wie der NPM zudem erheben musste, fand vor der Eingabe der Augentropfen keine fachärztliche Untersuchung der Probanden statt.

Der NPM empfahl dem BMJ, umgehend jede weitere Verabreichung von Tropicamid zu Forschungszwecken an Inhaftierten des Straf- und Maßnahmenvollzuges zu unterbinden.

Mit dem Ausspruch der Empfehlung ging die Forderung einher, dass sich Bedienstete der JA Wien-Mittersteig, die Anordnungsbefugnisse gegenüber den Inhaftierten haben und über die Vollzugslockerung entscheiden, mit sofortiger Wirkung aus dem Forschungsprojekt zurückziehen.

Studie eingestellt Das BMJ hat der Empfehlung entsprochen. Eine Weiterführung des Forschungsprojektes über den 1. Juli 2016 hinaus wurde nicht genehmigt.

► **Ärztliche Experimente an Inhaftierten sind gesetzlich verboten. Das Verbot ist ein absolutes. Unerheblich ist, ob bei einem invasiven Eingriff eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.**

Einzelfall: VA-BD-J/0636-B/1/2015

Bundesweite mangelhafte psychiatrische Versorgung Jugendlicher

Allgemein anerkannt ist, dass psychisch kranke Jugendliche einer anderen Behandlung bedürfen als psychische kranke Erwachsene. Minderjährige, die einer psychiatrischen Versorgung bedürfen, sind daher von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln.

Die Unterschiede zwischen Erwachsenen und Jugendlichen werden in der täglichen psychiatrischen Arbeit von „Allgemeinpsychiaterinnen und -psychia-

tern“ oft nicht entsprechend berücksichtigt: Das zeigt sich etwa darin, dass die Gespräche mit Minderjährigen nicht anders geführt werden als mit Erwachsenen oder dass beide Gruppen psychopharmakologisch gleich behandelt werden. Kinder und Jugendliche sollten durch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte behandelt werden, die in der Lage sind, auf die Spezifika dieser Altersgruppe einzugehen. Deshalb wurde vor zehn Jahren (Anfang 2007) das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie geschaffen.

Der NPM kritisierte bereits in den vergangenen Jahren wiederholt die fehlende jugendpsychiatrische Versorgung der minderjährigen Inhaftierten in der JA Innsbruck. Die Leitung der JA und das BMJ versicherten, dass sich die JA bereits seit 2015 um eine Zusammenarbeit bzw. einen Vertragsabschluss mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck bemüht. Bedauerlicherweise blieben diese Bemühungen bisher ohne Erfolg, sodass eine Verbesserung der Situation nach wie vor nicht erreicht werden konnte.

JA Innsbruck

In weiterer Folge erhob der NPM die jugendpsychiatrische Versorgung in der JA Gerasdorf, einer Sonderanstalt für den Vollzug von Freiheitsstrafen bzw. Untersuchungshaft an Jugendlichen. Auch hier zeigte sich, dass die Sonderanstalt über keine Jugendpsychiaterin bzw. keinen Jugendpsychiater verfügt und die Jugendlichen auch nicht zu einer entsprechenden fachärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung ausgeführt werden. Das CPT kritisierte bereits im Jahr 2009 bei seinem Besuch in Österreich, dass die JA Gerasdorf von keinem Spezialisten für Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut wird, und bezeichnete diese Situation als besorgniserregend [Bericht des CPT an die österreichische Regierung über seinen Besuch in Österreich vom 15. bis 25. Februar 2009, CPT/Inf (2010) 5, Deutsch, S. 37]. Der NPM muss sich der Kritik des CPT sieben Jahre später nach wie vor anschließen.

JA Gerasdorf: CPT übte bereits 2009 Kritik

In der JA Feldkirch wurde im Zuge eines Besuches im August 2016 wahrgenommen, dass die angehaltenen Jugendlichen dringend einer jugendpsychiatrischen Fachexpertise bedurft hätten. So hat es etwa bei einem Jugendlichen zahlreiche Hinweise dafür gegeben, dass möglicherweise ein Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) vorliegt. Dennoch wurde er keiner Fachärztin bzw. keinem Facharzt für Jugendpsychiatrie vorgestellt. Ebenso mangelte es bei einem jugendlichen Untersuchungshäftling an einer spezialisierten Betreuung, obgleich aufgrund des ihm zur Last gelegten Delikts eine solche dringend indiziert gewesen wäre.

JA Feldkirch

Wahrnehmungen im Rahmen eines Besuches der JA Innsbruck bekräftigen die Ansicht des NPM, dass der Bedarf an Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Vorliegen einer Suchterkrankung von Jugendlichen besonders dringlich ist. Für die spezielle Diagnose „Suchtkrankheit bei Minderjährigen“ ist eine besondere Expertise notwendig. Dies bezieht sich sowohl auf die Frage der Indikation (z.B. abstinentorientierte Therapie versus Substitutionstherapie) als auch auf die Wahl des geeigneten Substitutionsmittels, wenn eine Substitutionstherapie sinnvoll erscheint.

Besondere Expertise bei suchtkranken Minderjährigen notwendig

Kollegiale Empfehlung ausgesprochen Aufgrund der ausgeführten Feststellungen empfahl der NPM, alle Anstrengungen zu unternehmen, um ehestens sicherzustellen, dass die psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Untersuchungshaft und im Straf- und Maßnahmenvollzug von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt. Diese Forderung des NPM entspricht nicht zuletzt auch Art. 24 der UN-KRK.

Eklatanter Ärztemangel Das BMJ versichert, dass die Strafvollzugsverwaltung bundesweit bemüht ist, eine adäquate psychiatrische Versorgung der minderjährigen Inhaftierten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass bekanntermaßen in ganz Österreich ein eklatanter Mangel an (insbesondere) forensischen Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiatern besteht. Der NPM verkennt nicht, dass dieser Umstand die Beauftragung weiterer Facharztstunden für die Betreuung (jugendlicher) Inhaftierter zusätzlich erschwert.

Das BMJ versichert, weiterhin bemüht zu sein, die bestehende Lücke an Fachärztinnen und Fachärzten durch persönliche Kontakte und Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Gleichzeitig wird jedoch auch ins Treffen geführt, dass Jugendliche von einer Erwachsenenpsychiaterin bzw. einem Erwachsenenpsychiater untersucht, diagnostiziert und behandelt werden dürfen. Obgleich dies zutreffend ist, vertreten die Fachexpertinnen und Fachexperten des NPM die einhellige Ansicht, dass die psychiatrische Behandlung minderjähriger Inhaftierter aus oben dargelegten Gründen stets durch spezialisiertes Personal stattfinden sollte.

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in JA Gerasdorf Erfreulich ist, dass in der JA Gerasdorf ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Ausmaß von fünf Wochenstunden verpflichtet wurde. Der NPM empfiehlt weiterhin, alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine adäquate psychiatrische Behandlung aller minderjährigen Inhaftierten und jungen Erwachsenen in Österreich zu gewährleisten.

- ▶ ***Die psychiatrische Versorgung Jugendlicher und junger Erwachsener in Österreichs JA hat durch Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erfolgen.***
- ▶ ***Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um ehestens sicherzustellen, dass die psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Untersuchungshaft und im Straf- und Maßnahmenvollzug von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt.***
- ▶ ***Zur Durchführung der Substitutionsbehandlung als auch zur Indikationsstellung der Substitutionstherapie bei minderjährigen Inhaftierten ist jedenfalls die Expertise einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuholen.***

Einzelfälle: VA-BD-J/0345-B/1/2016, J/0188-B/1/2016, J/0900-B/1/2016, J/0181-B/1/2016, J/0795-B/1/2015

Zu wenig Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie – JA Innsbruck und Stein

Bedauerlicherweise besteht nicht nur ein Mangel an Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Jugendpsychiatrie. Vielmehr fehlt es auch an Allgemeinpsychiaterinnen bzw. Allgemeinpsychiatern zur Versorgung der Inhaftierten. Das landesgerichtliche Gefangenenhaus Innsbruck, mit einer Belagsfähigkeit von 495 Haftplätzen, verfügte beispielsweise im November 2015 lediglich über eine psychiatrische Versorgung im Ausmaß von 20 Wochenstunden. Auf Empfehlung des NPM erfolgte zwar eine Erhöhung auf 25 Wochenstunden, damit kann aber nicht das Auslangen gefunden werden, zumal in der JA Innsbruck eine gesonderte Maßnahmenabteilung für entwöhnungsbedürftige männliche Rechtsbrecher eingerichtet ist. Diese Insassen bedürfen in einem besonderen Ausmaß psychiatrischer Betreuung.

JA Innsbruck

Auch in der JA Stein wurde im Februar 2016 neuerlich ein Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie festgestellt. In der psychiatrischen Ambulanz der JA Stein ist lediglich eine vollbeschäftigte Psychiaterin (40 Wochenstunden) angestellt, welche von einer zweiten Psychiaterin (9 Wochenstunden) unterstützt wird. Bereits seit dem Jahr 2013 wird nach einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie mit einem Beschäftigungsausmaß von 20 Wochenstunden gesucht. Die Gesamtbelagsfähigkeit der JA Stein beträgt 817 Haftplätze. Zudem sind in der JA Stein Maßnahmenabteilungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher und geistig abnorme zurechnungsfähige Täter eingerichtet.

JA Stein

Der Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie ist eklatant. In Anbetracht der Größe der Anstalten sowie der Anzahl der Maßnahmeninsassen (in der JA Stein zum Besuchszeitpunkt etwa 86 Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 2 StGB) stellt dies eine medizinische Unterversorgung dar. Damit werden gesundheitliche Risiken in Kauf genommen.

Gesundheitliche Risiken durch medizinische Unterversorgung

Der NPM anerkennt die bisherigen Bemühungen des BMJ. Gleichzeitig wird abermals eine ehestmögliche personelle Aufstockung des psychiatrischen Dienstes gefordert. Es ist langfristig eine Strategie zu erarbeiten, um Medizinerinnen und Mediziner verstärkt für eine Tätigkeit in der Justiz zu gewinnen. Die bisher ergriffenen Bemühungen sind zu intensivieren, um eine grundrechtskonforme Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

- ▶ ***Es bedarf einer weiteren Aufstockung des psychiatrischen Personals in JA zur adäquaten Betreuung der Inhaftierten. Der bundesweit bestehende eklatante Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie stellt eine medizinische Unterversorgung dar, mit der gesundheitliche Risiken in Kauf genommen werden.***

Einzelfälle: VA-BD-J/0188-B/1/2016, J/0037-B/1/2016

Ärztmangel – JA Wiener Neustadt und Graz-Jakomini

Einjährige Vakanz einer medizinischen Stelle	Im Berichtsjahr wurde neben dem Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie festgestellt, dass auch die Neubesetzung der Stellen von Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern eine besondere Herausforderung darstellt. In der JA Wiener Neustadt konnte beispielsweise eine ausgeschriebene Stelle einer Allgemeinmedizinerin bzw. eines Allgemeinmediziners erst nach einem Jahr nachbesetzt werden. Eine entsprechende medizinische Versorgung der Inhaftierten konnte während dieser Zeitspanne nicht sichergestellt werden. Die JA behelft sich mit Ausführungen in öffentliche Krankenhäuser.
Unbefriedigende Situation der Gesundheitsversorgung	Auch in der JA Graz-Jakomini wurde der NPM auf eine unbefriedigende Situation der Gesundheitsversorgung aufmerksam. Wie in der JA Wiener Neustadt musste auch hier nach dem Ausscheiden der bisherigen Anstaltsärztin auf externe Ärztinnen bzw. Ärzte zurückgegriffen werden. Die Sofortversorgung war nicht gewährleistet. Häufig war die Inanspruchnahme des Notarztes und der Rettung notwendig.
Kooperation mit dem BMLVS in Aussicht	Positiv ist, dass das BMJ Gespräche mit dem BMLVS führt, um im Bedarfsfall künftig im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung auch auf die medizinischen Kapazitäten des Bundesheeres zurückgreifen zu können. Neuerlich gefordert wird, dass der Gesundheitsdienst in einer JA in der Lage sein soll, eine medizinische und pflegerische Behandlung unter vergleichbaren Bedingungen zur Verfügung zu stellen, wie sie Patientinnen und Patienten in Freiheit genießen [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 33]. Einzelfälle: VA-BD-J/0608-B/1/2015, J/0467-B/1/2015

Mangelhafte Suizidprävention – JA Linz

Hochrisikogruppen	Suizide sind vielerorts die häufigste Todesursache in Haftanstalten. Bekanntermaßen sind Haftanstalten Auffangbecken für gefährdete Gruppen, die von jeher Hochrisikogruppen für Selbsttötungen darstellen. Der Gefangenensuizid ist ein belastendes Ereignis sowohl für die Bediensteten als auch für die Mitgefangenen. Die Leitung hat das Verfahren der Zuweisung zu Ärzten klar zu definieren und Richtlinien zu erarbeiten, die die fortlaufende Beobachtung und psychologisch-psychiatrische Intervention von Risikogefangenen regeln. Nur so kann suizidales Verhalten identifiziert, eingeschätzt und behandelt werden (Suizidprävention – Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes, WHO-Department of Mental Health and Substance Abuse, Genf 2007). Besonders kritikwürdig ist es daher, dass von 21 Inhaftierten der JA Linz, welche (im Dezember 2015) im VISCI (Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions)-System auf Rot gestellt waren, nur eine Person der Psychiaterin vorgestellt wurde.
-------------------	--

Aus der Sicht des NPM ist es zwingend erforderlich, dass die Suizidalität bei Personen, die im VISCI-System auf Rot geschaltet sind, nicht nur durch den Psychologischen Dienst, sondern auch durch eine psychiatrische Fachexpertise eingeschätzt wird.

Beurteilung der Suizidalität durch psychiatrische Fachexperten

Seitens der Justizverwaltung ist sicherzustellen, dass jene Häftlinge, die im VISCI-System auf Rot geschaltet sind, zu einem ehestmöglichen Zeitpunkt dem psychiatrischen Fachdienst zur Erstellung eines ärztlichen Fachbefundes und Therapievorschlages vorgestellt werden.

Ebenfalls kritisch zu betrachten ist, dass in der JA Linz nicht alle Häftlinge, die in ihrer Krankheitsanamnese psychiatrische Erkrankungen aufweisen, zeitnahe einer fachspezifischen Untersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie zugeführt werden.

Fachspezifische Untersuchung

Ein Aufenthalt in einer Haftanstalt stellt für die meisten Menschen ein schwieriges Ereignis dar, das häufig mit Stress verbunden ist. Empirisch belegt ist, dass sich diese Belastung auf psychische Erkrankungen auswirkt und die Erkrankung in unterschiedlicher Stärke beeinflusst, oft auch eine neue Episode auslösen kann. Aus diesen Gründen sollten Inhaftierte, die an einer psychiatrischen Vorerkrankung leiden, zeitnahe nach der Einlieferung in die JA einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie vorgestellt werden. Es sollte eine Fachexpertise – allenfalls auch zur Überprüfung der medikamentösen Therapie – eingeholt werden.

Der NPM fordert, dass eine psychiatrische Expertise bei jenen Häftlingen zeitnah einzuholen ist, die mit einer psychiatrischen Erkrankung die Haft antreten. Inhaftierte, die in den Aufnahmeuntersuchungen psychiatrische Vorerkrankungen angeben, sind zudem durch regelmäßige Kontakte psychiatrisch zu begleiten.

- ▶ *Es ist zwingend erforderlich, dass die Suizidalität bei Personen, die im VISCI-System auf Rot geschaltet sind, nicht nur durch eine psychologische, sondern auch durch eine psychiatrische Fachexpertise eingeschätzt wird.*
- ▶ *Inhaftierte, die im VISCI-System auf Rot geschaltet sind, sind zu einem ehestmöglichen Zeitpunkt dem Psychiatrischen Fachdienst zur Erstellung eines ärztlichen Fachbefundes und Therapievorschlages vorzustellen.*
- ▶ *Inhaftierte, die an einer psychiatrischen (Vor-)Erkrankung leiden, sind zeitnahe nach der Einlieferung in eine JA einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie vorzustellen.*
- ▶ *Inhaftierte mit psychiatrischen (Vor-)Erkrankungen sind durch regelmäßige Kontakte psychiatrisch zu begleiten.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0296-B/1/2016

Videoüberwachung ist kein Mittel der Suizidprävention – JA Korneuburg

In der JA Korneuburg wurden dem NPM zwei neue Hafträume mit Echtzeitvideoüberwachung präsentiert, welche zusätzlich der Suizidprävention dienen

sollen. Diese Hafträume sind für suizidgefährdete Inhaftierte gedacht, die aufgrund ihres Sozialverhaltens nicht mit anderen Inhaftierten untergebracht werden können und daher nicht für einen Listener-Einsatz in Frage kommen.

Listener sind Gefangene, die Neuzugängen als Zuhörer und Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Diese Personen müssen geschult und intensiv begleitet werden. Durch ihren Einsatz haben sich schon viele Suizid(versuch)e verhindern lassen.

Absonderung im Akutfall sinnvoll

Der NPM betont, dass eine längerfristige Videoüberwachung als Mittel der Suizidprävention nicht akzeptabel ist. Lediglich im Akutfall, wenn überdies auch Fremdgefährdung gegeben ist, kann eine derartige Einzelunterbringung sinnvoll sein. Auch in einem derartigen Fall ist die Absonderung so kurz wie erforderlich zu halten und sollte zeitnah eine Beurteilung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt erfolgen.

► ***Eine längerfristige Unterbringung von suizidgefährdeten Inhaftierten in einem Einzelhaftraum ist nicht zulässig. Eine Einzelunterbringung kann nur im Ausnahmefall und dann nur zeitlich beschränkt erfolgen.***

Einzelfall: VA-BD-J/0753-B/1/2016

3.5.3 Personal

Bedienstete der Justizwache sollen ein Namensschild sichtbar tragen

Kein Namensschild auf der Uniform

Der NPM hat sich im Berichtsjahr intensiv mit der Fragestellung befasst, ob Bedienstete der Justizwache ein Namensschild tragen sollen. Festgestellt wurde, dass Häftlinge vielfach die Namen der Justizwachebediensteten nicht kennen, da diese kein Namensschild auf der Uniform haben.

Namentliche Individualisierung gefordert

Bedienstete der Justizwache haben – wie es das Gesetz vorsieht – Inhaftierte mit ihrem Namen und mit „Herr“ und „Frau“ sowie mit „Sie“ anzusprechen. Für den NPM ist es nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auch Justizwachebedienstete von Inhaftierten mit ihrem Namen angesprochen werden können. Dem Resozialisierungsgedanken entspräche es, die Anrede zwischen Häftlingen und Justizwache dem Alltag außerhalb der JA anzugleichen.

Justizwachebedienstete erfüllen neben einer Sicherheitsfunktion primär eine Betreuungs- und Beziehungsfunktion. Die erzieherische Beeinflussung der Strafgefangenen ist ein wesentlicher Inhalt ihrer Tätigkeit. Die Tätigkeit einer oder eines Strafvollzugsbediensteten erfordert Geschick und Einfühlungsvermögen im Umgang mit Menschen.

Kommunikative und beziehungsorientierte Organisationskultur

Die Bediensteten der Justizwache sind in den Betrieben und Werkstätten, aber auch auf den Abteilungen oft Bezugspersonen der Inhaftierten. Sie begleiten die Inhaftierten zumeist über mehrere Monate, wenn nicht sogar über viele Jahre. Die namentliche Individualisierung der Bediensteten bestärkt eine

kommunikative und beziehungsorientierte Organisationskultur, die aus menschenrechtlicher Sicht einer „anonymisierten“ Organisationskultur vorzuziehen ist. Sie ist Teil der Beziehungskultur zwischen den Inhaftierten und den Bediensteten.

Das sichtbare Tragen von Namensschildern ist nach Ansicht des NPM ein geeignetes Mittel, um das Vertrauen in die Bediensteten des Strafvollzugs zu erhöhen. Die Identifizierung von Personen ist außerdem von Bedeutung, um eine größere Transparenz zu schaffen, Gewalt vorzubeugen und um ein etwaiges Fehlverhalten von Justizwachebediensteten effektiv und lückenlos aufklären zu können. Die mangelnde Kenntnis der Identität der oder des Bediensteten kann ein Hindernis für effektive Beschwerden darstellen. Zudem vermag eine Identifizierung der Bediensteten auch ungerechtfertigten Vorwürfen vorzubeugen.

Verstärkte Transparenz

Der NPM verkennt jedoch nicht, dass in Ausnahmefällen ein besonderes Schutzbedürfnis der Bediensteten der Justizwache bestehen kann. Ist eine besondere Gefährdungssituation gegeben, wie beispielsweise beim Dienst in der Einsatzgruppe oder bei der Zuteilung zum Hochsicherheitstrakt, soll daher anstelle des Namensschildes eine Nummer die Identifizierung ermöglichen. Besteht hingegen kein spezielles Gefährdungspotenzial, ist das Namensschild gegenüber einer Nummer vorzuziehen.

Nummern zur Identifizierung bei besonderer Gefährdungssituation

Der NPM empfahl dem Bundesminister für Justiz Anfang 2017, dafür zu sorgen, dass die Justizwachebediensteten ein gut lesbares Namensschild auf der Uniform tragen. Im Fall einer besonderen Gefahrensituation kann anstelle des Namensschildes ein anderes Identifizierungsmerkmal (z.B. Personalnummer) sichtbar angebracht werden.

Kollegiale Empfehlung

- *Es ist grundsätzlich dafür zu sorgen, dass Justizwachebedienstete, die in Dienstkleidung (Uniform) Dienst versehen, zur Identifizierung sichtbar ein Namensschild tragen. Im Fall einer besonderen Gefahrensituation kann anstelle des Namensschildes ein anderes Identifizierungsmerkmal (z.B. Personalnummer) sichtbar angebracht werden.*

Einzelfall: VA-BD-J/0025-B/1/2015

Neue Dienstzeit wegen angespannter Personalsituation – JA Wien-Josefstadt

In der JA Wien-Josefstadt liegt ein akuter Personalmangel vor. Die angespannte Personalsituation stellt das größte strukturelle Hindernis der JA dar und wirkt sich negativ auf das Haftregime, aber auch auf das Personal aus. Die diesbezügliche Frustration war bei den Besuchen im landesgerichtlichen Gefangenenhaus im vergangenen Berichtsjahr deutlich wahrnehmbar.

Trotz der wiederholten Problematisierung der angespannten Personalsituation und der dadurch entstehenden negativen Effekte für die Inhaftierten und das Personal wurden seitens des BMJ bisher lediglich unzureichende Maßnah-

Unzureichende Maßnahmen

men ergriffen. Die über die Justizbetreuungsagentur zugekauften 4,5 Vollzeitbeschäftigungen für die Bereiche des Psychologischen und Sozialen Dienstes sowie der sozialpädagogischen Betreuung werden seitens des NPM positiv bewertet. Ebenso positiv ist, dass der JA Wien-Josefstadt im September 2016 acht zusätzliche Exekutivdienstplanstellen zugewiesen wurden. Diese Maßnahmen reichen jedoch nicht aus, um die angespannte Personalsituation nachhaltig zu verbessern.

Geänderte Dienstzeit
eingeführt

Zur Entspannung der Personalsituation wurden in der JA Wien-Josefstadt die Dienstzeiten geändert, zunächst in einem Probetrieb. Im Juli 2016 ging die Dienstplanänderung in den Echtbetrieb über. Diese Änderungen verkürzen den Tagdienst an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 7 bis 13 Uhr (statt bisher 7 bis 15 Uhr). Davon betroffen sind alle Abteilungen der JA Wien-Josefstadt mit Ausnahme des Jugendvollzugs und der Sonderkrankenanstalt.

Akuter Personalmangel
bei der Justizwache

Als Gründe für die Dienstplanänderung wird der unverändert akute Personalmangel bei der Justizwache während des Tagdienstes von Montag bis Freitag im Exekutivbereich angeführt. Es mussten laufend bis zu 25 Justizwachebedienstete aus den Betrieben und der Verwaltung abberufen werden. Zum Teil musste Personal auf den Abteilungen während des Tagdienstes reduziert werden, was zur Folge hatte, dass Betreuungsaufgaben nicht mehr im bisherigen Ausmaß wahrgenommen werden konnten. Die laufende Mehrbelastung und Betrauung mit zusätzlichen Aufgaben waren auch ein wesentlicher Grund für die Unzufriedenheit des Personals.

Ziel: Stärkung des Tag-
dienstes von Montag
bis Freitag

Mit der Dienstplanänderung wurde das Ziel verfolgt, den Tagdienst von Montag bis Freitag zu stärken. Da an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in den Abteilungen in der Zeit von 13 bis 15 Uhr keine gezielten Betreuungsmaßnahmen stattfinden (in der Regel Einschluss), wurden die Einschlusszeiten in diesem Zeitraum verlängert.

Verlängerung der
Einschlusszeiten an
Wochenenden

Grundsätzlich ist die Stärkung des Tagdienstes von Montag bis Freitag positiv, da dadurch eine bessere Betreuung auf den Abteilungen und eine vermehrte Besetzung der Betriebe gewährleistet werden kann. Dies soll wiederum die Beschäftigungssituation verbessern. Dennoch kann es nicht gutgeheißen werden, wenn eine Verbesserung der Tagesstruktur an Wochentagen zu einer Verschlechterung des Haftregimes an Wochenenden und Feiertagen führt. Der NPM empfiehlt, den akuten Personalmangel der Justizwache in der JA Wien-Josefstadt zu beheben, sodass die Tagesstruktur an Wochentagen verbessert werden kann, ohne die Einschlusszeiten am Wochenende zu erhöhen. Eine weitere Verlängerung der ohnehin schon langen Einschlusszeiten an Wochenenden ist jedenfalls zu vermeiden.

Der NPM empfiehlt, eine Aufstockung des Exekutiv- und Betreuungspersonals in der JA Wien-Josefstadt vorzunehmen, um die Einschlusszeiten an Wochenenden wieder zu reduzieren.

- *Die Einschlusszeiten (insbesondere am Wochenende und an Feiertagen) sind zu reduzieren. Eine weitere Verlängerung der ohnehin schon langen Einschlusszeiten an Wochenenden ist jedenfalls zu vermeiden.*

Einzelfall: VA-BD-J/0537-B/1/2015

Personalengpass im Jugenddepartment – JA Wien-Josefstadt

Die angespannte Personalsituation hat auch negative Auswirkungen auf die Jugendabteilung der JA Wien-Josefstadt. Bereits in der Vergangenheit wurde betont, dass die besondere Vulnerabilität und die speziellen Bedürfnisse der Jugendlichen in Haft ausreichend Berücksichtigung finden müssen. Dazu gehört unter anderem, auf Jugendabteilungen nur Bedienstete einzusetzen, die im Umgang mit Jugendlichen geschult und erfahren sind. Diese Bediensteten sollten über pädagogische Kenntnisse verfügen [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 86].

Besondere Vulnerabilität Jugendlicher

Der NPM empfiehlt, dass sowohl der Tages- als auch der Nachtdienst ausschließlich durch Bedienstete des Jugenddepartments besetzt werden. Zudem ist der autonome Mitarbeiterpool an eigens für den Jugendvollzug geschulten Bediensteten zu erweitern. Diese sollten ein besonderes Interesse am Jugendvollzug haben und das Ausbildungsprogramm „Arbeitsfeld Jugendvollzug“ absolvieren.

Autonomer Personalpool für Bedienstete des Jugenddepartments

Im Rahmen des Folgebesuchs der Jugendabteilung im Mai 2016 berichten Jugendliche erneut von negativen Erfahrungen mit stockwerksfremden Beamtinnen und Beamten der Justizwache. Insbesondere erscheint die unterschiedliche Handhabung von Regeln durch das Abteilungsteam und abteilungsfremde Bedienstete problematisch. Mit den dauerhaft auf dem Jugenddepartment zugewiesenen Bediensteten scheinen die Jugendlichen hingegen ein gutes Einvernehmen und einen freundschaftlichen Umgang zu pflegen. Sehr positiv wahrgenommen wurde zudem, dass unter Tags zur Betreuung der Jugendlichen nunmehr zwei Sozialpädagoginnen (im Ausmaß von je 29 Wochenstunden) in der Jugendabteilung beschäftigt sind.

Kritik an abteilungsfremden Bediensteten der Justizwache

Die eingesehenen Unterlagen zeigen, dass Bedienstete, die keine Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter des Jugenddepartments sind und auch nicht eigens für den Umgang mit Jugendlichen geschult sind, regelmäßig zum Nachtdienst im Jugenddepartment eingeteilt werden. Dies ist zu kritisieren.

Betreffend die Kritik an abteilungsfremden Bediensteten versichert das BMJ, dass zwischenzeitig neue, gut funktionierende Kommunikationsstrukturen für das Jugenddepartment sowie für stockfremde Beamtinnen und Beamte implementiert wurden. Sowohl die allgemeinen als auch die individuellen Regeln werden schriftlich durch Eintragung in das Dienstbuch der Abteilung dokumentiert und auch mündlich kommuniziert.

Regeln werden schriftlich im Dienstbuch dokumentiert

Autonomer Personalpool und Lehrgang Jugendvollzug

Positiv hervorzuheben ist, dass eine qualitative Verbesserung der Leistung jener Bediensteten feststellbar ist, die im Jugendstrafvollzug eingesetzt werden. Ebenso erfreulich ist die Zusammenarbeit mit externen Fachexpertinnen und Fachexperten im Rahmen des Lehrgangs „Jugendvollzug“. In diesem Lehrgang werden Themenangebote, wie beispielsweise psychologische Aspekte im Jugendalter, pädagogische altersspezifische Interventionen, Konfliktmanagement, Gewalt und Jugendkulturen, psychiatrische Krankheitsbilder und Suchtproblematik bei Jugendlichen, mit den Bediensteten der Justizwache erarbeitet. Zudem haben sich laut BMJ neun weitere Bedienstete für den Lehrgang „Jugendvollzug“ angemeldet, welcher im Herbst 2016 begonnen hat.

Vier neue Planstellen und Evaluierung der Nachtdienststärken

Ein Fortschritt ist auch, dass dem Jugenddepartment im September 2016 vier zusätzliche Exekutivdienstplanstellen zugewiesen wurden. Was die wiederholt problematisierte Besetzungstärke des Nachtdienstes des Jugenddepartments anlangt, bleibt das Ergebnis der bundesweiten Evaluierung der Nachtdienststärken abzuwarten. Damit ist voraussichtlich im ersten Halbjahr des Jahres 2017 zu rechnen.

Aus Sicht des NPM ist die erforderliche Anzahl von Bediensteten während des Nachtdienstes sicherzustellen, damit es zu keinen längeren Abwesenheiten vom Beobachtungsstützpunkt kommt. Der NPM sieht es mit Besorgnis, dass Ereignisse in den Hafträumen von den diensthabenden Justizwachebeamtinnen und -beamten nicht jederzeit wahrgenommen werden können.

- ▶ *Es ist sicherzustellen, dass Jugendliche in Haft von speziell auf deren Bedürfnisse und Anforderungen geschultem Personal betreut werden.*
- ▶ *Den Jugendabteilungen soll ein autonomer Personalpool an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung stehen. Diese Bediensteten sollen ein besonderes Interesse am Jugendvollzug aufweisen und das Ausbildungsprogramm „Arbeitsfeld Jugendvollzug“ absolviert haben.*
- ▶ *Die Nachtdienstposten sollen mit ausreichend Personal besetzt werden, um sicherzustellen, dass etwaige Ereignisse in den Hafträumen jederzeit wahrgenommen werden können.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0326-B/1/2016, J/0634-B/1/2015, J/0537-B/1/2015

Jugendvollzug: Dienstposten für Sozialpädagogik

Dienstposten für Sozialpädagogik wurden eingerichtet

Der NPM befürwortet, dass im vergangenen Jahr verstärkt damit begonnen wurde, sozialpädagogisches Personal für die Betreuung von Jugendlichen zu beschäftigen. Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen stellen wichtige Bezugs- und Vertrauenspersonen für die Jugendlichen dar. Sowohl in der JA Linz als auch in der JA Wien-Josefstadt wurden die Dienstposten für Sozialpädagogik im Berichtsjahr weiter ausgebaut.

Nicht zuletzt aufgrund der Beschäftigung der Sozialpädagoginnen konnten in der JA Wien-Josefstadt die Haftraumöffnungszeiten am Nachmittag ausgeweitet werden. Ebenso erfreulich ist, dass die Hafträume der Jugendlichen in der

JA Linz nunmehr wochentags bis 18.45 Uhr geöffnet sind. Am Wochenende war im vergangenen Jahr weder in der JA Linz noch in der JA Wien-Josefstadt sozialpädagogisches oder psychologisches Personal vor Ort. Daher muss der Wochenenddienst von den Bediensteten der Justizwache alleine bestritten werden. Der NPM regt an, dies zu ändern.

Erfreulich ist, dass künftig in der JA Linz Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen auch am Wochenende Dienst versehen werden. Dadurch können die Haftraumöffnungszeiten der Jugendabteilung am Wochenende und an Feiertagen bis 17 Uhr erweitert werden. Dem Konzept des sozialpädagogischen Dienstes entsprechend soll Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen der Freizeitgestaltung z.B. Volleyball, Tischtennis und Krafttraining angeboten werden. Ebenso positiv ist, dass von der JA Wien-Josefstadt ein dritter Dienstposten für Sozialpädagogik beantragt wurde, um ebenso an Wochenenden eine ausreichende Betreuung der Jugendlichen durch den Fachdienst sicherstellen zu können.

Betreuung von Jugendlichen auch am Wochenende

Einzelfälle: VA-BD-J/0326-B/1/2016, J/0296-B/1/2016

Ausführungen von Jugendlichen in Uniform – JA Wien-Josefstadt

Der NPM erhob, dass Justizwachebedienstete der JA Wien-Josefstadt bei Ausführungen von Jugendlichen keine zivile Kleidung, sondern stets ihre Uniform trugen. Der NPM mahnte die Einhaltung der Bestimmung des JGG ein. Diese besagt, dass bei Ausführungen und Überstellungen von Jugendlichen darauf Bedacht zu nehmen ist, dass die oder der jugendliche Strafgefangene möglichst nicht in der Öffentlichkeit bloßgestellt wird. Wenn nicht im einzelnen Fall Bedenken bestehen, sind daher Ausführungen und Überstellungen von Beamtinnen und Beamten in Zivilkleidung durchzuführen.

Ausführungen von Jugendlichen nur in Zivilkleidung

Aus Anlass der Kritik wurde den Bediensteten von der Anstaltsleitung der JA Wien-Josefstadt die entsprechende gesetzliche Bestimmung in Erinnerung gerufen.

- ***Ausführungen von Jugendlichen sind (außer bei Bedenken im Einzelfall) in Zivilkleidung durchzuführen. Dies ist von den Justizwachebediensteten zu beachten.***

Einzelfall: VA-BD-J/0326-B/1/2016

3.5.4 Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Zu lange Verschlusszeiten und zu geringes Beschäftigungsausmaß

Bereits seit Beginn der Tätigkeit des NPM im Juli 2012 werden die bundesweit bestehenden strukturellen Probleme in den Vollzugsanstalten hinsichtlich der überlangen Einschlusszeiten und des unzureichenden Beschäftigungsangebots für Inhaftierte unermüdlich aufgezeigt (PB 2012, S. 49; PB 2013, S. 73 f.; PB 2014, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 86 f. sowie PB 2015,

Band „Präventive Menschenrechtskontrolle, S. 113 f.). Der NPM hat auch in diesem Berichtsjahr in zahlreichen JA das Fehlen von Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten kritisiert und den Ausbau von Aktivitätenprogrammen gefordert.

Es zeigte sich, wie bereits in der Vergangenheit auch, dass die strukturellen Defizite hinsichtlich des Beschäftigungsangebots und des Aktivitätenprogramms primär auf mangelnde Personalressourcen im Justizwachedienst zurückzuführen sind. Oftmals bleiben Werkstätten und Betriebe geschlossen, weil es an Personal fehlt, das die Inhaftierten während der Arbeit beaufsichtigt und anleitet.

JA Graz-Jakomini In der JA Graz-Jakomini waren beispielsweise aufgrund des Personalmangels in der Justizwache im Zeitraum von Anfang bis Mitte 2015 etwa 31 Schließtage zu verzeichnen. Letztlich ging nicht einmal die Hälfte der Inhaftierten der JA Graz-Jakomini einer Arbeit nach und blieben etwa 50 Arbeitsplätze ungenutzt.

JA St. Pölten Auch in der JA St. Pölten waren Betriebe wie beispielsweise die Tischlerei trotz sehr guter technischer Ausstattung mangels Fachkräften nur wenig ausgelastet. Im April 2016 war daher etwa ein Drittel der Inhaftierten unbeschäftigt.

JA Linz In der JA Linz waren im Dezember 2015 nur 25 % der Inhaftierten in einem Beschäftigungsverhältnis. Es standen lediglich 74 Arbeitsplätze bei einer maximalen Belagskapazität von 222 Personen zur Verfügung. Dies ist jedenfalls unzureichend.

JA Feldkirch In der JA Feldkirch zeigte sich, dass neben dem Personalmangel in der Justizwache auch die begrenzte räumliche Situation ein Hindernis für den Ausbau von Beschäftigungsmöglichkeiten darstellt. Abhilfe könnte nur ein Zu- bzw. Neubau schaffen. Hinzu kommt, dass auch in dieser JA aufgrund der personellen Situation Schließtage der Betriebe zu verzeichnen sind.

Kritik des CPT Bereits vor sieben Jahren hat auch das CPT mit Sorge auf die langen Einschusszeiten hingewiesen [Bericht des CPT über seinen Besuch in Österreich vom 15. bis 25. Februar 2009, CPT/Inf (2010) 5, Deutsch, S. 30]. Besonders kritikwürdig ist, dass unbeschäftigte Inhaftierte oftmals die überwiegende Zeit des Tages (23 Stunden) eingeschlossen sind. Auch bei einem Folgebesuch im Jahr 2014 wurde seitens des CPT neuerlich zum Ausdruck gebracht, dass ernsthafte Betroffenheit besteht, „... dass trotz einer konkreten Empfehlung nach dem Besuch im Jahr 2009 abermals maßgebliche Personalknappheit in den besuchten Gefängnissen festgestellt wurde, was unausweichlich eine negative Auswirkung auf den Zugang der Häftlinge zu Aktivitäten außerhalb ihrer Zelle hatte“ [Bericht des CPT über seinen Besuch in Österreich vom 22. September bis 1. Oktober 2014, CPT/Inf (2015) 34, Deutsch, S. 7 und S. 33]. Insbesondere in den JA Graz-Karlau und Graz-Jakomini waren die verfügbaren Werkstätten und andere Einrichtungen aufgrund von personeller Unterbesetzung größtenteils unausgelastet.

Der NPM verkennt nicht, dass die Organisation eines angemessenen Aktivitätenprogramms, insbesondere für Anstalten mit rasch wechselnden Inhaftierten, wie gerichtliche Gefangenenhäuser, durchaus schwierig sein kann. Dennoch muss betont werden, dass Gefangene unabhängig davon, ob sie Straf- oder Untersuchungshäftlinge sind, nicht 23 Stunden am Tag beschäftigungslos in ihren Hafträumen einsperrt werden sollen. Neben der Ausweitung der Arbeitsmöglichkeiten ist daher die Verkürzung der Verschlusszeiten bei nicht beschäftigten Häftlingen ein zentrales Anliegen des NPM. Insbesondere sollten Schritte unternommen werden, um den Häftlingen mehr Zeit für Aktivitäten außerhalb der Zelle, einschließlich an Freitagen und Wochenenden, zu bieten [CPT/Inf (2015) 34, Deutsch, S. 36].

Unbestritten ist, dass sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten durch Arbeit, Bewegung und Ausbildung unerlässlich sind und einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität in den JA haben [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 17 f.]. Das Fehlen von Beschäftigungsmöglichkeiten in Kumulation mit anderen negativen Faktoren kann eine wesentliche Verschlechterung der Lebenssituation hervorrufen, die zu unmenschlichen und erniedrigenden Haftbedingungen führen können. Die Justizverwaltung hat nach den gesetzlichen Bestimmungen vorzusorgen, dass jeder Strafgefangene nützliche Arbeit verrichten kann.

Das Fehlen sinnvoller Aktivitäten ist zweifelsfrei für jede bzw. jeden Gefangenen nachteilig. Es wirkt sich jedoch besonders gravierend für Jugendliche aus, die ein besonderes Bedürfnis nach körperlichen Aktivitäten und intellektueller Anregung haben. Jugendlichen, denen die Freiheit entzogen ist, sollte ein umfassendes Programm von Erziehung, Sport, Berufsbildung, Freizeit und anderen sinnvollen Aktivitäten angeboten werden. Leibeserziehung sollte einen wichtigen Teil dieses Programmes bilden [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 85 ff.).

Es sind weitere Bemühungen anzustellen, um die Beschäftigungsquote österreichweit anzuheben. Dass im Rahmen der budgetären Situation nicht allen JA externes handwerkliches Personal im Wege der Justizbetreuungsagentur zur Verfügung gestellt werden kann, reicht als Rechtfertigung für Schließtage von Betrieben und das geringe Beschäftigungsangebot nicht aus.

Abschließend ist jedoch positiv zu erwähnen, dass in manchen JA durchaus Maßnahmen ergriffen werden, um die Öffnungszeiten der Hafträume unter der Woche zu verlängern. Beispielsweise sind nunmehr in der Frauenabteilung sowie in der Abteilung Parterre und in der Krankenabteilung der JA Linz die Haftraumtüren ab Vormittag bis 15 Uhr geöffnet. Zudem werden gewisse Abteilungsabschnitte künftig in der Vollzugsform „gelockerter Vollzug – ohne Verschließung der Haftraumtüren während des Tagdienstes“ – geführt.

Positive Veränderungen
in der JA Linz

- ▶ *Es ist dafür Vorsorge zu treffen, dass jede und jeder Strafgefangene eine nützliche Arbeit verrichten kann. Es ist eine Ausweitung des Beschäftigungsangebots zu betreiben, um die Beschäftigungsquote anzuheben.*
- ▶ *Es sollen Schritte unternommen werden, um den Häftlingen mehr Zeit für Aktivitäten außerhalb des Haftraumes, einschließlich an Freitagen und Wochenenden, zu bieten. Die Verchlusszeiten insbesondere bei nicht beschäftigten Häftlingen sind zu verkürzen. Einschlusszeiten von 23 Stunden täglich sind unhaltbar.*
- ▶ *Personen, denen die Freiheit entzogen ist, sollen sinnvolle Aktivitäten angeboten werden, dies gilt insbesondere für Jugendliche. Neben Erziehung sowie Schul- bzw. Berufsbildung soll auch die sportliche Betätigung einen wichtigen Teil dieses Programmes bilden.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0758-B/1/2015, J/0467-B/1/2015, J/0511-B/1/2016, J/0296-B/1/2016, J/0431-B/1/2015, J/0161-B/1/2015, J/0900-B/1/2016

Zu geringer Lebensraum – zu dichte Belegung von Hafträumen

Überbelegung: kein ausreichender individueller Lebensraum

Den Staat trifft im Falle der Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen eine besondere Fürsorgepflicht. Darunter fällt auch, dafür Vorsorge zu treffen, dass den Inhaftierten ausreichend individueller Lebensraum gewährt wird. Hafträume müssen so gelegen und eingerichtet sein, dass Häftlinge menschenwürdig untergebracht und gesundheitliche Gefährdungen vermieden werden. Um einer Verletzung des Art. 3 EMRK vorzubeugen, müssen geeignete Maßnahmen gesetzt werden, die der Problematik der Überbelegung entgegenwirken.

Bereits im Vorjahresbericht (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 111 f.) wurde dargelegt, dass eine Überbelegung für sich genommen aus physischer Sicht unmenschlich oder erniedrigend sein kann. Wenn es notwendig ist, mehr Inhaftierte als ursprünglich geplant zu versorgen, werden alle Dienste und Aktivitäten in einer JA nachteilig beeinflusst. Die gesamte Lebensqualität in der Einrichtung kann sich möglicherweise in signifikantem Maße verschlechtern. Eine adäquate Belegung von Hafträumen ist ein wichtiger Faktor für das Vollzugsklima der Inhaftierten untereinander sowie gegenüber dem Justizwachepersonal.

JA Feldkirch In der JA Feldkirch steht den Inhaftierten in den Ein- bis Zwei-Personen-Hafträumen nur sehr wenig Lebensraum zur Verfügung. Zudem wurde in den Sechs-Personen-Hafträumen wahrgenommen, dass keinerlei Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sind. Insbesondere in Anbetracht der langen Einschlusszeiten (von bis zu 23 Stunden täglich) soll nach Ansicht des NPM zum Schutz der Privatsphäre die Möglichkeit gegeben sein, sich aus der Gemeinschaft zurückzuziehen.

JA Suben Der NPM hat in der Vergangenheit auch betreffend die JA Suben festgestellt, dass Häftlinge wegen einer Doppelbelegung in zu kleinen Hafträumen untergebracht sind. Insbesondere aufgrund der langen Einschlusszeiten stellt dies eine enorme psychische Belastung dar. Gefordert wurde, diese Räume nur

mehr mit einer Person zu belegen. Dieser Forderung wurde bedauerlicherweise nur teilweise entsprochen. Die Doppelbelegung eines kleinen Haftraums – unter Berücksichtigung der rigiden Einschlusszeiten – kann geeignet sein, eine Verletzung des Art. 3 EMRK herbeizuführen.

Rauchen in JA

Teil der Fürsorgepflicht ist nicht nur, dass allen Angehaltenen ausreichend Lebensraum zur Verfügung steht. Der Staat hat auch zu gewährleisten, dass sich Insassinnen und Insassen durch ein Konsumverhalten nicht an ihrer Gesundheit schädigen. Raucherinnen und Raucher wie Nichtraucherinnen und Nichtraucher sind gleichermaßen vor der Einwirkung von Tabakrauch zu schützen. Der Umstand, dass Insassinnen und Insassen in den nikotinbelasteten Hafträumen auch schlafen, führt zu Haftbedingungen, die gesundheits-schädlich sind. Der NPM wird sich dem Thema des Schutzes vor der karzino-genen Wirkung von Tabakrauch bei seinen Besuchen im Jahr 2017 besonders annehmen.

JA Jakomini,
Außenstelle Paulustor

► *Den Staat trifft im Falle der Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen eine besondere Fürsorgepflicht, darunter fällt auch dafür Vorsorge zu treffen, dass den Inhaftierten ausreichend individueller Lebensraum gewährt wird und dass sie sich nicht wechselseitig durch Tabakkonsum schädigen.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0599-B/1/2016, J/0900-B/1/2016, J/0775-B/1/2015

Entwicklungen im Frauenvollzug

In den vergangenen drei Jahren wurde die Situation weiblicher Insassen in den JA erhoben. Der NPM hat auch im vergangenen Arbeitsjahr einen Fokus auf diese besonders schutzbedürftige Personengruppe gelegt. Die Bedürfnisse von weiblichen Jugendstraftätern verdienen besondere Aufmerksamkeit. Sie dürfen keinesfalls weniger Betreuung, Behandlung und Ausbildung erfahren als männliche Jugendstraftäter. Eine Gleichbehandlung ist zu gewährleisten (vgl. A/RES/40/33, 29. November 1985, Rahmenbestimmungen der Vereinten Nationen für die Jugendgerichtsbarkeit [„Beijing-Regeln“] Regel 26.4, S. 20).

Frauen in JA
benachteiligt

In der Vergangenheit wurden Benachteiligungen im Bereich der Arbeit wie auch der Freizeitbeschäftigung vor allem in den gerichtlichen Gefangenen-häusern festgestellt (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 116 f.) Auch im Berichtsjahr musste eine Schlechterstellung weiblicher Gefangener festgestellt werden. In der JA Wien-Josefstadt werden beispielsweise weibliche Jugendliche länger in ihren Hafträumen eingeschlossen, auch stehen ihnen weniger Lern- und Freizeitangebote zur Verfügung als den männlichen Inhaftierten.

Schlechterstellung in
der JA Wien-Josefstadt

Seitens des NPM wurde gefordert, dass jugendliche weibliche Gefangene den gleichen Zugang zu einer Schul- und Berufsausbildung haben wie jugendli-

che männliche Gefangene (A/RES/65/229, 21. Dezember 2010, Grundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung weiblicher Gefangener und für nicht freiheitsentziehende Maßnahmen für weibliche Straffällige [„Bangkok-Regeln“], Grundsatz 37).

Verbesserungen des Haftregimes

Aufgrund der Kritik des NPM wurden zusätzliche Lern- und Freizeitangebote für weibliche Jugendliche in der JA Wien-Josefstadt implementiert. Weiblichen Jugendlichen wird nunmehr auch ermöglicht, gemeinsam mit den männlichen Jugendlichen am Schulunterricht teilzunehmen. Weiters wurden die Einschlusszeiten an einem Nachmittag reduziert.

Geringe Anzahl an weiblichen Jugendlichen

Das BMJ hat in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass die Anzahl der jungen weiblichen Inhaftierten gering ist und sich teilweise auch gar keine weiblichen Jugendlichen in Haft befinden. Dies führt unter anderem dazu, dass eigens für weibliche Jugendliche geschaffene Angebote sehr personalintensiv sind und teilweise ungenützt bleiben.

Obgleich die Problematik nachvollziehbar ist, kann die geringe Anzahl an weiblichen Jugendlichen in Haft keine Rechtfertigung für die rigiden Einschlusszeiten und die mangelnde Tagesstruktur sein. Seitens des NPM wurde, zur Vermeidung einer künftigen Schlechterstellung junger Frauen in Haft, eine verstärkte Zusammenlegung von Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten von jugendlichen Männern und Frauen angeregt.

Mindeststandards als wichtiger Schritt

Umso erfreulicher ist, dass im Frühling 2016 vom BMJ die „Mindeststandards für den Frauenvollzug in österreichischen Justizanstalten“ erlassen wurden, welche nun von den einzelnen JA umgesetzt werden müssen.

Der Erlass besagt unter anderem, dass der Frauenvollzug grundsätzlich als Wohngruppenvollzug zu führen ist. Dies bedeutet, dass die Hafträume offen sind. Die Insassinnen sollen so in ein Leben in sozialer Verantwortung zurückgeführt werden.

Maßnahmen im Bereich der Beschäftigung

Ein Screening zu Beginn des Vollzugs soll klären, für welche Beschäftigung die Insassinnen geeignet scheinen und welche Vorkenntnisse sie mitbringen. Besonders positiv wertet der NPM, dass laut Erlass eine gemischte Beschäftigung von Frauen und Männern in den Betrieben ausdrücklich anzustreben ist. Zu hoffen ist, dass dadurch die Beschäftigungsquote von weiblichen Insassen erhöht wird. Durch Jobrotation soll den weiblichen Insassen die Möglichkeit geboten werden, verschiedene Beschäftigungen kennenzulernen.

Eine weitere Forderung des NPM, nämlich die verpflichtende Aus- und Weiterbildung für die auf den Frauenabteilungen tätigen Justizwachebediensteten, ist im Erlass nun vorgeschrieben.

Die einzelnen JA waren aufgerufen, entsprechende Vorschläge auszuarbeiten, wie diese Mindeststandards in ihrer JA umgesetzt werden sollen. Die Konzepte sind teilweise vielversprechend und ambitioniert. Der NPM wird die Entwicklung im kommenden Arbeitsjahr weiterverfolgen.

- ▶ *Weibliche Insassen dürfen nicht aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt werden.*
- ▶ *Die geringe Anzahl an weiblichen Jugendlichen in Haft kann keine Rechtfertigung für schlechtere Haftbedingungen sein.*
- ▶ *Die neu geschaffenen Mindeststandards für den Frauenvollzug müssen so rasch wie möglich umgesetzt werden.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0326-B/1/2016, J/0537-B/1/2015, J/0128-B/1/2016

Zu geringe Kapazität des muslimischen Gebetsraumes – JA Wien-Josefstadt

Muslimische Inhaftierte der JA Wien-Josefstadt beklagten wiederholt, dass es nicht möglich sei, das Freitagsgebet zu besuchen. Ein Insasse schilderte, dass er bereits seit zehn Monaten in Haft sei und noch kein einziges Mal seinen religiösen Verpflichtungen habe nachkommen können.

Das Gesetz statuiert, dass jede bzw. jeder Gefangene das Recht hat, in der Anstalt am gemeinschaftlichen Gottesdienst teilzunehmen, soweit keine Sicherheitsbedenken dagegen sprechen. Die JA Wien-Josefstadt stellt für das Freitagsgebet einen Raum zur Verfügung, welcher lediglich über eine Kapazität für rund 30 Personen verfügt. Damit kann jedenfalls nicht das Auslangen gefunden werden, da sich im März 2016 insgesamt 277 der Inhaftierten der JA Wien-Josefstadt zum muslimischen Glauben bekannten.

Beschränkung der
Teilnahme am
Gottesdienst

Der NPM regte wiederholt an, einen größeren oder einen zweiten Raum für den muslimischen Gottesdienst zur Verfügung zu stellen. Laut BMJ sei dies schwierig zu bewerkstelligen, da in unmittelbarer Nähe zum Gebetsraum auch die Vornahme der rituellen Waschung möglich sein muss. Ein zweiter Gebetsraum würde derzeit auch keine Besserung der Situation bewirken, da die Islamische Glaubensgemeinschaft in Österreich (IGGiÖ) nur einen islamischen Seelsorger in die JA Wien-Josefstadt entsendet. Dieser könne wegen anderer Verpflichtungen den Gottesdienst nicht jeden Freitag abhalten und stehe nur in beschränktem Ausmaß für Einzelgespräche zur Verfügung.

Durch die derzeitige Situation wird das Recht auf Teilnahme am gemeinschaftlichen Gottesdienst und an gemeinsamen religiösen Veranstaltungen sowie ganz allgemein das Grundrecht auf Religionsfreiheit verletzt. Bedauerlicherweise werden dennoch keine Maßnahmen ergriffen, um einen größeren Raum als Gebetsraum umzufunktionieren. Vielmehr gibt das BMJ an, dass die Kritik des NPM mangels Alternativen derzeit lediglich zur Kenntnis genommen werden kann.

Grundrecht auf
Religionsfreiheit

Der NPM empfiehlt, allen Inhaftierten die Möglichkeit zu geben, an gemeinschaftlichen Gottesdiensten teilzunehmen, soweit keine Sicherheitsbedenken dagegen sprechen. Allen Inhaftierten sollte gestattet werden, den Bedürfnissen ihres religiösen und geistlichen Lebens zu entsprechen, insbesondere durch den Besuch von Gottesdiensten.

- ▶ *Inhaftierten muss ermöglicht werden, an gemeinschaftlichen Gottesdiensten teilzunehmen, soweit keine Sicherheitsbedenken dagegen sprechen.*
- ▶ *Jeder und jedem Inhaftierten ist zu gestatten, den Bedürfnissen seines religiösen und geistlichen Lebens zu entsprechen, insbesondere durch den Besuch der Gottesdienste oder Zusammenkünfte in der Haftanstalt.*

Einzelfall: VA-BD-J/0537-B/1/2015

Problematische hygienische Verhältnisse in der ehemaligen Sonderkrankenanstalt – JA Stein

Verschmutzte Hafträume pflegebedürftiger Patienten

Als problematisch erachtet wurden die hygienischen Verhältnisse in der ehemaligen Sonderkrankenanstalt, nunmehrigen Krankenabteilung der JA Stein. Beispielsweise wurde ein Patient in schmutziger Kleidung vorgefunden – in einem verschmutzten Haftraum mit stark verschmutzten Sanitäreinrichtungen. Der Patient war aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage, seinen Haftraum selbstständig zu reinigen. Es sei ihm Unterstützung bei der Reinigung seines Haftraumes zugesagt worden, aber diese sei davon abhängig, ob der Hausarbeiter Zeit habe.

Weiters wurde wahrgenommen, dass ein Leintuch in einem Haftraum nicht die ganze Matratze abdeckte und die Decke (unter dem Überzug) nicht gereinigt war. Eine neue Decke und einen neuen Polster habe der Patient trotz Ansuchen nicht erhalten. In Ermangelung eines Kühlschranks in den Krankenhaftträumen wurden außerdem Lebensmittel unsachgemäß verwahrt.

Der NPM regte an, die Matratzen, Pölster und Decken sowie die Sanitäreinrichtungen in den Hafträumen der Sonderkrankenanstalt auf ihren hygienischen Zustand zu prüfen und gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen. Bei jenen Inhaftierten, die aufgrund körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage sind, die Hafträume selbstständig zu reinigen, ist für eine entsprechende Haftraumhygiene Sorge zu tragen.

Reinigung in einem regelmäßigen Zyklus

Aufgrund der Kritik des NPM werden die abwaschbaren und urinbeständigen Matratzen sowie Decken und Pölster nunmehr in einem regelmäßigen Zyklus gereinigt. Laut BMJ werden sämtliche Matratzen, Pölster und Decken aller Insassen der nunmehrigen Krankenabteilung darüber hinaus monatlich auf ihren hygienischen Zustand überprüft und bei Bedarf ersetzt.

Personal mit spezieller Hygieneausbildung

Das BMJ führte dazu aus, dass die Reinigung sowie die Durchführung der notwendigen hygienischen Maßnahmen in der Krankenabteilung von einer externen Fachkraft bzw. einem Diplomkrankenschwäger mit zusätzlicher Hygieneausbildung besorgt werden. Letztgenannter kontrolliert sowohl die Bettenstation als auch den Ambulanzbereich in regelmäßigen Abständen und gibt gegebenenfalls Empfehlungen an den betreffenden Abteilungscommandanten. Außerdem bestehe neben dem allgemeinen Reinigungsplan ein gesonderter

Reinigungs- bzw. Arbeitsplan für die Hafträume pflegebedürftiger Insassen. Für den NPM ist besonders bedauerlich, dass trotz dieser Maßnahmen derartige Defizite in der Bettenstation festgestellt werden mussten.

Bundesweit hat eine beinahe zweijährige Evaluierungsphase der Hygienestandards laut BMJ lediglich zu dem Ergebnis geführt, dass diese in den JA unterschiedlich ausfallen. Zur Erzielung einheitlicher Standards wurde von der Chefärztin in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen ein Hygieneskriptum („Allgemeine Hygiene-richtlinie für Justizanstalten“) erarbeitet. Seit Herbst 2016 finden Hygieneschulungen statt, die auch 2017 fortgeführt werden. Es bleibt abzuwarten, ob durch diese Maßnahmen eine Verbesserung der Hygienestandards bewirkt wird.

Allgemeine Hygiene-richtlinie für JA

- ▶ *Sämtliche Matratzen, Decken und Pölster der Krankenhafräume müssen monatlich auf ihren hygienischen Zustand überprüft, in regelmäßigen Abständen gereinigt und bei Bedarf ersetzt werden.*
- ▶ *Es ist dafür Sorge zu tragen, dass pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die nicht in der Lage sind, ihren Haftraum selbständig zu reinigen und einer angemessenen Körperhygiene nachzukommen, ausreichend Unterstützung erhalten.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0037-B/1/2016, J/0180-B/1/2016

3.5.5 Zugang zu Informationen

Herausforderung Sprachenvielfalt – Videodolmetsch

Im Vorjahresbericht (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 103 f.) wurde über die besondere Herausforderung der Sprachenvielfalt und über das erfolgreiche Pilotprojekt „Videodolmetschen in JA“ berichtet. Erfreulich ist, dass in der Zwischenzeit Videodolmetsch in acht JA und Außenstellen (Eisenstadt, Wiener Neustadt, Korneuburg, Graz-Jakomini, Innsbruck, Suben, Wien-Josefstadt und ihrer Außenstelle Wilhelmshöhe) im medizinischen Bereich eingeführt wurde. In diesen Einrichtungen können somit erstmals professionelle Videodolmetsch-Leistungen im Strafvollzug abgerufen werden.

Videodolmetsch in acht Einrichtungen eingeführt

Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher stehen dem medizinischen Personal werktags in der Zeit von 7 bis 18 Uhr für die gängigsten Sprachen (20 Haupt- und 50 Nebensprachen sowie für die Gebärdensprache) innerhalb von 120 Sekunden (ohne Voranmeldung) zur Verfügung. Die Rückmeldungen der Bediensteten und der Inhaftierten waren gleichermaßen sehr positiv. Ein flächendeckender Einsatz von Videodolmetsch in allen österreichischen JA im Bereich der medizinischen Versorgung ist laut BMJ für Anfang 2017 geplant.

Bundesweite Einführung für 2017 geplant

Dort, wo Videodolmetsch noch nicht implementiert wurde, stellt die Sprachenvielfalt weiterhin ein Hindernis im Vollzugsalltag dar. Besonders bedenklich ist es, dass in zahlreichen JA (z.B. JA Stein, Korneuburg und Feldkirch) bei medizinischen Interventionen oder Befundbesprechungen im Fall von Verständigungsschwierigkeiten keine Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beige-

zogen werden. Ebenso scheint es unverändert gängige Praxis zu sein, dass bei Verständigungsschwierigkeiten auf die Übersetzungshilfe durch Mithäftlinge zurückgegriffen wird.

JA Korneuburg: keine Anwendung von Videodolmetsch

In der JA Korneuburg musste der NPM im August 2016 – nach der Einführung von Videodolmetsch in der JA Korneuburg – feststellen, dass das System von den Bediensteten nicht angewandt wird. Unverändert wurden bei Sprachbarrieren Mithäftlinge zur Übersetzung herangezogen. Aufgrund der Kritik des NPM wurde die Anstalt durch das BMJ angewiesen, das Videodolmetsch-System zu nutzen und Übersetzungsleistungen im medizinischen Bereich ausschließlich über die per Video zugeschalteten Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Anspruch zu nehmen.

Schutz des Privatlebens

Besonders in sensiblen Bereichen, wie bei Arztgesprächen, geht es nicht an, dass Mithäftlinge für Übersetzungen zugezogen werden. Sowohl im medizinischen Bereich als auch in anderen persönlichen Angelegenheiten gebietet es der verfassungsgesetzlich verankerte Schutz des Privatlebens, dass Mithäftlinge keine Kenntnis von sensiblen Daten erlangen. Insassinnen und Insassen sind daher nicht für Übersetzungen heranzuziehen. Darüber hinaus bedarf es im Zuge medizinischer Mitteilungen der Ärztin bzw. des Arztes an die Inhaftierten grundsätzlich einer adäquaten Form der Informationsweitergabe, die für die Betroffenen nachvollziehbar und verständlich ist.

Der NPM empfiehlt erneut, die flächendeckende Einführung von Videodolmetsch in allen österreichischen JA ehestmöglich zu realisieren. Bis zur bundesweiten Implementierung sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die dargelegten Defizite umgehend zu beheben. Bei Verständigungsschwierigkeiten in der medizinischen Versorgung ist eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher beizuziehen. Inhaftierte sind nicht für Übersetzungsdienste heranzuziehen. Medizinische Aufklärung und gesundheitliche Versorgung dürfen nicht an Sprachbarrieren scheitern.

Erweiterung von Videodolmetsch auf andere Fachbereiche

Einjähriges Pilotprojekt: Ordnungsstrafverfahren und Jugenddepartment

Wie bereits im Vorjahresbericht dargelegt, hat der NPM eine Erweiterung von Videodolmetsch auf andere Fachbereiche und die Bereiche Aufnahme und Ordnungsstrafreferat angeregt. Ende August 2016 wurde der Betrieb des Pilotprojektes Videodolmetschen in den Bereichen Ordnungsstrafverfahren sowie Jugenddepartment der JA Wien-Josefstadt aufgenommen. Der Pilotzeitraum wurde für ein Jahr festgelegt. Damit wurde der Empfehlung des NPM, professionelle Videodolmetsch-Lösungen neben dem medizinischen Bereich auf andere Fachbereiche zu erweitern, zumindest teilweise entsprochen.

Positive Erfahrungsberichte

Seitens des BMJ wird betont, dass die bisherigen Erfahrungsberichte des Ordnungsstrafreferates der JA Wien-Josefstadt überaus positiv sind. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher könnten demnach Sachverhalte sehr gut ver-

mitteln und Laien komplizierte rechtliche Bestimmungen umfassend und verständlich erklären. Die ständige Verfügbarkeit bedeute einen erheblichen Zeitgewinn. Die Professionalität der Übersetzungsleistungen schafft zudem für alle Beteiligten Rechtsklarheit und Rechtssicherheit.

In der Jugendabteilung gelangt Videodolmetsch vorrangig bei Explorations- und Betreuungsgesprächen der Fachdienste sowie psychologischen Kriseninterventionen zur Anwendung. Da psychologische Krisenintervention vorwiegend auf der Sprachebene erfolgt und psychische Krisen nur rasches und für Inhaftierte klar verständliches verbales Eingreifen erfordern, ist Videodolmetsch ein essentielles Hilfsmittel in der Betreuungsarbeit. Im Jugenddepartment der JA Wien-Josefstadt wird darüber hinaus vor allem hervorgehoben, dass damit die Möglichkeit gegeben ist, auch seltene Dialekte diverser Sprachen zu übersetzen und zu verstehen.

- ▶ *Bei Verständigungsschwierigkeiten im medizinischen Bereich oder bei Ordnungsstrafverfahren sind ausgebildete Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beizuziehen.*
- ▶ *Medizinische Aufklärung und gesundheitliche Versorgung im Straf- und Maßnahmenvollzug dürfen nicht an Sprachbarrieren scheitern.*
- ▶ *Videodolmetsch ist ehestmöglich flächendeckend in allen Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs zur Verfügung zu stellen. Wenn Videodolmetsch bereits angeboten wird, ist das System auch zu verwenden.*
- ▶ *Videodolmetsch ist auf die übrigen Fachdienste (z.B. Psychologischer Dienst, Sozialer Dienst) und auf die Bereiche Aufnahme und Ordnungsstrafreferat auszuweiten.*
- ▶ *Inhaftierte sind nicht für Übersetzungsdienste heranzuziehen.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0105-B/1/2016, J/0760-B/1/2014, J/0326-B/1/2016, J/0452-B/1/2015, J/0599-B/1/2016, J/0753-B/1/2016, J/0431-B/1/2015, J/0161-B/1/2015, J/0900-B/1/2016

3.5.6 Kontakt nach außen

Pilotprojekt Internettelefonie

Erfreulich ist, dass die Kosten für Telefongespräche im Inland durch die Neuvergabe der Insassentelefonie und durch die Einführung eines neuen Telefonsystems (Firma PKE) reduziert wurden. Die Telefonkosten für Gespräche ins Ausland sind jedoch bedauerlicherweise nach wie vor sehr hoch. Der NPM regte daher an, Internettelefonie als kostengünstige Alternative zu ermöglichen.

Hohe Kosten für
Auslandsgespräche

Das BMJ berichtet, dass im ersten Quartal 2017 ein einjähriger Pilotbetrieb zur Internettelefonie starten wird. Bisher wurde Internettelefonie nur in der JA Graz-Karlau eingesetzt. In der Zwischenzeit wurden auch die JA Stein und Garsten als Standorte zur Durchführung des Pilotbetriebes festgelegt. Geplant ist, den Testbetrieb sowohl in den Besuchsbereichen als auch den Insassenabteilungen der jeweiligen JA durchzuführen.

Pilotbetrieb in den JA
Graz-Karlau, Stein und
Garsten

Bundesweit Einführung von Internettelefonie gefordert Der NPM regt eine Erweiterung des Probetriebes auf andere JA an. Empfohlen wird, Internettelefonie bundesweit anzubieten.

- ▶ *Internettelefonie ist in allen JA als günstige Alternative für die Kontaktaufnahme mit Angehörigen im Ausland zu ermöglichen.*
- ▶ *Eine entsprechende Erweiterung des Probetriebes des Internettelefonierens ist auch in anderen JA zielstrebig voranzutreiben.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0967-B/1/2016, J/0537-B/1/2015

Lebensfremde Besuchszeiten

JA Ried im Innkreis In der JA Ried im Innkreis können am Freitag und am Wochenende keine Besuche empfangen werden. Der NPM erachtet dies als unzureichend. Empfohlen wurde, Besuchszeiten am Wochenende einzuräumen, sodass sie auch von Berufstätigen wahrgenommen werden können.

JA Suben Betreffend die JA Suben wurde ebenfalls eine Erweiterung der Besuchsmöglichkeiten angeregt. Besuche sollen auch am Nachmittag bzw. frühen Abend empfangen werden können. Bedauerlicherweise zeigte ein Folgebesuch im April 2016, dass der Empfehlung nicht entsprochen wurde.

Der NPM kritisierte bereits im letzten Bericht (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 117 f.) die Besuchszeiten in der JA Klagenfurt und im Jugendstrafvollzug der JA Innsbruck, da sie nicht der Lebensrealität von arbeitenden Menschen entsprechen, insbesondere dann nicht, wenn Anreisezeiten nötig sind.

Im Sinne einer Resozialisierung und der Aufrechterhaltung von familiären Beziehungen erachtet es der NPM auch in den JA Ried im Innkreis und Suben für notwendig, dass Häftlinge Besuche zumindest an einem Werktag sowie am Wochenende auch nachmittags bzw. am frühen Abend empfangen können. Die Besuchsmöglichkeiten sollten jedenfalls auch Berufstätigen die Möglichkeit bieten, Inhaftierte zu besuchen, weil regelmäßige Kontakte mit der Außenwelt für die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen entscheidend sind.

Selbstverständlich ist dem NPM bewusst, dass nach dem Gesetz die Besuchszeiten vom Anstaltsleiter an vier Wochentagen festzusetzen sind, davon wenigstens einmal am Abend oder am Wochenende. Die Leitung der JA hat demnach die Wahl, Besuche in den Abendstunden oder an den Wochenenden zu ermöglichen.

Dass nach dem Gesetz entweder ein Abendbesuch oder eine Besuchsmöglichkeit am Wochenende vorgesehen ist, stellt – für den NPM – jedoch lediglich ein Mindestmaß dar. Unter Hinweis auf die CPT-Standards ist hervorzuheben, dass die Förderung des Kontakts mit der Außenwelt das Leitprinzip sein sollte

[CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 18]. Es muss den Inhaftierten ermöglicht werden, die Beziehungen zur Familie und den engen Freunden aufrecht zu erhalten und angemessenen Kontakt zur Außenwelt zu haben.

Es ist daher erneut hervorzuheben, dass sich berufstätige Personen unter diesen Umständen an Werktagen Urlaub für einen Besuch eines Inhaftierten nehmen müssen. Im Sinne einer Resozialisierung bleibt die Empfehlung aufrecht, die Besuchszeiten dahingehend zu ändern, dass Besuch zumindest an einem Werktag auch nachmittags bzw. am frühen Abend oder an Sonntagen empfangen werden kann.

Besuchszeiten am
Nachmittag bzw.
Abend angeregt

Das BMJ erwidert, dass eine Ausweitung der Besuchszeiten aufgrund der angespannten Personalsituation nicht möglich ist bzw. nur zulasten anderer Angebote (z.B. Gruppenausgänge) durchgeführt werden könnte. Sollte eine Erweiterung einstweilen nicht möglich sein, so wäre zumindest als Zwischenlösung eine Änderung der Besuchszeiten dahingehend vorzunehmen, dass zumindest an einem Wochentag oder am Wochenende am Nachmittag bzw. am Abend Besuch empfangen werden kann.

Anregung des NPM
seitens des BMJ abge-
lehnt

- ▶ *Die Besuchsmöglichkeiten sind derart zu gestalten, dass sie auch von Berufstätigen wahrgenommen werden können.*
- ▶ *Besuche sollten zumindest an einem Werktag auch nachmittags bzw. am frühen Abend oder auch an Wochenenden möglich sein.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0745-B/1/2015, J/0599-B/1/2016

3.5.7 Bauliche Ausstattung

Absperrbare Kästen in Mehrpersonenhaftsräumen gefordert

Der NPM hat im Frühjahr 2016 empfohlen, Mehrpersonenhaftsräume mit versperrbaren Spinden auszustatten. Das BMJ wollte dieser Empfehlung des NPM einstweilen nicht Rechnung tragen. Es wurde jedoch beschlossen, einen einjährigen Probetrieb in den JA Salzburg und Suben durchzuführen. Ein Zwischenbericht nach einem halben Jahr zeigt, dass die Insassen zufrieden sind und es in beiden Anstalten zu keinen Problemen kam. Die endgültige Entscheidung, ob eine bundesweite Ausweitung stattfindet, soll erst nach entsprechender Evaluierung des Probetriebes erfolgen.

Probetrieb in den JA
Salzburg und Suben

Entsprechend der Empfehlung des NPM wurde auch in der ehemaligen Sonderkrankenanstalt, nunmehrigen Krankenabteilung der JA Stein die Anschaffung von versperrbaren Spinden gefordert. Absperrbare Kästen sollten insbesondere dort zur Verfügung stehen, wo aufgrund einer großen Fluktuation privates Eigentum besonders gefährdet ist. Typischerweise ist dies in Mehrpersonenhaftsräumen der Fall. Daraus resultiert die Forderung, dass die Inhaftierten Gelegenheit haben sollen, persönliche Gegenstände zu versperren.

Versperrbare Spinde in der JA Stein Erfreulich ist die Nachricht des BMJ, dass seit Juli 2016 jedem Inhaftierten der Krankenabteilung der JA Stein ein versperrbarer Spind zur Verfügung steht.

► *Alle Mehrpersonenhafräume sind mit versperrbaren Spinden auszustatten.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0337-B/1/2014, J/0037-B/1/2016

Barrierefreiheit: Weiterhin großer Nachholbedarf

Offenkundiger Mangel Bereits in den vergangenen Jahren hat der NPM aufgezeigt, dass viele JA noch nicht barrierefrei sind. Beispielsweise verfügten von 40 JA und ihren Außenstellen im Jahr 2014 lediglich 16 über einen oder mehrere Hafräume für Menschen mit Behinderung (PB 2014, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 99). Gefordert wurde, dass bauliche Adaptierungen zur behindertengerechten Ausstattung der JA Vorrang haben sollten.

Erfreulich ist, dass die neu errichtete JA Puch/Urstein alle infrastrukturellen Voraussetzungen eines modernen Strafvollzuges bietet (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 128). Ebenso wurde Ende Mai 2015 die Erweiterung des Forensischen Zentrums Asten abgeschlossen. Das BMJ versichert, dass das Bauvorhaben entsprechend den Erfordernissen der Barrierefreiheit ausgeführt wurde. Weiters ist derzeit der Ausbau der JA Gerasdorf zu einem Jugendkompetenzzentrum in den Jahren 2017 bis 2019 geplant. Die Barrierefreiheit wird auch hier in der Planung mitberücksichtigt werden.

Der NPM drängte schon in den vergangenen Jahren unter Hinweis auf Art. 14 Abs. 2 der UN-BRK darauf, dass Menschen mit Behinderung, denen aufgrund eines Verfahrens die Freiheit entzogen wurde, dieselben Lebens- und Aufenthaltsbedingungen eingeräumt werden wie den übrigen Insassinnen und Insassen. Bekanntermaßen verpflichtet die Konvention die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation zu gewährleisten sowie den Zugang zu anderen Einrichtungen und Diensten sicherzustellen, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden.

Ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar Seitens des NPM wird auch weiterhin gefordert, dass die bestehende Bausubstanz ehestens barrierefrei zu adaptieren ist; Um- und Zubauten sind möglichst rasch in Angriff zu nehmen. Bauliche Anlagen, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung sowie andere gestaltete Lebensbereiche sind als barrierefrei definiert, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

JA Graz-Karlau und JA Suben Der NPM hat auch im vergangenen Jahr die Realisierung der angekündigten Umbauarbeiten in einzelnen JA unter Hinzuziehung von Experten zur Barrierefreiheit einer Überprüfung unterzogen. Im Fall der JA Graz-Karlau hat

das BMJ beispielsweise mitgeteilt, dass der Neubau des Besucherzentrums, der Ende September 2014 fertiggestellt wurde, entsprechend den Erfordernissen der Barrierefreiheit ausgeführt wurde. Bedauerlicherweise konnte dies seitens des Fachexperten nicht bestätigt werden. Das BMJ wurde mit umfangreichen Anregungen zur Verbesserung bzw. Herstellung der Barrierefreiheit des Besucherzentrums konfrontiert. Ebenso hat der NPM hinsichtlich der Seniorenabteilung der JA Suben einige Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge betreffend die Barrierefreiheit aufgezeigt.

Der NPM wird auf die Einhaltung dieser Zusagen auch im kommenden Jahr achten. Zudem ist nochmals auf den vorrangigen Bedarf an barrierefreien Räumlichkeiten in den südlichen Bundesländern hinzuweisen. Jede lediglich aus diesem Grund vorgenommene Verlegung eines Inhaftierten reißt diesen aus seinem sozialen Umfeld. Derartige Maßnahmen stehen einer Resozialisierung entgegen.

Weitere Überprüfungen

- ▶ *Die bestehende Bausubstanz ist ehestens barrierefrei zu adaptieren. Um- und Zubauten sind so rasch wie möglich in Angriff zu nehmen.*
- ▶ *Die Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs sollen für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich sein.*

Einzelfälle: VA-BD-J/0053-B/1/2015, J/0604-B/1/2016, J/0599-B/1/2016

3.5.8 Maßnahmenvollzug und Nachsorgeeinrichtungen

Maßnahmenvollzug – strukturelle Schwächen

Erneut hat der NPM Kritik am Maßnahmenvollzug zu äußern. Zwar wurden bis zum Neubau von therapeutischen Zentren in den JA Stein, Garsten und Graz-Karlau die dort bestehenden Abteilungen für Maßnahmenpatienten in „Departments“ überführt. An den strukturellen Schwächen hat sich aber nichts geändert. Das geht aus der Begutachtung der Inhaftierten hervor und zeigt sich an dem Mangel an Fachkräften, insbesondere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, und dem Fehlen einer der Patientenanwaltschaft vergleichbaren Einrichtung. Dies gilt auch für Nachsorgeeinrichtungen, die zum Teil ungeeignet sind, wie Lage und Ausstattung des Hauses der Forensischen Wohngemeinschaft in Liebenfels in Kärnten zeigten, oder die nicht über das entsprechende Therapieangebot verfügen, wie dies in Pöfing-Brunn in der Steiermark festgestellt werden musste.

Laufende Kritik

Viele Anregungen decken sich dabei mit Verbesserungsvorschlägen, die sich im Bericht der Arbeitsgruppe, der dem BMJ im Jänner 2015 übergeben wurde, finden. Dem Vernehmen nach soll ein Großteil der dem BMJ unterbreiteten Empfehlungen in einem Entwurf zu einem „Strafrechtlichen Unterbringungsgesetz“ umgesetzt werden. Näheres wird sich ab Kenntnis des Textes sagen lassen, dessen Gesetzwerdung und Inkrafttreten abzuwarten bleibt.

Hoher Investitionsbedarf

Multipler Verbesserungsbedarf in einer Nachsorgeeinrichtung

Abgewohntes Ambiente
Ende Jänner 2016 besichtigte der NPM eine Wiener Nachsorgeeinrichtung. Beim Rundgang durch das Haus fielen zahlreiche bauliche Mängel auf: ausgebrochene Fliesen, fehlende Spiegel in den Badezimmern, fehlende Wasserzufuhr in einem Klientenzimmer, ein faustgroßes Loch in einer Mauer sowie herausstehende Kabel.

Schmutz im Ess- und Wohnbereich
Die Sauberkeit in den Einzelzimmern und Gemeinschaftsbereichen erschien ebenfalls sehr verbesserungswürdig. Die Reinigung wurde bis zum Zeitpunkt des Besuches ausschließlich durch die Klienten vorgenommen. Böden waren verschmutzt, auf den Küchenmöbeln fanden sich Schlieren.

Der NPM bezweifelt, dass die zum Teil psychisch stark beeinträchtigten Klienten in der Lage sind, für einen angemessenen hygienischen Standard in der Einrichtung zu sorgen. Als Reaktion auf diese Kritik arbeitete die Leitung der Einrichtung einen Leitfaden für die Reinigung der unterschiedlichen Bereiche aus. Das Betreuungspersonal wurde angewiesen, die Klienten anzuleiten und bei der Hausarbeit zu unterstützen. Zudem wurde eine professionelle Reinigungsfirma beauftragt, quartalsweise eine Grundreinigung des gesamten Hauses durchzuführen. Diese umfasst die Klientenzimmer sowie sämtliche Gemeinschaftsräume und -flächen.

Einbeziehung der Klienten
Aufgegriffen wurde auch die Anregung des NPM, die Klienten mehr einzubeziehen. So gibt es künftig einmal wöchentlich eine Wohnhausbesprechung im Rahmen der einzelnen Wohngruppen. Dabei können Anliegen und Wünsche der Klientinnen und Klienten (auch bezüglich Freizeitgestaltung, gemeinsame Planung von Aktivitäten und Programmen) besprochen, aber auch Beschwerden vorgebracht werden. Beschwerden können auch anonym in einem Briefkasten deponiert werden.

► ***Personen mit psychischen Beeinträchtigungen sind bei der Reinigung ihres Ess- und Wohnbereiches professionell zu unterstützen. Ein sauberes Umfeld führt ebenso wie die Einbeziehung in die Freizeitgestaltung zu einem Gefühl der Wertschätzung und Geborgenheit. Beides wirkt sich positiv auf eine weitere Genesung aus.***

Einzelfall: VA-BD-J/0314-B/1/2016

Bedürfnisgerechte, integrative Betreuung in einem Sozialzentrum

Ort der Begegnung
„Ein Begegnungsort für Alt und Jung“. So sieht sich ein Sozialzentrum selbst. Die Einrichtung wurde 2013 eröffnet und ist für 92 Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet. 14 Plätze stehen forensischen Patientinnen und Patienten zur Verfügung, vor und nach der bedingten Entlassung.

Bei seinem Besuch fand der NPM ein neues, modern konzipiertes Gebäude vor, das architektonisch anspruchsvoll gestaltet ist und über einen weitläufigen Garten verfügt.

Man betritt das Haus durch den Haupteingang auf der Höhe des ersten Geschosses. Im darunter liegenden Geschoss befindet sich die Wohngruppe für Bewohnerinnen und Bewohner mit dementieller Veränderung, die jederzeit ebenerdig in den Garten hinausgehen können.

Dank der Gebäudestruktur haben auch Menschen mit dementieller Veränderung, mit Verlust des Orientierungssinnes und erhöhtem Bewegungsdrang, ausreichende Bewegungsmöglichkeiten, die gefahrlos genutzt werden können.

Gefahrlose Benützung

Einer Ghettoisierung wird durch die Cafeteria im Eingangsbereich vorgebeugt, die auch von Schülerinnen und Schülern der nahen Neuen Mittelschule besucht wird. Sie nehmen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegeheimes auch gemeinsam das Mittagessen ein. Dadurch wird ermöglicht, dass sich die Generationen zwanglos begegnen können.

Cafeteria als Treffpunkt

Auch wenn der Kontakt manchmal konfliktträchtig ist, wird damit einem Prinzip der Integration Rechnung getragen.

Einzelfall: VA-BD-J/0639-B/1/2016

3.6 Polizeianhaltezentren

3.6.1 Einleitung

21 Besuche in der
Polizeianhaltung

Im Berichtsjahr führten die Kommissionen 21 Besuche in PAZ, im AHZ Vordernberg und in der Familienunterbringung (FamU) Zinnergasse durch. Die Arbeitsgruppen mit dem BMI zu den Themen „Anhaltung in PAZen und AHZ“ und „Suizidprävention“ wurden fortgeführt.

Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass das BMI den Empfehlungen des NPM durchaus positiv gegenübersteht. Tiefergreifende Maßnahmen, die etwa auch bauliche Veränderungen erfordern, lassen jedoch sehr lange auf ihre Umsetzung warten. Besuchsdelegationen beanstanden daher bei Folgebesuchen oft Mängel, die bereits früher, mitunter mehrmals, thematisiert wurden.

3.6.2 Arbeitsgruppe Anhaltebedingungen in Polizeianhaltezentren

Die Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Schubhaft“ hat sich zunächst vor allem der Situation von Schubhäftlingen gewidmet. Zunehmend beschäftigt sich die Arbeitsgruppe jedoch mit Themen, die auf eine Verbesserung der Lebens- und Anhaltebedingungen aller in PAZ angehaltenen Personen abzielen. Die Arbeitsgruppe hat daher im April 2016 ihre Bezeichnung in „Arbeitsgruppe Anhaltung in PAZen und AHZ“ geändert. Auch 2016 hielt die Arbeitsgruppe regelmäßig Sitzungen ab.

Im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 131 ff.) berichtete der NPM über die Festlegung von Rahmenbedingungen zu drei Themen: Die Anhaltung in Einzelhafräumen inklusive besonders gesicherter Zellen, die Praxis des Schubhaftvollzugs in Form des offenen Vollzugs sowie die Verbesserung der Besuchszeiten und Besuchsmodalitäten. Zur Umsetzung dieser Standards bedarf es Erlässen des BMI, faktischer Maßnahmen (z.B. bauliche Adaptierungen) bzw. der mittelfristig vom BMI in Aussicht gestellten Novellierung der AnhO.

Empfehlung des NPM

Der NPM hat daher im Mai 2016 dem BMI empfohlen, die Standards für die Anhaltung in PAZ so rasch wie möglich umzusetzen. In einer ersten Reaktion begrüßte das BMI im Juli 2016 diese Empfehlung und befürwortete die gemeinsam mit dem NPM erarbeiteten Standards. Das BMI teilte auch mit, den vereinbarten Vollzug der Schubhaft in Form des offenen Vollzugs bereits mit Erlass vom 7. Mai 2015 umgesetzt zu haben. Dieser Erlass enthält auch Regelungen zum Hungerstreikmanagement, die allerdings nach Wahrnehmung der Kommissionen bisher nicht umgesetzt wurden.

BMI-interne
Richtlinien-Anpassung

Für die Umsetzung der Standards von Einzelhafräumen einschließlich besonders gesicherter Hafräume, Besuchszeiten sowie Besuchsmodalitäten bedürfte

es der Anpassung der Richtlinie für Arbeitsstätten (RLfAS). Zur Aktualisierung der RLfAS habe das Ressort im März 2016 eine interne Arbeitsgruppe eingesetzt. Auf Basis der adaptierten Richtlinie könnten in weiterer Folge faktische Erhebungen zur Umsetzung der Empfehlungen stattfinden. Das BMI stellte in Aussicht, die Anpassung der RLfAS Ende November 2016 abzuschließen. Danach werde die Umsetzung der baulichen, organisatorischen und personellen Maßnahmen geplant.

Zuletzt teilte das BMI mit, alle baulichen Standards in einen Anhang zur RLfAS einzuarbeiten. Damit diese Vorgaben künftig im Rahmen von Neu-, Zu- oder Umbauten von Anhalteräumlichkeiten bzw. PAZ Berücksichtigung finden könnten, sei ein Erlass geplant, der alle sich aus den Standards ergebenden baulichen Anforderungen zusammenfasse. Noch vor Abschluss der Überarbeitung der RLfAS sollen die Standards mit einfachem Erlass an die LPD umgesetzt werden.

Das BMI will weiters einen Erlass verabschieden, um Tischbesuche (vgl. PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 131), also Besuche ohne Zwischenwände oder an freistehenden Tischen, zu ermöglichen. Ebenso sehe dieser Erlass die Erhöhung der Besuchsanzahl pro Woche auf mindestens zwei, jeweils halbstündige Besuche vor. Die Umsetzung von Tischbesuchen werde sofort erfolgen, sofern dies die verfügbaren Räumlichkeiten und die Erfordernisse des Dienstbetriebs zulassen. Anderenfalls würde darauf im Raumkonzept im Zuge von Neu-, Zu- oder Umbauten Bedacht genommen werden.

Tischbesuche und
Besuchsdauer

Durch Erlass will das BMI auch die Standards zur Ausgestaltung von Einzelhafträumen einschließlich besonders gesicherter Hafträume (vgl. PB 2014, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 122) umsetzen. Dadurch soll sichergestellt sein, dass die Videoüberwachung in PAZ künftig lichtquellenunabhängig mittels Infrarotkameras und undeutlicher Übertragung der Toilettenbereiche erfolgen wird. Darüber hinaus versicherte das BMI, dass im Rahmen von Neu-, Zu- und Umbauten künftig jedes PAZ entsprechend den räumlichen Möglichkeiten über alle drei Arten von Einzelhafträumen (d.h. gepolsterte bzw. gummierte Sicherungszellen, geflieste Sicherungszellen und sonstige Einzelzellen) verfügen werde.

Infrarotkamera für
Sicherungszellen

Mit Erlass vom Mai 2015 setzte das BMI bereits die vereinbarte Vorgabe um, dass bundesweit die Schubhaft in Form des offenen Vollzugs (tagsüber geöffnete Zellen) vollzogen werden soll. Die Anhaltung von Schubhäftlingen darf daher nur bei Vorliegen bestimmter Ausschlusskriterien in geschlossenen Zellen erfolgen.

Im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 130) konnte der NPM noch positiv über diese Einigung berichten. Anlässlich eines Besuches im PAZ Hernalser Gürtel im Juli 2016 stellte der NPM jedoch fest, dass die folgende Vorgabe dieses Erlasses außer Acht gelassen wurde: „Die Zellentüren sind im Bereich des offenen Vollzugs von 8 bis 21 Uhr offen zu halten.“

Erlasswidrige Ausdeh-
nung der Einschluss-
zeiten

Nach mehreren Konflikten zwischen Schubhäftlingen aus unterschiedlichen Herkunftsregionen fand einige Wochen vor dem NPM-Besuch ein Raufhandel unter einigen Insassen statt. Aus diesem Anlass beschloss die PAZ-Leitung, alle Schubhäftlinge im offenen Vollzug bereits um 17.30 Uhr in den Zellen einzuschließen.

Der NPM sah dieses erlasswidrige Vorgehen als bedenklich an. Daran änderte auch der Umstand nichts, dass gleichzeitig mit dieser Maßnahme jede Zelle im offenen Vollzug mit einem Fernsehgerät ausgestattet wurde. Insbesondere stand die zeitlich unbefristete Abweichung von der erlasskonformen Regelung in keinem ausgewogenen Verhältnis zum Anlass. Überdies waren zum Zeitpunkt des NPM-Besuches alle am Raufhandel beteiligten Häftlinge längst nicht mehr im PAZ inhaftiert. Der NPM regte daher den erlasskonformen Vollzug der Einschlusszeiten im PAZ an.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung hielt der NPM fest, dass das BMI die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des offenen Vollzugs von Schubhäftlingen nicht aktiv angesprochen hatte und die Delegation bei einem Besuch zufällig darauf aufmerksam wurde. Die Vertreter des BMI begründeten die erlasswidrig geübte Praxis mit notwendigen Deeskalationsmaßnahmen. Der Erlass werde überarbeitet. Abweichungen vom vereinbarten Standard des offenen Vollzugs müssten künftig sowohl dem Ressort gemeldet als auch dem NPM zur Kenntnis gebracht werden. Im Falle länger andauernder Abweichungen erfolge künftig monatlich eine Meldung samt Begründung.

Von diesen Irritationen abgesehen konnte die Arbeitsgruppe im Berichtsjahr die Ausarbeitung von Standards zu den Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten Angehaltener (PB 2015, „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 132 f.) abschließen. Sie konnte Einigkeit darüber erzielen, dass die vereinbarten Standards auf Verwaltungsstrafhäftlinge und Schubhäftlinge Anwendung finden sollen.

Informationen der Außenwelt

Um Angehaltenen Zugang zu Informationen der Außenwelt zu bieten, ist künftig die Möglichkeit des Erwerbs von fremdsprachigen Printmedien sicherzustellen. Zusätzlich sind Radio- und TV-Geräte in den Aufenthaltsräumen bereitzustellen. Den Angehaltenen ist, nach vorangegangener Kontrolle, auch die Benützung eigener Radio- und TV-Geräte in allen Zellen, außer in besonders gesicherten Zellen, zu ermöglichen. Die Stromversorgung und die Anschlüsse für den Empfang von mehrsprachigen Radio- und TV-Programmen in den Aufenthaltsräumen und allen Zellen (außer besonders gesicherten Zellen) sind spätestens im Zuge von Neu-, Zu- und Umbauten herzustellen. Die Zellen sind mit je einer von außen schaltbaren Steckdose auszustatten.

Um die Sozialkontakte zwischen den Angehaltenen zu unterstützen, ist entsprechend dem Einvernehmen der Arbeitsgruppe sicherzustellen, dass sie Aufenthaltsräume nutzen können und Gesellschaftsspiele zur Verfügung stehen.

Die Arbeitsgruppe konnte auch Einigkeit über die bereits im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 133) dargestellten Kernaussagen zu den Möglichkeiten der körperlichen Bewegung von Angehaltenen erzielen. Diesen ist künftig Gelegenheit zu geben, sich täglich mindestens eine Stunde im Freien zu bewegen. Falls dies witterungsbedingt nicht möglich sein sollte, ist die Gelegenheit zur körperlichen Bewegung auf andere Weise zu gewährleisten. In den PAZ sind künftig folgende (Sport-)Geräte in ausreichender Zahl und in funktionstüchtigem Zustand zur Verfügung zu stellen: Basketballkörbe, Bälle, Tischfußballtische, kleine Sportmatten (z.B. für Yoga), nach räumlicher Möglichkeit eine Tischtennisausstattung sowie Therabänder, die allerdings vorher noch auf ihre Einsatztauglichkeit geprüft werden sollen.

Körperliche Bewegung

Die Arbeitsgruppe widmete sich 2016 dem Kontakt Angehaltener mit der Außenwelt via Telefon. § 19 Abs. 1 AnhO sieht vor, dass Häftlingen in begründeten Fällen das Führen von Telefongesprächen auf eigene Kosten unter Aufsicht möglich sein muss. Schubhäftlingen ist, – soweit dies organisatorisch keinen unvermeidbaren Aufwand verursacht, den vorgesehenen Tagesablauf nicht stört und sofern in der AnhO nicht anderes vorgesehen ist – das Telefonieren auf eigene Kosten grundsätzlich ohne Aufsicht zu ermöglichen. Zu diesem Zweck können auch Mobiltelefone für die Dauer eines Telefongesprächs ausgehändigt werden. Schon der frühere MRB beim BMI hatte vorgeschlagen, eine Einschränkung der elektronischen Kommunikation von Schubhäftlingen nur vorzunehmen, wenn der Zweck der Schubhaft dies im Einzelfall erfordert.

Telefonischer Kontakt mit der Außenwelt

Der NPM pflichtet dem Vorschlag bei. Zudem registrierte der NPM seit längerer Zeit eine in den PAZ unterschiedliche – teils restriktive, teils sehr tolerante – Praxis der Ausfolgung eigener Mobiltelefone an die Angehaltenen. Auch die Bereitstellung von Wertkarten-Telefonapparaten in den PAZ stellt sich als sehr uneinheitlich dar. Darüber hinaus gestaltet sich die Regelung, zu welchem Zeitpunkt Schubhäftlinge telefonieren können, in den einzelnen PAZ je nach Insassenanzahl mehr oder weniger flexibel.

Die Arbeitsgruppe einigte sich darauf, dass alle in PAZ Angehaltenen die Möglichkeit haben sollen, Telefongespräche auf eigene Kosten, unter Wahrung der Privatsphäre und grundsätzlich unbeaufsichtigt zu führen. Die Arbeitsgruppe beabsichtigte zunächst, die Installierung von einheitlichen Wertkarten-Telefonapparaten in allen PAZ vorzuschreiben. Da der Hersteller der Wertkarten-Telefonapparate jedoch die Produktion einstellen wird, nahm die Arbeitsgruppe davon Abstand, eine bestimmte Art von Telefongerät vorzuschreiben. An allen Anhalteorten sind daher barrierefrei zugängliche Telefoniermöglichkeiten bereitzustellen. Bei Bedarf ist eine barrierefreie Benutzung z.B. für schwerhörige Häftlinge zu ermöglichen. Einschränkungen sollen nur unter den gesetzlichen Bedingungen (insbesondere der StPO) zulässig sein und dokumentiert werden.

In allen PAZ ist auch dafür Sorge zu tragen, dass Angehaltene in einer dem Zweck des Telefongesprächs entsprechenden Dauer, in ausreichendem Ausmaß sowie mehrmals wöchentlich telefonieren können. Zur Herstellung des

Flexible Gestaltung des Telefonkontakts

Erstkontakts (§ 19 Abs. 2 AnhO) ist außerdem in begründeten Einzelfällen das Führen von Telefonaten außerhalb der gewöhnlichen Zeiten zu ermöglichen.

Wegen der fortschreitenden Verbreitung von Mobiltelefonen mit Foto- bzw. Videofunktion (insbesondere Smartphones mit Internetzugang) war sich die Arbeitsgruppe einig, Sicherheitsaspekten und der Wahrung der Privatsphäre der Angehaltenen Rechnung zu tragen. Die Nutzung eigener Mobiltelefone soll daher nicht die Regel sein. Sofern nicht für die Angehaltenen günstigere Regelungen am Anhalteort bestehen, ist die Ausgabe und Nutzung von eigenen Mobiltelefonen aber sicherzustellen, um Telefonnummern abzurufen und Mittellosen, die noch über ein Guthaben verfügen, ein Gespräch zu ermöglichen.

Das BMI informierte den NPM über den Plan, Anfang 2017 ein Pilotprojekt zur Verwendung der Videotelefonie via Internet („Skype“) im PAZ Hernalser Gürtel zu starten. Der NPM wird die Fortschritte verfolgen und darüber berichten.

Hygienedefizite Aufgrund der in den letzten Jahren vor allem im PAZ Hernalser Gürtel wiederholt festgestellten schlechten Hygienezustände konfrontierte der NPM das BMI mit diesem Thema auch in der Arbeitsgruppe. Die Kommission kritisierte die mangelhafte Versorgung der Häftlinge mit ausreichend großen Hand- bzw. Geschirrtüchern, die Ausgabe von nicht vollständig gereinigter bzw. abgenutzter Bettwäsche und Leintüchern, die Ausstattung der Hafträume mit desolaten Matratzen bzw. verschmutzten Kopfpölstern und regte eine regelmäßige Grundreinigung der Hafträume an. Das BMI stellte Maßnahmen zur Verbesserung der Reinigung bzw. des Austauschs von desolaten Ausstattungsgegenständen in Aussicht. Es bleibt abzuwarten, ob durch Veranlassungen, wie z.B. die Verwendung von Bettüberzügen anstelle von Leintüchern, künftig die Hygienemängel dauerhaft behoben werden können.

Erweiterung der Duschkmöglichkeiten Die Arbeitsgruppe sah in Anbetracht der unterschiedlichen Ausgestaltung der Duschkmöglichkeiten die Notwendigkeit, einheitliche Regelungen zu schaffen. Besonders wichtig war dem NPM dabei, einen jederzeit möglichen Zugang zu hygienisch einwandfreien sanitären Einrichtungen sicherzustellen, die warmes Wasser bieten und die Wahrung der Intimsphäre der Häftlinge gewährleisten.

Das BMI verwies auf die „Hygienerichtlinien für das Polizeianhaltezentrum“ und stellte eine Überarbeitung durch den chefärztlichen Dienst mit folgenden Zielen in Aussicht:

Ergänzungen der Hygienerichtlinien Angehaltene sind künftig über die Duschkmöglichkeiten zu informieren. Aus hygienischer Sicht wünschenswert sind häufige Duscbäder, zumindest zweimal pro Woche. Jedenfalls soll eine tägliche Dusche für Frauen während der Menstruation und in der Menopause vorgesehen sein. Darüber hinaus sind Frauen Hygieneartikel wie Binden und Tampons bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.

Außerdem sollen Schamwände in Mehrpersonen-Duschräumen als Sichtschutz angebracht werden. Eine Einzelbenützung der Duschräume soll eben-

falls möglich sein. Nach wiederholter Kritik an der nicht vollständigen baulichen Abtrennung der WC-Bereiche in Mehrpersonenzellen (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 142 f.) einigte sich die Arbeitsgruppe auf das Ergebnis, dass die Toiletten in Mehrpersonenzellen vollständig abgemauert sein sollen.

Die Arbeitsgruppe erweiterte 2016 ihre Agenda um mehrere Aufgaben. Folgende Themen sind für die weitere Tätigkeit vorgesehen: Vorschläge des NPM zur Änderung der AnhO, elektronisch kontrollierter Internetzugang, Videotelefonie, Überwindung von Sprachbarrieren (Dolmetsch, Videodolmetsch, medizinischer Bereich, sonstige Bereiche), Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von LGBT Personen (Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender), offener Vollzug für Verwaltungsstrahfänglinge, Beleuchtung der Zellen während der Nachtruhe, Trennung von kurativer und begutachtender Tätigkeit der Ärzte, Definition des Begriffs „Haftfähigkeit“ sowie Nikotinkonsum bzw. Nikotinentwöhnung während der Anhaltung.

In Anbetracht der vorher berichteten Verzögerungen sollen die bisher entwickelten Standards möglichst rasch durch Erlässe, eine Änderung der AnhO oder konkrete Maßnahmen (z.B. bauliche Adaptierungen) umgesetzt werden.

Einzelfall: VA-BD-I/0510-C/1/2012, BMI LR2240/0435-III/10/2016, BMI-LR1600/0170-III/10/2016

3.6.3 Arbeitsgruppe Suizidprävention

Der NPM stellte bereits im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 133 ff.) die Gründe für die Einrichtung der Arbeitsgruppe sowie die Ziele dar. Die Arbeitsgruppe setzte ihre Tätigkeit 2016 fort und hielt insgesamt sechs Sitzungen ab, um bundesweit einheitliche Richtlinien für die Suizidprävention in der Polizeianhaltung zu formulieren.

Als Erstes konnte die Arbeitsgruppe die Überarbeitung des Anamnesebogens erfolgreich abschließen. Der neue Fragebogen „Gesundheitsbefragung“ soll künftig im Zuge der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung an alle festgenommenen Personen in der jeweiligen Sprache ausgeteilt werden. Die Informationen sollen dem ärztlichen Personal dazu dienen, möglichst kurz nach der Festnahme den Gesundheitszustand der Person zu erheben und eine Entscheidung über dringende suizidpräventive Maßnahmen treffen zu können.

Anamnesebogen
adaptiert

In diesem Zusammenhang unterstrich der NPM wiederholt die Bedeutung einer ausreichend guten sprachlichen Verständigung zwischen den Häftlingen und dem ärztlichen Personal. Um die Defizite zu beheben, startete das BMI im Februar 2016 den testweisen Einsatz eines Videodolmetsch-Systems im medizinischen Bereich. Diese auf die Bundesländer Bgld, Tirol und Wien beschränkte einjährige Evaluierungsphase dauerte zu Redaktionsschluss noch an.

Videodolmetsch

Der Einsatz von Videodolmetsch stellt aus Sicht des NPM ein nützliches Hilfsmittel dar, Sprachbarrieren zwischen Angehaltenen und dem (ärztlichen) PAZ-Personal zu überwinden. Das im AHZ Vordernberg bereits verwendete Videodolmetsch-System im medizinischen Bereich hat sich bewährt. Der NPM hält die Ausweitung des Einsatzes von Videodolmetsch-Leistungen auf das gesamte Bundesgebiet und auf alle Bereiche für wünschenswert. Die Ergebnisse der Testphase sind jedoch noch abzuwarten.

Die Arbeitsgruppe führte Erhebungen zu den Standards des BMJ für die Suizidprävention im Straf- und Maßnahmenvollzug durch. Die Arbeitsgruppe verwendete diese Standards als Leitfaden für die Erörterung der Themen Schulung, Aus- und Fortbildung des Personals, Abwicklung von Neuaufnahmen, Rückkehr von externen Terminen, Überstellungen von Insassen, Verfahrensweise bei festgestelltem Suizidrisiko, Gewährleistung einer suizidpräventiven Umgebung, Dokumentation und Verwertung von Informationen, Vorgehensweise nach einem Suizid sowie Suizidreflexion vor Ort.

Einigkeit herrschte in der Arbeitsgruppe darüber, dass vor allem die Sensibilisierung des ärztlichen Personals und des Wachpersonals in Schulungen sowie Aus- und Fortbildungen wichtig ist. Im neuen, ab 1. Dezember 2016 gültigen Grundausbildungslehrplan sind insgesamt 48 Unterrichtseinheiten zum Thema „angewandte Psychologie“ vorgesehen. Davon widmen sich 28 Einheiten der Hilfe für psychisch Kranke und Angehörige, der Suizidprävention sowie dem Umgang mit psychisch Kranken. Darüber hinaus können die Exekutivbediensteten im Rahmen der berufsbegleitenden Fortbildung freiwillig drei zusätzliche Seminare zum Umgang mit psychisch Kranken absolvieren.

Mangel an ärztlichem Personal

Die Verfügbarkeit von (Amts-)Ärztinnen und (Amts-)Ärzten stellt ein grundsätzliches Problem dar. Wie schon im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 137) ausgeführt, ist Wien durch die Kooperation mit dem Verein Dialog privilegiert. Auch Vbg hat eine gute Lösung geschaffen. Das BMI beabsichtigt, mit dem BMGF einen Arbeitszirkel zu gründen, um dem Ärztemangel in den Bundesländern entgegenzuwirken.

Auf Basis der durchgeführten Erhebungen begann die Arbeitsgruppe gegen Ende des Berichtsjahrs, konkrete Standards zur Suizidprävention zu formulieren. Bei Erarbeitung dieser Standards fanden die Vorgaben des CPT zum Umgang mit suizidgefährdeten Personen besondere Berücksichtigung [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 38]. Insbesondere soll bei Aufnahme des Häftlings eine eingehende Begutachtung, während der Haft ein laufendes Monitoring und im Zuge der Entlassung aus der Haft ein weiteres Screening erfolgen.

Schulung des Personals

Schulungen sollen das Thema Suizidprävention im Anhaltevollzug und in fremdenrechtlichen Verfahren bewusst machen. Die erstmalige Vermittlung des Wissens erfolgt in der Grundausbildung aller Exekutivbediensteten. Eine Wiederholung soll das Erlernte festigen und eine nachhaltige Wirkung ge-

währleisten. Daher sollen Schulungen auch im Rahmen der berufsbegleitenden Fortbildung stattfinden.

Die Schulungen sollen grundlegende Informationen über die Risikogruppen und Risikofaktoren (Persönlichkeitsprofil des Häftlings, familiärer bzw. sozialer Hintergrund, psychische Erkrankungen), Hinweise auf eine suizidale Gefährdung und den Umgang mit suizidalen Krisen sowie mit eigenen Empfindungen (Psychohygiene) vermitteln.

Der Fragebogen „Gesundheitsbefragung“ (Anamnesebogen) soll im Zuge der Aufnahme eingesetzt werden. Die Übergabe des Anamnesebogens an den Angehaltenen in einer ihm verständlichen Sprache hat zeitnah durch Exekutivbedienstete zu erfolgen. Die ausgefüllte Gesundheitsbefragung dient als Grundlage für die nachfolgende medizinische Untersuchung durch das polizeiärztliche Personal.

Bei Verdacht auf Suizidgefahr soll rasch eine ärztliche Abklärung eingeleitet werden. Bis dahin ist der Häftling zu überwachen. Der Zugang zu gefährlichen Gegenständen (z.B. zerbrochenes Glas, Gürtel, Krawatten, Fenstergitter etc.) soll verhindert werden. Je nach Ergebnis der ärztlichen Untersuchung ist die geeignete Form der Anhaltung des Häftlings (in Einzelzelle oder Gemeinschaftszelle) und gegebenenfalls eine fachärztlich-psychiatrische Stellungnahme zu veranlassen. Sollte eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Psychiatrie weitere suizidpräventive Maßnahmen empfehlen, hat das amtsärztliche Personal diese Empfehlungen im Rahmen der Folgeuntersuchung miteinzubeziehen.

Vorgehen bei
Suizidgefahr – Sofort-
maßnahmen

Die Arbeitsgruppe wird sich auch den folgenden Themen widmen: Dokumentation und Weiterleitung von Informationen bei Vorliegen eines konkreten Suizidrisikos, Vorgehen nach einem Suizid(versuch) sowie Suizidreflexion vor Ort. Zudem sollen Maßnahmen zur Sicherstellung eines Informationsflusses zwischen dem BMI und dem BMJ erörtert werden, da Häftlinge von JA in PAZ (und umgekehrt) überstellt werden. Dabei werden auch datenschutzrechtliche Aspekte Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus sind folgende Themen vorgesehen: Möglichkeiten der medizinischen Wertung von angedrohten Suiziden, Vorschläge des NPM zur Änderung des Formulars „Zurechnungsfähigkeit Polizeiamtsärztliches Gutachten“, Umgang mit substanzbeeinträchtigten Personen sowie Diskussion über die Haftfähigkeit angehaltener Personen.

Einzelfall: VA-BD-I/0815-C/1/2016

3.6.4 Brandschutz in der Polizeianhaltung

Im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 144 f.) berichtete der NPM über einen Todesfall im PAZ Villach. Ein Angehaltener kam durch Rauchgase ums Leben, nachdem er die Matratze in seinem Haftraum an die offene Zellentür gelehnt und angezündet hatte.

Keine Brandmelder in
Hafräumen

Die Vermutung lag nahe, dass keine allgemeinen Regelungen bestehen, welche die brandschutztechnischen Einrichtungen in PAZ bundesweit regeln. Daher sah der NPM es als zweckmäßig an, das Brandschutzniveau in PAZ einheitlich zu gestalten und an den für JA geltenden Maßstab anzupassen. In den JA gelten seit 2011 die „Technischen Richtlinien Vorbeugender Brandschutz“ (TRVB) 160 N „JA – Baulicher und Technischer Brandschutz“. Der NPM ersuchte deshalb das BMI ergänzend um Mitteilung, ob beabsichtigt ist, die sinnngemäße Anwendbarkeit im Erlassweg vorzusehen oder einheitliche Mindestanforderungen für den Brandschutz in PAZ festzulegen.

Das BMI teilte mit, dass Sicherheitssysteme und eine Brandschutzkonzeption bestünden. Häftlinge hätten die Möglichkeit, bei einem Zellenbrand Alarm zu geben, Brandmeldeeinrichtungen könnten im Zuge von Neu-, Zu- sowie Umbauten und zur technischen bzw. baulichen Nachrüstung alter Bausubstanzen installiert werden (vgl. PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 144).

Die größte Gefahrenquelle sei aber nicht die Baulichkeit selbst, sondern das vorsätzliche bzw. fahrlässige Handeln von Angehaltenen, der nicht bestimmungsgemäße Gebrauch von Gegenständen sowie Unfälle. Der überwiegende Teil aller Brandopfer seien Personen, welche durch den Rauch ums Leben kommen. Daher konzipiere das BMI bereits bauseits technische Brandgasabführungen. Im Erlassweg sollen dennoch einheitliche Vorgaben festgelegt werden.

Einrichtung eines
Fachzirkels beim BMI

Auch das Zivilgesellschaftliche Dialoggremium des BMI („Polizei.Macht.Menschen.Rechte“) befasst sich mit dem Thema „Brandschutz in Schubhaft“. Im Juni 2016 beschloss dieses Gremium die Einrichtung eines Fachzirkels unter Einbeziehung eines Vertreters des NPM. Aufgabe des Fachzirkels ist es, Maßnahmen zu formulieren, durch die künftig das In-Brand-Setzen von Anhalteräumen mit offenem Feuer oder Glut verhindert werden soll. Zudem soll der Fachzirkel anlagentechnische Maßnahmen erörtern, welche die Löschung eines Brandes bzw. die rechtzeitige und verlässliche Anzeige der Brandausbreitung durch Alarmanlagen gewährleisten.

Der NPM konnte anlässlich eines Folgebesuchs des PAZ Villach feststellen, dass zwischenzeitlich alle Zellen mit neuen, nicht entflammenden Matratzen ausgestattet wurden.

► ***Vorgaben für brandschutztechnische Einrichtungen in der Polizeianhaltung sind bundesweit einheitlich zu gestalten und das Brandschutzniveau ist mindestens an den für JA geltenden Maßstab anzupassen.***

Einzelfälle: VA-BD-I/0661-C/1/2015, BMI-LR1600/0149-III/10/2015; VA-BD-I/0014/C/1/2017

3.6.5 Abtrennung der WC-Bereiche in Mehrpersonenzellen

Der NPM beschäftigte sich bereits in den Jahren 2014 und 2015 mit der unzureichenden Abtrennung von WC-Bereichen in Mehrpersonenzellen (vgl. PB 2014, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 125 ff. und PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 142 ff.).

Vor allem in Bezug auf das PAZ Graz berichtete der NPM über die wiederholte Kritik an der mangelhaften Abtrennung von Toiletten in Mehrpersonenzellen vom restlichen Haftraum. Gleichzeitig wies der NPM auf die geplanten Umbaumaßnahmen der Nasszellen in Mehrpersonenzellen hin, welche die PAZ-Leitung mit der Kommission näher erörtert hatte. In der Folge war jedoch zu klären, ob die bauliche Abtrennung der WC-Bereiche mit einem 10 cm breiten Spalt zur Zellendecke oder ohne Spalt erfolgen soll.

Im Rahmen der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe „Anhaltung in PAZen und AHZ“ hielt das BMI nach kurzer Diskussion dieser Fragestellung fest, die Abtrennung der WC-Bereiche in den Mehrpersonenzellen des PAZ Graz nunmehr vollständig (ohne Spalt) durchführen zu wollen. Der NPM wird die Umsetzung der Umbauten weiter verfolgen und hofft, dass das BMI in Kürze auch im Hinblick auf die anderen PAZ derartige Adaptierungen in Aussicht stellt.

Vollständige bauliche Trennung geplant

► *Die Toiletten in Mehrpersonenzellen sind zum Schutz der Intimsphäre und aus hygienischen Gründen vollständig abzumauern.*

Einzelfall: VA-BD-I/0615-C/1/2015

3.6.6 Inadäquater Umgangston von Bediensteten

Im Rahmen eines Besuchs im PAZ Graz Anfang November 2015 nahm die Kommission wahr, dass ein Exekutivbeamter einen Häftling auf dem Gang duzte. Der NPM ersuchte das BMI, die im PAZ eingesetzten Bediensteten darauf hinzuweisen, dass ein angemessener Umgangston einzuhalten und das Duzen von Angehaltenen zu unterlassen ist.

Duzen von Häftlingen

Das BMI führte aus, dass ein adäquater Umgangston sowie die Einhaltung der Richtlinienverordnung regelmäßig geschult würden. PAZ-Bedienstete seien daher sensibilisiert. Das BMI nahm dennoch die Kritik zum Anlass, einen PAZ-Bediensteten auf seine Verpflichtungen im Umgang mit Angehaltenen nachdrücklich hinzuweisen.

Die Kommission wollte auch Auskünfte zur Krankengeschichte eines Angehaltenen und diese einsehen. Dies verwehrt ein Beamter unter Hinweis auf die Abwesenheit der Chefärztin des PAZ. Ein anderer Beamter wollte ein vertrauliches Gespräch mit einem Häftling nur nach Genehmigung der StA ermöglichen. Der NPM kritisierte, dass seine Arbeit behindert wurde. Das BMI teilte in der Folge mit, das PAZ-Personal eingehend über die Rechte des NPM informiert zu haben.

Neuerliche Kritik am Umgangston

Im Zuge eines Folgebesuches im PAZ Graz Ende März 2016 berichteten vier Insassen, dass manche PAZ-Bedienstete sie öfters duzen bzw. Drogenkranke als „Giftler“ bezeichnen würden. Der dazu befragte diensthabende Beamte teilte unter anderem mit, dass sich am Duzen und am saloppen Umgangston nichts ändern werde, da sich dieses Verhalten gegenüber Insassen „manchmal so ergebe“. Der NPM musste beim BMI daher neuerlich die Pflege eines adäquaten Umgangstons einfordern.

Das BMI teilte zur wiederholten Kritik des NPM mit, dass die LPD Stmk organisationsrechtlich Maßnahmen getroffen habe, um ähnliche Vorkommnisse künftig zu vermeiden. Zudem habe die vorgesetzte Dienststelle den Beamten nachdrücklich darauf hingewiesen, die im Umgang mit Angehaltenen maßgeblichen Verhaltensregeln einzuhalten.

Die Problematik zeigt, wie wichtig ein regelmäßiges Monitoring durch den NPM ist. Ob Zusagen des BMI tatsächlich eingehalten werden bzw. Maßnahmen in der Dienststelle nachhaltige Wirkung zeigen, kann nur im Wege von Folgebesuchen überprüft werden.

► ***Die in PAZ tätigen Exekutivbediensteten haben Angehaltene per Sie anzusprechen, einen adäquaten Umgangston mit den Angehaltenen zu pflegen und die Vorgaben der Richtlinienverordnung einzuhalten.***

Einzelfälle: VA-BD-I/1244C/1/2015, BMI-LR1600/0152-III/10/2015; VA-BD-I/0430-C/1/2016, BMI-LR1600/0127-III/10/2016

3.6.7 Beschränkung des Rechts auf Seelsorge

Bei einem Besuch des PAZ Salzburg im November 2015 stellte die Kommission fest, dass ab Oktober 2015 keine Besuche der Seelsorge stattgefunden hatten. Wie sich im Zuge der Erhebungen herausstellte, hatten die PAZ-Bediensteten wegen ihrer erhöhten Inanspruchnahme infolge des Flüchtlingsstroms die Seelsorger „weggeschickt“.

Seelsorger wegen Überlastung weggeschickt

Der NPM nahm diesen Vorfall zum Anlass, das BMI auf die Regelungen des § 11 AnhO hinzuweisen. Darin ist festgelegt, dass den Angehaltenen, auch jenen in Einzelhaft, auf Verlangen der Besuch durch einen Seelsorger nicht nur während der Besuchszeiten, sondern jederzeit zu ermöglichen ist. Der NPM betonte zudem, dass das Unterbinden des Rechts auf Seelsorge in keinem ausgeglichenen Verhältnis zu den Gründen dieser Maßnahme (Sicherheitsbedenken und Überlastung des PAZ-Personals) stand.

Der NPM forderte das BMI auf, organisatorische und personelle Rahmenbedingungen zu schaffen, um die künftige Ausübung des Rechts der Angehaltenen auf Seelsorge sicherzustellen. Das BMI teilte dazu mit, dass nach unverzüglich erfolgten organisatorischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Erledigung von Asylanträgen eine regelmäßige Seelsorge wieder gewährleistet sei.

- *Angehaltenen ist auf Ersuchen der Besuch durch einen Seelsorger zu ermöglichen. Die Beschränkung des Rechts auf regelmäßige Seelsorge muss in einem ausgeglichen Verhältnis zum Grund der Beschränkung stehen.*

Einzelfall: VA-BD-I/1320-C/1/2015, BMI-LR1600/0155-III/10/2015

3.6.8 Anhaltezentrum Vordernberg

Anlässlich eines Besuchs des AHZ Vordernberg Ende Februar 2016 erfuhr die Kommission, dass die Unterbringung zweier hungerstreikender Schubhäftlinge nicht im offenen Vollzug, sondern in versperrten Einzelzimmern erfolgte. Als Grund für diese Maßnahme gab ein Beamter an, dass nur auf diese Weise überprüfbar sei, ob ein Häftling Nahrung zu sich nehmen oder nicht.

Erlasswidriger Umgang mit Hungerstreikenden

Der NPM beanstandete gegenüber dem BMI, dass diese Vorgehensweise nicht dem Erlass des BMI betreffend den Umgang mit hungerstreikenden Schubhäftlingen entspricht. Diesem Erlass nach darf der Ausschluss eines Häftlings aus der offenen Station bei Hungerstreik nur zur notwendigen medizinischen Überwachung bzw. zur Ermöglichung einer speziellen Betreuung erfolgen, falls diese nicht auf der offenen Station realisierbar ist. Das BMI griff diese Kritik auf und teilte mit, einen Dienstbefehl zur Regelung des erlasskonformen Umgangs mit hungerstreikenden Personen erteilt zu haben und in Zukunft auf die Einhaltung der Vorgaben zu achten.

Zur Kritik des NPM über fehlende Sichtschutz-Einrichtungen zwischen zwei Wohngruppen sowie fehlende Vorhänge in allen Wohngruppen teilte das BMI mit, dass die Anbringung des Sichtschutzes und der Vorhänge mangels budgetärer Deckung bis April 2016 nicht erfolgt sei. Das BMI stellte in Aussicht, für eine möglichst zeitnahe, jedoch aufgrund der angespannten budgetären Situation reduzierte Ausstattung der Wohngruppen zu sorgen.

Fehlender Sichtschutz

Die Delegation nahm im Zuge des Besuchs im Juli 2016 unerträglich hohe Temperaturen in mehreren, meist auf der Sonnenseite gelegenen Räumen des AHZ wahr. Besonders kritisch beurteilte sie dies in den Räumen des Ambulanzbereichs, welche über keine Klimaanlage verfügen. Die Kommission regte Maßnahmen an, um für ein adäquates Raumklima in den vor allem in den Sommermonaten von starker Sonneneinstrahlung betroffenen Bereichen der Einrichtung zu sorgen.

Mitte Juli 2016 besuchte eine Delegation erneut das AHZ und nahm Mängel wahr. Dazu zählten unter anderem Defizite hinsichtlich des Krisenmanagements, da ein Insasse nach einem Fluchtversuch in einer besonders gesicherten Zelle ohne formelle Begründung untergebracht wurde. Weder eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher noch eine Ärztin oder ein Arzt wurden beigezogen. Die Kommission ortete auch Defizite beim Zugang zu Informationen über die Anhaltung, bei der Rechtsberatung und der Information über die Rechte in verständlicher Sprache.

Mangelhaftes Krisenmanagement nach Fluchtversuch

Der NPM ersuchte um Bekanntgabe von Maßnahmen, um die Qualität der Rückkehr- bzw. Rechtsberatung zu überprüfen und sicherzustellen. Auch die spärlichen Beschäftigungsmöglichkeiten, die Tagesstruktur und das Kiosk-Angebot wurden thematisiert. Ebenso regte der NPM die Installierung von Schutzvorrichtungen gegen die im Sommer sehr starke Sonneneinstrahlung in Teilbereichen des AHZ an. Kritisiert wurde auch, dass die für die kurative medizinische Betreuung vorgesehenen Räume durch das polizeiamtsärztliche Personal benützt werden.

Der NPM ersuchte das BMI weiters um Mitteilung beabsichtigter Maßnahmen, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu überprüfen bzw. sicherzustellen. Die Kommission hatte Defizite in der Leistung der Gesundheitsfürsorge durch das damit beauftragte Unternehmen wahrgenommen. Eine Stellungnahme des BMI lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Besuch im AHZ durch
PACE und APT

Im November 2016 besuchte das Committee on Migration, Refugees and Displaced Persons der Parlamentarischen Versammlung des Europarates (Parliamentary Assembly of the Council of Europe – PACE) unter Beiziehung des APT und des NPM das AHZ. Neben positiven Feststellungen unter anderem zur Handhabung des offenen Vollzugs und zur architektonischen Gestaltung regte die PACE-Delegation in einem dem NPM vorliegenden Schreiben an die PAZ-Leitung mehrere Verbesserungen an. Insbesondere hielt die Delegation fest, dass das Wachpersonal von Ermüdungserscheinungen infolge der steigenden Belagszahl der Einrichtung berichtet hatte. Die Delegation regte daher eine entsprechende Erhöhung des Wachpersonals an.

Einige Häftlinge berichteten davon, keine Kenntnis vom Grund für ihre Anhaltung bzw. von deren Dauer zu haben. Die Delegation regte daher die Verbesserung des Zugangs zu Informationen an. Ebenso schlug die Delegation den Abbau von Sprachbarrieren im Zusammenhang mit dem Bedienungs Menü der Informationsterminals (Startbildschirm nur in deutscher bzw. englischer Sprache) vor. Die Delegation wies auch darauf hin, dass die zuletzt im Jahr 2014 adaptierte „Zusatzinformation für Schubhäftlinge – AHZ Vordernberg“ nicht zweifelsfrei das Recht auf Rechtsberatung erläutert. Auch schien die Information, dass diese Beratung durch beauftragte NGOs erfolgt, nicht klar dargelegt. Die Delegation schlug daher die Überarbeitung dieser Informationsbroschüre vor.

Amtswegiges
Prüfverfahren

Der NPM nahm die Ausführungen der PACE-Delegation zum Anlass, ein amtswegiges Prüfverfahren einzuleiten und das BMI um Stellungnahme zu diesen Kritikpunkten zu ersuchen. Zu Redaktionsschluss lag diese noch nicht vor.

Einzelfälle: VA-BD-I/0359-C/1/2016, BMI-LR1600/0051-III/10/2015; VA-BD-I/1444-C/1/2016, VA-BD-I/2106-C/1/2016

3.6.9 Positive Wahrnehmungen

Die Handhabung des offenen Vollzugs der Schubhaft im PAZ Wiener Neustadt ist als Good-Practice-Beispiel hervorzuheben. Insbesondere dürfen die Angehaltenen den Spazierhof ohne zeitliche Einschränkung zwischen 7 und 22 Uhr benützen und dort auch ihre Mobiltelefone verwenden. Die Häftlinge können zahlreiche Sportgeräte, Gesellschaftsspiele und selbst mitgebrachte Spielekonsolen nutzen. Auch die Regelung der Besuchszeiten stellte sich als sehr entgegenkommend dar. Das PAZ Wiener Neustadt ist mittlerweile nicht mehr für den Schubhaftvollzug vorgesehen, sondern beherbergt überwiegend Verwaltungsstrahftlinge.

PAZ Wr. Neustadt

Im PAZ Steyr, das ausschließlich der Anhaltung von Verwaltungsstrahftlingen dient, ist besonders positiv hervorzuheben, dass die Zellen untertags zwischen 8 und 22 Uhr geöffnet sind. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil der Haftvollzug in offenen Stationen grundsätzlich nur für Schubhäftlinge vorgesehen ist. Die Häftlinge können sich auch täglich duschen und jederzeit ihre Mobiltelefone oder Laptops verwenden. Auch der wertschätzende Umgang des PAZ-Personals mit den Häftlingen wurde von der Besuchsdelegation ausdrücklich hervorgehoben.

PAZ Steyr

Einzelfall: VA-BD-I/1556-C/1/2016, BMI-LR1600/0161-III/10/2016; VA-BD-I/2057-C/1/2016

3.7 Polizeiinspektionen

3.7.1 Einleitung

Im Berichtsjahr führten die Kommissionen 47 Besuche in PI durch. Schwerpunkte bei den Besuchen waren wie bereits in den Vorjahren die Ausstattung und Hygiene in den Anhalteräumen sowie die ordnungsgemäße Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen.

Da sich eine ungünstige und belastende Arbeitssituation in Form von übermäßigen Mehrdienstleistungen negativ auf die Situation der Angehaltenen auswirken kann, steht auch dieses Thema regelmäßig im Fokus der Besuchsdelegationen.

Im Herbst 2016 ersuchte der NPM den MRB um Klärung folgender Fragen im Zusammenhang mit kurzfristigen Polizeianhaltungen: Mangelnde Verfügbarkeit von (Amts-)Ärztinnen und (Amts-)Ärzten, mangelnde Intimität bei amtsärztlichen Untersuchungen sowie die Zulässigkeit von Hafträumen in Kellern. Zu Redaktionsschluss lag zum Thema Ärztemangel eine Stellungnahme des MRB vor (siehe Pkt. 3.7.3).

3.7.2 Erniedrigende Anhaltung

Zehn Personen auf
10 m² zusammenge-
pfercht

Anlässlich ihres Besuchs in der PI Traiskirchen Erstaufnahmestelle (EAST) beobachtete die Kommission im Sommer 2015, dass zehn Jugendliche in einem nur 10 m² großen Anhalteraum über mehrere Stunden bei 50° C Raumtemperatur festgehalten wurden. Die Kommission nahm einen unerträglichen Geruch und apathisch am Boden liegende Personen wahr.

Art. 3 EMRK verbietet unter anderem die erniedrigende Behandlung einer Person. Eine Behandlung ist erniedrigend, wenn damit die Menschenwürde gröblich missachtet wird (vgl. VfGH v. 6.10.1977, B 350/76). Nach den CPT-Standards müssen einer kurzfristig angehaltenen Person in einer Polizeizelle zumindest 7 m² zur Verfügung stehen [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 8, Rz 43]. Auch § 4 Abs. 1 und 1a AnhO sollen eine menschenwürdige Anhaltung garantieren. Die Richtlinie für Arbeitsstätten (Erlass vom April 2013, BMI-OA1520/0008-II/10/c/2013) legt das Ausmaß eines Anhalteraumes, in dem mehrere Personen über einen kürzeren Zeitraum angehalten werden können, mit 20 m² fest. Der Begriff „mehrere Personen“ ist nicht näher definiert.

BMI sagte
Verbesserung zu

Im Hinblick auf die Rechtsprechung des EGMR zu Art. 3 EMRK (siehe EGMR, 15.7.2002, Nr. 47095/99) beanstandete der NPM die Anhaltung in der PI Traiskirchen EAST als erniedrigend. Das BMI stellte eine rasche Verbesserung der Anhaltebedingungen in Aussicht.

Beim Besuch der PI EAST West nahm die Kommission Einsicht in das Verwahrungsbuch. Daraus ging hervor, dass im 7,5 m² großen Anhalteraum einmal

sechs Personen zwei Stunden und einmal zehn Personen dreieinhalb Stunden zeitgleich festgehalten wurden.

Auch diese massiven Überbelegungen beanstandete der NPM als Missstand in der Verwaltung. Da das BMI keine räumliche Verbesserung in Aussicht stellen konnte, regte der NPM an, bei gleichzeitigen Festnahmen auch Räumlichkeiten nahe gelegener PI zu nutzen.

► *Anhalteräume dürfen nur entsprechend ihrer Größe belegt werden, von einer Überbelegung ist auch bei dringendem Platzbedarf abzusehen. Bei drohender Überbelegung müssen die Angehaltenen in andere Polizeidienststellen verlegt werden.*

Einzelfälle: VA-BD-I/0907-C/1/2015, BMI-LR16000115-III/10/2015; VA-BD-I/1071-C/1/2015, BMI-LR1600/0004-III/10/2016

3.7.3 Mangelnde Verfügbarkeit von (Amts-)Ärztinnen und (Amts-)Ärzten

Zahlreiche Wahrnehmungen der Kommissionen zeigten, dass es in PI teilweise zu sehr langen Wartezeiten kommt, ehe angehaltene Personen untersucht werden. Grund für diese Verzögerungen ist die mangelnde Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten. Die langen Wartezeiten auf Untersuchungen, deren Ergebnisse über die Haftfähigkeit oder eine Vorführung in eine psychiatrische Abteilung entscheiden, sehen die Kommissionen als besonders problematisch an.

Die VA erhob, dass derzeit kein koordiniertes Vorgehen für das gesamte Bundesgebiet besteht. Der Bundesländervergleich ergab, dass Vbg mit einer Kombination aus einem Rufbereitschaftsmodell und einer Poolärzte-Lösung seit Dezember 2015 eine flächendeckende ärztliche Versorgung sicherstellt. Eine zuvor eingerichtete Projektarbeitsgruppe der LPD Vbg und des Landes Vbg bewirkte die Verbesserungen. Die Zusammenarbeit war nötig, da der Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Gesetzgebung und Vollzug den Ländern obliegt.

Best Practice in Vbg

Das BMI hielt in mehreren Stellungnahmen fest, dass vor allem in ländlichen Regionen sowohl Amtsärztinnen und -ärzte als auch Gemeinde- und Sprengelärztinnen und -ärzte fehlen (vgl. PB 2013, S. 104). Dies zeigte sich auch beim Besuch der Kommission in der PI Weitra. NÖ verfügt zwar über ein Rufbereitschaftsmodell, in abgelegenen Regionen beträgt jedoch allein die Anfahrtszeit zur PI bis zu eineinhalb Stunden.

Lange Wartezeiten in ländlichen PI

Auch in Wien, wo die LPD über eine große Anzahl an Polizei-amtsärztinnen und -amtsärzten sowie einen Bereitschaftsdienst („Äskulapdienst“) verfügt und grundsätzlich eine gute ärztliche Versorgung gegeben ist, nahm eine Kommission lange Wartezeiten auf Untersuchungen in PI wahr.

Im Bewusstsein, dass die mangelnde Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten in Österreich (Rückgang von Kassenärztinnen und -ärzten, geringe Attrakti-

vität von vertraglichen Bindungen im sanitätspolizeilichen Bereich) ein behördenübergreifendes Problem darstellt, befasste der NPM im September 2016 den MRB.

Keine Lösung in Sicht In seiner Stellungnahme betonte der MRB, dass es aus menschenrechtlicher Sicht wünschenswert wäre, das Vorarlberger Modell in allen Regionen Österreichs umzusetzen. Darüber hinaus könne eine bessere Bezahlung der Polizei- oder Amtsarztstätigkeit einen Anreiz schaffen. Mangels gesetzlicher Grundlage bestehe für das BMI keine Möglichkeit, angestellte oder freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte für polizeiärztliche Agenden zu verpflichten. Aufgrund der Vielzahl an Entscheidungsträgern (Bundesländer, BMI, BMGF, Ärztekammern) sei eine einheitliche Regelung unwahrscheinlich, wie der MRB ausführte. Besonders im ländlichen Bereich sollte das BMI aus Sicht des NPM prüfen, ob das „Vorarlberger Modell“ in anderen Bundesländern umsetzbar ist, um einer Verlängerung des Freiheitsentzugs aus bloß organisatorischen Gründen entgegenzuwirken.

► ***Die Dauer des Freiheitsentzugs soll auf das unbedingt erforderliche Maß beschränkt werden. Polizeiliche Anhaltungen dürfen nicht dadurch verlängert werden, dass Ärztinnen und Ärzte nicht in vertretbarer Zeit greifbar sind. Das BMI hat daher entsprechende organisatorische Maßnahmen zu setzen.***

Einzelfälle: VA-BD-I/0277-C/1/2016, BMI-LR1600/0060-III/10/2016; VA-BD-I/0014-C/1/2015, BMI-LR1600/0038-III/10/2015; VA-BD-I/0392-C/1/2015, BMI-LR1600/0140-III/10/2015 VA-BD-I/0161-C/1/2016, BMI-LR1600/0050-III/10/2016; VA-BD-I/0001-C/1/2016; VA-BD-I/0448-C/1/2016; VA-BD-I/0186-C/1/2014, BMI-LR1600/0045-III/10/2016

3.7.4 Mangelhafte Dokumentation von Anhaltungen

Die Kommissionen nehmen bei ihren Besuchen routinemäßig Einsicht in die Verwahrungsbücher und Anhalteprotokolle der jeweiligen PI. Freiheitsentzüge stellen schwerwiegende Eingriffe dar, weshalb sie lückenlos dokumentiert werden müssen. Auch in diesem Berichtsjahr nahmen die Kommissionen Mängel wahr.

Information über Rechte und Dokumentation

Bereits im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 149) verwies der NPM darauf, dass angehaltene Personen Informations- und Verständigungsrechte haben, die zu wahren sind. Andernfalls werde ihr verfassungsgesetzlich gewährleistetetes Recht auf persönliche Freiheit verletzt. Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes müssen Angehaltene über ihre Rechte belehren und dies dokumentieren. Die angehaltene Person bestätigt den Erhalt, die Inanspruchnahme oder den Verzicht auf Informations- und Verständigungsrechte mit ihrer Unterschrift. Verweigert eine Person ihre Unterschrift, muss das Exekutivorgan dies im Protokoll vermerken. Besondere Maßnahmen wie der Beginn und das Ende des Anlegens von Handfesseln müssen lückenlos dokumentiert und z.B. bei langer Dauer einer Fesselung begründet werden.

Mängel bei der Dokumentation von Anhaltungen stellten die Kommissionen, wie in den vergangenen Jahren (vgl. PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 149), auch in diesem Berichtsjahr fest. Erneut beanstandete der NPM Dokumentationsmängel bei der Abnahme von Handfesseln und das Fehlen von Unterschriften angehaltener Personen auf Niederschriften und Protokollen. Auch fehlten Angaben zu Festnahmegründen und wurden Anhaltbücher unübersichtlich geführt.

Die Kommissionen versuchen üblicherweise im Zuge von Abschlussgesprächen mit der Dienststellenleitung darauf hinzuwirken, dass Dokumentationsmängel künftig vermieden werden. Von Seiten des BMI wurden in den beanstandeten Fällen umgehend Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen vorgenommen.

Erfreulicherweise kam das BMI der Anregung des NPM nach einer bundesweit einheitlichen Anhaltedokumentation (vgl. PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 150) nach. Das BMI stellte die Neuauflage der früheren Drucksorte „Verwahrungsbuch“ und einen diesbezüglichen Erlass in Aussicht.

Einheitliches Verwahrungsbuch wird umgesetzt

- ***Anhaltungen in PI sind lückenlos und nachvollziehbar zu dokumentieren. Zur besseren Handhabung soll bundesweit ein einheitliches Verwahrungsbuch verwendet werden.***

Einzelfälle: VA-BD-I/0047-C/1/2016, BMI-LR1600/0034-III/10/2016; VA-BD-I/0161-C/1/2016, BMI-LR1600/0050-III/10/2016; VA-BD-I/0301-C/1/2016, BMI-LR1600/0061-III/10/2016; VA-BD-I/0963-C/1/2016, BMI-LR1600/0129-III/10/2016; VA-BD-I/1207-C/1/2016, BMI-LR1600/0132-III/10/2016; VA-BD-I/1383-C/1/2016, BMI-LR1600/0158-III/10/2016; VA-BD-I/1298-C/1/2016, BMI-LR1600/0138-III/10/2016; VA-BD-I/1210-C/1/2016, BMI-LR1600/0134-III/10/2016

3.7.5 Mangelhafte Ausstattung von Dienststellen

Die Kommissionen stellten in Gesprächen mit Bediensteten in vielen PI eine hohe Arbeitsbelastung aufgrund vieler geleisteter Überstunden fest. In den meisten Fällen war dies auf eine personelle Unterbesetzung der Dienststelle zurückzuführen. In der PI Reichenau waren vier Planstellen nicht besetzt und lag die Zahl der im Jahr 2015 geleisteten Überstunden zwei Drittel über dem Durchschnitt der LPD Tirol. In der PI Wals waren ebenfalls vier Stellen nicht besetzt.

Personalmangel

Für den NPM ist nachvollziehbar, dass Krankenstände, Zuteilungen und Ausbildungen sowie Versetzungen und Ruhestände zu einem Personalstand führen können, der zeitweise unter dem organisatorisch vorgesehenen Dienststand für die einzelne PI liegt. Überdurchschnittlich hohe Überstundenzahlen bei einzelnen PI sollten aber durch organisatorische Maßnahmen vermieden werden, da sich Stress und Überbelastung auch negativ auf angehaltene Personen auswirken können.

Maßnahmen zur Reduktion der Belastung

Das BMI ist sich der negativen Auswirkungen von Überbelastung bewusst. Seit Herbst 2016 wird daher die psychische Belastung am Arbeitsplatz flächendeckend evaluiert.

Bei baulichen Ausstattungsmängeln nutzen die Kommissionen meist das Abschlussgespräch mit der Dienststellenleitung, um vor Ort Verbesserungen zu bewirken. Probleme, die nur mit erheblichem finanziellen Aufwand beseitigt werden können, kann die Dienststellenleitung vor Ort allerdings in der Regel nicht lösen, weshalb eine Kontaktaufnahme mit dem BMI notwendig ist.

Im Berichtszeitraum beanstandete der NPM die mangelhafte Raumpflege bzw. Hygiene, eine fehlende Sicherheitsschleuse, mangelhaft geheizte und beleuchtete Hafträume sowie fehlende Toiletten für weibliches Personal. Der NPM kritisierte eine als „Gummizelle“ bezeichnete besonders gesicherte Zelle, verschmutzte Decken in Verwahrungsräumen und eine fehlende Klimaanlage. Zudem nahm das ausschließlich fleischhaltige Speiseangebot für angehaltene Personen in einer PI keine Rücksicht auf kulturelle und religiöse Erfordernisse. Erfreulicherweise behob das BMI viele der beanstandeten Mängel umgehend.

Ein Kritikpunkt, der in der Regel nicht oder nicht rasch behoben werden kann, ist die mangelnde Barrierefreiheit. Im Etappenplan nach dem BGStG arbeitete das BMI aus, wann welche Dienststelle barrierefrei ausgestaltet sein soll. Bei rund 300 Dienststellen, die nicht im Etappenplan aufscheinen, kann die Barrierefreiheit technisch nicht realisiert werden. Diese Dienststellen müssen bis Ende 2019 verlegt bzw. müssen andere organisatorische Lösungen gefunden werden. Der NPM drängte erneut darauf, PI so rasch wie möglich barrierefrei auszugestalten.

NPM-Anregung rasch aufgegriffen

In einigen Fällen stellten die Kommissionen fest, dass PI fälschlicherweise als barrierefrei ausgewiesen waren. Das BMI stellte eine rasche Überprüfung des Etappenplans in Aussicht. Maßnahmen zur leichteren Erreichbarkeit einer Dienststelle (Bau einer Rampe, Versetzen der Sprechanlage) setzte das BMI rasch um. Auch Neuanmietungen wurden im Berichtszeitraum in Aussicht gestellt.

- ▶ *Der tatsächliche Personalstand in PI soll dem organisatorisch vorgesehenen entsprechen, um Stress und Überbelastungen, die sich auch auf die Angehaltenen auswirken können, zu vermeiden.*
- ▶ *PI müssen hygienisch sein und über Eigensicherungssysteme sowie einen eigenen Sanitärbereich für weibliches Personal verfügen.*
- ▶ *Hafträume in PI müssen ausreichend beleuchtet und beheizbar sein.*
- ▶ *Für in PI angehaltene Personen müssen auch fleischlose Speisen bereitgehalten werden.*
- ▶ *PI sollen barrierefrei sein, der bestehende Etappenplan nach dem BGStG muss eingehalten werden. In dringenden Fällen muss bereits vorher Abhilfe geschaffen werden.*

Einzelfälle: VA-BD-I/1383-C/1/2015, BMI-LR1600/0158-III/10/2016; VA-BD-I/1210-C/1/2016, BMI-LR1600/0134-III/10/2016; VA-BD-I/0186-C/1/2014, BMI-LR1600/0045-

III/10/2016; VA-BD-I/0534-C/1/2014, BMI-LR1600/0019-III/10/2015; VA-BD-I/0881-C/1/2014, BMI-LR1600/0048-III/10/2015; VA-BD-I/0001-C/1/2016, BMI-LR1600/0026-III/10/2016; VA-BD-I/0216-C/1/2016, BMI-LR1600/0036-III/10/2016; VA-BD-I/0448-C/1/2016, BMI-LR1600/0068-III/10/2016; VA-BD-I/0063-C/1/2016, BMI-LR1600/0038-III/10/2016; VA-BD-I/1298-C/1/2016, BMI-LR1600/0138-III/10/2016; VA-BD-I/1446-C/1/2016, BMI-LR1600/0153-III/10/2016, VA-BD-I/0262-C/1/2015, BMI-LR1600/0062-III/10/2015; VA-BD-I/0302-C/1/2016, BMI-LR1600/0062-III/10/2016; VA-BD-I/1446-C/1/2016, BMI-LR1600/0153-III/10/2016

3.7.6 Abschaltbare Rufklingel in Anhalteraum

Bei einem Besuch in der PI Wals stellte die Kommission fest, dass die im Anhalteraum vorhandene Rufklingel leicht mit einem Lichtschalter verwechselt werden konnte. Zudem war das Rufklingelsystem deaktiviert. Auf Rückfrage teilte der Leiter der Dienststelle mit, dass dieses nur bei Belegung eingeschaltet werde.

Die AnhO sieht vor, dass Hafträume über geeignete Einrichtungen zur Verständigung der Aufsichtsorgane verfügen müssen. Durch den Einbau eines Rufklingelsystems wird diese Bestimmung üblicherweise erfüllt. Auch nach den CPT-Standards [CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Deutsch, S. 16, Rz 48] müssen Personen in Polizeigewahrsam stets Kontakt mit dem Wachpersonal aufnehmen können.

Kontaktaufnahme muss immer möglich sein

Für den NPM ist nachvollziehbar, dass Angehaltene durch ununterbrochenes Betätigen der Rufklingel den Dienstbetrieb stören können. Die Möglichkeit, das Rufklingelsystem abzuschalten, lehnt der NPM jedoch ab: Nimmt man inhaftierten Personen dieses Verständigungsmittel, besteht die Gefahr, dass auf deren Bedürfnisse und auf eintretende Notsituationen nicht rechtzeitig reagiert werden kann. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass auf das Aktivieren des Rufklingelsystems vergessen wird.

Die LPD Salzburg behob den Mangel umgehend. Der Rufklingelschalter ist nun gekennzeichnet, das Rufklingelsystem bleibt permanent eingeschaltet.

Kennzeichnung und Aktivierung erfolgt

► ***Damit Personen in Polizeigewahrsam stets Kontakt zum Wachpersonal aufnehmen können, soll das Rufklingelsystem permanent aktiviert und der Rufklingelschalter klar erkennbar sein.***

Einzelfall: VA-BD-I/1210-C71/2016, BMI- LR1600/0134-III/10/2016

3.7.7 Verwahrungsräume in Kellergeschoßen von Polizeiinspektionen

Immer wieder kritisieren die Kommissionen Hafträume in Kellern von PI (vgl. PB 2013, S. 103). In der PI St. Johann im Pongau stellte die Kommission fest, dass die Einzelhafträume im Keller zwar mit einer Rufglocke und einer Gegen-

sprechanlage ausgestattet waren, jedoch zwei Etagen unter der Dienststelle lagen. Der NPM beanstandete die räumliche Distanz zum Journaldienstraum und die mögliche Gefährdung, wenn z.B. substanzbeeinträchtigte Angehaltene über die steile und enge Treppe zu den Hafträumen geführt werden. Erschwerend kam hinzu, dass in den Einzelhafträumen, wenn auch nur selten und für kurze Zeit, mehrere Personen angehalten wurden.

Auch in der PI Kufstein kritisierte der NPM im Keller gelegene Hafträume. Eine der Zellen war nicht vandalensicher ausgeführt. Die Beleuchtung der Hafträume war unzureichend. Aus der Anhaltedokumentation ging hervor, dass es in den Hafträumen der PI zu Exzessen gekommen war. Bedauerlicherweise lehnte das BMI in beiden Fällen ab, die Hafträume zu verlegen.

In der PI Völkermarkt stellte die Delegation fest, dass die Anhalteräume nur über eine enge, steile Stiege in das Kellergeschoß zugänglich sind, die sie als potenzielle Gefahrenquelle sowohl für angehaltene Personen als auch für amtshandelnde Exekutivbedienstete beurteilte. In diesem Fall sollte allerdings das Problem in absehbarer Zeit gelöst werden, da die Dienststellenleitung vor Ort mitteilte, dass die Übersiedlung der PI in einen Neubau vorgesehen sei.

Kellerhafträume
bedenklich?

Die abgeschiedene Lage von Hafträumen in Kellern kann eine psychisch labile Situation von Angehaltenen verschärfen. Belastend ist die mitunter schlechte Beleuchtung und Belüftung in Kellerräumlichkeiten. Darüber hinaus sind im Keller befindliche Zellen oft nur schwer zugänglich und befinden sich weit von den Arbeitsplätzen der Exekutivbediensteten entfernt.

Vorlage an MRB

Aus diesen Gründen befasste der NPM den MRB mit der Frage der Zulässigkeit von Polizeihafträumen in Kellern. Zu Redaktionsschluss lag der VA noch keine Stellungnahme des MRB vor.

Einzelfälle: VA-BD-I/0262-C/1/2015, BMI-LR1600/0062-III/10/2015; VA-BD-I/0997-C/1/2015, BMI-LR1600/0039-III/10/2016; VA-BD-I/0804-C/1/2016, BMI-LR1600/0114-III/10/2016

3.7.8 Positive Wahrnehmungen

Bei jedem Besuch halten die Kommissionen ihre Beobachtungen in einem Besuchsprotokoll fest. Kommissionen nehmen auch positive Aspekte und Verbesserungen wahr und teilen sie im Abschlussgespräch mit. In mehreren Fällen ersuchten die Kommissionen darum, dass der NPM die positiven Feststellungen auch dem BMI als oberstes Organ schriftlich zur Kenntnis bringt. Dies nahmen sowohl das BMI als auch die betroffenen Dienststellen anerkennend wahr.

Auf allen Ebenen
vorbildliche PI

Positiv fiel der Kommission 5 im Jänner 2016 die PI Kärntnertorpassage auf: Diese barrierefreie Dienststelle verfügt zum Schutz der Privatsphäre über einen eigenen Erstbehandlungsraum. Die Exekutivbediensteten klären obdachlose Menschen routinemäßig über geschützte Schlafplätze und die Grundversor-

gung auf. Auch die mediale und kollegiale Vernetzung mit Bediensteten der Wiener Linien zur Täterauffindung lobte die Kommission.

Beim Besuch der PI Enkplatz im September 2016 hielt die Kommission 4 ebenfalls nur positive Eindrücke fest: Polizistinnen und Polizisten sind bei ärztlichen Untersuchungen prinzipiell nicht anwesend. Es gibt zwei eigens geschulte Exekutivbedienstete, die bei Vorfällen von Gewalt in der Familie Gespräche mit allen Beteiligten anbieten. Auch die Personalführung ist richtungsweisend, da die Leitung Misshandlungsvorwürfe mit den betroffenen Bediensteten persönlich aufarbeitet.

In diesem Berichtsjahr stellten die Kommissionen bei einigen Besuchen die vorbildliche Kooperation, ein gutes Arbeitsklima sowie helle und freundlich gestaltete Dienststellen fest. Die Kommissionen hoben auch positiv hervor: die vollständige Dokumentation von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, das Bemühen, nur wenige Festnahmen vorzunehmen, und die sorgfältige Ablage von Akten. Ebenfalls aner kennenswert sind der Wissensstand und die Vortragstätigkeit von engagierten Exekutivbediensteten in Schulen sowie die angebotenen Fortbildungsprogramme. So dürfen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PI Krottenbachstraße einen Tag im Otto-Wagner-Spital hospitierten, um ein besseres Verständnis für psychisch kranke Menschen entwickeln zu können.

Kennenlernen der Psychiatrie zur Fortbildung

Einzelfälle: VA-BD-I/0269-C/1/2016, BMI-LR1600/0049-III/10/2016; VA-BD-I/1705-C/1/2016; VA-BD-I/1704-C/1/2016; VA-BD-I/0963-C/1/2016; VA-BD-I/0868-C/1/2016; VA-BD-I/0826-C/1/2016; VA-BD-I/0547-C/1/2016 BMI-LR1600/0071-III/10/2016; VA-BD-I/0302-C/1/2016; VA-BD-I/0299-C/1/2016; VA-BD-I/0275-C/1/2016; VA-BD-I/0161-C/1/2016; VA-BD-I/0001-C/1/2016; VA-BD-I/0629-C/1/2016, BMI-LR1600/0081-III/10/2016; VA-BD-I/1296-C/1/2016; VA-BD-I/0301-C/1/2016; VA-BD-I/2058-C/1/2016; VA-BD-I/0216-C/1/2016, BMI-LR1600/0036-III/10/2016; VA-BD-I/1553-C/1/2016; VA-BD-I/0047-C/1/2016; VA-BD-I/1801-C/1/2016; VA-BD-I/0951-C/1/2016, BMI-LR1600/0136-III/10/2016

3.8 Zwangsakte

3.8.1 Einleitung

43 Polizeieinsätze wurden beobachtet

Im Berichtsjahr 2016 beobachteten die Kommissionen insgesamt 43 Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt. Darunter fielen 8 Abschiebungen bzw. Rückführungen sowie 35 Demonstrationen, Grundversorgungskontrollen, Fußballspiele, Razzien und sonstige polizeiliche Großeinsätze.

Großeinsätze

Wie schon in den vergangenen Jahren gab es aus Sicht des NPM keine bzw. kaum Beanstandungen bei Polizeieinsätzen anlässlich von Fußballspielen und Schwerpunktaktionen. Großveranstaltungen waren oft Beispiele professionellen Verhaltens durch die Exekutive. Lediglich im Zuge eines Fußballspiels im Wiener Allianz Stadion entstand der Eindruck, dass die Fangruppen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Stadions nicht ausreichend getrennt werden konnten, zu Zwischenfällen kam es jedoch nicht. Die LPD Wien bestätigte dies, führte aber die Probleme vor allem auf die baulichen und veranstaltungsrechtlichen Gegebenheiten zurück. Sie sagte zu, in einen Dialog mit dem Veranstalter zu treten (VA-BD-I/1103-C/1/2016; BMI-LR1600/0130-III/10/2016).

Ein ambivalentes Bild zeigte sich hinsichtlich der Beobachtungen von Demonstrationen und Abschiebungen (Verbringung in Drittstaaten) bzw. Rückführungen (Verbringung in EU-Staaten aufgrund der Dublin-VO) sowie hinsichtlich der Durchführung von Kontaktgesprächen im Vorfeld dieser Amtshandlungen. Bei manchen Einsätzen, wie z.B. bei den Demonstrationen gegen den Wiener Akademikerball 2016, zeigte sich das Verhalten der Exekutive im Vergleich zu den Vorjahren stark verbessert, während andere Einsätze Anlass zu Kritik gaben.

Begleitung eines Rückführungsflugs

Zum ersten Mal begleitete eine Delegation eine Rückführung von Personen im Flugzeug nach Kroatien. Gemeinsam mit dem BFA und dem BMI entwickelte der NPM vorher ein Prozedere, um künftige Beobachtungen solcher Flüge reibungslos zu gewährleisten.

3.8.2 Menschenrechtsbeobachter bei Abschiebungen

Im PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 156) wurde berichtet, dass im Rahmen des Projektes „Forced Return Monitoring (FRoM)“, das gemeinsam mit dem International Center for Migration Policy Development (ICMPD) durchgeführt wurde, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins Menschenrechte Österreich (VMÖ) und des Vereins Menschen-Leben (VML) für die Tätigkeiten als Menschenrechtsbeobachter ausgebildet und mit der Beobachtungsaufgabe beauftragt wurden.

Das BMI lud beide Vereine ein, Personen zu nominieren, die in Folge als Monitore ausgebildet wurden. Im Jahr 2016 wurden zehn Personen des VMÖ und eine Person des VML nominiert und ausgebildet.

Da dem NPM die Protokolle der Beobachtungen übermittelt werden, fiel auf, dass die Flüge stets von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des VMÖ begleitet wurden. Das BMI teilte dazu mit, dass die Mitarbeiterin des VML als Trainee am Charterflug in den Kosovo im April 2015 teilgenommen habe, danach jedoch bedauerlicherweise bei keinem weiteren Charterflug mehr mitgeflogen sei. Im Rahmen eines weiteren Projektes zwischen BMI und ICMPD, das Mitte November 2016 in Wien seine Eröffnungskonferenz hatte, soll der Pool an Menschenrechtsbeobachterinnen und -beobachtern ausgebaut werden.

3.8.3 Mangelhafte Dolmetschleistungen

Auch dieses Jahr stellte der NPM fest, dass sprachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des VMÖ, die keine Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher sind, bei Abschiebungen bzw. Rückführungen zu Dolmetschertätigkeiten herangezogen wurden (PB 2015, Präventive Menschenrechtskontrolle, S. 157 f.). Den Beobachtungen der Kommissionen zufolge tendierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des VMÖ dazu, Einfluss auf die Abzuschiebenden bzw. Rückzuführenden zu nehmen, indem sie diese davon „überzeugen“ wollten, mit den Beamtinnen und den Beamten zu kooperieren, keine Schwierigkeiten zu machen und sich nicht gegen die Abschiebung bzw. Rückführung zu wehren.

VMÖ als Dolmetscher

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des VMÖ mögen durchaus sprachkundig sein. Sie üben allerdings die Funktion einer Rückkehrberaterin bzw. eines Rückkehrberaters aus, die mit der Rolle professioneller Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher nicht vereinbar ist. Es kommt daher oftmals zu einem Interessenkonflikt. Aus diesem Grund hat die VA schon im Jahr 2014 in einem amtsweiligen Akt sowie in vielen anderen Fällen die Praxis kritisiert, dass keine professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt, sondern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des VMÖ für Übersetzungen herangezogen werden (vgl. dazu PB 2014, S. 144 f.).

In einem Fall wurde eine Mitarbeiterin des VMÖ telefonisch beigezogen, um eine Abzuschiebende nach dem Grund zu befragen, warum sie im Anamnesebogen die Frage nach Selbstmordgedanken bejaht habe. Im telefonischen Gespräch mit der sprachkundigen Rückkehrberaterin widerrief die Abzuschiebende die Angaben im Anamnesebogen und gab an, die Frage falsch verstanden zu haben. Dies führte letztendlich dazu, dass die Angaben im Anamnesebogen geändert wurden. In weiterer Folge stand die Frau auch nicht unter ständiger Beobachtung, wie es bei selbstmordgefährdeten Personen während des Abschiebevorgangs notwendig und geboten ist.

Telefonische Abklärung des Anamnesebogens

Der NPM bezweifelt, ob eine nicht als Dolmetscherin ausgebildete sprachkundige Rückkehrberaterin eine derart heikle Frage telefonisch abklären könne. Aus diesem Grund wies der NPM das BMI auf seine Verantwortung für Personen hin, die in staatlicher Obsorge bzw. in staatlichem Gewahrsam sind. Auch wenn es bei dieser Abschiebung zu keinem Zwischenfall kam, wäre das BMI

in einem ähnlich gelagerten Fall, in dem ein Suizid erfolgreich durchgeführt oder versucht worden wäre, durchaus in einen Erklärungsnotstand geraten.

Dolmetscherin für
falsche Sprache

In einem anderen Fall bedachten Beamte, die das Kontaktgespräch organisiert hatten, bei der Bestellung einer Dolmetscherin zu wenig die Sprache der Abzuschiebenden. Die abzuschiebende Frau konnte daher die Informationen, die sie von der Arabisch-Dolmetscherin erhalten hatte, nicht verstehen. Erst durch die telefonische Kontaktaufnahme mit einer kurdisch sprechenden Mitarbeiterin des VMÖ konnte die Frau die nötigen Informationen erhalten. Das BMI sagte zu, künftig bei der Wahl geeigneter Dolmetscherinnen und Dolmetscher sorgsamer vorzugehen.

Übernahme der
Amtshandlung

Zudem kritisierte der NPM anlässlich eines Falls, dass die Beamtinnen und Beamten den Dolmetscherinnen und Dolmetschern die Amtshandlung überließen. Zunächst besprachen die Beamtinnen und Beamten die wichtigsten Punkte mit den Dolmetscherinnen und Dolmetschern, danach führten diese eigenständig das Gespräch. Der NPM wies darauf hin, dass professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher lediglich die Aufgabe haben, die Worte der gesprächsführenden Beamtinnen und Beamten zu übersetzen.

Der NPM kritisierte überdies auch, dass – mit Ausnahme einer Polizeibeamtin – alle anderen Beamtinnen und Beamten bei der Verhaftung einer Familie zum Zweck der Abschiebung Polizeiuniformen trugen. Dem steht ein interner Erlass des BMI entgegen, wonach die Beamtinnen und Beamten bei Abschiebungen von Familien Zivilkleidung zu tragen haben. Außerdem wurde bei der Verhaftung kein Arzt beigezogen, obwohl bekannt war, dass ein Kind unter Epilepsie litt.

- ▶ *Die Funktion der Rückkehrberaterin bzw. des Rückkehrberaters und der professionellen Dolmetscherin bzw. des professionellen Dolmetschers ist bei Abschiebungen strikt zu trennen.*
- ▶ *Bei den Amtshandlungen haben Polizeibedienstete dafür Sorge zu tragen, dass Amtshandlungen von ihnen und nicht von den Dolmetscherinnen und Dolmetschern vorgenommen werden.*
- ▶ *Ist der Anamnesebogen zur Erhebung gesundheitlicher Fragen nicht verständlich, ist eine professionelle Dolmetscherin bzw. ein professioneller Dolmetscher einzuschalten, um die offenen Fragen zu klären.*

Einzelfälle: VA-BD-I/0460-C/1/2015, BMI-LR1600/0124-III/10/2015; VA-BD-I/1047-C/1/2015, BMI-LR1600/0141-III/10/2015; VA-BD-I/0486-C/1/2016, BMI-LR1600/0070-III/10/2016

3.8.4 Teilnahme des NPM an einer Rückführung per Flugzeug

Wie bereits im PB 2015 ausgeführt (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 154 f.), stellte der MRB in einer Stellungnahme fest, dass Begleitungen von Abschiebungen und Rückführungen unter das NPM-Mandat fallen. Im Herbst 2015 fand eine Besprechung mit dem BMI statt, deren Ergebnisse 2016 in einen Erlass über begleitete Abschiebungen mündeten.

In weiteren Gesprächen mit Vertretern des BFA und Vertretern des Stadtpolizeikommandos Schwechat wurden Details über die Durchführung der Teilnahme geklärt. Ende des Jahres 2016 begleiteten zwei Kommissionsleiter eine Rückführung nach Kroatien.

Die Zusammenarbeit mit dem BFA und dem Stadtpolizeikommando Schwechat funktionierte gut. Die Rückführung verlief problemlos, es handelte sich allerdings um keine „Risikorückführung“. Einige Fragen hinsichtlich der Übermittlung von Informationen an den NPM sind noch zu klären, allerdings konnte zu Redaktionsschluss noch keine Stellungnahme des BMI eingeholt werden.

Einzelfall: VA-BD-I/0967-C/1/2016

3.8.5 Sondertransit Schwechat

Im Jahr 2014 hatte sich eine Person, die im Sondertransit (SOT) Schwechat angehalten wurde, zwei Mal die Lippen zugenäht, um nicht in ein anderes Dublin-Land abgeschoben zu werden. Die zuständige Kommission besuchte diese Person zwei Mal und ersuchte um Einholung der Krankengeschichte beim BMI. Sie kritisierte, dass die Bescheide, die den Rückzuführenden zugestellt wurden, völlig unverständlich übersetzt wurden und keinen Sinn ergaben.

Ort der Freiheitsentziehung?

Das BMI gab zwar technische Probleme bei der Übersetzung zu und versicherte, dass es künftig diese technischen Probleme nicht mehr geben werde. Allerdings verweigerte das BMI die Übermittlung der Krankengeschichte mit dem Argument, dass der SOT im Flughafen Wien Schwechat kein Ort der Freiheitsentziehung sei, weshalb die Bestimmungen des OPCAT keine Anwendung finden würden. Dies hätte zur Folge, dass bestimmte Erlässe, die dem Schutz der Schubhäftlinge in PAZ dienen, für den SOT nicht gelten.

Der NPM ersuchte den MRB dazu um Stellungnahme. Dieser stellte fest, dass der Begriff „Ort der Freiheitsentziehung“ nach Art. 4 OPCAT im Einklang mit der internationalen Auslegungspraxis des OPCAT weit auszulegen sei. Damit erstreckte sich der Anwendungsbereich des OPCAT auch auf den SOT des Flughafens Wien Schwechat. Dies selbst dann, wenn der Aufenthalt der bzw. des Fremden im SOT des Flughafens Wien Schwechat im konkreten Einzelfall nach der Judikatur des EGMR nicht als Festnahme oder Haft i.S.d. Art. 5 EMRK bzw. des PersFrBVG zu qualifizieren wäre.

Welche Erlässe für Personen im SOT gelten sollen, müsste für jeden einzelnen Erlass und für jede Richtlinie gesondert entschieden werden.

Nach der Stellungnahme des MRB übermittelte das BMI die Krankengeschichte jenes Mannes, der sich seine Lippen zugenäht hatte. Daraufhin betonte die VA gegenüber dem BMI, dass damit auch bestimmte Erlässe des BMI, die für Schubhäftlinge in PAZ gelten und ihrem Schutz dienen, wie beispielweise

der Erlass über die Behandlung von Hungerstreikenden in Schubhaft, auch für Personen gelten sollen, die sich im SOT des Flughafens Wien Schwechat befinden.

- *Der Sondertransit am Flughafen Schwechat ist ein Ort der Freiheitsentziehung i.S.d. OPCAT. Alle menschenrechtlichen Grundsätze, die für Orte der Freiheitsentziehung gelten, sind daher auch für Sondertransiträume heranzuziehen.*

Einzelfälle: VA-BD-I/0241-C/1/2014, I/258-C/1/2014, BMI-LR1600/0086-III/10/2014

3.8.6 Demonstrationen

Demonstrationen gegen Akademikerball

Wie im letzten Jahr (PB 2015, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 163) gab es auch 2016 wieder Verbesserungen beim Einsatz zur Beobachtung der Demonstrationen gegen den Wiener Akademikerball.

Die Exekutive war während der gesamten Dauer der Demonstration neben der allgemeinen Sicherung und der verstärkten Beobachtung des „Schwarzen Blocks“ um Besonnenheit und Deeskalation bemüht. Auch ließen sich die Beamtinnen und Beamten durch verschiedene Gruppen nicht provozieren. Dennoch kritisierten die Kommissionen, dass das Verhalten der Beamtinnen und Beamten bei einer Kontrolle von Demonstrantinnen und Demonstranten vereinzelt rau und provozierend gewesen sei.

In einem Fall ließ die Exekutive Personen, die vor dem Museumsquartier, Höhe Maria-Theresien-Platz, auf dem Boden saßen und Parolen riefen, gewähren. Die Beamtinnen und Beamten zogen ab, worauf sich in Folge auch die Sitzblockade ohne Einschreiten der Exekutive auflöste. Die Kommissionen berichteten auch davon, dass an vielen Absperrungen Beamtinnen und Beamte mit abgenommenen Helmen und abgestellten Schildern in lockerer Formation angetroffen worden seien, was ebenfalls zur Deeskalation beigetragen habe.

Der NPM empfahl, Hautrötungen in die Verletzungsdokumentation aufzunehmen, auch wenn diese nach Ansicht des BMI keine Verletzungen darstellen.

PEGIDA-Demonstration

Andere Demonstrationen verliefen weniger positiv. Nicht nachvollziehbar war für den NPM beispielweise, warum beim Einsatz anlässlich der PEGIDA-Demonstration im Februar 2016 in Wien ein Kessel gebildet wurde. Über 400 Personen konnten dadurch über drei Stunden lang den Ort nicht verlassen. Das BMI begründete die Kesselbildung damit, dass drei Personen wegen des Verdachts des Verstoßes gegen § 285 StGB („Verhinderung oder Störung einer Versammlung“) zur Anzeige gebracht werden sollten. Unter Berücksichtigung des Gebots der Verhältnismäßigkeit und der Ökonomie war diese Vorgangsweise nicht nachvollziehbar.

Auch die Durchsagen der Polizei waren nur sehr schlecht zu verstehen. Diese technischen Probleme gab es zwar im Vergleich zu den Vorjahren seltener, sie

dürften allerdings noch nicht vollständig gelöst sein. Der NPM betonte, dass die mangelhafte Wahrnehmung auch rechtliche Probleme, etwa bei der Ankündigung drohender Zwangsgewalt, zur Folge haben kann. Die technische Ausrüstung sollte daher so verbessert werden, dass akustische Durchsagen gut gehört und verstanden werden können.

In einem anderen Fall war die Ankündigung einer Versammlungsauflösung teilweise nicht zu verstehen. An manchen Orten war die Ankündigung zwar wahrnehmbar, es stand jedoch nicht genügend Zeit zur Verfügung, dem polizeilichen Befehl Folge zu leisten und den Ort zu verlassen. Denn gleichzeitig mit der Aufforderung zum Verlassen des Ortes wurden Polizeikordone aufgezo- gen und die Polizei begann mit der Kesselbildung. Friedliche Demonstrantinnen und Demonstranten konnten so nach Wahrnehmung der Delegation den Kessel nicht mehr verlassen.

Demonstration gegen
Burschenbundball Linz

Bei einer Demonstration Ende des Jahres 2015 kam es im Zuge der großen Flüchtlingsbewegung zu Ausschreitungen zwischen „linken“ und „rechten“ Demonstrantinnen und Demonstranten in Spielfeld. Den Beobachtungen der Kommission zufolge war dies darauf zurückzuführen, dass zu wenige Polizei- bedienstete im Einsatz waren. Dies führte auch zu aggressivem Verhalten der Beamtinnen und Beamten gegenüber den demonstrierenden Personen.

Demonstration in
Spielfeld

Das Argument des BMI, es sei zu Ausschreitungen gekommen, weil sich die Versammlungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nicht an die vom Versamm- lungsleiter angemeldeten und genehmigten Marschrouten gehalten hätten, kann diese Vorkommnisse nicht alleine erklären. Etliche Erfahrungen der Polizei in ähnlichen Fällen zeigten, dass nicht immer die angemeldeten und genehmigten Marschrouten eingehalten werden und sich Splittergruppen bil- den. Dies war in diesem Fall besonders relevant, da im Zusammenhang mit der starken Flüchtlingsbewegung des Jahres 2015 die Demonstrationen und Gegendemonstrationen besonders emotional aufgeladen und konfliktbeladen waren.

Der NPM konnte zwar das Argument des BMI nachvollziehen, dass es in länd- lichen Gebieten durchaus schwieriger ist, Demonstrantinnen und Demons- tranten zu kontrollieren. Der NPM regte dennoch an, künftig eine entspre- chend große Anzahl an Beamtinnen und Beamten einzusetzen.

- ▶ ***Die Polizei ist technisch so auszustatten, dass Ankündigungen für Demonstrantinnen und Demonstranten verständlich sind und ihnen damit die Möglichkeit gegeben ist, polizeilichen Befehlen Folge zu leisten.***
- ▶ ***Die Polizei hat sorgfältig abzuwägen, ob eine Kesselbildung notwendig, gerechtfertigt und verhältnismäßig ist. Friedlichen Demonstrantinnen und Demonstranten soll die Möglichkeit gegeben werden, den Ort rechtzeitig zu verlassen.***

Einzelfälle: VA-BD-I/0300-C/1/2015, BMI-LR1600/0110-III/10/2016 VA-BD-I/0064- C/1/2016, BMI-LR1600/0120-III/10/2016; VA-BD-I/0298-C/1/2016, BMI-LR1600/0053- III/10/2016; VA-BD-I/0484-C/1/2016, BMI-LR1600/0191-III/10/2016

3.8.7 Schwerpunktkontrollen

Unhöfliches Vorgehen Bei einer Grundversorgungskontrolle kritisierte die Kommission, dass das Vorgehen der Beamtinnen und Beamten sehr unterschiedlich war. Manche Bedienstete fragten höflich nach den Ausweisen und holten vor dem Betreten der Wohnungen die Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner ein. Andere Beamtinnen und Beamte gingen hingegen sehr autoritär vor (laut und in Befehlstone, mit klar autoritärer Körperhaltung). Einige Beamtinnen und Beamten trugen Uniformen, andere Zivilkleidung. Zudem beobachtete die Kommission, dass Wohnungen fallweise ohne Zustimmung der Betroffenen betreten sowie Schränke ohne Zustimmung geöffnet wurden.

Das BMI reagierte auf die Kritik und versicherte, dass auch künftig eine Sensibilisierung der Beamtinnen und Beamten erfolgen werde, um ein korrektes und respektvolles Vorgehen sicherzustellen.

„Freiwillige“ Festnahme? Im Zuge einer Schwerpunktkontrolle in der Innsbrucker Innenstadt und in der Umgebung des Hauptbahnhofes wurde ein Mann wegen Drogenkonsums aufgegriffen und „freiwillig“ in die PI mitgenommen. Den Angaben der Kommission nach war fraglich, ob dem Betroffenen die Freiwilligkeit tatsächlich bewusst war.

Das BMI versicherte, dass der Führungsebene der LPD Tirol die Bewusstseinsbildung der Exekutivbediensteten hinsichtlich des „schmalen Grates“ zwischen Freiwilligkeit und maßhaltender Befehlsgewalt ein besonderes Anliegen sei. Die Anregung, eine diesbezügliche Sensibilisierung der Polizeibediensteten durchzuführen, wurde seitens des BMI gerne aufgenommen. Das Büro für Rechtsangelegenheiten der LPD Tirol würde überdies erwägen, einen monatlichen „NPM-Kurzbeitrag“ in Form eines Newsletters einzuführen. Dabei könnte die breite Basis der Beamtinnen und Beamten nochmals informiert und sensibilisiert werden.

Kontrolle nach Hautfarbe? Bei einer Kontrolle im Zuge von Ausgleichsmaßnahmen Schengen (AGM) kritisierte die Kommission, dass für die Auswahl der zu kontrollierenden Personen durchgängig die Hautfarbe der Reisenden ausschlaggebend gewesen sei. Dies ist aus menschenrechtlicher Sicht problematisch, da die Hautfarbe weder Gradmesser für die Nationalität noch für die Rechtmäßigkeit des Aufenthaltes ist. Auch darf die Hautfarbe nicht Verdachtsmoment für rechtswidriges Verhalten sein. Obgleich das BMI bestritt, Personen nach der Hautfarbe für Kontrollen auszuwählen, wies der NPM das BMI nochmals auf diese Problematik hin.

- ▶ *Im Zuge von GVS-Kontrollen müssen alle Polizeibediensteten insbesondere bei Betreten von Wohnungen, die ein höchstpersönlicher Bereich sind, respektvoll und höflich auftreten und sollen Zivilkleidung tragen.*
- ▶ *Die Unterschiede zwischen einer freiwilligen Begleitung von Polizeibediensteten und einer Festnahme muss den Betroffenen genau erklärt werden. „Freiwilligkeit“ muss den Betroffenen bewusst sein.*

Einzelfälle: VA-BD-I/0425-C/1/2015, BMI-LR1600/0065-III/10/2015; VA-BD-I/1219-C/1/2015, BMI-LR1600/0151-III/10/2015; VA-BD-I/1077-C/1/2015, BMI-LR-1600/0142-III/10/2015

3.8.8 Mangelhafte Verständigung über Polizeiaktionen

Die Kommission für Vbg hatte den Eindruck, kaum Informationen über Abschiebungen, Großveranstaltungen und Demonstrationen zu erhalten. Dass der NPM über Polizeieinsätze zu verständigen ist, ist österreichweit per Erlass geregelt. Das BMI drückte sein Bedauern über die mangelhafte Verständigung der Kommission durch die LPD aus und versicherte, dass es sich um Einzelfälle gehandelt habe. Die LPD sei bemüht, künftig solche Vorfälle zu vermeiden. Die Verständigungspflichten wurden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen von Schulungen in Erinnerung gerufen.

Einhaltung des Verständigungserlasses

Einzelfall: VA-BD-I/1329-C/1/2015, BMI-LR1600/0006-III/10/2016

3.8.9 Positive Wahrnehmungen

In allen Bereichen polizeilicher Einsätze gab es viele positive Beobachtungen. In manchen Fällen reagierten die Beamtinnen und Beamten auch umgehend auf Kritik.

So teilte das BMI in einem Fall mit, dass sie einer Empfehlung der Kommission unmittelbar entsprochen habe. Die Kommission hatte nämlich im Zuge eines Besuches angeregt, von der Praxis der Visitierung im Gesperre des PAZ Leoben abzugehen. Daraufhin gab die PAZ-Leitung bekannt, Visitierungen künftig in anderen Räumlichkeiten des PAZ durchzuführen. Das BMI griff auch den Vorschlag des NPM auf und ließ das Formular „Information für Festgenommene“ in die Sprache Somali übersetzen.

Anregungen der Kommission gleich umgesetzt

Bei Demonstrationen konnten die Kommissionen in einigen Fällen sehr gut geplante sowie gut durchgeführte polizeiliche Einsätze beobachten. In diesen Fällen war die Polizei in angemessener Stärke vor Ort. Die Beamtinnen und Beamten hatten sich korrekt, höflich, aber auch klar und deutlich gegenüber den Demonstrantinnen und Demonstranten verhalten.

In anderen Fällen zeigte die Polizei in vorbildlicher Weise, wie die 3D-Strategie anzuwenden ist. Die Beamtinnen und Beamten blieben, solange dies mög-

3D-Strategie vorbildlich umgesetzt

lich war, zum Großteil im Hintergrund und ließen sich auch nicht durch die Demonstrantinnen und Demonstranten provozieren. Die begleitenden Beamtinnen und Beamten waren in räumlicher Distanz zu den Demonstrantinnen und Demonstranten und trugen weder Helme noch Schilde.

Bei einer Demonstration vor der Flüchtlingsunterkunft Zeidlergasse in Wien stellte eine Kommission des NPM fest, dass die Beamtinnen und Beamten die Passantinnen und Passanten während ihres Einsatzes ruhig und höflich über die Situation aufklärten, wenn sie sich mit Fragen an die Einsatzkräfte wandten. Die Trennung von Demonstrantinnen und Demonstranten sowie Gegen-demonstrantinnen und -demonstranten durch die Bildung eines Korridors und eines Keils funktionierte vorbildlich.

Wenn Festnahmen im Zuge von Demonstrationen und Fußballspielen notwendig waren, führten die Beamtinnen und Beamten diese meist korrekt und maßhaltend durch.

Dass die Kommissionen wenige Fußballspiele beobachteten, ist darauf zurückzuführen, dass die Polizei in diesem Bereich seit Jahren professionell agiert. Wenn Fußballspiele mit Risikofangruppen beobachtet wurden, hatten die Kommissionen durchwegs einen positiven Eindruck. Dies betraf sowohl die Vorbereitung des Einsatzes und den Einsatzplan als auch die Vorgehensweise während des Spiels und das Verhalten der Beamtinnen und Beamten während des Abströmens der Fangruppen.

Grundversorgungskon-
trollen

Positiv bewertete der NPM bei einer Identitätskontrolle im Asylzentrum Erdberg, dass die meisten Beamtinnen und Beamten zivile Kleidung trugen und die uniformierten Kolleginnen und Kollegen im Hintergrund blieben. Begleitet wurden die Beamtinnen und Beamten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Hilfsorganisationen, um den Kontrollierten die Angst zu nehmen. Der Kommission fielen die Beamtinnen und Beamten besonders durch ihren wertschätzenden und menschlichen Umgang mit den Asylwerbenden auf.

In einem Fall verhielt sich eine Beamtin im Zuge einer GVS-Kontrolle im Raum Klagenfurt-Land derart vorbildlich, dass die Kommission die hohe Sensibilität der Beamtin hinsichtlich der Situation der Bewohnerinnen und Bewohner ausdrücklich im Protokoll erwähnte.

Auch sehr schwierige Einsätze, wie eine Suchtgiftkontrolle am Bahnhof Innsbruck, wurden nach Einschätzung der Kommission von den Beamtinnen und Beamten gut und professionell bewältigt. Die Anwendung von Körperkraft war nach Ansicht der Kommission angemessen und auf die Dauer des Angriffes beschränkt.

In einem anderen Fall, bei der Beobachtung von Rotlichtlokalen und Bars im Bgld im August 2016, ersuchte die Kommission ausdrücklich, dass ihre positiven Beobachtungen dem BMI schriftlich zur Kenntnis gebracht werden, was der NPM gerne tat.

Die Kooperation zwischen den einzelnen Delegationen der Kommissionen und den Einsatzkräften funktionierte in der Regel sehr gut. Allfällige Probleme bzw. Missverständnisse wurden zwischen der zuständigen Delegation und den Beamtinnen und Beamten in einem Abschlussgespräch nach dem Einsatz besprochen und geklärt. Gute Kooperation

Einzelfälle: VA-BD-I/0679-C/1/2014; I/1106-C/1/2015; I/0078-C/1/2016; I/0132-C/1/2016; I/0276-C/1/2016; I/0297-C/1/2016; I/0356-C/1/2016; I/0449-C/1/2016; I/0487-C/1/2016; I/0598-C/1/2016; I/0679-C/1/2016; I/0728-C/1/2016; I/1555-C/1/2016;

4 Empfehlungen der Volksanwaltschaft

4.1 Alten- und Pflegeheime

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Alten- und Pflegeheime sind kein adäquater Lebensraum für junge Menschen mit Behinderung. (2013)

Unübliche Essens- und frühe Schlafenszeiten sind Ausdruck struktureller Gewalt und sind zu vermeiden. Eine Abendgestaltung für nicht schlafende und ruhelose demente Bewohnerinnen und Bewohner ist erforderlich. (2013, 2015)

Bei der Festlegung der Essenszeiten sollten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt und ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen entsprochen werden. Dieser zufolge seien drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten bei einer Gemeinschaftsversorgung optimal. Die Zeitspanne zwischen den Mahlzeiten sollte dabei nicht mehr als fünf Stunden und zwischen dem Abendessen und dem Frühstück nicht länger als zwölf Stunden betragen. (2013)

Der Zugang ins Freie ist einmal am Tag sicherzustellen; dies insbesondere auch für nicht mobile Bewohnerinnen und Bewohner. (2015)

Die Privat- und Intimsphäre ist zu wahren. Das sowohl bei der Durchführung pflegebezogener Hilfestellungen als auch bei der Gestaltung von Mehrbettzimmern (Sichtschutz durch Paravents etc.). (2013)

Nicht gewährleistete sichere und menschenwürdige Pflege muss zur Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern führen. Aufsichtsbehörden sind zum raschen Handeln aufgerufen. (2014)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Die VA fordert untertags mehr Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote sowie regelmäßigen Zugang ins Freie, um das Wohlbefinden zu erhöhen und Komplikationen vorzubeugen. (2015)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Eine an der Menschenwürde und den Menschenrechten ausgerichtete Pflege ist ohne aktiven Schutz der persönlichen Freiheit undenkbar. Daher drängt dieser Achtungsanspruch darauf, dass Einrichtungen den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen überdenken und die eigene Praxis ständig selbstkritisch überprüfen. (2014)

Freiheitsbeschränkungen werden oft bereits durch psychosoziale Interventionen, Zuwendung und Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse überflüssig. (2014)

Eine zeitgemäße Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln als Alternative zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Niederflurbetten, Betten mit geteilten Seitenteilen, Bettalarmierungssysteme, Sturzmatten etc.) ist sicherzustellen. (2014)

Jede Zwangsmaßnahme ist unverhältnismäßig, wenn eine geeignete mildere Anordnung für den angestrebten Erfolg ausreicht. Eingriffe in das Recht auf persönliche Freiheit und andere Persönlichkeitsrechte dürfen in sachlicher, räumlicher, zeitlicher und personeller Hinsicht nicht einschneidender als notwendig sein. (2014)

Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen unterliegen einer gerichtlichen Kontrolle und sind zur Durchsetzung des individuellen Rechtsschutzes von der Einrichtungsleitung an die Bewohnervertretung zu melden. (2014)

Es wird empfohlen, Gurtfixierungen nur mit dafür zugelassenen Medizinprodukten vorzunehmen. (2015)

Die VA fordert die verpflichtende Einführung von Schulungen zur Sturzprävention sowie Betreuungskonzepte für Demenzkranke, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. (2015)

Gesundheitswesen

Orientierungstrainings, Körperübungen, Investitionen in Niederflurbetten, Betten-, Sessel- und Mattenalarmedien, individuell angepasste Hüftprotektoren, Seh- und Ganghilfen tragen zur Sturzvermeidung bei. (2014)

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. (2015)

Sturzereignisse müssen sorgfältig analysiert, zentral dokumentiert und evaluiert werden. (2015)

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. (2015)

Freie Arztwahl ist auch in Einrichtungen für ältere Menschen sicherzustellen. (2014)

Eine Facharztversorgung muss uneingeschränkt gewährleistet sein. (2014)

Vor der Verschreibung von Medikamenten hat eine Aufklärung über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken von medikamentösen Behandlungen zu erfolgen und es ist die Zustimmung dazu einzuholen (informed consent). Unzulässig ist es, Medikamente unauffällig mit Nahrungsmitteln zu verabreichen, ohne dass Betroffene eine Zustimmung erteilt haben. (2014)

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. (2015)

Das Verabreichen von Arzneimitteln stellt grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit dar, die im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs an diplomiertes Pflegepersonal delegiert werden kann, wenn sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsart als auch der Zeitpunkt der Verabreichung von den anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten wurde. (2014)

Die Verabreichung von „Bedarfsmedikationen“ ist in Einzelfällen zulässig, wenn die Kriterien für die Beurteilung des Zeitpunkts und der Dosis des zu verabreichenden Arzneimittels nach ärztlichen Vorgaben eindeutig, zweifelsfrei und nachvollziehbar ist, ohne dass das Krankenpflegepersonal kompetenzüberschreitende und damit unzulässige diagnostische oder therapeutische Ermessensentscheidungen selbst trifft. (2014)

Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Minimierung von Schlafstörungen sollten systematisch angewandt und dokumentiert werden. (2015)

Es ist regelmäßig notwendig, die Schmerzen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erkennen, einzuschätzen und diesen durch Maßnahmen zur Schmerzlinderung zu begegnen. (2015)

Professionelle Schmerzbehandlung erfordert Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. (2015)

Schulungen des gesamten Pflegepersonals bezüglich Schmerzerkennung und Schmerzeinschätzung kognitiv beeinträchtigter Personen sind unerlässlich. (2015)

Forschungsbedarf besteht in Bezug auf Arzneimittelsicherheit für hochbetagte Menschen in und außerhalb stationärer Langzeitpflege. (2014)

Personal

Personelle Ressourcen – insbesondere im Nachtdienst – müssen so ausreichend gegeben sein, dass die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner durchgehend gewährleistet ist. Betreuungspersonal muss zeitnah in der Lage sein, unvorhersehbare Unterstützung und Hilfe zu leisten, Notfälle frühzeitig zu erkennen oder Hilferufe wahrzunehmen. (2014)

Für die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist fachgerechte Supervision, die in der Dienstzeit mit externen Supervisoren, die Pflgeteams auswählen können, stattfindet. Das dient der Psychohygiene und der Prävention von Burnout, Mobbing und Gewalt. (2013)

Spezifischere Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Pharmakotherapie älterer Patientinnen und Patienten ist erforderlich. (2014)

Die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Ergebnisse und die Anwendung verschiedener – auch aus Sicht präventiver menschenrechtlicher Kontrolle – wesentlicher Assessment-Instrumente (z.B. für die Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit Sturzprophylaxe, Schmerz, Hygiene, Mangelernährung, Hautschäden) machen eine Neuausrichtung und Professionalisierung der Pflege erforderlich. (2014)

4.2 Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken

Bauliche Ausstattung

Die Gestaltung der räumlichen Bedingungen und der organisatorischen Abläufe in psychiatrischen Institutionen kann maßgeblich zur Vermeidung von Gewalt und Aggression beitragen. (2014)

Wohnungs- und Rehabilitationsangebote für chronisch psychisch Kranke müssen ausgebaut werden, um Hospitalisierungseffekten vorzubeugen. (2014)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Kinder und Jugendliche dürfen nicht in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt und untergebracht werden; das stellt auch nach Ansicht des CPT eine Verletzung präventiver menschenrechtlicher und fachlicher Standards dar. (2015)

Das psychiatrische Versorgungsangebot ist unter Bedachtnahme auf die regionalen Verhältnisse vorausschauend zu planen und flexibel anzupassen. (2014)

Die extramuralen Plätze für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten sind zur Vermeidung medizinisch nicht mehr indizierter Spitalsaufenthalte zu erhöhen. (2015)

Der Schutz von Frauen und Mädchen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ist entsprechend völkerrechtlichen Vorgaben und innerstaatlichen Regelungen umfassend zu garantieren. (2015)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Krankenhausträger bzw. Psychiatrien müssen personell, konzeptuell und organisatorisch sicherstellen, dass es möglichst viele, hinsichtlich der Eingriffsintensität abgestufte Reaktionsmöglichkeiten gibt, bevor man Zwangsmaßnahmen setzt. (2014)

Deeskalationsmanagement und mehrdimensionale Gewalt- und Sturzprävention dienen der Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. (2014)

Einvernehmliche Behandlungsübereinkünfte eignen sich auch dazu, die Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. (2013)

Fixierungen und Isolierungen sind keine therapeutischen Interventionen, sondern reine Sicherungsmaßnahmen, die dann angewendet werden, wenn eine therapeutische Herangehensweise nicht möglich ist. Falls deren Anwendung unumgänglich erscheint, muss man die Menschenwürde wahren und Rechtssicherheit gewährleisten. Interventionen sind so kurz und so wenig eingreifend wie möglich zu halten. (2014)

Jede Zwangsmaßnahme ist unverhältnismäßig, wenn eine geeignete mildere Anordnung für den angestrebten Erfolg ausreicht. Eingriffe in das Recht auf persönliche Freiheit und andere Persönlichkeitsrechte dürfen in sachlicher, räumlicher, zeitlicher und personeller Hinsicht nicht einschneidender als notwendig sein. (2014)

Werden Fixierungen als ultima ratio eingesetzt, dürfen diese von den Betroffenen nicht als Bedrohung empfunden werden bzw. Ohnmachtsgefühle und Angstzustände durch die Art, wie die Fixierung vorgenommen wurde, nicht verstärken. (2013)

Die Betreuung und Fixierung von Patientinnen und Patienten in Gangbetten stellt eine inakzeptable Verletzung ihrer Menschenwürde und elementarer Persönlichkeitsrechte dar. Fixierung haben außer Sichtweite Dritter zu geschehen, Fixierungen haben stets unter kontinuierlicher und direkter Überwachung in Form einer Sitzwache zu erfolgen. Fixiergurte an Betten dürfen nicht ständig sichtbar sein. (2014)

CPT-Empfehlungen aus dem Jahr 2015 zu Sitzwachen, Gangbetten und bezüglich der Einführung von Zentralregistern in psychiatrischen Anstalten sind umzusetzen. (2015)

Patientinnen und Patienten müssen nach erfolgten mechanischen Fixierungen mittels 1:1-Betreuung „ständig, unmittelbar und persönlich“ überwacht werden, wie es das CPT seit Jahren fordert. (2014)

In Umsetzung einer Empfehlung des CPT sind in allen psychiatrischen Krankenanstalten und Stationen Zentralregister zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen einzurichten, um deren Anwendung und Häufigkeit auch außerhalb von Patientendokumentationen evaluieren zu können. (2014)

Mehrtägige Fixierungen sind aus menschenrechtlicher Sicht äußerst bedenklich und grundsätzlich zu vermeiden. In speziellen Sonderfällen ist eine lückenlose Dokumentation und Kontrolle sicherzustellen. (2014)

Das Versperren von Stationstüren ist als freiheitsbeschränkende Maßnahme zu qualifizieren und darf nicht zu einer unzulässigen „De-facto-Unterbringung“ unbegleiteter Minderjähriger führen. (2015)

Potenzielle Überforderungen, die durch die gemeinsame Betreuung von zwangsweise und freiwillig untergebrachten Jugendlichen entstehen können, sind zu minimieren. (2015)

Deeskalation kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Sie beginnt bei der Verhinderung der Entstehung von Aggression, in einem beruhigenden Gespräch mit angespannten Patienten, in der niederlagenlosen Konfliktlösung bis hin zu Fixierungen, welche würdewahrend und patientenschonend durchgeführt werden müssen. (2014)

Bei Ablöse von Netzbetten müssen Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reflektiert und realisiert werden. (2014)

Sicherungsmaßnahmen

Das der Anlegung von mechanischen Fixierungen vorangehende Festhalten von Kranken gehört bereits zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege und ist damit dem Pflegepersonal nach den Regelungen des GuKG vorbehalten. Mangels gesetzlicher Grundlage dürfen von Krankenanstalten beauftragte Sicherheitsdienste keine Pflegemaßnahmen setzen und nicht an Fixierungen mitwirken. (2014)

Gesundheitswesen

Sturzprävention: Alle Patientinnen und Patienten sollten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus hinsichtlich Sturzrisikofaktoren beobachtet und befragt werden. Erhebungen häufiger Sturzursachen sollen auf allen Stationen zur Risikominimierung regelmäßig erfolgen (feuchte oder rutschige Böden, schlechtes Licht, fehlende Haltegriffe, hohe Stufen etc.). Ein multiprofessionelles Team soll Maßnahmen planen, Informationen erteilen und therapeutische Interventionen veranlassen. (2014)

Orientierungstrainings, Körperübungen, Investitionen in Niederflurbetten, Betten-, Sessel- und Mattenalarme, individuell angepasste Hüftprotektoren, Seh- und Ganghilfen tragen zur Sturzvermeidung bei. (2014)

Personal

Die Einbeziehung und Mitwirkung von gewerblichem Sicherheitspersonal an Pflegehandlungen ist unzulässig und hat zu unterbleiben. Vorkehrungen in Bezug auf persönlichkeitsrechtswahrende und das Personal sichernde Maßnahmen sind begleitend notwendig. (2014)

Fachkompetente Unterstützung potenzieller Opfer ist bereits im Rahmen der Verdachtsabklärung, aber auch darüber hinaus, zu gewährleisten, wenn sich Vorwürfe gegen Spitalspersonal richten. (2015)

Die Beweissicherung durch Medizinerinnen und Mediziner im Krankenhaus muss opfersensibel und umfassend erfolgen. (2015)

Handlungsleitend für professionelles Handeln müssen die Prinzipien der Freiwilligkeit, der (assistierten) Selbstbestimmung, der partizipativen Entscheidungsfindung und intensive Betreuung und Beschäftigung – wenn in akuten Krisen notwendig auch im Verhältnis 1:1 – sein. Dies erfordert Ressourcen, Geduld und persönliche Zuwendung, Begegnung auf „Augenhöhe“, respektvolle Haltungen gegenüber individuellen Lebensentwürfen sowie eine kontinuierliche Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Umgang mit krisenhaften Situationen, Gewalt und Aggression. (2014)

Gerade gegenüber Kranken sind Aspekte wie Kommunikation, Information und Transparenz des Handelns bei Wahrung der Intimsphäre und der Selbstbestimmung von hoher Bedeutung. Geschlechtsspezifische Belange und Verletzlichkeiten bedürfen stets besonderer Beachtung. (2014)

Mehr Ausbildungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und Fachärzte im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dringend erforderlich. (2014)

Bundesweite Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften sind im Sinne der Empfehlungen des CPT zu entwickeln. (2015)

Die VA ist überzeugt, dass die Implementierung des Istanbul-Protokolls in Krankenanstalten durch Ausbildung und Schulung unterstützt werden muss. (2015)

4.3 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Bauliche Ausstattung

Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe müssen umfassend barrierefrei sein. (2014)

Verbesserungen in den Bereichen Privatsphäre und Partizipation sind umzusetzen. Versperrbare Kästen gehören dabei zur Minimalausstattung. (2015)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Die Unterbringung Minderjähriger sollte nahe dem Wohnort der Eltern erfolgen, wenn nicht pädagogische Gründe dagegen sprechen. (2014)

Haus- und Gruppenregeln müssen mit Minderjährigen partizipativ erarbeitet werden; Kinderparlamente etc. sind in allen Einrichtungen zu etablieren. (2014)

Rückzugsmöglichkeiten sind auch Minderjährigen zu eröffnen; Zimmertüren sollen zwar vom Personal zu öffnen, aber von innen versperrbar sein. (2015)

Veränderungen der umweltbezogenen Rahmenbedingungen, die sexuelle Gewalt begünstigen, müssen erfolgen. (2015)

Die Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen in voller Erziehung in und außerhalb der Grundversorgung widerspricht der UN-KRK und ist abzulehnen. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge unterstehen dem vollen Schutz des Kinder- und Jugendhilfeträgers und haben Anspruch auf ihren Bedürfnissen angemessene Betreuung am Stand der Pädagogik. Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten in UMF-Einrichtungen sind auszubauen. Mehr Budgetmittel aus Grundversorgung sind erforderlich, um psychosoziale Versorgung und Integration zu erleichtern. Bundesweit einheitliche Mindeststandards für die UMF-Betreuung sind erforderlich. (2014)

Massenquartiere sind für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) und Asylwerbende ungeeignet. Die VA empfiehlt daher eine entsprechende jugendgerechte Unterbringung von UMF. (2015)

Die VA empfiehlt die umgehende Obsorgeübernahme aller in Bundesbetreuungsstellen des Bundes befindlichen UMF sowie deren Überstellung in Grundversorgungsquartiere der Länder. (2015)

Aus Sicht der VA ist die Nachbetreuung junger Erwachsener zur Sicherung von Ausbildungserfolgen auch nach Erreichen der Volljährigkeit von UMF notwendig. (2015)

Alle Länder müssen ihrer Versorgungsverantwortung durch geeignete Einrichtungen selbst nachkommen, um nicht im Kindeswohl gelegene Beziehungsabbrüche zu vermeiden. (2014)

Gewaltschutzkonzepte müssen in allen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt und umgesetzt werden. (2015)

Spezielle Krisenunterbringung für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen sollten eingerichtet werden. (2015)

Heimstrukturen erschweren eine den Erkenntnissen der Sozialpädagogik entsprechende Arbeit. Die Wirkung negativer Gruppendynamiken kann wesentlich stärker sein als jene der pädagogisch und therapeutischen Sozial- und Konflikttrainings sowie zusätzlicher Settings, welche Persönlichkeitsentwicklung, Verhaltensänderungen sowie schulische und berufliche Integration fördern sollen. Kleinere regionale Betreuungseinrichtungen mit familiärem Charakter sollen Großheime ablösen. (2014)

Entwürdigende Strafen als pädagogische Maßnahmen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind i.S.d. Art. 3 EMRK verboten. (2015)

Reaktionen auf unerwünschtes Verhalten sollten in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit diesem erfolgen und mit Minderjährigen besprochen werden. (2015)

Ein individueller Umgang mit Regelverstößen ist notwendig. (2015)

Wiedergutmachungsmodelle als Alternative zu Sanktionssystemen sind zu etablieren. (2015)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Die VA fordert die Implementierung von Fortbildungen für das Personal und Workshops für Kinder und Jugendliche als präventive Maßnahmen. (2015)

Sicherungsmaßnahmen

Eine gewaltfreie Erziehung für alle Minderjährigen muss umfassend sichergestellt werden. (2014)

Die Verhängung von Gruppenstrafen ist unzulässig. (2013)

Pädagogische Konsequenzen als Reaktion auf Fehlverhalten dürfen weder überschießend noch entwürdigend sein. (2013)

Gesundheitswesen

Besondere Vorsicht und Aufklärung bei Medikamenten im Off-Label-Use ist notwendig. (2014)

Eine Bedarfsmedikation darf nicht von pädagogischem Personal verabreicht werden. (2014)

Für eine lückenlose Dokumentation bei der Medikamentenabgabe ist zu sorgen. (2015)

Auf konkrete Anweisungen und Verschreibungen durch Ärztinnen und Ärzte ist hinzuwirken. (2015)

Die Verabreichung verschreibungspflichtiger Medikamenten wie Psychopharmaka im Bedarfsfall erfordert besondere Achtsamkeit auch in Bezug auf Neben- und Wechselwirkungen. (2015)

Personal

Ergänzend zur Grundausbildung sind spezielle Kompetenzen des sozialpädagogischen Personals für den Umgang mit Gewalt in Krisensituationen notwendig. Verpflichtende Aus- und Fortbildung zu diesem Thema, die Aufnahme von Gewaltprävention in die institutionellen Leitbilder und Handlungsanleitungen sowie die Bestellung einer bzw. eines Gewaltschutzbeauftragten sind präventiv zur Vermeidung von Gewalt unabdingbar. (2013)

Hilfeangebote sind auch im Rahmen der vollen Erziehung in Einrichtungen zu individualisieren. (2014)

Wissenschaftlich begleitete Kinder- und Jugendhilfeplanungen der Länder müssen Versorgungsdefizite und Maßnahmen zu deren Behebung erfassen. (2014)

Berufsrecht und Ausbildung von Sozialpädagoginnen und -pädagogen müssten bundeseinheitlich normiert werden (Art. 15 a B-VG-Vereinbarung) (2014)

Gewaltprävention, Sexualerziehung und Prävention von sexuellen Übergriffen ist unverzichtbar. Wirksame Prävention muss über die verschiedenen Arten von Grenzverletzungen aufklären, Kindern und Jugendlichen Mut machen, sich Hilfe zu holen, sie auf ihre Rechte auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung hinweisen und Geschlechterrollenzuschreibungen hinterfragen. (2014)

Ein sexualpädagogisches Konzept muss erarbeitet und in sämtlichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe umgesetzt werden. (2015)

Ein Rechtsanspruch auf Hilfen für junge Erwachsene soll verankert und Case-Management verbessert werden. (2014)

Kapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind nach regelmäßigen Bedarfsanalysen aufzustocken. Die VA fordert die Implementierung von Fortbildungen für das Personal und Workshops für Kinder und Jugendliche als präventive Maßnahmen. (2015)

4.4 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

Bauliche Ausstattung

Bauliche Unzulänglichkeiten und fehlende umfassende Barrierefreiheit bedeuten eine Behinderung in der sozialen Entwicklung von Menschen mit Behinderungen und sind daher zu vermeiden. (2014)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Menschen mit Behinderung müssen in die Lage versetzt werden, ihren Alltag nach persönlichen Bedürfnissen zu gestalten und an der Gesellschaft teilzuhaben. Das Konzept der Sozialraumorientierung sollte dabei zur Anwendung kommen. (2014)

Selbstvertretung ist unabhängig von der Form der Behinderung in institutionellen Betreuungsverhältnissen zu gewährleisten. Geeignete Unterstützungsmaßnahmen sind dafür notwendig. Peer-to-Peer-Informationsaustausch soll gefördert werden. (2014)

Wenn Trägerorganisationen sowohl Wohnplatz und Tagesstruktur zur Verfügung stellen, befinden sich die Betroffenen in einem de facto geschlossenen Kontrollsystem. Diese Verknüpfung von Arbeits- und Wohnbereich fördert Macht- und einseitige Abhängigkeitsverhältnisse und sollte auch laut UN-BRK vermieden werden. (2015)

Die VA fordert, dass die selbstbestimmte Lebensgestaltung auch für Menschen mit Behinderung im Alter möglich sein muss. Strikte Anwesenheitsvorgaben in Werkstätten stehen dem jedenfalls entgegen. (2015)

In Wohneinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Suchterkrankungen müssen Rehabilitation und Habilitation durch ausreichende Ressourcen ermöglicht werden. (2015)

Die Förderung der gleichberechtigten Teilnahme von Menschen mit psychischen Krankheiten oder seelischen Behinderungen ist besonders dringlich. (2015)

Der Behindertenrechtsausschuss der UN hat nach der österreichischen Staatenprüfung im Rahmen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zuletzt empfohlen, dass Österreich weitere Maßnahmen ergreifen soll, „um Frauen, Männer, Mädchen und Buben mit Behinderungen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen“. Dies fordert auch der NPM ein. (2014)

Schutz vor menschenunwürdiger oder erniedrigender Behandlung muss rasch einsetzen, umfassend ausgestaltet und wirksam sein. (2015)

Es braucht entsprechend neue und flexiblere Strukturen für ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere in Bezug auf Wohnen, Beschäftigung und Freizeit. (2015)

Der Abbau bestehender Großeinrichtungen sowie die konsequente Neuausrichtung von Hilfestellungen im Sinne persönlicher Assistenz und sozialräumlicher Angebote ist das Herzstück menschenrechtskonformer Behindertenpolitik. (2014)

Die Orientierung an vorrangig beschützenden Haltungen zu Lasten einer eher ressourcen- und stärkenorientierten Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung ist Großeinrichtungen immanent. Aber auch persönliche Kontakte und stützende Beziehungen, die es im Nahraum möglicherweise gegeben hat, werden bei Übersiedlung in entferntere Heime zumindest erschwert. Die Größe von Einrichtungen bedingt, dass auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche schlechter eingegangen werden kann. Verstärkte Anstrengungen, um Deinstitutionalisierungen voranzutreiben, sind notwendig. Umfassende Gesamtkonzepte fehlen und müssen ausgearbeitet werden. (2014)

Die VA fordert die Erstellung von in der UN-BRK vorgesehenen Notfallplänen für Menschen mit Behinderung auf der Flucht. (2015)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Die Integration in Normalarbeitsplätze muss ausreichend gefördert werden und der Lohn in Tagesstrukturen/Beschäftigungswerkstätten muss den Erwerb sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche gewährleisten. (2014)

Die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in Werkstätten in ihrer derzeitigen rechtlichen und faktischen Gestaltung entspricht nicht den Bestimmungen der UN-BRK – insbesondere Art. 27 „Arbeit und Beschäftigung“. Dies insbesondere deswegen, weil die in diesen Einrichtungen tätigen Menschen mit Behinderung von der österreichischen Rechtsordnung ausnahmslos nicht als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im arbeitsrechtlichen Sinne angesehen werden und über keine sozialversicherungsrechtliche Absicherung aus dieser Tätigkeit verfügen (von der gesetzlichen Unfallversicherung abgesehen). Die Sicherung des Lebensunterhaltes durch Arbeit für alle derzeit in Werkstätten beschäftigten Menschen mit Behinderung soll unabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit und außerhalb der jetzigen Sozialhilfe- und Mindestsicherungslogik gewährleistet sein. (2014)

Beschwerdemanagement

Menschen mit Behinderung ist in allen Einrichtungen eine adäquate Möglichkeit zur Einbringung von Beschwerden zu geben. (2013)

Schriftliche Heimverträge für Menschen mit Behinderung sind Pflicht. Die Verträge müssen einfach und verständlich formuliert werden. Betroffene müssen den Inhalt verstehen und nachvollziehen können. (2014)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die eine fehlende Barrierefreiheit oder Raum- oder Personalengpässe ausgleichen sollen, sind ausnahmslos unzulässig und Ausdruck struktureller Gewalt. (2013)

Psychosozialen Interventionen und individueller Betreuung ist gegenüber Isolierungen und Freiheitsbeschränkungen immer der Vorzug zu geben. Die wegen Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnete Freiheitsbeschränkung muss sowohl das gelindeste Mittel als auch ultima ratio sein. (2014)

Minderjährige mit Lernbehinderungen oder psychischen Krankheiten dürfen keinen altersuntypischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ausgesetzt werden. Auf eine gerichtliche Überprüfung derselben haben auch sie – gleich wie Erwachsene – einen Rechtsanspruch. (2014)

Wenn Freiheitsbeschränkungen vermeintlich dem Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung dienen, ist immer besondere Achtsamkeit und eine Prüfung von Alternativen notwendig. (2014)

Die Verwendung von Time-Out-Räumen darf nicht Folge mangelnder Betreuung, medizinischer oder psychiatrischer Unterversorgung bzw. unpassender Settings sein und setzt einen Kriseninterventionsplan und Deeskalationstrainings des Personals voraus; dient ausschließlich dem vorübergehenden Schutz Betroffener oder anderer Personen bei akut fremdaggressivem Verhalten und ist kein zulässiges Mittel der Disziplinierung oder Sanktionierung von Fehlverhalten; soll unter ständiger Beobachtung und der Möglichkeit beruhigender Gespräche so kurz wie möglich sein; muss in angstfreier, reizarmer und verletzungssicherer Umgebung erfolgen; muss dokumentiert und der Bewohnervertretung als freiheitsbeschränkende Maßnahme gemeldet werden; muss von Interaktionsbeobachtungen und -analysen begleitet sein, welche die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten Betroffener und Aktionen/Reaktionen des Betreuungspersonals oder Mitbewohnerinnen und -bewohner aufzeigen können. (2014)

Gesundheitswesen

Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit. Ein inklusiver Zugang zur medizinischen Versorgung ist daher nach Ansicht des NPM auszubauen. (2015)

Assistierende Technologien (z.B. Apps für Ärztegespräche in Gebärdensprache) sollten weiterentwickelt und bundesweit zugänglich gemacht werden. (2015)

Komplexere Krankheitsbilder und Mehrfachbehinderungen erfordern oftmals eine speziell optimierte Versorgung. Das darf keine Ressourcenfrage sein. Die Persönlichkeitsentwicklung psychisch oder körperlich schwer beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher hängt maßgeblich davon ab, ob und wie sie dabei unterstützt werden, ihre Umgebung wahrzunehmen, sie im wahrsten Sinne des Wortes begreifen und selbst erkunden zu können.

Personal

Unzureichende Besetzungen im Tag- oder Nachtdienst, schlecht angepasste Hilfsmittel oder Förderungen geistiger oder lebenspraktischer Fähigkeiten für Menschen mit Behinderung einzuschränken, bedeuten eine Behinderung der sozialen Entwicklung und sind daher Umstände, die es zu vermeiden gilt. (2014)

4.5 Justizanstalten

Bauliche Ausstattung

Bauliche Adaptierungen zur behindertengerechten Ausstattung der Justizanstalten (JA) sollten Vorrang haben. (2014)

Umfassende Barrierefreiheit ist herzustellen. (2015)

Forensische Abteilung/Psychiatrie: Lassen sich Sechs-Personen-Zimmer baulich nicht trennen, so kann bereits das Aufstellen mobiler Trennwände ein Mehr an Privatsphäre schaffen. (2014)

Die Ausstattung eines Dreipersonenhaftstraums mit zwei Stockbetten ist wegen der möglichen Überbelegung des Raumes zu vermeiden. (2014)

Besonders gesicherte Hafträume müssen über eine entsprechende Liege- oder Sitzmöglichkeit verfügen. (2015)

Werden besonders gesicherte Hafträume aufgrund ihrer Ausstattung nicht verwendet, sind sie unbrauchbar zu machen. Anschließend ist der Raum aus dem Haftraumplan zu eliminieren. (2014)

Auch Wartehafträume müssen bei einer Mehrfachbelegung über einen Sicht- und Geruchsschutz der sanitären Anlagen vom restlichen Haftraum sowie über ausreichend Licht zum Lesen und über Tageslicht verfügen. (2015)

In Mehrpersonenhafträumen sollen den Inhaftierten abschließbare Kästen zur Verfügung stehen. (2014)

Die bauliche Ausstattung einer Sonderkrankenanstalt hat den Standards einer Krankenanstalt zu entsprechen. Defekte Haftraumrufanlagen und Notrufglocken müssen umgehend ersetzt werden. (2015)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Der Aufenthalt im Freien dient der Gesundheit der Inhaftierten und ist täglich mindestens eine Stunde zu ermöglichen, so es die Witterung zulässt. Gerade älteren, gebrechlichen oder kranken Menschen ist zum Erhalt ihrer Gesundheit oder zur Förderung der Genesung der regelmäßige Aufenthalt an der frischen Luft zu ermöglichen. (2014)

Es sind längere Haftraumöffnungszeiten für jugendliche Inhaftierte am Wochenende einzurichten. Um gewaltsamen Übergriffen zwischen jugendlichen Inhaftierten vorzubeugen, ist ein strukturierter und ausgewogener Tagesablauf mit möglichst kurzen Einschlusszeiten zu etablieren. Personalengpässe dürfen nicht zu Lasten der Jugendlichen gehen. (2015)

Soweit möglich, ist auf die dem Glaubensbekenntnis der Inhaftierten entsprechenden Speisegebote Rücksicht zu nehmen. (2013)

Personendurchsuchungen sollen so durchgeführt werden, dass sich die zu durchsuchende Person nicht vollständig entkleidet. Ein vollständiges Entkleiden bei Durchsuchungen verletzt das Schonungsprinzip. (2015)

Die Preise von Bedarfsgegenständen in den Anstaltssupermärkten bzw. Kiosken dürfen nicht höher sein als in umliegenden Supermärkten. (2015)

Kontakt nach außen

Zu große Tische lassen Berührungen bei Besuchen nicht zu und sollen daher ausgetauscht werden. (2014)

Abend- und Wochenendbesuche sollen insbesondere in Jugendabteilungen ermöglicht werden. (2015)

Die Möglichkeit von Skype-Telefonie soll ehestmöglich österreichweit eingeführt werden. (2015)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Inhaftierte sollen sich nicht zwischen Arbeit und zustehenden Rechten wie der Bewegung im Freien entscheiden müssen. (2014)

Jede und jeder Gefangene soll eine nützliche Arbeit verrichten oder einer sinnvollen Aktivität nachgehen können. Es ist eine möglichst hohe Beschäftigungsquote und ein ausgewogenes Aktivitätenprogramm anzustreben. (2015)

Der Ausbau von Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen ist zu forcieren, dies gilt auch für gerichtliche Gefangenenhäuser. (2014, 2015)

Die Unternehmerbetriebe sind grundsätzlich auch für Frauen zu öffnen; die Möglichkeit der gemeinsamen Verrichtung der Arbeit von Frauen und Männern ist auszubauen. (2015)

Aus dem mangelnden Beschäftigungsangebot darf Frauen insbesondere kein finanzieller Nachteil erwachsen. (2014)

Frauen sollen gleichberechtigt Zugang zu Freizeitangeboten erhalten. (2014)

Der Ausbau von Werkstätten ist ehestmöglich zu realisieren. (2015)

Die bisherige Praxis einer Lernplattform, wie sie derzeit in zwölf JA angeboten wird, ist zeitnahe zu evaluieren. (2014)

Ein Totalverbot des Internet Zugangs und der PC-Nutzung ist unzulässig. Es sind nachhaltig Schritte zu setzen, um zu Fortbildungszwecken einen missbrauchssicheren Zugang zum Internet zu schaffen. (2014)

JA haben dafür zu sorgen, dass Inhaftierte, denen Volksschulkenntnisse fehlen, den erforderlichen Unterricht auf Volksschulniveau erhalten. Bei einer größeren Zahl solcher Angehaltenen ist die Schaffung einer Unterrichtsmöglichkeit jedenfalls geboten. (2013)

Zugang zu Informationen innerhalb der Einrichtungen

Inhaftierte sollen wissen, bei welchem Fehlverhalten sie mit welcher Strafe zu rechnen haben. Das Zur-Verfügung-Stellen dieser Daten hat für die Inhaftierten präventiven Charakter. Den Entscheidungsträgern sollen diese Daten Orientierung für eine gleichförmige Spruchpraxis bieten. (2014)

Informationsaushänge haben im Falle einer Rechtsänderung so rasch wie möglich angepasst zu werden. (2014)

Zugang zu Information heißt nicht nur, dass Information angeboten wird. Das Angebot muss auch in einer den Inhaftierten geläufigen Sprache, und damit „verständlich“ erfolgen. (2013)

Inhaftierte sollen einen Zugang zur Hausordnung haben, darin sind sie unter anderem über ihr Recht auf täglichen Aufenthalt im Freien zu informieren. Die Hausordnung ist auch fremdsprachig zugänglich zu machen. (2015)

Beschwerdemanagement

Die Errichtung eines Beschwerderegisters ist nachdrücklich zu verfolgen. Die systematische Erfassung von Beschwerden der Inhaftierten in einem Register ist Voraussetzung, um auf Defizite reagieren und Verbesserungen herbeiführen zu können. Die strukturierte Erfassung und Auswertung von Beschwerden ist stetig weiter auszubauen. (2014, 2015)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Trainings der Einsatzgruppe dürfen nicht zu einer Verlängerung der Einschlusszeiten führen. (2014)

Forensische Abteilung/Psychiatrie: Die Fesselung an ein Krankenbett ist nur zulässig, wenn dies aufgrund des Krankheitsverlaufes unabdingbar ist. Die äußeren Umstände bei einer Fixierung dürfen für den Betroffenen nicht furchteinflößend sein. Während der Dauer einer Fixierung ist diese Art der Anhaltung laufend zu hinterfragen. Ein Formblatt zur „Einschränkung der Bewegungsfreiheit“ ist zu erstellen. (2014)

Selbstmordgefährdete Inhaftierte dürfen nicht in einem Einzelhaftstraum untergebracht werden. Eine Videoüberwachung schließt für sich noch nicht aus, dass sich die Gefährdeten in einem unbeobachteten Moment suizidieren. (2014)

Sicherungsmaßnahmen

Im Hinblick auf den geringen Eingriffscharakter sollen Speicheltests Harntests ersetzen. Sämtlichen Anstalten sollen Speicheltests ehestens zur Verfügung gestellt werden. (2014)

Weist das BMJ Untergebrachte einer öffentlichen Krankenanstalt für Psychiatrie zu, muss es sich auch Defizite der Infrastruktur dort zurechnen lassen. Kann das BMJ nicht erwirken, dass diese Defizite behoben werden, sind die Betroffenen in einer justizeigenen Einrichtung unterzubringen. (2014)

Ein herablassender und beleidigender Umgangston verletzt die Menschenwürde. (2014)

Gesundheitswesen

Zum Standard der medizinischen Versorgung zählen auch Vorsorgeuntersuchungen. (2014)

Die psychiatrische wie psychologische Versorgung ist Teil der Gesundheitspflege und als solche in den Anstalten sicherzustellen. (2014)

Regelmäßige Visiten sollen insbesondere helfen, körperliche und seelische Verwahrlosungen von Langzeitinhaftierten hintanzuhalten. (2014, 2015)

Eine Regelung, wer wann welche Medikamente den Inhaftierten ausgeben und verabreichen darf, ist zu erarbeiten. (2014)

Auffälligkeiten bei der Verordnung von Psychopharmaka können mithilfe des Controllingmoduls „Medikamentenverwaltung“ rasch erkannt werden. Die monatlich erscheinenden Berichte sind hinsichtlich der Verschreibep Praxis zu sichten. (2014)

Inhaftierte haben einen Anspruch auf dasselbe Niveau medizinischer Fürsorge sowie Pflege wie Personen in Kranken- und Pflegeeinrichtungen in Freiheit. Dabei ist die Beiziehung von Dolmetscherinnen bzw. Dolmetschern unerlässlich. (2014, 2015)

Zur Qualitätssicherung und als Fachaufsicht über die im Straf- und Maßnahmenvollzug tätigen Anstaltsärztinnen und -ärzte ist ein chefärztlicher Dienst gesetzlich zu implementieren. (2014; Empfehlung wurde 2015 umgesetzt.)

Die Einführung des Videodolmetschens im medizinischen Bereich in allen Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzuges ist voranzutreiben. (2015)

Das Führen einer elektronischen Pflegedokumentation ist unerlässlich, um allein durch die Möglichkeit der Nachvollziehbarkeit eine vermehrte Sorgfalt im Umgang mit pflegebedürftigen Gefangenen zu bewirken. (2015)

Eine personelle Aufstockung des medizinischen Personals, insbesondere hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung, scheint in zahlreichen JA erforderlich, um eine adäquate medizinische Versorgung der Inhaftierten zu gewährleisten. (2015)

Für den Fall, dass eine Bewachung bei der Untersuchung einer oder eines Inhaftierten zwingend erforderlich ist, soll diese nur von einer Person gleichen Geschlechtes vorgenommen werden. (2015)

Sollen die Daten zur Abklärung eines Misshandlungsvorwurfs in die IVV-MED aufgenommen werden, bedürfte es einer gesetzlichen Grundlage. (2015)

Erhöhte Einschlusszeiten sind kein probates Mittel für den Selbstschutz eines an einer Essstörung leidenden Untergebrachten. (2015)

Placebo-Medikation ist nur bei Zustimmung und Aufklärung der oder des Betroffenen tolerierbar. (2015)

Die Anordnung von Harntests sollte in einem Register erfasst werden, um die stichprobenweise Durchführung der Harnkontrollen nachvollziehbar zu machen. (2013; Empfehlung wurde 2015 umgesetzt.)

Personal

Bemühungen um eine einvernehmliche Lösung in Personalangelegenheiten dürfen sich nicht so lange hinziehen, dass sie zu Lasten der Interessen der Inhaftierten gehen. (2014)

Der Nachtdienst im Jugenddepartment soll ausschließlich durch Bedienstete des Jugenddepartments besetzt werden. (2014)

Ausschließlich Bedienstete, die über pädagogische Kenntnisse verfügen, sollen jugendliche Inhaftierte bei Ausführungen begleiten. (2015)

Die Justizverwaltung soll gezielt nach geeigneten Mitarbeitern für den Jugendvollzug suchen. Diesen Bediensteten sind nach Absolvieren einer einschlägigen Ausbildung attraktive Arbeitsbedingungen anzubieten. (2014)

Die Konfrontation mit Suiziden führt oft lange danach zu Belastungsstörungen, die durch Maßnahmen des Dienstgebers zu minimieren sind. (2014)

Die Justizverwaltung hat alle Anstrengungen zu unternehmen, um die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe nicht als Schwäche erscheinen zu lassen. (2014)

Sexuelle Belästigung verletzt die Menschenwürde. Ebenso inakzeptabel sind herabwürdigende oder verletzende Äußerungen und Darstellungen, die daher zu vermeiden sind. (2014)

Der Dienstgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass die geschlechtliche Selbstbestimmung, sexuelle Integrität und Intimsphäre der Bediensteten nicht gefährdet wird. Dementsprechend hat er sicherzustellen, dass keine Bilder von unbedeckten Frauen in Dienstzimmern angebracht werden. (2014)

4.6 Kasernen

Bauliche Ausstattung

Militärische Anhalteräume sollen bei Kasernenumbauten und Kasernenneubauten künftig mit getrennten Sanitärbereichen ausgestattet sein. (2014)

4.7 Polizeieinrichtungen

Bauliche Ausstattung

Die WC-Bereiche in Mehrpersonenzellen sind baulich abzutrennen. (2014)

Die Errichtung baulich abgetrennter WC-Anlagen in Mehrpersonenzellen sämtlicher Polizeianhaltzentren (PAZ) ist in budgetärer Hinsicht prioritär zu verfolgen und umzusetzen. (2015)

Bei Neuerrichtung und Neuanmietung bzw. bei Umbaumaßnahmen ist die gänzliche Abtrennung des Sanitärbereichs von Hafträumen auch bei kurzfristigen Anhaltungen in Polizeiinspektionen (PI) anzustreben. (2015)

Mehrpersonenzellen ohne (vollständig) abgemauerte WC-Bereiche sind bis zu einem Umbau nicht mit mehreren Inhaftierten zu belegen. (2014)

Sozialräume für Verwaltungsstrahftlinge sind einzurichten. (2014)

Für eine rechtzeitige und regelmäßige Reinhaltung in PAZ ist zu sorgen. (2014)

Duschen sind regelmäßig zu kontrollieren (vor allem die Abstrahlrichtung des Duschwassers) und erforderlichenfalls in Stand zu setzen (Austausch der Duschköpfe). (2014)

Alarmknöpfe müssen ausreichend gekennzeichnet sein, um angehaltenen Personen die Kontaktaufnahme zum Wachpersonal zu ermöglichen. (2015)

PI müssen hygienisch, gepflegt und mit funktionierenden Heizungen ausgestattet sein. (2014, 2015)

PI und PAZ müssen mit Sanitärbereichen für weibliches Personal ausgestattet sein. (2015)

Inhaftierten ist täglich ein Zugang zu Waschbecken mit Warmwasseranschluss in den Sanitärräumen zur Verfügung zu stellen. (2014)

Ein permanent aktiviertes Rufklingelsystem ist vorzusehen, damit Personen im Polizeigewahrsam stets Kontakt zum Wachpersonal aufnehmen können. (2014)

PI sollen barrierefrei sein, der bestehende Etappenplan nach dem BGStG ist zu beachten. Die rund 300 in diesem Plan nicht enthaltenen Dienststellen sind bis 31.12.2019 zu verlegen oder eine andere organisatorische Lösung ist zu finden. (2015)

Das BMI sollte Vorgaben für brandschutztechnische Einrichtungen in Polizeianhaltung bundesweit einheitlich gestalten und das Brandschutzniveau mindestens an den für JA geltenden Maßstab anpassen. (2015)

Die Hafträume der PAZ sind mit von außen schaltbaren Steckdosen (gegebenenfalls Verteilerstecker) zum Anschluss eigener Geräte wie Radio oder Fernseher auszustatten, um den Angehaltenen so weitere Beschäftigungsmöglichkeiten zu eröffnen. (2015)

Zugang zu Informationen innerhalb der Einrichtungen

Bedienstete der Rückkehrberatung können professionelle Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher nicht ersetzen. Rückkehrberatung und Dolmetschertätigkeit sind jedenfalls von unterschiedlichen Personen auszuüben. (2014)

Eine rasche Übersetzung der für Schubhäftlinge in PAZ und im Anhaltezentrum Vordernberg zur Verfügung stehenden im „Infomat“ abrufbaren Informationen in 27 Sprachen ist geboten. (2014)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Ein Aufenthalt in einem versperrbaren Haftraum ist nur freiwillig, wenn kein Zweifel daran besteht, dass sich der Betroffene der Freiwilligkeit bewusst ist. (2014)

Anhaltungen auf PI müssen lückenlos dokumentiert sein, um den Freiheitsentzug nachvollziehbar zu machen. (2015)

Der Grund für die Unterbringung in einer besonders gesicherten Zelle gemäß AnhO ist in jedem Einzelfall zu dokumentieren. (2014)

Gesundheitswesen

Die Definition des Begriffs „Haftfähigkeit“ soll in der AnhO eindeutig festgelegt werden. (2015)

Bei der Feststellung, ob Haftunfähigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen vorliegt, ist mit besonderer Sensibilität vorzugehen. Bei deutlichen Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Beeinträchtigungen im Anamnesebogen oder im Anhalteprotokoll ist eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater beizuziehen. (2015)

Eine exakte sprachliche Auseinandersetzung mit der untersuchten Person ist erforderlich. Bei Bedarf muss eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher beigezogen werden. (2015)

Polizeiärztinnen bzw. Polizeiärzte müssen – unabhängig von Wochentag oder Uhrzeit – jederzeit auf eine psychiatrische Expertise zurückgreifen können. (2015)

Die Erarbeitung von Kriterien für eine adäquate Gesundheitsversorgung von psychisch auffälligen, selbstgefährdeten, alkoholisierten und substanzbeeinträchtigten Personen ist notwendig. (2015)

Bei Vorliegen von Selbstgefährdung soll die medizinisch notwendige Überstellung in Fachkliniken der Unterbringung in besonders gesicherten Zellen vorgezogen werden. (2015)

Polizeiärztinnen bzw. Polizeiärzte sollen haftunfähige Personen vor Aufhebung der Haft über etwaige weitere medizinische Maßnahmen und Möglichkeiten informieren, um der entlassenen Person eine anschließende Versorgung nahelegen zu können. (2015)

Bei ärztlichen Untersuchungen von nicht Deutsch sprechenden Angehaltenen ist eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher oder eine sprachkundige Person beizuziehen. (2014)

Angaben über die Hinzuziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers oder einer sprachkundigen Person sind in den Anhalteprotokollen zu dokumentieren. (2014)

Den Inhaftierten ist der ärztliche Anamnesebogen unabhängig von möglichen Deutschkenntnissen in ihrer Muttersprache auszuhändigen. (2014)

Es ist eine Richtlinie auszuarbeiten, die die Gesundheitsversorgung von alkoholisierten, substanzbeeinträchtigten, psychisch auffälligen und selbstgefährdeten Personen berücksichtigt. (2014)

Medizinische Untersuchungen müssen nachvollziehbar und widerspruchsfrei dokumentiert sein. (2013)

Medikamente dürfen nur durch geschultes Personal oder unter ärztlicher Aufsicht ausgegeben werden. (2013)

Personal

Sämtliche Tätigkeiten und Maßnahmen seitens des privaten Sicherheitspersonals im Anhaltezentrum Vordernberg sollen dokumentiert werden. (2014)

Externe Einzelsupervision soll Exekutivbediensteten aktiv angeboten werden. Führungskräfte sollen die Annahme von Supervision durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine positive Einstellung dazu fördern. (2015)

4.8 Rückführung und Entlassung

Abschiebungen/ Rückführungen

Bei Abschiebungen bzw. Rückführungen sollen Trennungen von Familien vermieden werden. (2014, 2015)

Bei Familienabschiebungen bzw. Familienrückführungen mit Kindern ist die Beiziehung mehrerer weiblicher Beamtinnen hilfreich. (2014)

Beim Zeitpunkt der Abschiebungen ist auf das Kindeswohl besonders Rücksicht zu nehmen. Flugtermine sollen so gestaltet sein, dass Kinder die Möglichkeit haben, ihren üblichen Schlafrhythmus einzuhalten. (2015)

Das Interesse an der Durchsetzung einer Abschiebung/Rückführung – insbesondere bei Anwendung von Zwangsgewalt – und die damit verbundenen Risiken müssen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen. Gegebenenfalls ist die Amtshandlung zu unterbrechen, abubrechen und/oder zu verschieben. (2015)

In jeder Phase des Geschehens ist zu prüfen, ob menschenrechtliche Aspekte aufgetreten sind, die eine Fortsetzung der Abschiebung als nicht angezeigt erscheinen lassen. (2015)

Richtlinien für die freiwillige Rückkehr sind zu erstellen, damit Personen, die freiwillig in ihr Heimatland reisen wollen, eine Orientierungshilfe haben. (2015)

Bei schwangeren Frauen sollte die Amtshandlung zumindest acht Wochen vor der Geburt bis zu mindest acht Wochen nach der Geburt aufgeschoben werden.

Eine psychiatrische Begutachtung und bzw. oder psychologische Vorbereitung kann schwierigen Situationen vorbeugen. (2014)

Bei Flugangst ist eine ärztliche Begutachtung – auch der verschriebenen Medikamente – vorzunehmen. (2014)

Babynahrung muss immer in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Den Säugling ungestört zu stillen, soll jedenfalls ermöglicht werden. (2014)

Gute Gesprächsführungen unter Bedachtnahme auf die Situation sind zu standardisieren. (2014)

Bei Abschiebungen bzw. Rückführungen sind professionelle Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher zur Verfügung zu stellen. (2014, 2015)

Dem Wunsch nach freiwilliger Ausreise sollte stets der Vorrang eingeräumt werden, um die Zwangsmaßnahme überhaupt vermeiden zu können.

Die Entlassung nach Aufhebung der Schubhaft und – soweit vorgesehen – Übergabe in die Obhut einer Betreuungsorganisation soll unverzüglich erfolgen. (2014)

4.9 Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt

Nur rechtzeitige Verständigungen des NPM über bevorstehende Einsätze ermöglichen Beobachtungen durch die Kommissionen und damit die Erfüllung des Mandats. Eine Sensibilisierung der Exekutivbediensteten über die Aufgaben und Befugnisse des NPM und den Erlass des BMI, der die Verständigung des NPM über Polizeieinsätze regelt, ist unerlässlich. (2015)

Demonstrationen: Bei der Bildung von Polizeikesseln sind den Einkesselten gut hörbare Informationen zu geben. (2014)

Demonstrationen: Die Einkesselung sollte so kurz wie möglich dauern. (2014)

Demonstrationen: Identitätsfeststellungen sind so rasch wie möglich abzuwickeln, wofür eine ausreichende Ausstattung mit Computern nötig ist. (2014)

Demonstrationen: Die bisher erfolgreich eingesetzte 3D-Strategie der Polizei (Dialog – Deeskalation – Durchgreifen) ist beizubehalten und weiterzuentwickeln. (2014, 2015)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher sollten stets zur Verfügung stehen. (2014)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: Die Erstbefragung traumatisierter Personen, die häufig im Zuge von Ausgleichsmaßnahmen aufgegriffen werden (Asylwerbende, Opfer von Schlepperkriminalität) muss professionell erfolgen. (2014)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: Eine rasche Aufklärung über den Grund und den Ablauf der Amtshandlung ist unerlässlich, um Verunsicherungen zu vermeiden. (2014)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: Transportmittel für Flüchtlinge müssen rechtzeitig organisiert werden, um Aufenthalte in Bahnhofshallen und damit eine „Zurschaustellung“ zu vermeiden. (2015)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: Ein geheizter Raum an großen Bahnhöfen soll für AGM-Kontrollen eingerichtet werden. (2015)

Lokalkontrollen: Weibliche Beamtinnen sollen stets bei Kontrollen von Straßenprostitution und Rotlichtlokalen Teil des Einsatzteams sein. (2015)

Lokalkontrollen: Die Einsatzverantwortlichen und Bediensteten müssen für die Identifizierung von Opfern von Menschenhandel sensibilisiert sein. (2015)

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015
Abs.	Absatz
AGM	Ausgleichsmaßnahmen
AHZ	Anhaltezentrum
AnhO	Anhalteordnung
APT	Vereinigung zur Verhinderung von Folter
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz
BFA	Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl
BG	Bezirksgericht
Bgld	Burgenland
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
BH	Bezirkshauptmannschaft
B-KJHG	Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz
BM...	Bundesministerium ...
BMASK	... für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMEIA	... für Europa, Integration und Äußeres
BMF	... für Finanzen
BMFJ	... für Familien und Jugend
BMGF	... für Gesundheit und Frauen
BMI	... für Inneres
BMJ	... für Justiz
BMLVS	... für Landesverteidigung und Sport
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CAT	UN-Ausschuss gegen Folter
CPT	Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
d.h.	das heißt
EG	Europäische Gemeinschaft
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
etc.	et cetera
(f).	folgend(e) (Seite, Seiten)
FSW	Fonds Soziales Wien
gem.	Gemäß
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz

JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KABEG	Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KAV	Krankenanstaltenverbund
K-ChG	Kärntner Chancengleichheitsgesetz
K-MSG	Kärntner Mindestsicherungsgesetz
Ktn	Kärnten
LKH	Landeskrankenhaus
LPD	Landespolizeidirektion
LReg	Landesregierung
MRB	Menschenrechtsbeirat
NGO	Nichtregierungsorganisation (non-governmental organisation)
NÖ	Niederösterreich
NPM	Nationaler Präventionsmechanismus
Nr.	Nummer
OGH	Oberster Gerichtshof
OLG	Oberlandesgericht
OÖ	Oberösterreich
OPCAT	Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PB	Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat
PersFrBVG	Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit
PI	Polizeiinspektion
Pkt.	Punkt
Rz	Randziffer
S.	Seite
Sbg	Salzburg
SPT	UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter
StA	Staatsanwaltschaft
StGB	Strafgesetzbuch
Stmk	Steiermark

StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
u.a.	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
UMF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UN	United Nations
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention
VA	Volksanwaltschaft
Vbg	Vorarlberg
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
WG	Wohngemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKJHG	Wiener Kinder- und Jugendhilfegesetz
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Anhang

VOLKSANWALTSCHAFT

Alten- und Pflegeheime
 Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe
 Krankenanstalten
 Psychiatrische Abt. in Krankenanstalten

 Volksanwalt Dr. Günther KRÄUTER

Dr.ⁱⁿ Adelheid PACHER
 Dr.ⁱⁿ Kerstin BUCHINGER
 Mag. Johannes CARNIEL
 Mag.^a Kathrin GÖSSWEINER
 Dr.ⁱⁿ Patricia HEINDL-KOVAC
 Dr.ⁱⁿ Alexandra HOFBAUER
 Mag. Markus HUBER
 Mag.^a Patrizia NACHTNEBEL
 MMag.^a Donja NOORMOFIDI
 Mag.^a Elisabeth PRATSCHER
 Mag. Alfred REIF
 Mag.^a Elke SARTO
 Mag.^a Johanna WIMBERGER

Justizanstalten
 Psychiatrische Abt. in Krankenanstalten

 Volksanwältin Dr.ⁱⁿ Gertrude BRINEK

Dr. Michael MAUERER
 Mag.^a Manuela ALBL
 Dr. Peter KASTNER
 Dr.ⁱⁿ Edeltraud LANGFELDER
 Mag.^a Nadine RICCABONA

Abschiebungen
 Demos, Polizeieinsätze
 Familienunterbringungen
 Kasernen
 Polizeianhaltezentren
 Polizeiinspektionen

 Volksanwalt Dr. Peter FICHTENBAUER

Mag.^a Martina CERNY
 Mag.^a Teresa EXENBERGER
 Mag. Dominik HOFMANN
 Mag.^a Dorothea HÜTTNER
 Mag. Stephan KULHANEK
 Dr. Thomas PISKERNIGG

KOMMISSIONEN DER VOLKSANWALTSCHAFT

Kommissionsmitglieder

Kommission 1
Tirol/Vbg

Mag. (FH) David ALTACHER

Mag.^a Michaela BREJLA

Dr. Sepp BRUGGER

Leitung

Erwin EGGER

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Verena MURSCHETZ, LL.M.

Mag. Dr. Wolfgang FROMHERZ

Koordinatorin

Mag.^a Elif GÜNDÜZ

Manuela SEIDNER

Dr. Dominik KRAIGHER

Martha TASCHLER

Kommissionsmitglieder

Kommission 2
Sbg/OÖ

Doris BRANDMAIR

Mag. Martin KARBIENER

Mag.^a PhDr.ⁱⁿ Esther KIRCHBERGER

Leitung

Dr. Robert KRAMMER

Priv.-Doz. az. Prof.

Manfred MANDL

Dr. Reinhard KLAUSHOFER

(bis 4.7.2016 Mag.^a Hanna ZIESEL)

Koordinator

MMag.^a Margit POLLHEIMER-PÜHRINGER,
MBA

Alfred MITTERAUER

Mag.^a (FH) Monika SCHMEROLD

Dr.ⁱⁿ Renate STELZIG-SCHÖLER

Kommissionsmitglieder

Kommission 3
Stmk/Ktn

Klaus ELSENSOHN

Dr. Odo FEENSTRA

Heide GLASER, M.A.

(bis 8.7.2016 Mag.^a Sarah KUMAR)

Leitung

Dr. Arkadiusz KOMOROWSKI

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gabriele FISCHER

MMag.^a Silke-Andrea MALLMANN

Koordinatorin

Dr.ⁱⁿ Claudia SCHOSSLEITNER, PLL.M.

Marianne Nora AUER

SenPräs. d. OLG i.R. Dr. Erwin
SCHWENTNER

Mag.^a Petra TAFERNER-KRAIGHER

Heidelinde WÖRÖSCH

(bis 31.10.2016 Dr.ⁱⁿ Ilse HARTWIG)

KOMMISSIONEN DER VOLKSANWALTSCHAFT

Kommission 4
Wien
(Bezirke 3 bis 19, 23)

Leitung
Univ.-Prof. Dr. Ernst BERGER
Koordinatorin
Mag.^a Caroline PAAR

Kommissionsmitglieder

ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea
BERZLANOVICH
Mag.^a Karin FISCHER
Prof. Dr. Thomas FRÜHWALD
Mag. Helfried HAAS
Mag. Hannes LUTZ
Dr. Matthias PETRITSCH, M.A.
(bis 23.3.2016 Dr. med. univ. Georg
DIMOU, PLL.M.)
Mag.^a Christine PRAMER
(bis 29.4.2016 Christine PEMMER, MBA)
Dr.ⁱⁿ Nora RAMIREZ-CASTILLO
Mag.^a Barbara WEIBOLD

Kommission 5
Wien (Bezirke 1, 2, 20 bis 22) / NÖ (pol. Bezirke
Gänserndorf, Gmünd, Hollabrunn, Horn, Kor-
neuburg, Krems, Mistelbach, Tulln, Waidhofen
a.d. Thaya, Zwettl)

Leitung
em. o. Univ.-Prof. DDr. Heinz MAYER
Koordinatorin
Dr.ⁱⁿ Evelyn MAYER

Kommissionsmitglieder

Dr.ⁱⁿ med. Atena ADAMBEGAN
Mag.^a Lisa ALLURI, BA
Mag.^a Marlene FETZ
Mag.^a Sabine RUPPERT
Mag.^a Katharina MARES-SCHRANK
Mag.^a Eveline PAULUS
Hans Jörg SCHLECHTER
Ao. Univ.-Prof. Dr. Gregor WOLLENEK

Kommission 6
Bgd / NÖ (pol. Bezirke Amstetten, Baden, Bruck
a.d. Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, Neunkir-
chen, Scheibbs, St. Pölten, Waidhofen a.d. Ybbs,
Wiener Neustadt)

Leitung
RA Mag. Franjo SCHRUIFF, LL.M.
Koordinatorin
MMag.^a Angelina REIF

Kommissionsmitglieder

Dr. Süleyman CEVIZ
Dr.ⁱⁿ Margot GLATZ
Mag.^a Corina HEINREICHBERGER
Prim. Univ.-Doz. Dr. Siroos MIRZAEI, MBA
Cornelia NEUHAUSER, BA
Dr.ⁱⁿ Karin ROWHANI-WIMMER
Regina SITNIK
Petra WELZ, MSc. MBA

MENSCHENRECHTSBEIRAT

Vorsitzende
Ass.-Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Renate KICKER

stellvertretender Vorsitzender
Univ.-Prof. Dr. Andreas HAUER

Name	Institution	Funktion
SC Mag. Dr. Mathias VOGL	BMI	Mitglied
GL Matthias KLAUS	BMI	Ersatzmitglied
Dr. Ronald FABER	BKA	Mitglied
MR Dr. ⁱⁿ Brigitte OHMS	BKA	Ersatzmitglied
SC Dr. Gerhard AIGNER	BMGF	Mitglied
Mag. ^a Irene HAGER-RUHS	BMGF	Ersatzmitglied
SC Mag. Christian PILNACEK	BMJ	Mitglied
Lt.StA Mag. Gerhard NOGRATNIG LL.M.Eur.	BMJ	Ersatzmitglied
Stv. AL Mag. ^a Billur ESCHLBÖCK	BMLVS	Mitglied
GL Dr. Karl SATZINGER	BMLVS	Ersatzmitglied
Botschafter Dr. Helmut TICHY	BMEIA	Mitglied
Mag. ^a Eva SCHÖFER LL.M.	BMEIA	Ersatzmitglied
Stv. SL GL Dr. Hansjörg HOFER	BMASK	Mitglied
Stv. AL Mag. Alexander BRAUN	BMASK	Ersatzmitglied
Dipl.-Ing. ⁱⁿ Shams ASADI, Magistrat der Stadt Wien	Ländervertretung	Mitglied
Dr. Wolfgang STEINER, Amt der OÖ Landesregierung	Ländervertretung	Ersatzmitglied
Mag. Heinz PATZELT	Amnesty International Österreich iZm SOS Kin- derdorf	Mitglied
Mag. ^a Annemarie SCHLACK (bis 13.1.2016 Mag. ^a Barbara WEBER) (13.1.-31.12.2016 Mag. ^a Barbara HAROLD)	Amnesty International Österreich iZm SOS Kin- derdorf	Ersatzmitglied
Mag. ^a Angela BRANDSTÄTTER	Caritas Österreich iZm VertretungsNetz	Mitglied

MENSCHENRECHTSBEIRAT

Dipl.ET Mag. ^a Susanne JAQUEMAR	Caritas Österreich iZm VertretungsNetz	Ersatzmitglied
Mag. Martin SCHENK,	Diakonie Österreich iZm Volkshilfe	Mitglied
Mag. Walter SUNTINGER (bis 31.12.2016 Christian SCHÖRKHUBER)	Diakonie Österreich iZm Volkshilfe	Ersatzmitglied
Michael FELTEN, MAS	Pro Mente Austria iZm HPE	Mitglied
Irene BURDICH	HPE Wien	Ersatzmitglied
Mag. ^a Silvia OECHSNER (bis 31.12.2016 Mag. ^a Tamara GRUNDSTEIN)	Selbstbestimmt Leben Ini- tiative Österreich	Mitglied
Martin LADSTÄTTER	Selbstbestimmt Leben Ini- tiative Österreich	Ersatzmitglied
Philipp SONDEREGGER	SOS Mitmensch iZm Inte- grationshaus und Asyl in Not	Mitglied
Mag. ^a Nadja LORENZ	SOS Mitmensch iZm Inte- grationshaus und Asyl in Not	Ersatzmitglied
Dr. ⁱⁿ Barbara JAUK	Verein für Gewaltpräventi- on, Opferhilfe und Opfer- schutz (Graz) iZm Gewalt- schutzzentrum Salzburg	Mitglied
Dr. ⁱⁿ Renate HOJAS	Verein für Gewaltpräventi- on, Opferhilfe und Opfer- schutz (Graz) iZm Gewalt- schutzzentrum Salzburg	Ersatzmitglied
Mag. ^a Dina MALANDI	ZARA iZm Neustart	Mitglied
SC i.R. Dr. Roland MIKLAU	ZARA iZm Neustart	Ersatzmitglied

Impressum

Herausgeber: Volksanwaltschaft
1015 Wien, Singerstraße 17
Tel. +43 (0)1 51505-0
<http://www.volksanwaltschaft.gv.at>

Redaktion und Grafik: Volksanwaltschaft

Herausgegeben: Wien, im März 2017

