

Empfehlungsliste der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen 2018

Alten- und Pflegeheime

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Im Rahmen des „Masterplans Pflege“ der Bundesregierung sind aus Sicht des NPM auch bundesweit einheitliche Zugangs- und Qualitätsanforderungen an die Pflege und Betreuung in Langzeitpflegeeinrichtungen zu definieren. (2018)

Es sollte eine Datenbank eingerichtet werden, in der evidenzbasierte Projekte der Bundesländer zur Effizienzsteigerung und Erhöhung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner abrufbar sind. (2018)

Alten- und Pflegeheime sind kein adäquater Lebensraum für junge Menschen mit Behinderung. (2013). Die Betreuung psychisch kranker Personen hat in Übereinstimmung mit der UN-BRK in niederschweligen und gemeindenahen Betreuungssettings zu erfolgen. Fehlplatzierungen in Pflegeheimen sind rückgängig zu machen bzw. abzubauen. (2017, 2018)

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)

Institutionen haben Vorkehrungen zu treffen, damit die vom 2. ErwSchG intendierte Zielsetzung realisiert wird, Menschen mit psychosozialen bzw. intellektuellen Beeinträchtigungen durch für sie passende Formen der Unterstützung zu befähigen, weitgehend selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. (2018)

Nicht gewährleistetete sichere und menschenwürdige Pflege muss zur Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern führen. Aufsichtsbehörden sind zum raschen Handeln aufgerufen. (2014)

Aufsichtsbehörden müssen in Beachtung ihrer menschenrechtlichen Schutzpflichten gegenüber Menschen mit schweren Beeinträchtigungen jedem Hinweis nachgehen und deren Betreuung in nicht behördlich genehmigten Einrichtungen unterbinden. (2016)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Die Privat- und Intimsphäre ist zu wahren, sowohl bei der Durchführung pflegebezogener Hilfestellungen als auch bei der Gestaltung von Mehrbettzimmern (Sichtschutz durch Paravents etc.). (2013)

Da Angehörige für Bewohnerinnen und Bewohner eine große Stütze sein können und deren Lebensqualität positiv beeinflussen können, sollten alle Einrichtungen in strukturierten Prozessen die Zusammenarbeit mit ihnen suchen. (2018)

Zugang zu Information innerhalb der Einrichtung

Es muss sichergestellt werden, dass die Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Rechte informiert werden und auch Angehörige sowie sonstige Vertrauenspersonen diese Rechte kennen. (2017)

Beschwerdemanagement

Ein professionelles Beschwerdemanagement ist ein wichtiges präventives Instrument zur Vermeidung von Konflikten. (2017)

Bewohnerinnen und Bewohner sollen dabei unterstützt werden, Beschwerden sowohl mündlich, schriftlich, aber auch anonym einbringen zu können. (2017)

Beschwerden sollte möglichst ohne große Verzögerung nachgegangen werden. Missverständnisse und unerfüllte Erwartungen sind zu klären, Informationsmängel sind zu beseitigen, lösbare Probleme sollten rasch angegangen werden. (2017)

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)

Um nachteilige gesundheitliche Folgewirkungen zu verhindern, sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen möglichst zu unterlassen. (2018)

Zur Beurteilung von potenziell freiheitsbeschränkenden Wirkungen von Psychopharmaka muss neben der exakten medizinischen Indikation auch das Therapieziel bzw. das behandelte Zielsymptom explizit dokumentiert werden. (2016)

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 Demenzerkrankte, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. (2015, 2016)

Gesundheitswesen

Die (fach-)ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung in Pflegeheimen muss wegen der Komplexität von Multimorbiditäten die gesamte Bandbreite an Interventionen von Prävention, Gesundheitsverbesserung und -erhaltung bis hin zu Palliative Care erfassen. (2018)

Orientierungstrainings, Körperübungen, Investitionen in Niederflurbetten, Betten-, Sessel- und Mattenalar-
me, 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 Unruhezu-
stände, Weglauftendenzen und potenzielle Sturzgefahren zu erkennen und nach Möglichkeit ohne Fixie-
rungen zu beseitigen. (2015)

Freie Arztwahl ist auch in Einrichtungen für ältere Menschen sicherzustellen. (2014)

Eine Facharztversorgung muss uneingeschränkt gewährleistet sein. (2014)

Die fachärztliche und pflegerische Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten und meist hochbetag-
ten Bewohnerinnen und Bewohnern ist zu gewährleisten. Fachärztliche und pflegerische Fallbesprechun-
gen sind zu etablieren. (2016)

Bedarfsspezifische Betreuungskonzepte zur Behandlung chronisch bzw. psychiatrisch kranker Menschen
sind zu etablieren. Individuelle Fördermaßnahmen, die eine gänzliche Wiedereingliederung ermöglichen,
sollten Teil des rehabilitativen Behandlungskonzeptes sein. (2017)

Pflegeeinrichtungen, Hospizen und mobilen palliativen Diensten muss die effiziente Behandlung mit hoch-
wirksamen Schmerzmitteln immer in vertretbarer Zeit möglich sein. (2018)

Vor der Verschreibung von Medikamenten hat eine Aufklärung über Art, Umfang, Durchführung, zu erwar-
tende 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 geriatri-
schen Patientinnen und Patienten oft komplexe und zeitintensive Arzneimittelanamnese. Deren Angemes-
senheit ist im Einzelfall zu bewerten und gegebenenfalls eine Intervention im Sinne einer Medikamenten-
anpassung durchzuführen. Gleichzeitig gilt: Nach der Bewertung ist vor der Bewertung. In regelmäßigen
Abständen muss eine erneute Bestandsaufnahme erfolgen. (2015, 2017)

Das Verabreichen von Arzneimitteln stellt grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit dar, die an diplomiertes
Pflegepersonal delegiert werden kann, wenn sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsart als auch der Zeit-
punkt der Verabreichung von den anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten schriftlich in der Patien-
tendokumentation festgehalten wurde. (2014)

Ziel einer medikamentösen Behandlung muss immer die Erhaltung oder Steigerung des Wohlbefindens
sein. Die Behandlung mit Psychopharmaka darf erst einsetzen, wenn somatische, psychosoziale und um-
weltbezogene Ursachen eines „problematischen“ Verhaltens ausgeschlossen werden können und nicht
medikamentöse pflegerische Maßnahmen erfolglos waren. Regelmäßige fachärztliche Visiten sind anzu-
streben. (2016)

Insbesondere die Verordnung von Benzodiazepinen und Antipsychotika ohne entsprechende Indikation
bzw. ohne regelmäßige Evaluierung, ob eine weitere Verordnung notwendig ist, sollte unterbleiben. (2017)

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)

Regelmäßige Ausschleich- bzw. Absetzversuche müssen vorgenommen werden. Die Wirkung sedierender Medikamente muss im Hinblick auf das Zielsymptom regelmäßig evaluiert werden. (2016)

Zur Stärkung der psychischen Gesundheit sind Biografiearbeit, Validation sowie haltgebende Pflegepläne nützlich, um demente Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Identität zu stärken und deren Ressourcen zu aktivieren. (2018)

Schmerzen im Alter müssen behandelt werden. Schmerz darf nicht als altersbedingt hingenommen werden. Um das zu gewährleisten, muss ein Schmerz-Assessment durchgeführt werden. (2016)

Das Schmerz-Assessment muss Teil eines jeden Pflegemanagements sein. (2016)

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)

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. (2017)

Die flächendeckende Umsetzung und ein gleichberechtigter Zugang zu Hospiz- und Palliative Care in Pflegeheimen muss sensibel sein gegenüber persönlichen und kulturellen Werten, Glaubensinhalten und Gewohnheiten, um ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen. (2017)

Vorsorgedialoge sollten in allen Einrichtungen etabliert werden. Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Vertrauenspersonen sollten dabei unterstützt werden, Entscheidungen hinsichtlich der letzten Lebensphase zu treffen. Dies erfordert Raum und Zeit für die Weitergabe verständlicher Informationen bezüglich Prognosen sowie Behandlungs- und Betreuungsoptionen. (2017)

Personal

Um eine gute Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu gewährleisten, müssen gute Arbeitsbedingungen des Personals und die erforderliche Personalführungskompetenz der Leitung sichergestellt werden. (2016) Pflegekräften muss durch verbesserte Arbeits- und Rahmenbedingungen ermöglicht werden, ihre Kompetenzen rechtlich abgesichert so einzusetzen, wie sie es erlernt haben. (2018)

Eine hohe Personalfuktuation sollte für Heimträger und Aufsichtsbehörden als alarmierender Hinweis auf Pflegemängel verstanden werden. (2016) In allen Einrichtungen sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen für das Personal etabliert werden, um die Arbeit für ausgebildete Pflegekräfte und den Beruf für Interessenten attraktiver zu machen. (2018)

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, Nofälle frühzeitig zu erkennen oder Hilferufe wahrzunehmen. (2014)

Eine wichtige Aufgabe der Leitung ist es, das Personal zur Supervision zu ermutigen und die Reflexion der Arbeit in der Einrichtung zu unterstützen. (2016)

Für die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist fachgerechte Supervision, die in der Dienstzeit mit externen Supervisoren, die Pflegeteams auswählen können, stattfindet. Das dient der Psychohygiene und der Prävention von Burnout, Mobbing und Gewalt. (2013)

In allen Einrichtungen müssen Konzepte zur Gewaltprävention ausgearbeitet werden. Das Bekenntnis zu gewaltfreier Pflege muss in Leitlinien verankert sein. (2016)

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 in der Bewohnervertretung. (2016)

Spezifischere Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Pharmakotherapie älterer Patientinnen und Patienten ist erforderlich. (2014)

Die Handlungssicherheit der Pflegekräfte ist durch regelmäßige Pflegevisiten und Kontrollen der Pflegedokumentation sowie gezielte Schulungen zu Pflegeprozessen zu gewährleisten. (2016)

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)

Ein verändertes Morbiditätsspektrum erfordert eine Verschränkung von primärärztlicher und pflegerischer Versorgung. Die Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegefachkräften sollte in gemeinsamer Fallplanung, effektiver Kommunikation und wechselseitigem Verständnis erfolgen. (2017)

Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken

Lage

Im Wege der Regionalisierung der Psychiatrie ist eine wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. (2017)

Durch die dezentrale Einrichtung von Unterbringungsbereichen für Patientinnen und Patienten in Akutsituationen sind zeitintensive Überstellungstransporte zu vermeiden. (2017)

Eine Stärkung und Regionalisierung der ambulanten und tagesklinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturen sind dringend erforderlich. (2017)

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)

Die Bettenkapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind rasch zu erweitern, um eine adäquate Betreuung der Kinder und Jugendlichen auch im teilstationären und ambulanten Bereich, zu ermöglichen. (2016, 2017, 2018)

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. (2016)

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. (2016)

Sanierungsmaßnahmen und Neubauten sind im Bereich der Psychiatrie in einem erheblichen Ausmaß erforderlich und ehestmöglich in die Wege zu leiten, um eine zeitgemäße Betreuung zu gewährleisten. (2017, 2018)

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 Trennungsgebot dient auch der Vermeidung von Übergriffen auf Minderjährige. (2018)

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für eine adäquate Behandlung spezialisierte Abteilungen einzurichten. Psychosomatische Stationen der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde können diese nicht ersetzen. (2018)

Adoleszente Patientinnen und Patienten benötigen entwicklungspezifische Angebote in der Therapie und im psychosozialen Setting. Diese Versorgungsmodelle müssen den Besonderheiten im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter Rechnung tragen. (2018)

Das psychiatrische Versorgungsangebot ist unter Bedachtnahme auf die regionalen Verhältnisse vorausschauend zu planen und flexibel anzupassen. (2014)

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. (2016)

Die extramuralen Plätze zur Betreuung psychiatrisch erkrankter Menschen und für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten sind zur Vermeidung medizinisch nicht mehr indizierter Spitalsaufenthalte zu erhöhen. (2015, 2017)

Der Schutz von Frauen und Mädchen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ist entsprechend völkerrechtlichen Vorgaben und innerstaatlichen Regelungen umfassend zu garantieren. (2015)

Zur Vermeidung von sexuellen Übergriffen in Krankenanstalten ist ein umfassendes präventives Konzept erforderlich. (2017)

Das Verbot des Tragens von Privatkleidung stellt einen Eingriff in Persönlichkeitsrechte dar und ist daher unverzüglich an die Patientenvertretung zu melden. (2016)

Das Tragen von Privatkleidung ist ein Recht der Patientinnen und Patienten. Das ständige Tragen von Anstaltskleidung ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig (2018) und ist daher unverzüglich an die Patientenvertretung zu melden. (2016).

Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen sind verpflichtet, auch zwangsweise angehaltenen Patientinnen und Patienten einen gesundheitsfördernden täglichen Ausgang ins Freie für zumindest eine Stunde zu ermöglichen. (2018)

Überstellungstransporte von unterbringungsbedürftigen Patientinnen und Patienten sind nach Möglichkeit zu vermeiden und müssen durch psychiatrisch geschultes Personal begleitet werden. (2016)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Zur Wahrung der Intimsphäre der Patientinnen und Patienten sollten therapeutische Gespräche jedenfalls in eigens dafür eingerichteten Räumen stattfinden. (2017)

Für die Durchführung von Fixierungen ist ein Einzelzimmer einzurichten. (2017)

Videoüberwachungen mit einer digitalen Aufzeichnung von Bilddaten sind der Datenschutzbehörde zu melden. (2018)

Wenn es auf einer Station eine Videoüberwachung gibt, ist darauf hinzuweisen. Bei fix montierten Videokameras muss eindeutig erkennbar sein, ob diese Kameras in Betrieb sind oder nicht. (2018)

Die permanente Videoüberwachung von Patientinnen und Patienten ist – selbst bei bloßer Echtzeitüberwachung – unter anderem nur dann zulässig, wenn sie im lebenswichtigen Interesse der betroffenen Person erfolgt und kein gelinderes Mittel infrage kommt. (2018)

Die Zustimmung zur permanenten Videoüberwachung ist von den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie von der Belegschaft der Gesundheitseinrichtung einzuholen und zu dokumentieren. (2018)

Die Aufklärung über eine Einwilligung zur permanenten Videoüberwachung muss für Patientinnen und Patienten auch in Akutsituationen verständlich sein. Sie muss die Information enthalten, dass abgegebene Einverständniserklärungen widerrufen werden können. (2018)

Orte, die zum höchstpersönlichen Lebensbereich zählen, dürfen nicht permanent videoüberwacht werden. Gleiches gilt für Arbeitsstätten, wenn die Überwachung zum Zweck der Mitarbeiterkontrolle erfolgt. (2018)

Angehörige sowie bisherige Betreuer sollten bei Risikopatientinnen und -patienten nach Möglichkeit in das Therapiekonzept eingebunden werden. (2018)

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)

Kommen freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Anwendung, sind diese möglichst schonend zu gestalten. Dazu gehört auch, dass nach Beendigung der Maßnahme Nachbesprechungen mit den Patientinnen und Patienten stattfinden. (2017)

In Krankenhäusern sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Anwendungsbereich des HeimAufG der Bewohnervertretung auch dann zu melden, wenn sie Personen betreffen, die während des Krankenhaus-

aufenthaltes in einen finalen Zustand dauernder psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung mit einer voraussichtlich irreversiblen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit gelangen. (2018)

Zur Vermeidung bzw. Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist für eine engmaschige persönliche Betreuung mit hochfrequenten Gesprächskontakten und ausreichender Personalbesetzung zu sorgen. (2017)

Die Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen aufgrund ärztlicher Vorab- bzw. Vorratsanordnungen hat zu unterbleiben, weil es dadurch zu einer rechtswidrigen Delegation der hierfür zwingend vorgesehenen ärztlichen Anordnungsbefugnis auf das Pflegepersonal kommt. (2017)

Die Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist durchgängig und nachvollziehbar zu dokumentieren. (2017)

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)

Die in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gesetzlich vorgesehenen zentralen Register zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sollten bundesweit rasch eingerichtet werden. (2018)

Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen können auch in psychiatrischen Krankenanstalten auftreten und sind nach dem UbG meldepflichtig. (2017)

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. (2016)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind unverzüglich, also auch an Feiertagen und Wochenenden zu erstatten und zu bestätigen. (2016)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind in einem geeigneten Umfeld durchzuführen und dürfen keinesfalls am Gang oder im Sichtbereich von Mitpatientinnen und -patienten vorgenommen werden. (2016)

Ein-Punkt-Fixierungen sind aufgrund der bestehenden Strangulationsgefahr zu unterlassen. (2016)

Sicherungsmaßnahmen

Der Einsatz eines Sicherheitsdienstes im Grenzbereich zur Pflege ist generell zu vermeiden. (2016)

Das Einsatzgebiet des Sicherheitsdienstes in Krankenanstalten ist in Leitlinien klar zu regeln. (2016)

Das der Anlegung von mechanischen Fixierungen vorangehende Festhalten von Kranken gehört bereits zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege und ist damit ausschließlich 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 Mattenalar-me, individuell angepasste Hüftprotektoren, Seh- und Ganghilfen tragen zur Sturzvermeidung bei. (2014)

Die intensive Betreuung von schwer traumatisierten Jugendlichen mit hohem Gewaltpotenzial erfordert spezialisierte Einrichtungen mit hohen Personalressourcen und flexiblen, individuell abstimmbaren sozial-pädagogischen Konzepten. (2016)

Das Angebot an spezialisierten Nachbetreuungseinrichtungen für chronisch Kranke ist dringend auszu-bauen, um häufige und längere Aufenthalte in der Akutpsychiatrie zu vermeiden. (2018)

Für die Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs in Krankenanstalten ist eine festgelegte enge inter-disziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit auf Krankenstationen notwendig. (2018)

Die Anordnung einer Bedarfsmedikation muss präzise erfolgen und den gesetzlichen Vorgaben entspre-chen. (2017)

Personal

Personalbezogene, organisatorische und patientenbezogene Strategien müssen bei der Gewaltprävention ineinandergreifen. Ein Sicherheitsdienst sollte in Spitälern jedenfalls nicht im Grenzbereich zur Pflege einge-setzt werden und möglichst durch alternative Maßnahmen (z.B. Kriseneinsatzteams) ersetzt werden. (2016, 2017)

Die Einbeziehung und Mitwirkung von gewerblichem Sicherheitspersonal an Pflegehandlungen ist unzu-lässig und hat zu unterbleiben. Vorkehrungen in Bezug auf persönlichkeitsrechtswahrende und das Perso-nal 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)

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. (2016)

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. (2016)

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. (2016)

Das Videodolmetsch-Angebot sollte in den Spitälern ausgebaut werden, um der interkulturellen Betreuung von Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. (2016)

Eine Stärkung der ambulanten und tagesklinischen Strukturen sowie die Schaffung von Kassenvertragsfacharztstellen sind dringend erforderlich. (2016)

Der notwendigen Steigerung des Leistungsangebotes ist durch eine Erhöhung und zeitnahe Besetzung offener Ausbildungsplätze im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung zu tragen. (2016)

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. (2016)

In psychiatrischen Krankenanstalten sind flexible Systeme zur Personalplanung zu implementieren, damit rasch auf die konkreten Umstände und auf aktuelle Erfordernisse reagiert werden kann. (2017)

Bei der Betreuung psychisch kranker Menschen ist auf einen wertschätzenden Umgang zu achten, um ein Gefühl der Machtlosigkeit und Erniedrigung zu vermeiden. (2017)

Die Ausbildungskapazitäten sind zur Abdeckung des steigenden Bedarfs und angesichts der Ausweitung des Leistungsangebotes im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter zu erhöhen. (2017)

Die Zahl der niedergelassenen Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte angesichts des steigenden Bedarfs österreichweit in allen Bundesländern erhöht werden. (2017)

Der Versorgungsauftrag von psychosomatischen Stationen an Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde sollte in Abgrenzung zu Behandlungen, die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorbehalten sind, klar definiert werden. (2017)

Im Sinne einer umfassenden Gewaltprävention sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenanstalten mit Patientenkontakt Deeskalationsschulungen absolvieren. (2017)

Der Ausgang ins Freie darf nicht wegen fehlender personeller Ressourcen für eine notwendige Begleitung unterlassen werden. (2018)

Rückführung und Entlassungsmanagement

Im Zuge des Entlassungsmanagements ist die Legitimation vertretungsbefugter Personen sorgfältig zu prüfen. (2017)

Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Bauliche Ausstattung

Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe müssen umfassend barrierefrei sein. (2014)

Versperrbare Behältnisse (Kästen) für das Privateigentum Minderjähriger sollten Bestandteil der Minimalausstattung in Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche leben, sein. (2015)

Rückzugsmöglichkeiten sind auch Minderjährigen zu ermöglichen; Zimmertüren sollen zwar vom Personal zu öffnen, aber von Minderjährigen auch von innen versperrbar sein. (2015)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Alle Länder müssen ihrer Versorgungsverantwortung durch geeignete Einrichtungen selbst nachkommen, um nicht im Kindeswohl gelegene Beziehungsabbrüche zu vermeiden. (2014)

Der NPM empfiehlt allen öffentlichen und privaten Kinder- und Jugendhilfeträgern, das Handbuch „Qualitätsentwicklung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ bei der Implementierung interner Qualitätssysteme heranzuziehen. (2018)

Den Fachaufsichten der Länder wird empfohlen, bei Kontrollen den im Handbuch beschriebenen Qualitätsbereichen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. (2018)

Die Wirksamkeit der Fachaufsichten in „Problemeinrichtungen“ muss gesteigert werden. Kontrollen sollten dort auch unangekündigt erfolgen. (2018)

Wenn Einrichtungen geschlossen werden müssen, sind Minderjährige auf die Übersiedlung vorzubereiten. Nach Möglichkeit ist dafür Sorge zu tragen, dass damit nicht auch stützende Beziehungen zu Schulen, Ausbildungsstätten und dem Freundeskreis verloren gehen (2018)

Heimstrukturen erschweren eine den Erkenntnissen der aktuellen Sozialpädagogik entsprechende Arbeit. Die Wirkung negativer Gruppendynamiken kann wesentlich stärker sein als jene der pädagogisch und therapeutischen Sozial- und Konflikttrainings sowie zusätzlicher Settings, welche Persönlichkeitsentwick-

lung, Verhaltensänderungen sowie schulische und berufliche Integration fördern sollen. Kleinere regionale Betreuungseinrichtungen mit familiärem Charakter sollen Großheime deshalb ablösen. (2014)

In allen Bundesländern soll die Betreuung von Kindern und Jugendlichen nicht mehr in Großeinrichtungen stattfinden, sondern in kleinen, familienähnlichen Wohngruppen. Die Zahl an Krisenabklärungsplätzen muss dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Eine Reduzierung der zulässigen Gruppengrößen auf maximal zehn Minderjährige wird empfohlen. (2016, 2017) Die mit den Einrichtungen vereinbarten Tagsätze müssen bedarfsgerecht erhöht werden. (2018)

Die Länder als Träger der Kinder- und Jugendhilfe haben dafür Sorge zu tragen, dass Umstrukturierungsprozesse nicht auf halber Strecke zum Erliegen kommen. (2017)

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. Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) 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)

Bei der Betreuung von UMF muss das Kindeswohl im Zentrum stehen. Die Finanzierung der UMF-Betreuungseinrichtungen und die Standards der Grundversorgung sind an jene der sozialpädagogischen Einrichtungen anzugleichen. (2017)

Massenquartiere sind für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) und Asylwerbende ungeeignet. (2015)

UMF sind in Wohngruppen unterzubringen; spezielle Betreuungsplätze für mehrfach und schwer traumatisierte minderjährige Flüchtlinge müssen geschaffen werden. (2016)

Tagessätze für UMF-Einrichtungen müssen an das Niveau der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe angepasst werden, um für eine bedarfsgerechte Betreuung genügend und ausreichend qualifiziertes Personal gewährleisten zu können. (2018)

UMF bedürfen einer lebenspraktischen Alltagsbegleitung und müssen in Entscheidungen, die sie betreffen, bestmöglich einbezogen werden. (2018)

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)

Die Einhaltung von behördlichen Auflagen muss in Problemeinrichtungen engmaschig überwacht werden. (2016)

Eine weitergehende Harmonisierung der Mindeststandards der Länder für die sozialpädagogische Betreuung von Kindern und Jugendlichen sollte bundesweit angestrebt werden. (2017)

Der NPM fordert den weiteren Ausbau präventiver Maßnahmen, wie ambulanter familienunterstützender Hilfen, zur Vermeidung bzw. Verkürzung der Fremdunterbringungen von Minderjährigen. (2017, 2018)

Gewaltpräventive und sexualpädagogische Konzepte müssen in allen Bundesländern eine Bewilligungsvoraussetzung für sozialpädagogische Einrichtungen sein. (2018) Die Umsetzung dieser Konzepte ist durch die Fachaufsichten der Länder zu überprüfen (2017)

Sexuelle Gewalt darf durch die Verwendung falscher Begrifflichkeiten nicht verharmlost werden. (2018)

Minderjährige, für die ein sozialpädagogisches Betreuungssetting nicht (mehr) ausreicht, müssen ohne Verzug in geeignetere, multidisziplinär ausgerichtete sozialtherapeutische bzw. sozialpsychiatrische Einrichtungen überstellt werden. (2017, 2018)

Krisenabklärungsplätze müssen dringend ausgebaut werden. (2018) Für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen bzw. posttraumatischen Belastungsstörungen müssen Krisenzentren geschaffen werden. (2017)

Kinder dürfen nicht aus Mangel an passenden Nachbetreuungseinrichtungen in das Elternhaus, das das Kindeswohl gefährdet, entlassen werden, um dort auf einen freien WG-Platz zu warten. (2018)

Modelle mit Auszeit-WGs sind zu entwickeln. (2016)

Zugang zu Informationen innerhalb der Einrichtung

Haus- und Gruppenregeln müssen mit Minderjährigen partizipativ erarbeitet werden. (2014)

Die VA 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. (2016, 2017)

Über diese Sitzungen sind Protokolle anzufertigen und partizipativ beschlossene Entscheidungen sind umzusetzen. (2016)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen haben sich mit den Voraussetzungen und Bedingungen, die das HeimAufG an zulässige Freiheitsbeschränkungen knüpft, auseinanderzusetzen und sollten die Kooperation mit der Bewohnervertretung aktiv suchen. (2017)

Auch UMF ist eine an fachlichen Erfordernissen und Standards orientierte, integrative Betreuung anzubieten, statt mit unzulässigen freiheitsentziehenden und freiheitseinschränkenden Maßnahmen auf Probleme zu reagieren. (2018)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Die Länder als Kinder- und Jugendhelfeträger haben für einen bedarfsgerechten Ausbau eigener Betreuungsstrukturen vorzusorgen. Der Anteil an fremduntergebrachten Minderjährigen aus anderen Bundesländern sollte möglichst gering sein. (2017)

Die Unterbringung Minderjähriger sollte nahe dem Wohnort der Eltern erfolgen, sofern nicht pädagogische Gründe dagegen sprechen. Eine Fremdunterbringung in großer Entfernung zum Wohnort der Herkunftsfamilie ist zur Wahrung der Kontakt- und Besuchsmöglichkeiten im Interesse des Kindeswohls zu vermeiden. (2014, 2017)

Alle Bundesländer sollten dem Beispiel von OÖ und Bgld folgen und eine Quotenregelung für die Aufnahme von Minderjährigen aus anderen Bundesländern einführen. (2018)

Kinder sollen im eigenen Bundesland betreut werden, sofern nicht im Interesse des Kindeswohls eine andere Lösung zweckmäßiger ist. (2018)

Der NPM fordert den weiteren Ausbau ambulanter familienunterstützender Hilfen zur Vermeidung bzw. Verkürzung der Fremdunterbringungen von Minderjährigen. (2017)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Die VA fordert die Implementierung von Fortbildungen für das Personal und Workshops für Kinder und Jugendliche als präventive Maßnahmen. (2015)

Leistungsbezogene Tagessätze und regelmäßige Anpassungen sind einzuführen. (2016)

Die Betreuung von volljährigen Flüchtlingen in Ausbildung muss intensiviert werden. (2016)

Hilfen für junge Erwachsene müssen für die gesamte Ausbildungsdauer gewährt werden. (2016)

Ein Rechtsanspruch auf Weiterbetreuung durch die Kinder- und Jugendhilfe zur Sicherung von Ausbildungserfolgen nach der Volljährigkeit muss gesetzlich verankert werden. (2017, 2018) Sozialpädagogische Betreuung sollte für die gesamte Dauer der Ausbildung (max. bis zum 26. Lebensjahr) möglich sein. (2016, 2018)

Ein bundesweiter Masterplan zur flächendeckenden Bereitstellung von Angeboten des Spracherwerbs, insbesondere für minderjährige Flüchtlinge wird gefordert. (2016)

Die (Aus-)Bildungsmöglichkeiten für minderjährige Asylwerbende, die nicht mehr schulpflichtig sind, sollten bundesweit verbessert werden. (2017)

Indizien auf Folter, Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung und erniedrigende Behandlung

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)

Entwürdigende Strafen als pädagogische Maßnahmen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind i.S.d. Art. 3 EMRK verboten. (2015, 2017)

Reaktionen auf unerwünschtes Verhalten sollten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit diesem erfolgen und mit Minderjährigen besprochen werden. (2015) Sanktionen müssen mit dem Regelverstoß in direktem Zusammenhang stehen. (2017)

Ein individueller Umgang mit Regelverstößen ist notwendig. (2015)

Wiedergutmachungsmodelle als Alternative zu Sanktionssystemen sind zu etablieren. (2015)

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

Alle Länder als Kinder- und Jugendhilfeträger sollten Einrichtungen für Krisenzeiten mit einem höheren Personalschlüssel und einer geringen Kinderanzahl schaffen. (2016)

Für eine Vollbesetzung der Stellen ist durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu sorgen. (2016)

Lösungen zur Vermeidung einer hohen Personalfuktuation müssen gefunden werden, um den für das Kindeswohl abträglichen häufigen Wechsel an Bezugspersonen zu vermeiden. Fluktuationsursachen muss vorgebeugt werden. (2016, 2017)

Das Personal der Einrichtungen muss über die gesetzeskonforme Umsetzung des HeimAufG informiert werden. (2018)

Der NPM fordert, dass nur gut ausgebildetes Personal in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen arbeiten soll. (2017)

Einheitliche Ausbildungsstandards sowie Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendhilfe müssen für ganz Österreich geschaffen werden. (2017)

Sowohl das Berufsrecht als auch die Ausbildung von Sozialpädagoginnen und -pädagogen sollte bundeseinheitlich normiert werden (Art. 15 a B-VG-Vereinbarung). (2014, 2017)

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)

Schulungen zu den gesetzlichen Vorgaben des HOG sind erforderlich. (2017)

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)

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)

Sexualpädagogische Konzepte müssen erarbeitet und in sämtlichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe umgesetzt werden. (2015)

Der NPM fordert, das Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzeptes als Bewilligungsvoraussetzung zu statuieren. (2016)

Verpflichtende Fortbildungen des Personals zum Thema Sexualpädagogik sind in allen Einrichtungen wiederkehrend notwendig. (2016, 2017)

Ein Rechtsanspruch auf Hilfen für junge Erwachsene soll verankert und Case-Management bei Beendigung der Betreuung verbessert werden. (2014)

Kapazitäten für die Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sind entsprechend regelmäßig durchgeführter Bedarfsanalysen aufzustocken. Die VA fordert die Implementierung von Fortbildungen für das Personal und Workshops für Kinder und Jugendliche als präventive Maßnahmen. (2015)

Der Behandlungsbedürftigkeit von Traumatisierungen und psychosozialen Folgewirkungen von UMF muss besondere Beachtung geschenkt werden. Fachkräfte müssen darin geschult werden, Auffälligkeiten und Symptome zu erkennen, damit sie Hilfen rasch einleiten können. (2017)

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)

Sparzwänge dürfen nicht dazu führen, dass Menschen mit psychischen Krankheiten gegen ihren Willen in andere Einrichtungen übersiedeln müssen. (2017)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Der NPM fordert Bundes- und Landesgesetzgeber auf, das derzeitige Förder- und Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung grundlegend neu zu gestalten. (2018)

Die Förderung eigener Potenziale ist ein Menschenrecht und ist daher von den Einrichtungen zu gewährleisten. Konkrete und messbare Ziel- und Maßnahmenvereinbarungen sind dafür essentiell. (2016)

Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen müssen dabei im Vordergrund stehen. (2016)

Menschen mit Behinderungen 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)

Es wird empfohlen, dass Menschen ohne mit oder eingeschränkter Lautsprache individuelle, auf ihre Fähigkeiten abgestimmte Kommunikationsmöglichkeiten durch Unterstützte Kommunikation eröffnet werden. (2016)

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 Behinderungen 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)

Der NPM wiederholt die Empfehlung, den Geltungsbereich von Chancengleichheitsgesetzen auf die Unterbringung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, aber auch auf Personen mit Substanzgebrauchsstörungen auszudehnen. (2017)

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)

Unterstützte Kommunikation hat auch eine gewaltpräventive Funktion; zu deren Gewährleistung sind Kenntnisse der Methodik, entsprechende Ausbildungen und eine ausreichende Ressourcenausstattung erforderlich. (2016)

Bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen oder einer psychiatrischen Erkrankung müssen Einrichtungen besonders darauf achten, dass die betreuten Personen keiner erniedrigenden Behandlung ausgesetzt sind. (2016)

Verstärkte Anstrengungen sind zu unternehmen, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit schwersten psychischen Erkrankungen oder seelischen Beeinträchtigungen bundesweit zu fördern (2015). Eine adäquate psychiatrische Betreuung und eine spezifische Förderung sind sicherzustellen. (2018)

Schutz vor menschenunwürdiger oder erniedrigender Behandlung muss rasch einsetzen, umfassend ausgestaltet und wirksam sein. (2015)

Das Erkennen möglicher Auslöser von Aggression (Schmerz, mangelnde Rückzugsmöglichkeit, mangelnde sexuelle Selbstbestimmung, unzureichende Medikation etc.) ist Voraussetzung für eine effektive Gewaltprävention. (2018)

In individuellen Entwicklungsplänen sollen Hypothesen zu aggressiven Verhaltensweisen entwickelt und individuell abgestimmte Deeskalationsmaßnahmen beschrieben werden. (2018)

Es braucht entsprechend neue und flexiblere Strukturen für ältere Menschen mit Behinderungen, 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 Behinderungen ist Großeinrichtungen immanent. Aber auch persönliche Kontakte und stützende Beziehungen, die es im Nahraum möglicherweise gegeben hat, werden bei Übersiedlung in entferntere Heime erschwert. (2014)

Die VA fordert die Erstellung von in der UN-BRK vorgesehenen Notfallplänen für Menschen mit Behinderungen auf der Flucht. (2015)

Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist bei allen Budgetplanungen als Grundprinzip zu berücksichtigen. (2017)

Good-Practice-Beispiele sollten Einrichtungsträgern und Behörden als Vorbilder dienen. (2017)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Menschen mit Behinderungen muss in allen Einrichtungen genügend Privatsphäre gewährt werden. (2017)

Sexualkonzepte sollten von allen Einrichtungsträgern verpflichtend erstellt und umgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen sollten in Wahrnehmung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung die Möglichkeit zur Sexualbildung und Sexualaufklärung erhalten. (2017)

Die Bundesländer sollten Vorgaben und Richtlinien zu den Rahmenbedingungen sexueller Selbstbestimmung in Einrichtungen erstellen. (2018)

Partizipativ entwickelte sexualpädagogische Konzepte sollten Voraussetzung für die Bewilligung bzw. den Betrieb von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche sein. (2018)

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 Behinderungen 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 Behinderungen 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 Behinderungen soll unabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit und außerhalb der jetzigen Sozialhilfe- und Mindestsicherungslogik gewährleistet sein. (2014)

Um Betroffenen ein selbstständigeres Leben zu ermöglichen, müssen sie darauf bestmöglich vorbereitet und entsprechend gefördert werden. (2017)

Menschen mit Lernschwierigkeiten müssen in Einrichtungen die Möglichkeit zur Sexualbildung und Aufklärung vorfinden. Das Personal muss für diese wichtige Aufgabe motiviert und geschult werden. (2018)

Beschwerdemanagement

Menschen mit Behinderungen ist in allen Einrichtungen eine adäquate Möglichkeit zur Einbringung von Beschwerden zu geben. (2013)

Der Abschluss schriftlicher Heimverträge für Menschen mit Behinderungen ist nach geltendem Recht zwingend erforderlich. Die Verträge müssen einfach und verständlich formuliert werden. Betroffene müssen den Inhalt verstehen und nachvollziehen können, welche Rechte und Pflichten dadurch begründet werden. (2014)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die eine fehlende Barrierefreiheit oder Raum- oder Personalengpässe ausgleichen sollen, sind ausnahmslos unzulässig und Ausdruck struktureller Gewalt. (2013)

Das Betreuungspersonal muss mit den formellen und materiellen Regelungen des HeimAufG vertraut gemacht werden, um unzulässige freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. Zumindest eine Schulung in der Unterstützung bei der Basisversorgung (UBV) sollte eine Grundvoraussetzung für die pflegende Arbeit mit Menschen mit Behinderung sein. (2018)

Kriseninterventionspläne und Sensibilisierungen in Hinblick auf gelindere Mittel sind zu realisieren. (2018)

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)

Indizien auf Folter, Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung und erniedrigende Behandlung

Große Einrichtungen bedingen, 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)

Schutz vor menschenunwürdiger oder erniedrigender Behandlung muss rasch einsetzen, umfassend ausgestaltet und wirksam sein. Behörden müssen Qualitätsstandards für den Opferschutz in Einrichtungen erarbeiten. Diese sollen in Folge den Trägern als Leitlinien für ihre Arbeit dienen. (2015, 2017)

Klientinnen und Klienten mit hohem Gewaltpotential sollen erst dann in eine Einrichtung aufgenommen werden dürfen, wenn diese auf die damit potentiell verbundenen Herausforderungen vorbereitet ist. (2017)

Bundes- und landesgesetzliche Vorschriften sollten ein ausgearbeitetes Deeskalationskonzept als Bedingung für die Bewilligung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen festschreiben. (2017)

Gesundheitswesen

Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit. Ein inklusiver Zugang zur medizinischen Versorgung ist daher nach Ansicht des NPM auszubauen. (2015)

Gesundheitsförderung durch Therapieangebote hat auf fachlich anerkannten Konzepten zu basieren, die den Menschen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung in allen Bereichen ermöglichen. (2016)

Assistierende Technologien (z.B. Apps für Arztgespräche in Gebärdensprache) sollten weiterentwickelt und bundesweit zugänglich gemacht werden. (2015)

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. (2016)

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. (2016)

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.

Das Wissen über Schmerzdiagnosen und die Behandlung von Menschen mit Behinderungen muss sowohl beim Betreuungspersonal als auch beim medizinischen Personal vergrößert werden. (2017)

Um Schmerzen bei betreuten Personen gut wahrnehmen zu können, sind stabile Beziehungen zwischen dem Personal und den betreuten Personen notwendig. Hohe Fluktuationsraten und Personalengpässe müssen deshalb vermieden werden. (2017)

Da Kommunikationsbarrieren abgebaut werden müssen, ist der Einsatz von unterstützter Kommunikation im Bedarfsfall – insbesondere im Bereich der Schmerzdiagnose – unbedingt notwendig. (2017)

Suchtkranke müssen freien und raschen Zugang zu Behandlungsangeboten haben. Bedarfs-deckende und qualitativ hochwertige, nach wissenschaftlichen Standards ausgerichtete Be-handlungsangebote sind daher im stationären wie auch im ambulanten Sektor zu gewährleisten. (2017)

Die auseichende Behandlung komorbider Störungen bzw. Erkrankungen hat integrativer Be-standteil solcher Behandlungskonzepte in Nachsorgeeinrichtungen zu sein. (2017)

Rückfälle sind als krisenimmanenter Bestandteil von Substanzgebrauchsstörungen anzusehen und bedürfen eines vertiefenden multidisziplinären therapeutischen Ansatzes. (2017)

Vor (unfreiwilligen) Therapieabbrüchen muss professionelles handlungsorientiertes Know-how zur Einschätzung und Abschätzung von Suizidalität zur Anwendung kommen. Über das durch einen Therapieabbruch gestiegene Mortalitätsrisiko muss nachweislich eine Aufklärung erfolgen. (2017)

Nachbetreuungseinrichtungen für Suchterkrankte haben ein standardisiertes Krisen- und Entlassungsmanagement mit funktionierenden Schnittstellen zu höherwertigen Versorgungsangeboten in Spitälern zu implementieren. (2017)

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)

Voraussetzung für eine wirksame Gewaltprävention ist eine entsprechende Schulung des Personals. Diese sollte in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen verpflichtend sein. (2017)

Einrichtungsträger sind von der öffentlichen Hand durch genügend Personal, das über die erforderlichen Kompetenzen verfügt, und durch geeignete Rahmenbedingungen in die Lage zu versetzen, auch Menschen mit Mehrfachbehinderung und erhöhtem Aggressionspotential nach den Grundsätzen der UN-BRK zu betreuen. (2018)

In jeder Einrichtung muss genügend und umfassend ausgebildetes Personal für Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen. (2018)

Die Sicherheit in Einrichtungen während der Nachtdienste muss durch geeignetes Personal garantiert werden. (2018)

Einrichtungsträger sollten rechtliche Unsicherheiten des Personals im Hinblick auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen durch Schulungen und Handlungsanweisungen ausräumen. (2017)

Justizanstalten

Bauliche Ausstattung

Bauliche Adaptierungen zur behindertengerechten und barrierefreien Ausstattung der Justizanstalten (JA) für den Straf- und Maßnahmenvollzug sind vorzunehmen. (2014, 2016)

Es sind dringlich Maßnahmen zu ergreifen, um den teilweise völlig unzureichenden materiellen Rahmenbedingungen und zum Teil menschenunwürdigen Lebens- und Aufenthaltsbedingungen von Untergebrachten (z.B. der JA Göllersdorf) zu begegnen. Der Maßnahmenvollzug hat in eigens dafür eingerichteten therapeutischen Zentren stattzufinden. (2017)

Alle Hafträume, auch Wartehafträume, müssen bei einer Mehrfachbelegung über baulich abgetrennte sanitäre Anlagen sowie über ausreichend Licht zum Lesen und über Tageslicht verfügen. (2015, 2017)

Alle Mehrpersonenhafträume sind mit versperrbaren Spinden auszustatten. (2014, 2016)

Besonders gesicherte Hafträume müssen über eine entsprechende Liege- oder Sitzmöglichkeit verfügen. (2015) Werden sie aufgrund ihrer Ausstattung nicht verwendet, sind sie aus dem Haftraumplan zu eliminieren. (2014)

Die bauliche Ausstattung einer Sonderkrankenanstalt hat den Standards einer Krankenanstalt zu entsprechen. (2015)

Adäquate Räumlichkeiten für Besuche mit Kindern sind sicherzustellen und sollen in einem freundlichen Ambiente stattfinden können. (2017)

Die Ausstattung eines Dreipersonenhaftraums mit zwei Stockbetten ist wegen der möglichen Überbelegung des Raumes zu vermeiden. (2014)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Der Aufenthalt im Freien ist täglich mindestens eine Stunde bei Erwachsenen und zwei Stunden bei Jugendlichen zu ermöglichen. (2014) Diese Zeit muss den Inhaftierten netto zur Verfügung stehen. Die Zeit des Vor- und Abführens ist nicht in den Aufenthalt im Freien einzurechnen. Wenn der Aufenthalt im Freien wegen Schlechtwetters entfällt, sind alternative Bewegungsmöglichkeiten (z.B. in einem Sportsaal) anzubieten. (2017)

Häftlingen ist mehr Zeit für Aktivitäten außerhalb des Haftraumes, einschließlich an Freitagen und Wochenenden, zu bieten. Die Verschlusszeiten insbesondere bei nicht beschäftigten Häftlingen sind zu verkürzen. Einschlusszeiten von bis zu 23 Stunden täglich sind unhaltbar. (2016) Um gewaltsamen Übergriffen zwischen jugendlichen Inhaftierten vorzubeugen, ist ein strukturierter und ausgewogener Tagesablauf mit möglichst kurzen Einschlusszeiten zu etablieren. (2015)

Es ist dafür Vorsorge zu treffen, dass den Inhaftierten in ihren Hafträumen ausreichend individueller Lebensraum zur Verfügung steht. (2017) In Mehrpersonenhafträumen sollen maximal vier Personen untergebracht werden. (2018)

Um beengten Haftbedingungen vorzubeugen, ist die maximale Belagsfähigkeit von Hafträumen und einer JA von Zeit zu Zeit zu überprüfen und gegebenenfalls zu reduzieren. (2017) Die Belegung in JA soll nach Geschlecht, Alter, Haft- bzw. Vollzugsstatus abgefragt werden können. (2018)

Untersuchungsgefangene sind getrennt von verurteilten Gefangenen unterzubringen (Trennungsgebot). (2017, 2018) Vorläufig Angehaltene sind aufgrund der Unschuldsvermutung von rechtskräftig eingewiesenen Maßnahmenpatientinnen und Maßnahmenpatienten zu trennen. (2017)

Die in einem Erlass des BMVRDJ festgelegten Mindeststandards für den Frauenvollzug müssen so rasch wie möglich umgesetzt werden. (2016) Alle Frauenabteilungen sind als Wohngruppenvollzug zu führen. (2018) Lediglich in begründeten Ausnahmefällen soll die Anhaltung von weiblichen Inhaftierten im Normalvollzug erfolgen. (2018) Die Hafträume auf den Frauenabteilungen sind an Wochentagen, Wochenenden und Feiertagen ganztägig offen zu halten. (2018)

Für weibliche Jugendliche ist grundsätzlich die Anhaltung im Wohngruppenvollzug vorzusehen. (2018) Die geringe Anzahl an weiblichen Jugendlichen in Haft kann keine Rechtfertigung für schlechtere Haftbedin-

gungen sein. (2016) Weibliche Insassen dürfen nicht aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt werden. (2016) Für weibliche Jugendliche sind (sozialpädagogische) Betreuungskonzepte festzulegen. (2018)

Im Regelfall sind alle Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung im Wohngruppenvollzug unterzubringen. (2018)

Personen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie pflegebedürftige Häftlinge sind bei der Reinigung ihres Ess- und Wohnbereiches professionell zu unterstützen. (2016)

Jeder und jedem Inhaftierten ist es zu gestatten, seinen religiösen und geistlichen Bedürfnissen nachzukommen, insbesondere durch den Besuch von Gottesdiensten oder Zusammenkünften in der Haftanstalt. (2016) Soweit möglich, ist auf die dem Glaubensbekenntnis der Inhaftierten entsprechenden Speisegebote Rücksicht zu nehmen. (2013)

Die Preise von Bedarfsgegenständen in den Anstaltssupermärkten bzw. Kiosken dürfen nicht höher sein als in umliegenden Supermärkten. (2015, 2018) Die Preis- und Sortimentslisten des Anstaltskiosks (ZNG-Einkauf) müssen für alle Inhaftierte zugänglich sein. (2018)

Im Sinne des Nichtraucherschutzes ist dafür zu sorgen, dass Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher bestmöglich vor den gesundheitsgefährdenden Einwirkungen von Tabakrauch geschützt werden. Rauchende und nichtrauchende Inhaftierte sind getrennt voneinander unterzubringen. Kleinkinder dürfen unter keinen Umständen Rauch ausgesetzt werden. (2016, 2017)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Personendurchsuchungen, die mit einer Entblößung verbunden sind, sind in Abwesenheit von Mitgefangenen und Personen des anderen Geschlechts durchzuführen. (2015, 2017) Sie sind in zwei Schritten durchzuführen, sodass sich die zu durchsuchende Person nicht vollständig entkleiden muss. (2015, 2017).

Der Raum, in dem eine Personendurchsuchung mit einer körperlichen Entblößung durchgeführt wird, darf für andere nicht einsehbar sein. (2018)

Die Begleitumstände, der Anlass und die Art der Vornahme einer Personendurchsuchung, die mit einer Entblößung verbunden ist, sind schriftlich zu dokumentieren. (2015, 2017, 2018)

Gesundheitsbezogene Daten von Inhaftierten dürfen nicht an den Haftraumtüren angebracht werden. (2017)

Die Türe zum Arztzimmer ist während des Arztgespräches oder der Untersuchung geschlossen zu halten, um die Intimität und die Verschwiegenheit zu wahren. (2017) Die medizinische Vertraulichkeit in Gefängnissen ist im gleichen Maße wie in der Außenwelt zu wahren. (2017)

Es ist sicherzustellen, dass keine Medienvertreter während einer Haftraum- oder Personendurchsuchung anwesend sind. (2017)

Kontakt nach außen

Die Besuchszeiten sind so festzusetzen, dass sie auch von Berufstätigen wahrgenommen werden können. Sie sollen zumindest an einem Werktag auch nachmittags bzw. insbesondere in Jugendabteilungen am frühen Abend oder auch an Wochenenden möglich sein. (2015, 2016)

Die Möglichkeit von Internettelefonie bzw. Videobesuch soll ehestmöglich österreichweit eingeführt werden. (2015, 2016)

Forensische Abteilung/Psychiatrie: Ob eine Besuchseinschränkung für Minderjährige erforderlich ist, ist im Einzelfall zu prüfen. (2017)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Jede und jeder Gefangene soll eine nützliche Arbeit verrichten oder einer sinnvollen Aktivität nachgehen können. Die Beschäftigungsquote ist zu erhöhen. (2015, 2016) Die Arbeitsmöglichkeiten sind auch für Untersuchungshäftlinge auszubauen. (2017)

Der Ausbau von Werkstätten ist ehestmöglich zu realisieren. (2015) Betriebe und Werkstätten in den JA sollen durchgehend geöffnet sein. (2017, 2018) Die Anstellung von externen Fachkräften in den Betrieben ist weiter auszubauen. (2018)

Inhaftierte sollen sich nicht zwischen Arbeit und zustehenden Rechten wie der Bewegung im Freien entscheiden müssen. (2014)

Der Ausbau von Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen ist zu forcieren, dies gilt auch für gerichtliche Gefangenenhäuser. Die Möglichkeit der gemeinsamen Verrichtung der Arbeit von Frauen und Männern ist auszubauen. (2014, 2015, 2018) Weibliche Inhaftierte sollen die Möglichkeit haben, verschiedene Beschäftigungsarten in unterschiedlichen Beschäftigungsbetrieben kennenzulernen. (2018)

Aus dem mangelnden Beschäftigungsangebot darf Frauen insbesondere kein finanzieller Nachteil erwachsen. (2014)

Frauen sollen gleichberechtigt Zugang zu Freizeitangeboten erhalten. (2014)

Zusätzlich zur Schul- bzw. Berufsbildung sowie der Erziehung soll auch die sportliche Betätigung ein wichtiger Teil im Aktivitätenprogramm jugendlicher Inhaftierter sein. (2016)

Suchtkranke dürfen aufgrund ihrer Erkrankung keine Diskriminierung beim Zugang zur Arbeit und zu Ausbildungsangeboten erfahren. (2017)

Ein Totalverbot des Internetzugangs 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)

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) Die Hausordnung ist den Inhaftierten nicht nur auf Deutsch, sondern auch in einer ihnen verständlichen Sprache zugänglich zu machen. (2015, 2018) Hausordnungen sollen in sämtlichen JA auch in Form von Piktogrammen aufliegen. (2018)

Inhaftierte sind nicht für Übersetzungsdienste heranzuziehen. Bei Verständigungsschwierigkeiten sind ausgebildete Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beizuziehen. (2016) Videodolmetsch ist ehestmöglich flächendeckend für alle Fachdienste und für die Bereiche Aufnahme und Ordnungsstrafreferat in allen Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs zur Verfügung zu stellen. Wenn Videodolmetsch bereits angeboten wird, ist das System auch zu verwenden. (2016, 2017)

Informationsaushänge haben im Falle einer Rechtsänderung so rasch wie möglich angepasst zu werden. (2014)

Beschwerdemanagement

Die Errichtung eines Beschwerderegisters ist nachdrücklich zu verfolgen. (2014, 2015)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Sämtliche Personen, die in einer öffentlichen Krankenanstalt fixiert oder gegen ihren Willen isoliert werden, sollen über eine Vertretungsmöglichkeit verfügen. (2017)

Grund und Dauer von Fuß- und Handfesselungen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. (2018)

Die Fesselung an ein Krankenbett in einer forensischen Abteilung/Psychiatrie 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)

Wird eine Person bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung in einem besonders gesicherten Haftraum untergebracht, ist die Gefahrensituation genau zu beschreiben und die Uhrzeit der ersten ärztlichen Kontrolle zu vermerken. (2018)

In Nachsorgeeinrichtungen müssen schriftliche Deeskalationskonzepte aufliegen. (2018)

Trainings der Einsatzgruppe dürfen nicht zu einer Verlängerung der Einschlusszeiten führen. (2014)

Sicherungsmaßnahmen

Die Anordnung von Harntests sollte in einem Register erfasst werden, um die stichprobenweise Durchführung der Harnkontrollen nachvollziehbar zu machen. (2013)

Im Hinblick auf den geringen Eingriffscharakter sollen Speicheltests Harntests ersetzen. Sämtlichen Anstalten sollen Speicheltests ehestens zur Verfügung gestellt werden. (2014)

Weist das BMVRDJ Untergebrachte einer öffentlichen Krankenanstalt für Psychiatrie zu, muss es sich auch Defizite der Infrastruktur dort zurechnen lassen. Kann das BMVRDJ nicht erwirken, dass diese Defizite behoben werden, sind die Betroffenen in einer justizeigenen Einrichtung unterzubringen. (2014)

Angehaltene im Maßnahmenvollzug sollen (insbesondere im Fall einer Fixierung oder Isolierung) über einen Rechtschutz bzw. über eine Vertretungsmöglichkeit analog zum UbG verfügen. (2017)

Bei Gurtenbetten sind die Gurte stets so abzudecken, dass sie für Patientinnen und Patienten nicht sichtbar sind. (2017)

Gesundheitswesen

Personen in Haft haben Anspruch auf eine gleichwertige medizinische Versorgung wie Personen in Freiheit (Äquivalenzprinzip). (2018) Ihnen ist daher auch dasselbe Niveau medizinischer Fürsorge sowie Pflege zu gewähren wie Personen in Kranken- und Pflegeeinrichtungen in Freiheit. (2014, 2015)

Um eine medizinische und pflegerische Behandlung unter vergleichbaren Bedingungen zur Verfügung zu stellen, wie sie Patientinnen bzw. Patienten in Freiheit genießen, muss medizinisches Personal in ausreichendem Maße vorhanden sein (2017). Eine personelle Aufstockung des medizinischen Personals, insbesondere hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung, ist in zahlreichen JA erforderlich (2015, 2016, 2018). Der Bedarf an Pflegepersonal ist regelmäßig zu evaluieren und anzupassen. (2017)

Die seit Jahren ausstehenden Kennzahlen im medizinischen Bereich sollen ehestens festgelegt werden. (2017)

Bedienstete der Krankenabteilung sollen ein Funktions- oder Namensschild sichtbar tragen. (2017)

Bei Verständigungsschwierigkeiten im medizinischen Bereich sind ausgebildete Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beizuziehen. Die flächendeckend in den Krankenabteilungen zur Verfügung stehenden Videodolmetsch-Systeme sind ausnahmslos zu verwenden. (2014, 2015, 2016, 2017) Auch auf den forensischen Abteilungen der öffentlichen Spitäler/Psychiatrien soll ein Videodolmetsch-System etabliert werden. (2017)

Zum Standard der medizinischen Versorgung zählen auch Vorsorgeuntersuchungen. (2014)

Einmal monatlich ist eine anstaltsärztliche Visite auf allen Abteilungen und in den Hafträumen der jeweiligen JA durchzuführen und in der IVV zu dokumentieren. (2014, 2015, 2018) Diese regelmäßigen Visiten sollen insbesondere helfen, körperliche und seelische Verwahrlosungen von Langzeithaftierten hintanzuhalten. (2014, 2015)

Das Pflegepersonal hat pflegebedürftige Patientinnen und Patienten unaufgefordert zu unterstützen, wenn diese nicht in der Lage sind, selbstständig einer angemessenen Körperhygiene nachzukommen. (2016)

Auf Krankenabteilungen und in Ordinationen hat ausschließlich ausgebildetes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Dienst zu versehen. Dieses darf keine Aufsichtsfunktionen ausüben. Eine Beiziehung von Strafvollzugsbediensteten der Justizwache darf nur ausnahmsweise aufgrund einer Gefährlichkeitsprognose über Verlangen der Ärztin bzw. des Arztes erfolgen (2016). Der Arbeitsplatz der exekutiven Justizwachebediensteten der Krankenabteilung ist räumlich vom Behandlungsraum zu trennen. (2018)

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)

Ärztliche Experimente an Inhaftierten sind gesetzlich verboten. Das Verbot ist ein absolutes. Unerheblich ist, ob bei einem invasiven Eingriff eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. (2016)

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)

Das Ansuchen um eine bestimmte Therapie, deren Bewilligung bzw. Versagung sowie der Behandlungsverlauf sind im IVV-MED-Modul und der jeweiligen Krankenakte zu dokumentieren. (2018)

Diagnosen sind jedenfalls in das Notfallblatt aufzunehmen. (2018)

Neu eingetragene Häftlinge sind binnen 24 Stunden nach ihrer Aufnahme bzw. auch bei einer Überstellung (z.B. aufgrund einer Vollzugsortsänderung oder einer Klassifizierung) einer medizinischen ärztlichen Untersuchung (Zugangsuntersuchung) zu unterziehen. (2016)

Der Umfang der Zugangsuntersuchung muss im Sinne einer bundesweit einheitlichen Vorgangsweise standardisiert werden. Sie hat im Interesse des Fremd- und Selbstschutzes sowie des Erkennens von Misshandlungsspuren neben einem Anamnesegespräch auch aus einer Ganzkörperuntersuchung inklusive Entblößung zu bestehen. Die Inhaftierten sollen ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Blutuntersuchung hingewiesen werden. Eine Ablehnung einer Blutuntersuchung seitens der Häftlinge ist im IVV-MED-Modul zu dokumentieren. (2016, 2017)

Inhaftierte, die an einer psychiatrischen (Vor-)Erkrankung leiden, sind zeitnahe nach der Einlieferung in eine JA einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie vorzustellen und durch regelmäßige Kontakte psychiatrisch zu begleiten. (2016)

Erforderlich sind österreichweit einheitliche Regeln für das Erstgespräch mit dem Psychologischen Dienst und die psychiatrische Erstuntersuchung. (2018)

Die Untersuchung, ob eine Substanzgebrauchsstörung vorliegt, hat durch das ärztliche Personal bei Einlieferung, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen; dies gilt auch für Wochenenden und

Feiertage. Steht kein ärztliches Personal zur Verfügung, ist bei Verdacht auf eine Substanzgebrauchsstörung der Ärzte(not)dienst zu verständigen oder eine Ausführung in ein Krankenhaus durchzuführen. Die Entscheidung darüber darf nur dann von Exekutivbediensteten vorgenommen werden, wenn sie eine entsprechende Zusatzausbildung haben. (2018)

Eine bundesweite Abteilung für Zugangsdiagnostik für behandlungsbedürftige Häftlinge mit Substanzgebrauchsstörungen muss mit einer ausreichenden Zahl an fachärztlichem Personal besetzt werden. (2018)

Inhaftierte mit einer Substanzgebrauchsstörung haben einen Anspruch darauf, dass ihren speziellen Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsbedürfnissen Rechnung getragen wird. (2017)

Jede JA hat ein multiprofessionelles Behandlungsteam für die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen zu etablieren. (2018)

Zusätzlich zum suchtmmedizinischen Angebot sind den Inhaftierten mit einer Substanzgebrauchsstörung auch Gruppentherapien oder klinisch-psychologische Behandlungen anzubieten. (2018)

Bei entsprechender Indikation ist eine Opioidsubstitutionstherapie durchzuführen. Bei Abbruch einer Opioidsubstitutionstherapie hat nachweislich eine Aufklärung zu erfolgen, dass sich das Mortalitätsrisiko dadurch erhöht. (2018)

Die Verabreichung einer „Pauschalmedikation“ bei Entzugsbeschwerden bedarf stets einer ärztlichen Verschreibung (2018).

Die psychiatrische wie psychologische Versorgung ist Teil der Gesundheitspflege und als solche in den Anstalten in der Untersuchungshaft und im Straf- und Maßnahmenvollzug sicherzustellen. (2014) Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat sie durch Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erfolgen, insbesondere auch zur Durchführung bzw. Indikationsstellung einer Substitutionsbehandlung. (2016)

Im Sinne einer effektiven Suizidprävention sind Inhaftierte, die im VISCI-System auf Rot geschaltet sind, zu einem ehestmöglichen Zeitpunkt dem Psychologischen und Psychiatrischen Fachdienst zur Erstellung eines (ärztlichen) Fachbefundes und Therapievorschlages vorzustellen. (2016)

Eine längerfristige Unterbringung von suizidgefährdeten Inhaftierten in einem Einzelhaftraum ist nicht zulässig. Eine Einzelunterbringung kann nur im Ausnahmefall und dann nur zeitlich beschränkt erfolgen. (2016) Eine Videoüberwachung schließt für sich noch nicht aus, dass sich die Gefährdeten in einem unbeobachteten Moment suizidieren. (2014)

Strafgefangene, die eine psychische Besonderheit und gleichzeitig eine fehlende Eignung für den allgemeinen Strafvollzug aufweisen, sind von den übrigen Strafgefangenen zu trennen und haben eine adäquate fachspezifische Betreuung und Therapie zu erhalten. Für sie sind Standards für die Versorgung bzw. Betreuung sowie Kriterien als Orientierungshilfe für die Klassifizierung zu etablieren. (2017)

Individuelle Therapieangebote für Untergebrachte sind ebenso vorzusehen wie entsprechende Räumlichkeiten. Die Therapien sind zeitnahe nach der Unterbringung zu beginnen. Ein monatelanger Stillstand ist nicht akzeptabel. (2017)

Sämtliche Matratzen, Decken und Pölster der Krankenhafräume müssen monatlich auf ihren hygienischen Zustand überprüft, in regelmäßigen Abständen gereinigt und bei Bedarf ersetzt werden. (2016)

Es ist sicherzustellen, dass die Zustimmung der oder des Betroffenen vor der Verabreichung von einer Placebo-Medikation vorliegt. (2015)

Personal

Es bedarf zusätzlicher Personalressourcen, um den gesetzlichen und in den Mindeststandards festgelegten Anforderungen entsprechen zu können. (2018)

In Entsprechung der Mindeststandards für den österreichischen Frauenvollzug sind Fortbildungsmöglichkeiten für Bedienstete des Frauenvollzuges anzubieten. (2018) Das Curriculum des Lehrganges für den Frauenvollzug hat auch die Besonderheiten im Zusammenhang mit der Betreuung von weiblichen Jugendlichen zu umfassen. (2018)

Den Jugendabteilungen soll ein autonomer Personalpool an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung stehen. Diese Bediensteten sollen das Ausbildungsprogramm „Arbeitsfeld Jugendvollzug“ absolviert haben. Sie sollen in ausreichender Zahl für Nachtdienste zur Verfügung stehen und jugendliche Inhaftierte bei Ausführungen begleiten. (2014, 2016)

Ausführungen von Jugendlichen sind (außer bei Bedenken im Einzelfall) in Zivilkleidung durchzuführen. (2015, 2016)

Alle im Maßnahmenvollzug tätigen Exekutivbediensteten sollen eine Grundschulung über Krankheitsbilder und Behandlung erhalten. (2018)

Die Konfrontation mit Suiziden führt oft lange danach zu Belastungsstörungen, die durch Maßnahmen des Dienstgebers zu minimieren sind. Die Justizverwaltung hat alle Anstrengungen zu unternehmen, um die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe nicht als Schwäche erscheinen zu lassen. (2014)

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. (2016)

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 Personen in Dienstzimmern angebracht werden. (2014)

Rückführung und Entlassung

Der Ausbau von Nachbetreuungsplätzen ist in ganz Österreich weiter voranzutreiben. (2013) Dabei sind mehr Nachbetreuungsplätzen für Jugendliche und Menschen mit Mehrfachdiagnosen insbesondere in den westlichen Bundesländern vordringlich. Um das bestehende Angebot und die Nachfrage besser abzugleichen, ist das Zuweisungsmanagement zu optimieren. (2017)

Menschen, die nach ihrer endgültigen Entlassung alters- oder gesundheitsbedingt nicht mehr in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können, soll seitens der Länder ein Angebot einer betreuten Wohnversorgung unterbreitet werden. (2017)

Kasernen

Bauliche Ausstattung

Militärische Anhalteräume sollen bei Kasernenumbauten und Kasernenneubauten künftig mit getrennten Sanitärbereichen ausgestattet sein. (2014)

Polizeieinrichtungen

Bauliche Ausstattung

Anhalteräume in PI 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. (2016)

PI müssen hygienisch, gepflegt und mit funktionierenden Heizungen ausgestattet sein. (2014, 2015, 2016)

PI müssen über Eigensicherungssysteme verfügen. (2016)

PI müssen hygienisch sein und über Eigensicherungssysteme verfügen. Hafträume müssen ausreichend beleuchtet sein. (2017, 2018)

PI und PAZ müssen mit Sanitärbereichen für weibliches Personal ausgestattet sein. (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)

Inhaftierten in PI ist täglich ein Zugang zu Waschbecken mit Warmwasseranschluss in den Sanitärräumen zur Verfügung zu stellen. (2014)

Ein permanent aktiviertes Rufklingelsystem in PI ist vorzusehen, damit Personen im Polizeigewahrsam stets Kontakt zum Wachpersonal aufnehmen können. (2014, 2016)

Alarmknöpfe in Verwahrungsräumen von PI müssen ausreichend gekennzeichnet sein, um angehaltenen Personen die Kontaktaufnahme zum Wachpersonal zu ermöglichen. (2015, 2017)

Bei der Errichtung bzw. beim Umbau von PI sollen Untersuchungsräume mit einem Notrufsystem eingerichtet werden. (2017)

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. In dringenden Fällen sind Barrieren umgehend zu beheben. (2015, 2016, 2017, 2018)

Kundensanitäreinrichtungen in PI müssen barrierefrei gestaltet sein. (2018)

Das BMI sollte dafür sorgen, dass in PI diskriminierungsfreie WC-Anlagen für Parteien eingerichtet werden. (2018)

Verwahrungsräume in PI sind mit von innen zu betätigenden Lichtschaltern auszustatten, die aus Sicherheitsgründen auch von außen deaktivierbar sein sollten. Die Richtlinie für Arbeitsstätten ist entsprechend zu ändern. (2016, 2017, 2018)

Bestehende Kellerhafträume in PI müssen über eine ausreichende Beleuchtung und Belüftung verfügen, die Brandschutzbestimmungen erfüllen sowie die unmittelbare Kontaktaufnahme und eine rasche Reaktion bei einem Vorfall gewährleisten. Sie müssen mit der Dienststelle verbunden sein. (2017, 2018)

Bei Neu- und Umbauten sollen Verwahrungsräume nicht mehr in Kellern von PI eingerichtet werden. (2017, 2018)

Verwahrungsräume von PI müssen vandalensicher eingerichtet sein. Bauteile bzw. Einrichtungsgegenstände, die Verletzungen verursachen oder als Befestigung für Strangulierungsmittel dienen können, sind zu vermeiden. (2017, 2018)

Zustand und Ausstattung von Hafträumen im Sinne der AnhO müssen stets eine menschenwürdige Anhaltung von Personen ermöglichen. (2018)

Mit dem NPM vereinbarte, nur durch bauliche Maßnahmen realisierbare Standards für den Anhaltevollzug sollen unverzüglich umgesetzt werden. (2018)

In sämtlichen PAZ muss eine ausreichende Anzahl an Hafträumen vorhanden sein, die für den Vollzug der Einzelhaft gemäß § 5 bzw. 5b Abs. 2 Z 4 AnhO geeignet sind. (2017, 2018)

In allen Einzelhaftzellen muss eine beim Haftraum zu quittierende Alarmtaste vorhanden sein. (2017, 2018)

Die Haftzellen 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)

Für eine rechtzeitige und regelmäßige Reinhaltung in PAZ ist zu sorgen. Der Zugang von Angehaltenen zu hygienischen sanitären Einrichtungen ist zu gewährleisten. Die an Angehaltene ausgegebenen Matratzen und Textilien haben sauber zu sein. Der Schutz der Intimsphäre ist durch bauliche bzw. organisatorische Maßnahmen sicherzustellen. Duschen sind regelmäßig zu kontrollieren (vor allem die Abstrahlrichtung des Duschwassers) und erforderlichenfalls in Stand zu setzen (Austausch der Duschköpfe). (2014, 2017, 2018)

Geflieste Sicherheitszellen in PAZ haben über eine (Hock-)Toilette mit Innenspülung (2017, 2018), eine beheizbare Liegefläche oder Matratze sowie über fix montiertes Mobiliar (Bett, Tisch, Sitzgelegenheit) zu verfügen. (2017)

Einzelzellen gemäß § 5 AnHO sind mit einem Waschbecken, einer Warm- und Kaltwasser-Versorgung, einer Sitztoilette, einem Bett und einem Tisch mit Sitzmöglichkeit auszustatten. (2017, 2018)

Toiletten in Mehrpersonenzellen sind vom übrigen Haftraum vollständig abgetrennt zu gestalten. Die Errichtung baulich abgetrennter WC-Anlagen in Mehrpersonenzellen sämtlicher PAZ ist in budgetärer Hinsicht prioritär zu verfolgen und umzusetzen. Mehrpersonenzellen ohne (vollständig) abgemauerte WC-Bereiche sind bis zu einem Umbau nicht mit mehreren Inhaftierten zu belegen. (2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Die technische Überwachung besonders gesicherter Haftzellen in PAZ soll durch lichtquellenunabhängige Videoüberwachung und unter Wahrung der Intimsphäre der Häftlinge erfolgen. (2017, 2018)

Besonders gesicherte Zellen sollen über einen natürlichen Lichteinfall verfügen und in allen Einzelhaftzellen muss eine natürliche oder mechanische Belüftungsmöglichkeit gegeben sein. (2018)

Das BMI soll Maßnahmen veranlassen, um eine Beschattung des Außenbereichs des AHZ und eine je nach Bedarf entsprechende Kühlung der Räume sicherzustellen. (2018)

Das Brandschutzniveau in der Polizeianhaltung ist mindestens an den für JA geltenden Maßstab anzupassen. Das BMI soll eine Gesamtstrategie zur bundesweit einheitlichen Gestaltung des vorbeugenden und abwehrenden Brandschutzes erarbeiten und entsprechende Vorgaben erlassen. (2015, 2016, 2017, 2018)

Alle der längerfristigen Polizeianhaltung dienenden Haftzellen sollen über geeignete, automatische Brandmeldesysteme verfügen. (2018)

Alle Einrichtungsgegenstände zur Entsorgung von Zigarettenresten, Asche und Zündhölzern der Angehaltenen sollen feuerfest sein. (2018)

Den im AHZ eingesetzten privaten Organisationen (Rechts- und Rückkehrberatung) sind ausreichend große Räumlichkeiten zur störungsfreien Erfüllung ihrer Leistungen zur Verfügung zu stellen. (2017)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Für in PI angehaltene Personen müssen auch fleischlose Speisen bereitgehalten werden. (2016)

In PI mit besonders gesicherten Haftzellen soll bei Bedarf Einwegkleidung zur Verfügung stehen. (2018)

Schubhäftlinge sind binnen 48 Stunden nach Einlieferung in die offene Station des PAZ zu verlegen. Ausnahmen vom offenen Haftvollzug sollen nur in den mit dem NPM vereinbarten Fällen erfolgen. (2018) Die Zellentüren im offenen Vollzug sollen durchgehend von 8 bis 21 Uhr geöffnet bleiben. Zur Verschriftlichung

und Klarstellung der Grundsätze des Schubhaftvollzugs in offener Station soll § 5a AnhO novelliert werden. (2017)

Die Unterbringung festgenommener Asylwerbender in PAZ soll in offener Station i.S.d. § 5a AnhO unter möglicher Schonung der Person erfolgen. (2017)

Asylwerbende Familienmitglieder sind stets gemeinsam unterzubringen, Kindern ist kindgerechtes Spiel- und Beschäftigungsmaterial zur Verfügung zu stellen. (2017)

Die Verpflegung der im AHZ Angehaltenen hat ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend ausgewogen und quantitativ ausreichend zu sein. (2018)

Sozialräume für Verwaltungsstrahfänger in PAZ sind einzurichten. (2014)

Allen in PAZ Angehaltenen ist der Zugang zu Hygieneartikeln zu ermöglichen. Frauen sind während der Menstruation benötigte Hygieneartikel zur Verfügung zu stellen. (2017, 2018)

Das Angebot der täglichen, mindestens einstündigen Bewegung der Angehaltenen im Freien ist sicherzustellen. Für eine zweckmäßige Ausstattung des PAZ-Innen- und Außenbereichs ist zu sorgen. (2017)

Allen Angehaltenen sollen Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten in dem mit dem NPM vereinbarten Umfang zur Verfügung stehen. (2018)

Die Beschäftigungsmöglichkeiten der im PAZ/AHZ Angehaltenen sind vielfältiger zu gestalten. (2017, 2018)

In PAZ Angehaltene sollen zumindest zweimal wöchentlich, unter besonderen Umständen täglich duschen können. Über die Duschköglichkeit sind die Angehaltenen zu informieren. (2017, 2018)

Festgenommenen Asylwerbenden ist bei ihrer Aufnahme in das PAZ aktiv eine Duschköglichkeit anzubieten. (2017)

Den Angehaltenen ist die Verwendung selbst mitgebrachter Lampen etc. zu gestatten, solange andere Personen dadurch nicht gestört werden. (2018)

Angehaltene sollen die Möglichkeit haben, (mobile) LED-Lampen im PAZ bzw. im AHZ zu erwerben. (2018)

Kontakt nach außen

Das BMI hat sicherzustellen, dass alle in PAZ Angehaltenen zumindest zweimal wöchentlich jeweils für 30 Minuten Besuch empfangen können. Auch Besuche an Wochenenden sollen ermöglicht werden. (2017)

Außer bei Vorliegen bestimmter sicherheitsrelevanter Kriterien sowie im Fall von Gerichtsverwahrungshäftlingen sollen die Besuche der in PAZ Angehaltenen in Form von Tischbesuchen erfolgen. Der ungestörte Ablauf der Tischbesuche ist – auch durch bauliche Maßnahmen – zu gewährleisten. (2017, 2018)

Den in PAZ Angehaltenen ist der körperliche Kontakt durch sexuell ungefärbte Berührungen mit den Besuchenden zu gestatten. Für Besuche durch minderjährige Angehörige ist ein eigener Raum mit Tisch bereitzustellen. (2017, 2018)

Es sollten nicht nur funktionstüchtige (Sport-)Geräte in erforderlicher Anzahl sowie Gesellschaftsspiele in PAZ bereitgestellt werden, auch die Nutzung extern angebotener Freizeitmöglichkeiten ist zuzulassen. (2017)

Barrierefrei zugängliche Möglichkeiten zum Telefonieren sind bereitzustellen. Bei Bedarf ist eine barrierefreie Benutzung zu ermöglichen. Einschränkungen dieses Rechts sind nur unter den gesetzlichen Bedingungen zulässig und zu dokumentieren. (2018)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Ist der Entzug der Kleidung erforderlich, ist den betroffenen Personen umgehend eine nicht reißfeste Ersatzkleidung anzubieten. (2018)

An allen Anhalteorten mit Sicherheitszellen bzw. gepolsterten Zellen soll stets eine dem Bedarf entsprechende Anzahl an nicht reißfester Ersatzkleidung vorhanden sein. (2018)

Bei Aufhalten von Häftlingen außerhalb der Zelle ist die Bedeckung des Intimbereichs sicherzustellen. (2018)

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)

Exekutivbedienstete sollen bei Amtshandlungen nicht das Betreuungspersonal von Bundesbetreuungseinrichtungen als Übersetzungshilfe beiziehen. Bei Bedarf sind professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu bestellen. (2017)

Eine rasche Übersetzung der für Schubhäftlinge in PAZ/AHZ zur Verfügung stehenden im „Infomat“ abrufbaren Informationen in 27 Sprachen ist geboten. (2014)

Alle in PAZ Angehaltenen sollen durch Bereitstellung von Radio- und TV-Geräten in Aufenthaltsräumen und das Angebot von (fremdsprachigen) Printmedien Zugang zu Informationen der Außenwelt haben. (2017)

Mit Ausnahme von in besonders gesicherten Zellen Angehaltenen sollen in PAZ angehaltene Personen mitgebrachte Radio- bzw. TV-Geräte in ihrer Zelle verwenden können. (2017)

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. Der Grund für die Unterbringung in einer besonders gesicherten Zelle gemäß AnhO ist in jedem Einzelfall zu dokumentieren. Zur besseren Handhabung soll bundesweit ein einheitliches Verwahrungsbuch verwendet werden. (2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

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. (2016)

Gepolsterte bzw. gummierte Hafträume in PAZ sind ständig, geflieste Sicherheitszellen mindestens viertelstündlich und sonstige Einzelhafträume zumindest stündlich persönlich zu überwachen. (2017, 2018)

Grund, Beginn, Verlauf und Ende einer Einzelhaftunterbringung in PAZ sowie die Beiziehung einer Ärztin bzw. eines Arztes bei Unterbringung in einer besonders gesicherten Zelle sind zu dokumentieren. (2017, 2018)

Die Unterbringung von Angehaltenen in besonders gesicherten Zellen in PAZ/AHZ hat so kurz wie möglich und nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu erfolgen. (2017)

Die Anhaltung von Schubhäftlingen in der geschlossenen Station des AHZ soll nur in den mit dem NPM vereinbarten Fällen stattfinden. (2017)

Die isolierte Unterbringung von Hungerstreikenden hat ausschließlich auf ärztliches Anraten hin und nur bei begründetem Sicherheits- bzw. Gesundheitsrisiko zu erfolgen. (2017)

Gesundheitswesen

Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Personen in PI sind grundsätzlich alleine mit der Ärztin bzw. dem Arzt durchzuführen. Exekutivbedienstete dürfen bei ärztlichen Untersuchungen im Polizeiarrest nur aus Sicherheitsgründen beigezogen werden und sollen nicht die Festnahme durchgeführt haben. (2017)

In PI sollen im Anhalteprotokoll die Anwesenheit einer bzw. eines Exekutivbediensteten bei der medizinischen Untersuchung und Behandlung der Name und der Grund für die Anwesenheit der bzw. des beigezogenen Exekutivbediensteten sowie die Angabe, welche Maßnahmen zur Wahrung der Intimität getroffen wurden, festgehalten werden. (2017)

Bei Entblößungen im Zuge von ärztlichen Untersuchungen in PI muss die bzw. der hinzugezogene Exekutivbedienstete geschlechtsident mit der angehaltenen Person sein. (2017)

Aus Sicherheitsgründen beigezogene Exekutivbedienstete in PI müssen sich jedenfalls außer Hörweite und wenn möglich außer Sichtweite aufhalten. (2017)

Nach Möglichkeit sollen abgesonderte Untersuchungsräume in PI zur Verfügung gestellt werden. In jedem Fall sind technische Vorkehrungen zur Gewährleistung einer vertraulichen ärztlichen Untersuchung zu treffen. (2017)

Der Nichtraucherschutz ist in allen PI einzuhalten. Anhalte- und Verwahrungsräume dürfen nicht als Raucherzonen für Bedienstete verwendet werden. (2017)

Die Definition des Begriffs „Haftfähigkeit“ sollte in der AnhO eindeutig festgelegt werden. (2015)

Werden Personen in PI länger angehalten, sind sie ohne unnötigen Aufschub, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach ihrer Festnahme von einer Ärztin bzw. einem Arzt auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen. (2018)

Die Beiziehung einer Ärztin bzw. eines Arztes zur Untersuchung der Haftfähigkeit ist in PI rechtzeitig anzuordnen. Die Anordnung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. (2018)

Eine Verweigerung der Untersuchung ist von der beigezogenen Ärztin bzw. vom beigezogenen Arzt zu dokumentieren. (2018)

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)

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. (2016)

Eine Richtlinie, die Kriterien für eine adäquate Gesundheitsversorgung von psychisch auffälligen, selbstgefährdeten, alkoholisierten und substanzbeeinträchtigten Personen festlegt, ist notwendig. (2014, 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)

Medizinische Untersuchungen müssen nachvollziehbar und widerspruchsfrei dokumentiert sein. (2013)

Medikamente dürfen nur durch geschultes Personal oder unter ärztlicher Aufsicht ausgegeben werden. (2013)

Die erste amtsärztliche Untersuchung von Angehaltenen in besonders gesicherten Zellen von PAZ soll sofort bzw. so schnell wie möglich und jede weitere Untersuchung jedenfalls innerhalb von zwölf Stunden stattfinden. (2017, 2018)

Die isolierte Anhaltung hungerstreikender Schubhäftlinge in PAZ soll nur dann erfolgen, wenn die jeweils erforderliche ärztliche Behandlung nicht in offener Station realisierbar ist. (2017)

Besteht bei einer angehaltenen Person ein Verdacht auf Suizidgefahr, so ist dies zu dokumentieren. Eine Information an die Entscheidungsträger sowie die rasche Einleitung einer (fach-)ärztlichen Abklärung hat zu erfolgen. (2017)

Wird eine Suizidgefahr festgestellt, sind organisatorische Maßnahmen zu treffen, die den Zugang der angehaltenen Person zu gefährlichen Gegenständen verhindern. (2017)

Nach einem Suizid(versuch) sind lebensrettende Sofortmaßnahmen und die weitere Rettungskette einzuleiten. Maßnahmen der Krisenintervention bei Mithäftlingen sind rasch durchzuführen. (2017)

Durch organisatorische Vorgaben ist sicherzustellen, dass nach jedem Suizid oder (vereitelt) Suizidversuch eine fallorientierte, standardisierte Analyse zur Optimierung der Präventionsarbeit stattfindet. (2017, 2018)

Das BMI hat dafür zu sorgen, dass alle im AHZ Angehaltenen eine adäquate kurativ-medizinische Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft erhalten. (2017, 2018)

Das ärztliche bzw. pflegerische Personal des AHZ muss jederzeit auf eine psychiatrische Expertise zurückgreifen können. (2017, 2018)

Das bestehende Raum- und Personalkonzept im Ambulanzbereich des AHZ soll adaptiert werden. Die Patientendokumentation in der Ambulanz soll in elektronischer Form erfolgen. (2017, 2018)

Personal

Der tatsächliche Personalstand in den PI soll dem organisatorisch vorgesehenen Soll-Stand entsprechen. Eine Unterbesetzung führt zu Stress und Überbelastung, beides wirkt sich auch negativ auf die Angehaltenen aus. (2016, 2017, 2018)

In PI soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Exekutivbediensteten bestehen, der Frauenanteil in der Exekutive sollte erhöht werden. (2017, 2018)

Externe Einzelsupervision soll Exekutivbediensteten aktiv angeboten werden. Führungskräfte sollen die Annahme von Supervision durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine positive Einstellung dazu fördern. Exekutivbedienstete sind zur regelmäßigen Inanspruchnahme von Supervision zu motivieren. (2015, 2017, 2018)

Die in PAZ tätigen Exekutivbediensteten haben Angehaltene per Sie anzusprechen, einen adäquaten Umgangston mit den Angehaltenen zu pflegen und die Vorgaben der Richtlinienverordnung einzuhalten. (2016)

Durch Schulungen sollen alle Exekutivbediensteten in der Lage sein, Hinweise auf suizidales Verhalten von Häftlingen sowie Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und suizidpräventive Maßnahmen zu setzen. (2017, 2018)

Innerhalb der Einrichtung hat nach einem Suizid(versuch) zeitnah eine Reflexion des Ereignisses zu erfolgen, zu der das polizeiliche sowie das medizinische Personal einzuladen sind. (2017)

Das pflegerische Personal im AHZ soll in den Bereichen Deeskalation und Suizidprävention geschult sein. (2018)

Abschiebungen und Rückführungen

Bei Abschiebungen bzw. Rückführungen sollen Familien nicht getrennt werden, auch wenn ein Elternteil nicht transportfähig oder unauffindbar ist. Wenn sich ein Elternteil durch Untertauchen der Amtshandlung entziehen will, sollte die Behörde zunächst zuwarten und alle Möglichkeiten ausschöpfen, um alle Familienmitglieder zu finden. (2014, 2015, 2017)

Bei Familienabschiebungen bzw. Familienrückführungen mit Kindern ist die Beiziehung mehrerer weiblicher Beamter hilfreich. (2014)

Beim Zeitpunkt der Abschiebungen ist auf das Kindeswohl, insbesondere von Kleinkindern, besonders Rücksicht zu nehmen. Flugtermine sollen so gestaltet sein, dass Kinder die Möglichkeit haben, ihren üblichen Schlafrythmus einzuhalten. (2015, 2017)

Kinder sollen nicht ohne den zur Obsorge berechtigten Elternteil abgeschoben bzw. rückgeführt werden. (2017)

Exekutivbedienstete sollen bei Abschiebungen ihre Schusswaffen verdeckt tragen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Kinder involviert sind. (2018)

Die Polizei soll von einer Abschiebung Betroffene zum Schutz der Kinder nicht in Hörweite der Kinder einvernehmen. (2018)

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, abzubrechen 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 zumindest acht Wochen nach der Geburt aufgeschoben werden. (2017)

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)

Die Funktion der Rückkehrberaterin bzw. des Rückkehrberaters und der professionellen Dolmetscherin bzw. des professionellen Dolmetschers ist bei Abschiebungen strikt zu trennen. (2016)

Bei den Amtshandlungen haben Polizeibedienstete dafür Sorge zu tragen, dass Amtshandlungen von ihnen und nicht von den Dolmetscherinnen und Dolmetschern vorgenommen werden. (2016)

Ist der Anamnesebogen zur Erhebung gesundheitlicher Fragen nicht verständlich, ist eine professionelle Dolmetscherin bzw. ein professioneller Dolmetscher einzuschalten, um die offenen Fragen zu klären. (2016)

Dem Wunsch nach freiwilliger Ausreise sollte stets der Vorrang eingeräumt werden, um die Zwangsmaßnahme überhaupt vermeiden zu können. (2017)

Die Entlassung nach Aufhebung der Schubhaft und – soweit vorgesehen – Übergabe in die Obhut einer Betreuungsorganisation soll unverzüglich erfolgen. (2014)

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)

Die Unterschiede zwischen einer freiwilligen Begleitung von Polizeibediensteten und einer Festnahme muss den Betroffenen genau erklärt werden. „Freiwilligkeit“ muss den Betroffenen bewusst sein. (2016)

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: 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. (2016, 2017)

Demonstrationen: 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. (2016)

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)

Platzverbote sind gegenüber allen Personen, die nicht ausdrücklich ausgenommen sind, konsequent durchzusetzen. (2018)

Bei Schwerpunktaktionen sollen nach Möglichkeit Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beigezogen werden, wenn im Vorhinein feststeht, welche Fremdsprache benötigt wird. (2018)

Bei Polizeieinsätzen zur Bekämpfung von Menschenhandel sollen Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beigezogen oder Vorkehrungen für eine Videodolmetschung getroffen werden. Potenzielle Hemmschwellen bei Opfern, sich an Exekutivbedienstete zu wenden, können so reduziert werden. (2018)

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)

Ausgleichsmaßnahmen im Grenzbereich: 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. (2016)

Lokalkontrollen: Weibliche Beamte sollen stets bei Kontrollen im Bereich Sexarbeit, Prostitution und Rotlicht-lokalen Teil des Einsatzteams sein. (2015, 2017, 2018)

Lokalkontrollen: Die Einsatzverantwortlichen und Bediensteten müssen für die Identifizierung von Opfern von Menschenhandel sensibilisiert sein. (2015)

Lokalkontrollen: Im Zuge von Grundversorgungskontrollen müssen alle Polizeibediensteten insbesondere bei Betreten von Wohnungen, die ein höchstpersönlicher Bereich sind, respektvoll und höflich auftreten und sollen Zivilkleidung tragen. (2016)

Das BMI soll Verantwortliche in den LPD dahingehend sensibilisieren, dass die Polizeidienststellen der Verständigungspflicht über Polizeieinsätze gegenüber dem NPM entsprechen, damit dieser seinem gesetzlichen Auftrag nachkommen kann. (2017)