

Empfehlungsliste der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen 2012 – 2019

ALTEN- UND PFLEGEHEIME

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Bundesweit sind einheitliche Zugangs- und Qualitätsanforderungen an die Pflege und Betreuung in Langzeitpflegeeinrichtungen zu definieren. 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)

Unübliche Essens- und frühe Schlafenszeiten sind Ausdruck struktureller Gewalt. Bei den Essenszeiten sollten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt werden, und es sollte ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen entsprochen werden. Diesen zufolge seien drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten optimal. Zwischen den Mahlzeiten sollten dabei nicht mehr als fünf Stunden und zwischen dem Abendessen und dem Frühstück nicht mehr als zwölf Stunden liegen. Eine Abendgestaltung für nicht schlafende und ruhelose demente Bewohnerinnen und Bewohner ist erforderlich. (2013, 2015)

Die VA fordert untertags mehr Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote. Der Zugang ins Freie ist einmal am Tag sicherzustellen; auch für nicht mobile Bewohnerinnen und Bewohner. (2015)

Hochbetagte und chronisch Kranke brauchen besondere Aufmerksamkeit während Hitzeperioden; vor allem, wenn die Möglichkeiten beschränkt sind, Räume zu klimatisieren. Der in Wien von der MA 15 für medizinische und pflegerische Einrichtungen entwickelte Leitfaden enthält eine Anleitung für Hitzemaßnahmenpläne und sollte über das Bundesland hinaus Beachtung finden. (2019)

Pflegebedürftige und Angehörige sind aktiv in alle Entscheidungsprozesse, insbesondere in die Pflegeplanung und -durchführung einzubeziehen. Menschen mit psychosozialen bzw. intellektuellen Beeinträchtigungen sind durch für sie passende Formen der Unterstützung zu befähigen, weitgehend selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. (2018, 2019)

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)

Aufsichtsbehörden müssen in Beachtung ihrer menschenrechtlichen Schutzpflichten gegenüber Menschen mit schweren Beeinträchtigungen jedem Hinweis nachgehen und deren Betreuung in nicht behördlich genehmigten Einrichtungen unterbinden. Nicht gewährleistete sichere und menschenwürdige Pflege muss zur Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern führen. (2014, 2016)

Bauliche Ausstattung

Bei Neubauten sollten baulich-strukturelle Aspekte der Prävention hitzebedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden. (2019)

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 und deren Lebensqualität positiv beeinflussen können, sollten alle Einrichtungen in strukturierten Prozessen die Zusammenarbeit mit ihnen suchen. (2018)

Zugang zu Information, Beschwerden

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

Ein professionelles Beschwerdemanagement ist ein wichtiges präventives Instrument zur Vermeidung von Konflikten. Beschwerden sollten sowohl mündlich, schriftlich, aber auch anonym eingebracht werden 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)

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)

Um nachteilige gesundheitliche Folgewirkungen zu verhindern, sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen möglichst zu unterlassen. Freiheitsbeschränkungen werden oft bereits durch psychosoziale Interventionen, Zuwendung und Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse überflüssig. Zeitgemäße Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln als Alternative zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Niederflurbetten, Betten mit geteilten Seitenteilen, Bettalarmierungssysteme, Sturzmatten etc.) ist sicherzustellen. Gurtfixierungen sind nur mit dafür zugelassenen Medizinprodukten vorzunehmen. (2014, 2015, 2018)

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)

Die VA fordert die verpflichtende Einführung von Schulungen zur Sturzprävention sowie Betreuungskonzepte für Demenzerkrankte, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. (2015, 2016)

Der NPM empfiehlt, fundierte Biografien zu erarbeiten und eine individuelle, ressourcenfördernde Pflege- bzw. Betreuungsmaßnahmenplanung zu erstellen, um medikamentöse Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden. (2019)

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 gerichtlicher Kontrolle und sind zur Durchsetzung des individuellen Rechtsschutzes von der Einrichtungsleitung an die Bewohnervertretung zu melden. (2014)

Gesundheitswesen

Freie Arztwahl ist auch in Einrichtungen für ältere Menschen sicherzustellen. Facharztversorgung muss uneingeschränkt gewährleistet sein. 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. Fachärztliche und pflegerische Fallbesprechungen sind zu etablieren. (2014, 2016, 2018)

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

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)

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

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Sexualität im Alter und bei Demenz“ ist erforderlich, um das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und den Schutz vor sexuellen Übergriffen zu gewährleisten. (2019)

Ärztliches und pflegerisches Fachpersonal ist gefordert, stets zu versuchen, die Ursachen für Unruhezustände, Weglauftendenzen und potenzielle Sturzgefahren zu erkennen und nach Möglichkeit ohne Fixierungen zu beseitigen. (2015)

Sturzereignisse müssen sorgfältig analysiert, zentral dokumentiert und evaluiert werden. 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. Orientierungstrainings, Körperübungen, Investitionen in Niederflurbetten, Betten-, Sessel- und Mattenalarne, individuell angepasste Hüftprotektoren, Seh- und Ganghilfen tragen zur Sturzvermeidung bei. (2014, 2015)

Schmerzen im Alter müssen behandelt werden. Schmerz darf nicht als altersbedingt hingenommen werden. Professionelle Schmerzbehandlung erfordert Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Schulungen des gesamten Pflegepersonals bezüglich Schmerzerkennung und Schmerzeinschätzung kognitiv beeinträchtigter Personen sind unerlässlich. Ein Schmerz-Assessment muss durchgeführt werden. Pflegeeinrichtungen, Hospizen und mobilen palliativen Diensten muss die effiziente Behandlung mit hochwirksamen Schmerzmitteln immer in vertretbarer Zeit möglich sein. (2015, 2016, 2018)

Eine das Recht auf höchstmögliche Gesundheit beachtende Pflege muss rehabilitativ ausgerichtet sein. Bei den Pflegevisiten ist eine Minimierung von medikamentösen Freiheitsbeschränkungen anzustreben. Vor der Verschreibung von Medikamenten hat eine Aufklärung über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken von medikamentösen Behandlungen zu erfolgen und es ist die Zustimmung dazu einzuholen (informed consent). Unzulässig ist es, Medikamente unauffällig mit Nahrungsmitteln zu verabreichen, ohne dass Betroffene eine Zustimmung erteilt haben. (2014, 2019)

Ziel einer medikamentösen Behandlung muss immer die Erhaltung oder Steigerung des Wohlbefindens sein. Die Behandlung mit Psychopharmaka darf erst einsetzen, wenn somatische, psychosoziale und umweltbezogene Ursachen eines „problematischen“ Verhaltens ausgeschlossen werden können und nichtmedikamentöse pflegerische Maßnahmen erfolglos waren. Regelmäßige fachärztliche Visiten sind anzustreben. Insbesondere die Verordnung von Benzodiazepinen und

Antipsychotika ohne entsprechende Indikation bzw. ohne regelmäßige Evaluierung, ob eine weitere Verordnung notwendig ist, sollte unterbleiben. Regelmäßige Ausschleich- bzw. Absetzversuche müssen vorgenommen werden. Die Wirkung sedierender Medikamente muss im Hinblick auf das Zielsymptom regelmäßig evaluiert werden. (2016, 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)

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 Zeitpunkt der Verabreichung von den anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten wurde. (2014)

Forschungsbedarf besteht in Bezug auf Arzneimittelsicherheit für hochbetagte Menschen in und außerhalb stationärer Langzeitpflege. (2014)

Ausgangspunkt der Strategien zur Vermeidung einer unangemessenen Polypharmazie ist die bei geriatrischen Patientinnen und Patienten oft komplexe und zeitintensive Arzneimittelanamnese. Deren Angemessenheit ist im Einzelfall zu bewerten und gegebenenfalls eine Intervention im Sinne einer Medikamentenanpassung durchzuführen. Gleichzeitig gilt: Nach der Bewertung ist vor der Bewertung. In regelmäßigen Abständen muss eine erneute Bestandsaufnahme erfolgen. (2015, 2017)

Dem Bundesminister für Soziales, Pflege und Gesundheit wird empfohlen, einen Beitrag zur Schaffung jener Rahmenbedingungen zu leisten, die zumindest schrittweise eine bundesweite Umsetzung des Projekts GEMED ermöglichen. (2019)

Die Ausbildung in allen Gesundheitsberufen sollte dazu befähigen, dass Hochbetagte nicht unerwünschten Arzneimittelereignissen ausgesetzt sind. Auch diesbezüglich wäre eine Orientierung am Projekt GEMED zu prüfen. (2019)

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. Um pietät- und würdevolles Handeln sicherstellen zu können, müssen dafür befugte Ärztinnen und Ärzte auch zur Verfügung stehen. (2017, 2019)

Die in Pflegeeinrichtungen gebotene Todesfeststellung soll möglichst zeitnahe nach dem Ableben von Bewohnerinnen und Bewohnern erfolgen. (2019)

Die Totenbeschau ist eine verantwortungsvolle Aufgabe, bei der es auch darum geht, Straftaten zu erkennen und Rechtssicherheit zu schaffen. Bei der Ausbildung ist daher speziell auf die Befähigung zu achten, Gewalteinwirkungen bei alten Menschen zu erkennen. (2019)

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. Pflegekräften muss durch verbesserte Arbeits- und Rahmenbedingungen ermöglicht werden, ihre Kompetenzen rechtlich abgesichert so einzusetzen, wie sie es erlernt haben. (2016, 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, Notfälle frühzeitig zu erkennen oder Hilferufe wahrzunehmen. (2014)

Eine hohe Personalfuktuation sollte für Heimträger und Aufsichtsbehörden als alarmierender Hinweis auf Pflegemängel verstanden werden. 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. (2016, 2018)

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. Eine wichtige Aufgabe der Leitung ist es, das Personal zur Supervision zu ermutigen (2013, 2016)

Führungsverantwortung besteht auch darin, eine positive Fehlerkultur vorzuleben und zu unterstützen. (2019).

Die Handlungssicherheit der Pflegekräfte ist durch regelmäßige Pflegevisiten und Kontrollen der Pflegedokumentation sowie gezielte Schulungen zu Pflegeprozessen zu gewährleisten. Pflegevisiten zur Qualitätssicherung sollen zu einem gemeinsam getragenen Pflegeverständnis und zur Lösung schwieriger Situationen beitragen. Sollte sich aus diesen Erfahrungen ein Weiterbildungsbedarf ergeben, ist dem Rechnung zu tragen. (2016, 2019)

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)

In allen Einrichtungen müssen Konzepte zur Gewaltprävention ausgearbeitet werden. Das Bekenntnis zu gewaltfreier Pflege muss in Leitlinien verankert sein. Praxisleitfäden zum Umgang mit Gewalt und Aggression sollten in allen Pflegeeinrichtungen aufliegen und mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßig besprochen werden. (2016, 2019)

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)

Arbeitgeber haben Schutzmaßnahmen zu treffen, welche die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten positiv beeinflussen. (2019)

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

Die Prävention hitzebedingter Erkrankungen und freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei gefährdeten Personen sowie die Betreuung hitzebedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen führen zu einem Mehraufwand, der bei der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden sollte. (2019)

KRANKENHÄUSER UND PSYCHIATRISCHE KLINIKEN

Lage

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

Bei der baulichen Gestaltung von Patientenzimmern und Sanitäranlagen muss auf den größtmöglichen Schutz und die Wahrung der Privat- und Intimsphäre der Patientinnen und Patienten Bedacht genommen werden. (2019)

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. Sanierungsmaßnahmen und Neubauten sind im Bereich der Psychiatrie in einem erheblichen Ausmaß erforderlich und ehestmöglich in die Wege zu leiten (2016, 2017, 2018)

Die Gestaltung der räumlichen Bedingungen und der organisatorischen Abläufe in psychiatrischen Institutionen kann maßgeblich zur Vermeidung von Gewalt und Aggression beitragen. (2014)

Bei kinderpsychiatrischen Abteilungen ist unter anderem auf Raumkonzepte mit an unterschiedliche Altersgruppen angepassten Bewegungsmöglichkeiten zu achten. 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, 2019)

Wohnungs- und Rehabilitationsangebote für chronisch psychisch Kranke müssen ausgebaut werden, um Hospitalisierungseffekten vorzubeugen. (2014)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

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)

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

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)

Für den ehebaldigen Ausbau adäquater Wohnformen und Betreuungsstrukturen für Menschen mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Beeinträchtigungen ist ein Etappen- und Finanzierungsplan auszuarbeiten. (2019)

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

Der Leitfaden „Hitzemaßnahmenplan für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne“ der MA 15 ist dem Personal sämtlicher Einrichtungen zur Kenntnis zu bringen. Es ist für die rasche Umsetzung der darin empfohlenen Maßnahmen Sorge zu tragen. Erforderlichenfalls sind weitere technische Maßnahmen (Einbau von Lüftungsanlagen etc.) zügig umzusetzen. (2019)

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)

Der Schutz von Frauen und Mädchen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ist entsprechend völkerrechtlichen Vorgaben und innerstaatlichen Regelungen umfassend zu garantieren. Zur Vermeidung von sexuellen Übergriffen in Krankenanstalten ist ein umfassendes präventives Konzept erforderlich. (2015, 2017)

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. Die Trennung dient auch der Vermeidung von Übergriffen auf Minderjährige. (2015, 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)

Die Wünsche und Bedürfnisse insbesondere unter 40-jähriger Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen und Privatkanneanstalten in Bezug auf eine sinnvolle Gestaltung der Tagesstruktur sind zu erheben. (2019)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Maßnahmen zur Förderung der Partizipation von Patientinnen und Patienten sind weiter auszubauen. Nur so ist gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten auf ihre Anliegen aufmerksam machen können. (2019)

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

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

Videoüberwachungen mit einer digitalen Aufzeichnung von Bilddaten sind der Datenschutzbehörde zu melden. 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. 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. Die Zustimmung zur permanenten Videoüberwachung ist von den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie von der Belegschaft der Gesundheitseinrichtung einzuholen und zu dokumentieren. 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. Orte, die zum höchstpersönlichen Lebensbereich zählen, dürfen nicht permanent videoüberwacht werden. Gleiches gilt für Arbeitsstätten, wenn die Überwachung zum Zweck der Mitarbeiterkontrolle erfolgt. (2018)

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

Das Tragen von Privatkleidung ist ein Recht der Patientinnen und Patienten. Das ständige Tragen von Anstaltskleidung ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig und ist daher unverzüglich an die Patientenvertretung zu melden. Die Anordnung, sowohl Anstaltskleidung als auch ein Chipband tragen zu müssen, stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Rechte der Patientinnen und Patienten dar. Technische Möglichkeiten sind zu prüfen, um Chipbänder in Zukunft personalisiert verwenden zu können. (2016, 2018, 2019)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Krankenhaussträger bzw. Psychiatrien müssen personell, konzeptuell und organisatorisch sicherstellen, dass es möglichst viele, hinsichtlich der Eingriffsintensität abgestufte Reaktionsmöglichkeiten gibt, bevor man Zwangsmaßnahmen setzt. Einvernehmliche Behandlungsübereinkünfte eignen sich auch dazu, die Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Zur Vermeidung bzw. Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist für eine engmaschige persönliche Betreuung mit hochfrequenten Gesprächskontakten und ausreichender Personalbesetzung zu sorgen. Die Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist durchgängig und nachvollziehbar zu dokumentieren. Die in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gesetzlich vorgesehenen zentralen Register zur Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sollten bundesweit rasch eingerichtet werden. (2013, 2014, 2017, 2018)

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. (2016, 2017)

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)

CPT-Empfehlungen aus dem Jahr 2015 zu Sitzwachen, Gangbetten und bezüglich der Einführung von Zentralregistern in psychiatrischen Anstalten sind umzusetzen. (2015)

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, 2016)

Bei Ablöse von Netzbetten müssen Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reflektiert und realisiert werden. (2014)

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. Mehrtägige Fixierungen sind aus menschenrechtlicher Sicht äußerst bedenklich und grundsätzlich zu vermeiden. In speziellen Sonderfällen ist eine lückenlose Dokumentation und Kontrolle sicherzustellen. (2014)

Werden Fixierungen als ultima ratio eingesetzt, dürfen diese von den Betroffenen nicht als Bedrohung empfunden werden bzw. Ohnmachtsgefühle und Angstzustände durch die Art, wie die Fixierung vorgenommen wurde, nicht verstärken. (2013)

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

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)

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 Krankenhäusern sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Anwendungsbereich des HeimAufG der Bewohnervertretung auch dann zu melden, wenn sie Personen betreffen, die während des Krankenhausaufenthaltes in einen finalen Zustand dauernder psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung mit einer voraussichtlich irreversiblen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit gelangen. (2018)

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

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)

Deeskalationsmanagement und mehrdimensionale Gewalt- und Sturzprävention dienen der Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. 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)

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)

Sicherungsmaßnahmen

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

Das Angebot an spezialisierten Nachbetreuungseinrichtungen für chronisch Kranke ist dringend auszubauen, 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 interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit auf Krankenstationen notwendig. (2018)

Die Anordnung einer Bedarfsmedikation muss präzise erfolgen und den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. (2017)

Sturzprävention: Alle Patientinnen und Patienten sollten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus hinsichtlich Sturzrisikofaktoren beobachtet und befragt werden. Erhebungen häufiger Sturzursachen sollen auf allen Stationen zur Risikominimierung regelmäßig erfolgen (feuchte oder rutschige Böden, schlechtes Licht, fehlende Haltegriffe, hohe Stufen etc.). Ein multiprofessionelles Team soll Maßnahmen planen, Informationen erteilen und therapeutische Interventionen veranlassen. (2014)

Orientierungstrainings, Körperübungen, Investitionen in Niederflurbetten, Betten-, Sessel- und Mattenalarme, individuell angepasste Hüftprotektoren, Seh- und Ganghilfen tragen zur Sturzvermeidung bei. (2014)

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

Personal

Für eine adäquate medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal zur Verfügung zu stellen. (2019)

Es sind ausreichend finanzielle Mittel zur vermehrten Anstellung von Amtsärztinnen und Amtsärzten bereitzustellen. (2019)

In den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen muss mehr Personal bereitgestellt werden, um sämtlichen Patientinnen und Patienten regelmäßig begleitete Ausgänge ins Freie zu ermöglichen. (2019)

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

Bei Teamänderungen und Nachbesetzungen von offenen Stellen ist darauf zu achten, dass die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeitgerecht eingeschult werden. Das ist eine Voraussetzung für eine kontinuierliche adäquate Betreuung der Patientinnen und Patienten. (2019)

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)

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

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

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)

Im Sinne einer umfassenden Gewaltprävention sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenanstalten mit Patientenkontakt Deeskalationsschulungen absolvieren. Personalbezogene, organisatorische und patientenbezogene Strategien müssen bei der Gewaltprävention ineinandergreifen. (2016,2017)

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass das Personal über die rechtlichen Gegebenheiten und daraus resultierende (Dokumentations-)Pflichten bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen hinreichend informiert ist. (2019)

Die Beweissicherung durch Medizinerinnen und Mediziner im Krankenhaus muss opfersensibel und umfassend erfolgen. (2015)

Fachkompetente Unterstützung potenzieller Opfer ist bereits im Rahmen der Verdachtsabklärung, aber auch darüber hinaus, zu gewährleisten, wenn sich Vorwürfe gegen Spitalpersonal richten. (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. (2015, 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 Beratungsangebotsollten ausgebaut werden. (2016)

Bundesweite Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften sind im Sinne der Empfehlungen des CPT zu entwickeln. (2015)

Der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die eine zwangsweise Unterbringung veranlassen können, sollte im Wege einer Novellierung des § 8 UbG erweitert werden. (2016, 2019)

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

Mehr Ausbildungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und Fachärzte im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie sind zur Abdeckung des steigenden Bedarfs und angesichts der Ausweitung des Leistungsangebotes im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend erforderlich. (2014, 2016, 2017)

Der Bedarf im ambulanten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann durch die bestehenden Einrichtungen und die derzeitige Personalausstattung nicht gedeckt werden. Um ein flächendeckendes Behandlungsangebot sicherzustellen, ist daher in diesen Einrichtungen das ärztliche Personal aufzustocken. Darüber hinaus müssen Kassenplanstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie geschaffen werden. (2017, 2019)

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)

Für eine adäquate Transitionspsychiatrie ist eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie sowie dem therapeutischen und pflegerischen Personal erforderlich. Dafür bedarf es ausreichender finanzieller Mittel, um die notwendigen personellen Ressourcen zu gewährleisten. (2019)

Rückführung und Entlassungsmanagement

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

Es muss bundesweit sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten nach einer stationären psychiatrischen Behandlung extramural weiterbetreut werden können, um medizinisch nicht indizierte Spitalsaufenthalte zu vermeiden. (2019)

Es ist darauf zu achten, dass Nachbetreuungseinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit speziellen Bedürfnissen eingerichtet werden, die über ausreichendes Personal zur individuellen Betreuung dieser Personen verfügen. (2019)

EINRICHTUNGEN DER KINDER- UND JUGENDHILFE

Bauliche Ausstattung

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

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

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

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Das Leben vieler Minderjähriger ist von Beziehungsabbrüchen, Gewalt, Missbrauch, sozialer Deprivation, Vernachlässigung und Traumatisierungen geprägt. Auf diese biografischen Vorbelastungen muss in den Einrichtungen Rücksicht genommen werden. (2019)

Minderjährige sind besonders schützenswert, auf ihre angemessene Unterbringung muss geachtet werden. Für den Schutz jüngerer Kinder muss gesorgt werden. (2019)

Länderweise Unterschiede bei den Vorgaben zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Institutionen sind zu beseitigen. (2019)

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

Krisenplätze müssen dem Bedarf entsprechend ausgebaut werden. Krisenabklärungsplätze müssen dringend ausgebaut werden. (2018) Für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen bzw. posttraumatischen Belastungsstörungen muss es in ganz Österreich Krisenzentren geben. Die Maßnahmen zur Entlastung der Wiener Krisenzentren müssen verstärkt werden. (2017, 2019)

Spezielle Krisenunterbringung für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen sollten eingerichtet werden. (2015)

Der NPM fordert den weiteren Ausbau präventiver Maßnahmen, wie ambulanter familienunterstützender Hilfen, zur Vermeidung bzw. Verkürzung der Fremdunterbringungen von Minderjährigen. Ktn, Sbg und Stmk müssen den Weg des verstärkten Einsatzes ambulanter Unterstützungen fortsetzen. Wien muss das Angebot an ambulanten Hilfen ausbauen, insbesondere für spezifische Zielgruppen mit höheren Risikofaktoren. (2017, 2018, 2019)

Hilfen für junge Erwachsene müssen in Wien, NÖ und Bgld ausgebaut werden. Das Höchstalter für Hilfen sollte in ganz Österreich angehoben werden. (2019)

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

Der NPM empfiehlt allen öffentlichen und privaten Kinder- und Jugendhilfeträgern, das Handbuch „Qualitätsentwicklung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ bei der Implementierung interner Qualitätsmanagementsysteme heranzuziehen. Den Fachaufsichten der Länder wird empfohlen, bei Kontrollen den im Handbuch beschriebenen Qualitätsbereichen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. (2018)

Die von FICE Austria publizierten „Qualitätsstandards für Prozesse der Unterbringung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen“ sollen von allen Landesregierungen aufgegriffen und in Kooperation mit den Dienstleistern zur Weiterentwicklung genutzt werden. Die Länder müssen im Wege der Fachaufsicht die Umsetzung dieser Qualitätsstandards kontrollieren. (2019)

Die Einhaltung von behördlichen Auflagen muss in Problemeinrichtungen engmaschig überwacht werden. Die Wirksamkeit der Fachaufsichten in „Problemeinrichtungen“ muss gesteigert werden. Kontrollen sollten dort auch unangekündigt erfolgen. (2016, 2018)

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. Die mit den Einrichtungen vereinbarten Tagsätze müssen bedarfsgerecht erhöht werden. Das Land Bgld muss die Tagsätze anheben. Zum Schutz und zum Wohl der Kinder und Jugendlichen ist es dringend erforderlich, dass das Land Ktn die VO zum KJHG erlässt. (2016, 2017, 2018, 2019)

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

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. 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)

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

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

Gewaltschutzkonzepte und sexualpädagogische Konzepte müssen in allen WGs vorliegen und umgesetzt werden. Gewaltpräventive und sexualpädagogische Konzepte müssen in allen Bundesländern eine Bewilligungsvoraussetzung für sozialpädagogische Einrichtungen sein. Die Umsetzung dieser Konzepte ist durch die Fachaufsichten der Länder zu überprüfen. Mängel in der Ausbildung zum Thema Gewaltprävention müssen durch regelmäßige Schulungen behoben werden. (2015, 2017, 2018, 2019)

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

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. Bei ihrer Betreuung muss das Kindeswohl im Zentrum stehen. 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. Die Finanzierung der UMF- Betreuungseinrichtungen und die Standards der Grundversorgung sind an jene der sozialpädagogischen Einrichtungen anzugleichen. (2014, 2015, 2017, 2018, 2019)

Massenquartiere sind für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) und Asylwerbende ungeeignet. UMF sind in Wohngruppen unterzubringen; spezielle Betreuungsplätze für mehrfach und schwer traumatisierte minderjährige Flüchtlinge müssen geschaffen werden. Für UMF und junge Erwachsene mit besonderem Bedarf müssen spezialisierte Unterbringungsformen mit entsprechender Betreuung vorhanden sein und Kriseninterventionen bereitgestellt werden. (2015, 2016, 2019)

Tagessätze für UMF-Einrichtungen müssen an das Niveau der Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen 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)

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. Über diese Sitzungen sind Protokolle anzufertigen und partizipativ beschlossene Entscheidungen sind umzusetzen. (2016, 2017)

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 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. Alle Länder müssen ihrer Versorgungsverantwortung durch geeignete Einrichtungen selbst nachkommen, um nicht im Kindeswohl gelegene Beziehungsabbrüche zu vermeiden. Die Länder als Kinder- und Jugendhilfeträger haben für einen bedarfsgerechten Ausbau eigener Betreuungsstrukturen vorzusorgen. Der Anteil an fremduntergebrachten Minderjährigen aus anderen Bundesländern sollte möglichst gering sein. Für die Aufnahme von Kindern aus anderen Bundesländern soll eine Obergrenze eingeführt werden. (2014, 2017, 2018, 2019)

Der NPM fordert den weiteren Ausbau ambulanter familienunterstützender Hilfen zur Vermeidung bzw. Verkürzung der Fremdunterbringungen von Minderjährigen. Kinder sollen im eigenen Bundesland betreut werden, sofern nicht im Interesse des Kindeswohls eine andere Lösung zweckmäßiger ist. Ein Mangel an speziellen Plätzen darf nicht Grund für eine Unterbringung außerhalb des eigenen Bundeslandes sein. (2014, 2019)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

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

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)

Leistungsbezogene Tagessätze und regelmäßige Anpassungen sind einzuführen. (2016)

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

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)

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

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

Eine gewaltfreie Erziehung für alle Minderjährigen muss umfassend sichergestellt werden. (2014)

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

Pädagogische Konsequenzen als Reaktion auf Fehlverhalten dürfen weder überschießend noch entwürdigend sein. Entwürdigende Strafen als pädagogische Maßnahmen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind i.S.d. Art. 3 EMRK verboten. (2013, 2015, 2017)

Die Verhängung von Gruppenstrafen ist unzulässig. Ein individueller Umgang mit Regelverstößen ist notwendig. Wiedergutmachungsmodelle als Alternative zu Sanktionssystemen sind zu etablieren. (2013, 2015)

Gesundheitswesen

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)

Eine Bedarfsmedikation darf nicht von pädagogischem Personal verabreicht werden. (2014)

Besondere Vorsicht und Aufklärung bei Medikamenten im Off-Label-Use ist notwendig. (2014)

Personal

Personalressourcen müssen qualitativ und quantitativ dem Betreuungsbedarf entsprechen. Für eine Vollbesetzung der Stellen ist durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu sorgen. Lösungen zur Vermeidung einer hohen Personalfuktuation müssen gefunden werden, um den für das Kindeswohl abträglichen häufigen Wechsel an Bezugspersonen zu vermeiden. Fluktuationsursachen mussvorgebeugt werden. (2016, 2017, 2019)

Bei inklusiven Gruppen muss dem höheren Personalbedarf Rechnung getragen werden. (2019)

Das Angebot an speziellen Plätzen für Minderjährige mit psychiatrischem Betreuungsbedarf muss weiter erhöht werden. (2019)

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

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)

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. Verpflichtende Fortbildungen des Personals zum Thema Sexualpädagogik sind in allen Einrichtungen wiederkehrend notwendig. Der NPM fordert, das Vorhandensein eines sozialpädagogischen Konzeptes als Bewilligungsvoraussetzung zu statuieren. (2014, 2016, 2017)

Das Personal der Einrichtungen muss über die gesetzeskonforme Umsetzung des HeimAufG informiert werden. (2018) Weitere Schulungen des Personals zum HeimAufG sind in vielen Einrichtungen notwendig. (2019)

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

Neue Träger müssen bei Übernahme von WGs unterstützt werden, um Missstände schnellstmöglich zu beseitigen. (2019)

Wissenschaftlich begleitete Kinder- und Jugendhilfeplanungen der Länder müssen Versorgungsdefizite und Maßnahmen zu deren Behebung erfassen. (2014)

Hilfeangebote sind auch im Rahmen der vollen Erziehung in Einrichtungen zu individualisieren. (2014)

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)

Rückführung und Entlassungsmanagement

Vermehrte Rückführungen durch gezielte Arbeit mit den Familien spart langfristig Kosten. (2019)

Aufsuchende und aktivierende Familienarbeit muss vermehrt eingesetzt werden. (2019)

Für Elternarbeit in den WGs müssen zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. (2019)

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

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. 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)

Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist bei allen Budgetplanungen als Grundprinzip zu berücksichtigen. Der NPM fordert Bundes- und Landesgesetzgeber auf, das derzeitige Förder- und Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung grundlegend neu zu gestalten. (2017, 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)

Verstärkte Anstrengungen sind zu unternehmen, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit schwersten psychischen Erkrankungen oder seelischen Beeinträchtigungen bundesweit zu fördern. Eine adäquate psychiatrische Betreuung und eine spezifische Förderung sind sicherzustellen. Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen müssen dabei im Vordergrund stehen. (2015, 2016, 2018)

Partizipation bedeutet Mitwirkung an politischen Entscheidungsprozessen; die dafür notwendigen Rahmenbedingungen sind in den Einrichtungen sicherzustellen. (2019)

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)

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

Es braucht entsprechend neue und flexiblere Strukturen für ältere Menschen mit Behinderungen, insbesondere in Bezug auf Wohnen, Beschäftigung und Freizeit. Selbstbestimmte Lebensgestaltung muss auch für Menschen mit Behinderungen im Alter möglich sein. Strikte Anwesenheitsvorgaben in Werkstätten stehen dem jedenfalls entgegen. (2015)

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

Der Geltungsbereich von Chancengleichheitsgesetzen ist auf die Unterbringung von Menschen mit

einer psychischen Erkrankung, aber auch auf Personen mit Substanzgebrauchsstörungen auszuweiten. (2017)

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)

In Wohneinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und Suchterkrankungen müssen Rehabilitation und Habilitation durch ausreichende Ressourcen ermöglicht werden. (2015)

Der Behindertenrechtsausschuss der UN hat nach der österreichischen Staatenprüfung im Rahmen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zuletzt empfohlen, dass Österreich weitere Maßnahmen ergreifen soll, „um Frauen, Männer, Mädchen und Buben mit Behinderungen vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen“. Dies fordert auch der NPM ein. (2014)

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. Schutz vor menschenunwürdiger oder erniedrigender Behandlung muss rasch einsetzen, umfassend ausgestaltet und wirksam sein. (2015, 2016)

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)

Die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Forschungsstudie sollten in allen Bundesländern vorgestellt und von Landesregierungen und Einrichtungen aufgegriffen werden. Strategien zu Gewaltprävention und Gewaltschutz sind weiterzuentwickeln. Außerdem sind die Forschungsergebnisse und Informationen über Gewaltformen und Gewaltschutz auch Menschen mit Behinderung und ihren Vertretungen barrierefrei zugänglich zu machen, sodass sie im Bedarfsfall wissen, wo sie intern und extern Unterstützung bekommen. (2019)

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

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. Partizipativ entwickelte sexualpädagogische Konzepte sollten Voraussetzung für die Bewilligung bzw. den Betrieb von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche sein. (2017, 2018)

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

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

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

Einrichtungsträger müssen eine qualifizierte Betreuung erbringen und diese an den Wünschen und

Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung ausrichten. Reine Beschäftigungstherapie ohne Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen ist unzulässig. (2019)

Die Integration in Normalarbeitsplätze muss ausreichend gefördert werden und der Lohn in Tagesstrukturen/Beschäftigungswerkstätten muss den Erwerb sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche gewährleisten. 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)

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)

Eine transparente finanzielle Gebarung sollte eine Grundvoraussetzung für den Erhalt staatlicher Förderungen sein; gemeinnützige GmbHs sind zu einer doppelten Buchführung und einer Bilanzierung verpflichtet. (2019)

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

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)

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

Wenn Freiheitsbeschränkungen vermeintlich dem Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung dienen, ist immer besondere Achtsamkeit und eine Prüfung von Alternativen notwendig. (2014)

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)

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)

Die Verhängung eines Betretungsverbot es gegenüber Menschen mit Behinderungen aus vollstationären Einrichtungen ist nur nach Ausschöpfung sämtlicher gelinderer Mittel und unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips zulässig. (2019)

Präventive Maßnahmen sollen Gewalteskalationen und polizeiliche Interventionen in Einrichtungen möglichst vermeiden. Voraussetzung dafür sind allgemeine und individuelle Kriseninterventionspläne sowie fachlich spezialisiertes und in Gewaltprävention geschultes Personal. (2019)

Bei Verhängung eines Betretungsverbot es haben die Länder ihrer Verantwortung für die Wohnversorgung und Betreuung für Menschen mit Behinderung auch dann nachzukommen, wenn gesetzliche Vertretungen mit dem Wirkungskreis „Wohnplatzsuche“ betraut wurden. Dazu müssen Krisenplätze für Menschen mit Behinderung in ausreichender Anzahl bereitgestellt werden. Durch eine Koordinierungsstelle und einen 24-Stunden-Notruf müssen die weitere Unterbringung und Betreuung umgehend gewährleistet werden. (2019)

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

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

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)

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 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)

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)

Da Kommunikationsbarrieren abgebaut werden müssen, ist der Einsatz von unterstützter Kommunikation im Bedarfsfall – insbesondere im Bereich der Schmerzdiagnose – unbedingt notwendig. Assistierende Technologien (z.B. Apps für Arztgespräche in Gebärdensprache) sollten weiterentwickelt und bundesweit zugänglich gemacht werden. (2015, 2017)

Praktische Hygienehilfsmittel können einen Beitrag zur eigenständigen Lebensführung von Menschen mit Behinderung leisten. Solange keine ansteckenden oder immunschwächenden Erkrankungen bekannt sind, müssen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung keine speziellen Hygienemaßnahmen befolgt werden. Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Wahl von Hygieneartikeln sind zu beachten. (2019)

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)

Komplexere Krankheitsbilder und Mehrfachbehinderungen erfordern oft eine speziell optimierte Versorgung. Das darf keine Ressourcenfrage sein. Die Persönlichkeitsentwicklung psychisch oder körperlichschwer 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 selbsterkunden zu können.

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)

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)

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

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

Nachbetreuungseinrichtungen für Suchterkrankte haben ein standardisiertes Krisen- und Entlassungsmanagement mit funktionierenden Schnittstellen zu höherwertigen Versorgungsangeboten in Spitälern zu implementieren. Die auszeichnende Behandlung komorbider Störungen bzw. Erkrankungen hat integrativer Bestandteil solcher Behandlungskonzepte in Nachsorgeeinrichtungen zu sein. (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)

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

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)

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

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

Lage – Bauliche Ausstattung

Untersuchungs- und Strafgefangene sind in getrennten Abteilungen anzuhalten. Beschuldigte Ersttäter dürfen nicht mit Strafgefangenen gemeinsam untergebracht werden. (2018)

Jede (auch kurzfristige) Anhaltung jugendlicher U-Häftlinge mit Erwachsenen ist zu vermeiden.

Jugendliche sind von erwachsenen Inhaftierten zu trennen. Sie sind so unterzubringen, dass ein schädlicher Einfluss oder eine sonstige Benachteiligung der bzw. des jugendlichen Gefangenen durch erwachsene Gefangene verhindert wird. Gleichzeitig ist eine Isolierung der bzw. des Jugendlichen zu vermeiden. (2019)

Erfolgt der Maßnahmenvollzug in Justizanstalten, müssen Abteilungen dafür baulich vom Strafvollzug getrennt sein. (2018)

Die Unterbringung im Maßnahmenvollzug sollte möglichst in einem Einzelzimmer erfolgen. (2019)

In jeder Justizanstalt ist zumindest ein Hafräum einzurichten, der ebenso wie der dazugehörige Sanitärraum barrierefrei erreichbar und rollstuhlgängig ausgestattet ist. (2018)

In unmittelbarer Nähe des Eingangsbereichs jeder Justizanstalt sollte zumindest ein Parkplatz für Menschen mit Behinderung sein.

Um den täglichen Aufenthalt auch bei Schlechtwetter zu ermöglichen, sollen die Höfe der Justizanstalten zumindest zum Teil überdacht sein.

Alle Hafräume müssen über ausreichend Licht zum Lesen und über Tageslicht verfügen. (2015, 2017)

(Warte)Hafräume sind mit einer adäquaten Sitzmöglichkeit auszustatten. (2019)

Die Unterbringung von zwei oder mehreren Personen in einem Hafräum, in dem die Toilette nur durch einen oben und unten offenen Sichtschutz vom übrigen Hafräum abgeteilt ist, verletzt das Gebot zur Achtung der Menschenwürde. Neben dem Sichtschutz soll es eine Abluftanlage geben.

Alle Mehrpersonenhafräume sind mit sperrbaren Spinden bzw. Fachanlagen auszustatten. (2014, 2016)

Sämtliche Standardhafräume sollen nach Maßgabe der Hafräumgröße über einen Kühlschrank oder eine adäquate Kühlmöglichkeit für Lebensmittel verfügen.

Besonders gesicherte Hafräume müssen über eine gefahrenfrei benutzbare Sitz- und Liegemöglichkeit verfügen. (2015)

Abgenutztes Zellenmobiliar ist in regelmäßigen Abständen zu erneuern.

In den Gemeinschaftsbädern bzw. -duschen ist ein Sichtschutz bzw. eine Abtrennung zwischen den einzelnen Duschen anzubringen. Zudem ist in diesen Anlagen eine Notruffaste zu installieren. (2018)

Für Harnabgaben bei Verdacht eines Substanzmissbrauchs sollen Toiletten mit einem Spiegel ausgestattet sein. Zur Wahrung der Intimsphäre der Probanden ist zudem ein Sichtschutz zu einem angrenzenden Wartebereich anzubringen.

Sporträumlichkeiten sollen leicht belüftbar sein.

Insassen, die dem Arzt vorgeführt werden, sollen bis zum Aufruf eine adäquate Sitzmöglichkeit haben.

Untersuchungsräumlichkeiten im Bereich der Ordination müssen mit einem Notrufsystem ausgestattet sein. (2016)

In allen Justizanstalten sollen adäquate (Langzeit-)Besuchsräumlichkeiten zur Verfügung stehen. (2018). Besuche mit Kindern sollen in einem familienfreundlichen Ambiente stattfinden. (2017)

Bei Tischbesuchen dürfen Tische nicht so groß sein, dass die Distanz so groß ist wie bei Glasscheibenbesuchen.

Den Bediensteten sollen geeignete Sozial- und Ruheräume zur Verfügung stehen. Weibliche Bedienstete müssen eigene Ruhe- und Sanitärräume (Duschen) haben.

Extramurale Einrichtungen sollten über ein Türschild verfügen, um Erstbesucher nicht suchen lassen zu müssen. (2019)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

Ein Haftraum soll mit höchstens vier Insassen belegt werden. (2019)

Einzelhafträume sind, wenn nicht vollzugliche Umstände für ihre Belegung sprechen, nach objektiven Kriterien (Wartedauer, Mitwirken an den Zielen des Vollzugs) zu vergeben.

Inhaftierten soll in den Hafträumen ausreichend individueller Lebensraum zur Verfügung stehen. Die maximale Belagsfähigkeit von Hafträumen ist periodisch zu überprüfen und gegebenenfalls zu reduzieren (2017)

Es ist Aufgabe der Vollzugsverwaltung, adäquate, menschenwürdige Lebens- und Aufenthaltsbedingungen jenen Untergebrachten im Maßnahmenvollzug zur Verfügung zu stellen, von denen eine Entlassung nicht mehr erwartet werden kann. (2019)

Matratzen, Decken und Pölster der Hafträume sollen monatlich auf ihren hygienischen Zustand überprüft, in regelmäßigen Zyklus gereinigt und bei Bedarf ersetzt werden.

Ein Versperren der Hafträume während der Zeit der Einnahme des Essens ist zu vermeiden.

Speisepläne sollen abwechslungsreich sein und auf rituelle Gebote wie Lebens- und Ernährungsgewohnheiten Bedacht nehmen. Sie sollen sicherstellen, dass Insassen regelmäßig und ausreichend vitaminreiche Kost (frisches Obst) erhalten.

Das Essen ist zu üblichen Tageszeiten für die Einnahme dieser Mahlzeit auszugeben. Die übliche Tageszeit für die Einnahme des Mittagessens ist zwischen 11:00 und 14:00 Uhr und des Abendessens zwischen 17:00 Uhr und 19:00 Uhr. (2018)

Allen Angehaltenen ist es zu gestatten, ihren religiösen und geistlichen Bedürfnissen nachzukommen, insbesondere durch den Besuch von Gottesdiensten oder Zusammenkünften in der Haftanstalt. (2016)
Soweit möglich, ist auf rituelle Speisegebote Rücksicht zu nehmen. (2013)

Insassen müssen die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft nicht bescheinigen, um ein Recht auf rituelle Verpflegung zu haben.

Shampoo und Duschgel sind Hygieneartikel, die Inhaftierten im Rahmen des Zugangspaketes zur Verfügung gestellt werden sollen.

Der Inhalt des Zugangspaketes soll an das Geschlecht der Insassen angepasst sein. Durch eine Kontrolle und Ausgabe durch Bedienstete der Frauenabteilung soll dies gewährleistet werden.

Personen, die nicht in der Lage sind, einer angemessenen Körperhygiene nachzukommen und ihren Haftraum selbständig zu reinigen, sollen ausreichend Unterstützung erhalten. (2016)

Aus hygienischen Gründen sollten allen Insassen und Insassinnen Einweghandschuhe bzw. Gummihandschuhe für die Zellenreinigung zur Verfügung gestellt werden. Diese gehören zu den Putzutensilien.

Der Aufenthalt im Freien beträgt täglich mindestens eine Stunde bei Erwachsenen und zwei Stunden bei Jugendlichen. Die Zeit des Vor- und Abführens ist dabei nicht einzurechnen. (2014, 2019)

Insassinnen und Insassen sollen zu einer Bewegung im Freien motiviert werden. (2018)

Der Aufenthalt im Freien dient der Gesundheit der Insassen und soll zur Bewegung genutzt werden. Telefonieren soll auf der Abteilung möglich sein. (2019).

Entfällt der Hofgang wegen Schlechtwetters, 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 gewähren. Einschusszeiten von bis zu 23 Stunden täglich sind unhaltbar. (2016).

Alle Insassen sollen einen angemessenen Teil des Tages (8 Stunden oder mehr) außerhalb ihrer Hafträume verbringen und sich mit verschiedenartigen sinnvollen Aktivitäten beschäftigen können. (2018)

Die Haftraumöffnungszeiten des gelockerten Vollzugs sind insbesondere für unbeschäftigte Inhaftierte ehestmöglich auszuweiten.

Auf ein möglichst vielfältiges Sportangebot soll Wert gelegt werden. Ein Sportraum sollte zumindest mit einem Cardiogerät auszustatten sein.

Die in einem Erlass des BMVRDJ festgelegten Mindeststandards für den Frauenvollzug müssen so rasch wie möglich umgesetzt werden. (2016) Die Konzepte der Frauenabteilungen sind einer jährlichen Überprüfung zu unterziehen. (2019)

Die Mindeststandards für den Frauenvollzug sehen eine Anhaltung im Wohngruppenvollzug vor. Eine Anhaltung im geschlossenen Vollzug darf nur noch im begründeten Einzelfall erfolgen.

Die Hafträume auf den Frauenabteilungen sind an Wochentagen, Wochenenden und Feiertagen grundsätzlich ganztägig offen zu halten. (2018)

Frauen sollen gleichberechtigt Zugang zu Freizeitangeboten und sportlichen Aktivitäten erhalten. (2014, 2018). Der Sportraum sollte von ihnen im gleichen zeitlichen Ausmaß nutzbar sein wie von männlichen Insassen. (2019)

Auf den Frauenabteilungen sind regelmäßig betreute Freizeitaktivitäten anzubieten. (2019)

Es ist sicherzustellen, dass dem erhöhten Bedürfnis an Hygiene bei Frauen während der Zeit der Menstruation Rechnung getragen wird. Insassinnen sollen über zusätzliche Duschkmöglichkeiten während der Menstruation informiert werden. (2019)

Die geringe Anzahl an weiblichen Jugendlichen in Haft kann keine Rechtfertigung für schlechtere Haftbedingungen sein. (2016).

Um gewaltsamen Übergriffen zwischen jugendlichen Inhaftierten vorzubeugen, ist ein strukturierter und ausgewogener Tagesablauf mit kurzen Einschusszeiten zu etablieren. (2015)

Der Jugendvollzug ist als Wohngruppenvollzug zu führen. (2019)

Alle Einrichtungen, in denen Jugendliche angehalten werden können, sollten ein Betreuungskonzept vorlegen, das zumindest die grundsätzlichen Abläufe regelt. (2019)

Alle Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung sind im Wohngruppenvollzug unterzubringen. Nur im begründeten Ausnahmefall soll davon abgegangen werden können. (2018)

Kontakt nach außen

Wäschepakete sollen in alle Justizanstalten sowohl postalisch (mittels Post oder privaten Zustelldiensten) übersandt als auch persönlich abgegeben werden können. (2018)

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, 2018, 2019) Die Ausweitung der Besuchsmöglichkeit auch auf Sonntage ist anzustreben.

Auch Untersuchungsgefangene sollen am Abend oder zum Wochenende besucht werden können. (2018)

Internettelefonie und Videobesuch sollen ehestmöglich österreichweit eingeführt werden. (2015, 2016)

In Notfällen sollte die Kontaktaufnahme mit Angehörigen bzw. sonstigen Vertrauenspersonen auch kostenlos ermöglicht werden

Besuche sollen so gestaltet sein, dass Gefangene Familienbeziehungen so normal wie möglich pflegen können. Besuche mit Kindern sind möglichst kinderfreundlich zu gestalten. (2019)

Tischbesuche sollen ohne physische Barrieren und mit der Möglichkeit eines Körperkontaktes durchgeführt werden (2019)

Nummernsysteme, wie es sie bei vielen Dienstleistungseinrichtungen gibt, helfen bei der Besuchsabwicklung. Sie sollten in den Besucherzonen großer Justizanstalten zum Einsatz gelangen.

Ausführungen von Jugendlichen sind grundsätzlich in Zivilkleidung durchzuführen.

In geschlossenen Abteilungen von Krankenanstalten muss sichergestellt werden, dass Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, in denen Strafgefangene Besuche empfangen können

Ob eine Besuchseinschränkung für Minderjährige in einer öffentlichen Krankenanstalt für Psychiatrie erforderlich ist, ist im Einzelfall zu prüfen. (2017)

Auch in Nachsorgeeinrichtungen sollten unmündige Minderjährige in Begleitung von Erwachsenen Klientinnen oder Klienten besuchen dürfen.

Recht auf Privatsphäre

Eine Leibesvisitation einschließlich einer Besichtigung von normalerweise bedeckten Körperöffnungen darf ausnahmslos unter besonderen Umständen und bei konkreten und ernsten Verdachtsmomenten angeordnet werden. Unnötige, routinemäßige Nacktinspektionen wie Kontrollen von normalerweise bedeckten Körperöffnungen sind unmenschlich bzw. erniedrigend. (2019)

Personsdurchsuchungen, die mit einer Entblößung verbunden sind, haben bei Anwesenheit zweier Bediensteter des Geschlechtes der bzw. des Strafgefangenen und in Abwesenheit von Mitgefangenen und Personen des anderen Geschlechtes zu erfolgen. Sie sind so durchzuführen, dass sich die zu durchsuchende Person nicht vollständig entkleiden muss. Anlass und Art der Vornahme sind schriftlich zu dokumentieren. (2015, 2017, 2019)

Räume, in denen eine Personsdurchsuchung mit einer körperlichen Entblößung durchgeführt wird, haben uneinsehbar zu sein, sodass das Ehrgefühl der zu durchsuchenden Person nicht verletzt wird. (2018); sie sollen nicht videoüberwacht sein. (2019)

Eine Leibesvisitation in einem Raum mit einer Kamera, von der die zu durchsuchende Person nicht weiß, ob sie eingeschaltet ist, widerspricht dem Schonungsprinzip.

Alternative Methoden, beispielsweise mittels Körperscanner, sollen (mit Entkleidung verbundene körperliche) Durchsuchungen ersetzen. (2019)

Auf den Bildern einer Überwachungskamera im Sanitärbereich dürfen Personen nur schemenhaft bzw. verpixelt erkennbar sein.

Inhaftierten ist die Möglichkeit einzuräumen, der (indirekten) Beobachtung bei einer Harnabgabe (über einen Spiegel) durch eine vorherige körperliche Durchsuchung zu entgehen.

Die Überwachung sämtlicher (Nass-)Räume mittels Infrarotkamera verletzt das Grundrecht auf Achtung der Privatsphäre.

Die Videoüberwachung der Toilette im Isolierzimmer gehört verpixelt. (2019)

Eine ständige Videoüberwachung in Patientenzimmern ist unverhältnismäßig. Für die Patientin bzw den Patienten muss klar erkennbar sein, wann die Kamera ein- bzw. ausgeschaltet ist. (2019)

Die Kameraüberwachung von allgemein zugänglichen Teilen einer Nachsorgeeinrichtung ist schon im Eingangsbereich durch Schilder kenntlich zu machen.

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)

Die Telefonapparate sind so zu platzieren, dass bei ihrer Benützung die Privatsphäre gewahrt werden kann. Gegebenenfalls sind Telefonhörschutzmuscheln zu installieren.

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

Betriebe in den JA sollen durchgehend geöffnet sein. Die Arbeitsmöglichkeiten auch für Untersuchungshäftlinge sind auszubauen. (2017)

Mithilfe eines Personalpools für die Betriebe und Werkstätten, bestehend aus Exekutivbediensteten und zivilen Fachkräften, können Schließtage reduziert werden. (2018). Die Anstellung von externen Fachkräften in den Betrieben ist weiter auszubauen. Zusätzliches Personal ist erforderlich, um die Einschlusszeiten zu verringern und die Beschäftigungsquote zu erhöhen. (2019)

Das Arbeitsangebot für weibliche Inhaftierte ist auszuweiten und ihnen zu ermöglichen, verschiedene Beschäftigungsarten in unterschiedlichen Betrieben kennen zu lernen. (2018). Die gemeinsame Beschäftigung von Männern und Frauen ist zu forcieren. (2014, 2015, 2018)

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

Jugendliche sollen in einem ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Beruf ausgebildet werden. Lehrangebote sollen dem Bedarf wie den Interessen der Jugendlichen entsprechen. Weibliche Jugendliche dürfen dabei nicht benachteiligt werden. (2019)

Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um jungen Erwachsenen zeitnahe Zugang zu geeigneten (Weiter)Bildungsprogrammen zu verschaffen.

Die Möglichkeit, Sport auszuüben, ist ein wichtiger Teil im Aktivitätenprogramm jugendlicher Inhaftierter. (2016)

Das Jugendkonzept einer Justizanstalt hat die besonderen Bedürfnisse von weiblichen Jugendlichen zu berücksichtigen und die Integration von weiblichen Jugendlichen in die sozialpädagogische Betreuung sowie die Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten der männlichen Jugendlichen zu beinhalten. (2019)

Für weibliche Jugendliche sind (sozialpädagogische) Betreuungskonzepte festzulegen. (2018)

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

Ein gänzlich Verbot des Internet Zugangs und der PC-Nutzung ist nicht rechtfertigbar. Zu Fortbildungszwecken sollte es einen missbrauchssicheren Zugang zum Internet geben. (2014)

Zugang zu Informationen innerhalb der Einrichtungen

Information soll in einer den Inhaftierten geläufigen Sprache und damit „verständlich“ erfolgen. (2013)

Verhaltensregeln müssen klar und einfach formuliert sein, um sich den Anordnungen entsprechend verhalten zu können. (2018)

Die Hausordnung ist den Inhaftierten nicht nur auf Deutsch, sondern auch in einer ihnen verständlichen Sprache, erforderlichenfalls ergänzt um Piktogramme, auszufolgen. (2015)

Insassen müssen, um sich entsprechend verhalten zu können, Zugang zur Hausordnung haben.

Jugendlichen sind die Regeln und Normen nicht nur mündlich mitzuteilen sondern zusätzlich auch schriftlich zur Verfügung stellen. (2019)

Aushänge sollen im Falle einer Rechtsänderung rasch angepasst werden. (2014)

Inhaftierte sind nicht für Übersetzungsdienste heranzuziehen. Bei Verständigungsschwierigkeiten sind ausgebildete Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher beizuziehen. (2016)

Die im medizinischen Bereich, bei Ordnungsstrafverfahren sowie Betreuungsgesprächen zur Verfügung stehenden Videodolmetsch-Systeme sind ausnahmslos zu verwenden. Auf Inhaftierte soll nicht zurückgegriffen werden. (2019)

Auch Außenstellen der Justizanstalten sind mit einem Videodolmetsch-System auszustatten. (2018)

Der Einsatz des Videodolmetsch-Systems ist in der Integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) zu dokumentieren. (2019)

Um eine uneinheitliche Strafpraxis zu vermeiden, ist die Erstellung eines österreichweit geltenden Katalogs bzw. von Richtlinien für vergleichbare Ordnungswidrigkeiten mit einheitlichen Ordnungsstrafen geboten. Inhaftierte sollen wissen, bei welchem Fehlverhalten sie mit welcher Strafe zu rechnen haben. (2014)

Es ist durch ein standardisiertes Verfahren sicherzustellen, dass der Anstaltsleiter umfassend über alle Misshandlungsvorwürfe von Justizwachbeamten an Inhaftierten informiert ist.

Beschwerdemanagement

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

Patienten im Maßnahmenvollzug sollen dieselbe Rechtsvertretung durch Patientenanwälte haben wie bei Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz. (2017)

Die Rechtmäßigkeit einer zwangsweisen Untersuchung oder Behandlung sollte vom (Vollzugs)Gericht überprüft werden.

In jede Nachsorgeeinrichtung sollte es einen Beschwerdebriefkasten geben, der uneinsehbar benützt werden kann. (2019)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Sicherungsmaßnahmen

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

Die Beleuchtung in besonders gesicherten Hafträumen muss sich während der Nacht soweit reduzieren lassen, dass sie für eine Überwachung ausreicht.

Auch wer in einer besonders gesicherten Zelle untergebracht ist, muss dort einer Körperpflege nachkommen können.

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

Sollen videoüberwachte Hafträume ihrer Funktion entsprechen, müssen sie zur Gänze einsehbar sein

Die Fesselung an ein Krankenbett ist nur zulässig, wenn dies aufgrund des Krankheitsverlaufes unabdingbar ist. Die äußeren Umstände bei einer Fixierung dürfen für den Betroffenen nicht furchteinflößend sein. Während der Dauer einer Fixierung ist diese Art der Anhaltung laufend zu hinterfragen.

Ein Formblatt zur „Einschränkung der Bewegungsfreiheit“ ist zu erstellen. (2014)

Fixierungsprotokolle sind gewissenhaft und für jede einzelne freiheitsbeschränkende Maßnahme auszufüllen. Auch bei wiederkehrenden gleichförmigen Konstellationen aufgrund einer chronischen Erkrankung muss jede freiheitsentziehende Maßnahme genau begründet werden. (2019)

Ein zentrales Fixierungsregister sämtlicher freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist - neben den Eintragungen in den Krankenakten - zu führen. (2019)

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

Für den Fall eines mangelnden Harndrangs ist eine einheitliche Vorgangsweise hinsichtlich der Wasserausgabe und der Einräumung eines Zeitfensters zur Harnabgabe geboten.

Behältnisse für Harnproben sind vor der Aushändigung an die Probandin oder den Probanden zu beschriften.

Im Hinblick auf den geringen Eingriffscharakter sollen Speicheltests Harntests ersetzen. (2014)

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

Die Protokollierung der Berichte der Einsatzgruppen sind detaillierter vorzunehmen, sodass die Bewertung, ob das Einschreiten verhältnismäßig war, möglich ist.

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

Die Bezeichnung "Nichtmenschen" in Bezug auf Häftlinge ist inakzeptabel und im Rahmen der Dienstaufsicht zu ahnden.

Unnötige, routinemäßige Nacktinspektionen sind ebenso wie nicht erforderliche Kontrollen von normalerweise bedeckten Körperöffnungen erniedrigend. (2019)

Die Praxis der Medikamentenausgabe durch die Speisenklappe in der Haftraumtüre, die ein Niederknien bzw. Bücken des Inhaftierten bei der Medikamentenannahme erfordert, ist abzustellen.

Der Begriff "Moslemkost" ist diskriminierend und durch einen wertneutralen Begriff (schweinfleischfreie Kost) zu ersetzen. (2018)

Eine (sprachliche) Diskriminierung von Inhaftierten, die an einer Substanzgebrauchsstörung leiden oder eine Substitutionstherapie erhalten, ist nicht zu tolerieren.

Es ist sicherzustellen, dass Insassinnen beim Hofgang nicht durch Insassen belästigt werden.

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

Fixiergurte sollen nach Beendigung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme vom Bett entfernt werden, damit Patienten nicht dauerhaft auf den Gurten schlafen müssen. (2019)

Gesundheitswesen

Inhaftierte ist dasselbe Niveau medizinischer Fürsorge sowie Pflege zu gewähren, wie Personen in Kranken- und Pflegeeinrichtungen in Freiheit. (2014, 2015)

Die mangelnde Gabe einer Medikation muss medizinisch indiziert und damit sachlich rechtfertigbar sein. (2019) Insbesondere sollen inhaftierte Personen nicht von Präparaten ausgeschlossen werden, deren Nebenwirkungsprofil am günstigsten ist. (2019)

In allen Justizanstalten sind Computerprogramme zur Interaktionsprüfung von Medikamenten einzuführen. (2019)

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)

Für Geburtsvorbereitung und Betreuung unmittelbar nach der Geburt soll die Justizanstalt den Kontakt zu Hebammen herstellen. Die Geburtsvorbereitung und Betreuung nach der Geburt, soll in gleichem Ausmaß stattfinden wie in Freiheit. (2019)

Es ist sicherzustellen, dass in Nichtraucherhafräumen das Rauchverbot eingehalten wird. (2019)

Bedienstete müssen über den Notfallrucksack Bescheid wissen und ihn auch verwenden können. (2019)

Auf den Krankenabteilungen und in den Ordinationen der Justizanstalten sollte ausschließlich ausgebildetes Kranken- und Pflegepersonal Dienst versehen. Dies gilt auch zum Wochenende. (2018)

Eine Beiziehung von Strafvollzugsbediensteten der Justizwache während medizinischer Untersuchungen bzw. Gesprächen darf nur ausnahmsweise aufgrund einer Gefährlichkeitsprognose über Verlangen der Ärztin bzw. des Arztes erfolgen. Der Arbeitsplatz der exekutiven Justizwachebediensteten der Krankenabteilung ist vom Behandlungsraum räumlich zu trennen. (2018)

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

Für den Fall, dass eine Bewachung bei der Untersuchung einer oder eines Inhaftierten erforderlich ist, soll diese nur von einer Person gleichen Geschlechtes vorgenommen werden. (2015)

Die verpflichtende Verwendung eines Handdesinfektionsmittels hebt den Hygienestandard in der Ordination.

Neu eingetrossene Häftlinge sind binnen 24 Stunden nach ihrer Aufnahme oder Überstellung 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 aus einem Anamnesegespräch und einer Ganzkörperuntersuchung inklusive Entblößung zu bestehen. (2016, 2017)

Inhaftierte sind im Zuge der Zugangsuntersuchung auf die Möglichkeit einer Blutuntersuchung hinzuweisen. Eine ablehnende Erklärung der oder des Inhaftierten ist zu dokumentieren. (2017, 2018) Nach einer Blutabnahme ist ein Folgetermin mit der Patientin bzw. dem Patienten zur Befundbesprechung vorzusehen. (2019)

Ärztinnen und Ärzte sollen im Rahmen der Zugangsuntersuchung Frauen über das Angebot einer gynäkologischen Untersuchung informieren. (2018)

Diagnosen sind in der medizinischen Dokumentation so anzuführen, dass sie auch am Notfallblatt erscheinen. Dies ist für die ärztliche Versorgung im Notfall wichtig. (2018)

Regelmäßige Visiten sollen helfen, körperliche und seelische Verwahrlosungen von Langzeithaftierten hintanzuhalten. (2014, 2015)

Die Einnahme oder Ablehnung (der Einnahme) einer Medikation sind zu dokumentieren.

Die Ausgabe von Bedarfsmedikation sowie rezeptfreier Medikation durch das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal an Inhaftierte soll klar geregelt sein und kommuniziert werden.

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

Alle Ansuchen um eine bestimmte Therapie sind samt Antwort der Chefärztin in der jeweiligen Krankenakte zu dokumentieren. (2018)

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

Es ist eine österreichweit einheitliche Regelung betreffend des Erstgespräches mit dem Psychologischen Dienst sowie der psychiatrischen Erstuntersuchung zu erlassen.

Die psychiatrische wie psychologische Versorgung ist Teil der Gesundheitspflege und als solche 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)

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

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)

Nicht Deutsch sprechende Häftlinge müssen dasselbe Therapieangebot wie deutschsprechende Insassen erhalten.

Die getrennte Dokumentation der Betreuungsdienste ist unzweckmäßig und steht einem multiprofessionellen Austausch von Informationen entgegen.

Personal

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

Um eine medizinische und pflegerische Behandlung unter vergleichbaren Bedingungen zur Verfügung zu stellen, wie sie Patientinnen und Patienten in Freiheit genießen, muss medizinisches Personal in ausreichendem Maße vorhanden sein. (2017).

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)

Eine personelle Aufstockung des medizinischen Personals, insbesondere hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung, ist in vielen Justizanstalten erforderlich. (2015, 2016)

Der Psychiatrische Dienst ist personell derart auszustatten, dass ausreichend Kapazitäten für die psychiatrische Versorgung sowie diagnostische Gespräche mit den Patientinnen und Patienten vorhanden sind und noch Zeit für die Kooperation mit anderen Fachdiensten und die Teilnahme an multidisziplinären Fachteams bleibt. (2018)

Die Kapazitäten für die akutpsychiatrische Versorgung von Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen im Osten von Österreich sind auszubauen. (2019)

Der Bedarf an Pflegepersonal ist regelmäßig zu evaluieren und anzupassen. (2017)

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

Das Führen einer elektronischen Pflegedokumentation ist unerlässlich, um durch die Möglichkeit der Nachvollziehbarkeit eine vermehrte Sorgfalt im Umgang mit pflegebedürftigen Gefangenen zu bewirken. (2015)

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)

Suizidpräventionskonzepte sollten regelmäßig evaluiert werden. (2019)

Eine längerfristige Unterbringung von suizidgefährdeten Inhaftierten in einem Einzelhaftstraum 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 Gefährdete in einem unbeobachteten Moment suizidieren. (2014)

Allen Inhaftierten ist eine Abklärung von Infektionskrankheiten bzw. des Immunstatus hinsichtlich HCV und HIV anzubieten. Dieses Angebot ist zu dokumentieren. (2019)

Inhaftierte mit einer aufrechten Benzodiazepin-Therapie dürfen nicht generell von einer HCV-Therapie mit direkt wirksamen antiviralen Medikamenten (DAA) ausgeschlossen werden. (2018)

Untersuchungsgefangene dürfen nicht schlechter gestellt werden als Strafgefangene; beide sollen denselben Zugang zur Therapie mit direkt antiviral wirksamen Medikamenten (DAA) erhalten wie Personen in Freiheit. (2018)

Eine Substanzgebrauchsstörung ist als ernstzunehmende (psychiatrisch) diagnostizierbare, behandlungsbedürftige chronische Erkrankung zu behandeln. Inhaftierte mit einer Substanzgebrauchsstörung haben während der Zeit der Anhaltung einen Anspruch auf adäquate Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsmaßnahmen. (2018)

Aus § 68a StVG sollte sich ergeben, dass die akzeptierende Drogenarbeit und das sogenannte Akzeptanzparadigma „state of the art“ sind. (2018)

Veraltete Behandlungsverträge für die Opioidsubstitutionstherapie, die im Inhalt und in der Tonalität überwiegend pönalisierend und ordnungspolitisch gehalten sind, sind nicht zu verwenden. Der neu zu gestaltende Behandlungsvertrag ist nicht nur in deutscher Sprache sondern auch in den gängigsten Fremdsprachen zur Verfügung zu stellen. (2019)

Jede Justizanstalt hat ein multiprofessionelles Behandlungsteam für die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen zu etablieren. (2019)

Die Untersuchung auf das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung hat bei Einlieferung, spätestens aber innerhalb von 24 Stunden, durch das ärztliche Personal zu erfolgen; dies gilt auch für Wochenenden und Feiertage. Im Ausnahmefall kann anstelle des ärztlichen Personals das besonders geschulte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eine Erstanamnese (Erhebung des Status) durchführen und über weiterführende Maßnahmen entscheiden. Dem Exekutivpersonal der Krankenabteilung soll diese Aufgabe ohne entsprechende Ausbildung nicht überantwortet werden. (2018)

Kann die medizinische Begutachtung einer bzw. eines Inhaftierten nicht im Rahmen des Regelbetriebes gewährleistet werden, hat bei Verdacht des Vorliegens einer Substanzgebrauchsstörung die Verständigung des Ärzte(not)dienstes oder eine Ausführung in ein Krankenhaus zu erfolgen. (2018)

Vor der Umstellung der Substitutionsmedikation soll stets eine umfassende Risikoabwägung erfolgen, welches Präparat im individuellen Fall am besten geeignet ist. (2019)

Suchtmittelerkrankte Insassinnen, welche keinen Platz in der Therapieabteilung erhalten, dürfen bei der Behandlung nicht benachteiligt werden. (2018)

Opioidabhängige Patientinnen bzw. Patienten, ist der Zugang zu einer angemessenen (Opioidsubstitutions-)Therapie ehestmögliche am Tag der Einlieferung bzw. Aufnahme in den Vollzug (spätestens binnen 24 Stunden) zu ermöglichen. Eine Indikation für eine Opioidsubstitutionstherapie liegt nicht nur dann vor, wenn die Patientin bzw. der Patient bereits extramural substituiert in die JA eintrifft, vielmehr ist das Vorliegen einer Opioidabhängigkeit Grundlage der Indikationsstellung für eine Opioidsubstitutionstherapie. Bei Therapieabbrüchen einer Opioidsubstitutionstherapie hat nachweislich eine Aufklärung über das dadurch gestiegene Mortalitätsrisiko zu erfolgen. (2018)

Die ausreichende Behandlung komorbider Störungen bzw. Erkrankungen soll ein integrativer Bestandteil der Behandlungskonzepte von Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung sein. Die Befassung mit komorbiden Störungen ist im Patientenakt zu dokumentieren. (2018)

MAßNAHMENVOLLZUG

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

Patienten sollen regelmäßig selbstbestimmt an die frische Luft gelangen können, ohne dabei auf die Begleitung von Krankenhauspersonal angewiesen zu sein.

Im Maßnahmenvollzug tätige Exekutivbeamte sollten eine Grundschulung über Krankheitsbilder und Behandlung im Maßnahmenvollzug erhalten. (2018)

Forensische Patienten haben einen erhöhten Betreuungsaufwand. Hierauf ist bei Festsetzung der Personalschlüssel Bedacht zu nehmen. (2018)

Nachsorgeeinrichtungen sollen über verschriftliche Deeskalationskonzepte verfügen und Fortbildungsveranstaltungen dem Personal angeboten werden.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Nachsorgeeinrichtungen sollten unentgeltlich Zugang zu einer externen Supervision haben. (2019)

Personal

Ohne eine ausreichend Personalausstattung lässt sich ein zeitgemäßer Strafvollzug nicht bewerkstelligen. (2019)

Es bedarf zusätzlicher Personalressourcen, um die Einschlusszeiten verringern und die Beschäftigungsquote zu erhöhen. (2019)

Justizwachebedienstete, die uniformiert Dienst versehen, sollen auf der Dienstkleidung sichtbar ein Namensschild haben. Im Fall einer besonderen Gefahrensituation kann anstelle des Namensschildes ein anderes Identifizierungsmerkmal (z.B. Personalnummer) angebracht werden. (2016)

Exekutivbedienstete sind von der Anstaltsleitung zur regelmäßigen Inanspruchnahme von Supervision zu motivieren und davon zu überzeugen, dass laufende Psychohygiene in Form von Supervision den Beruf besser bewältigen lässt. (2017, 2018)

Werden weibliche Bedienstete einer Anstalt zugeteilt, sind für sie eigene Bereiche zum Umkleiden zu schaffen. (2019)

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)

Den Fachdiensten soll ein spezielles Fortbildungsangebot zur Gesprächsführung beim Umgang mit nichtmotivierten Insassen angeboten werden

Fortbildungsveranstaltungen zum Konfliktmanagement helfen im Krisenfall richtig und deeskalierend zu handeln; sie sollten regelmäßig angeboten werden. (2018)

Ausbildungen zur Gewaltprävention sowie Techniken der deeskalierenden Kommunikation sind eine größere Bedeutung in der Aus- und Weiterbildung von Bediensteten der JA einzuräumen.

Seitens des Dienstgebers ist für ausreichend Schutzausrüstung des Justizwachepersonals mit Stich- und Schlagschutzwesten zu sorgen.

Gesundheitswesen

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)

Eine Suizidreflexion für das Personal muss zeitnah stattfinden. Eine mit dreimonatiger Verzögerung stattfindende Reflexion bringt keine Erleichterung für das Personal. (2018)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

In Anstalten, in denen auch Frauen angehalten werden, soll zu jeder Zeit eine Frau als Bedienstete eingeteilt sein. (2019)

Die Strafvollzugsverwaltung hat ausreichend Seminare anzubieten, sodass die Bediensteten des Frauenvollzuges ihrer spezifischen jährlichen Fortbildungsverpflichtung nachkommen können. (2018)

Für Strafvollzugsbedienstete, die weibliche Jugendliche betreuen, ist der Lehrgang Frauenvollzug verpflichtend vorzusehen. (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)

Jugendliche Inhaftierte sind ausschließlich von Beamtinnen und Beamten zu begleiten, die über fundierte pädagogische Kenntnisse verfügen.

Es bedarf ausreichend Sozialpädagogen und Sozialarbeitern zur besseren Gestaltung des Freizeitprogramms für Jugendliche.

Der Nachtdienstposten der Jugendabteilung sollte mit zwei Personen besetzt werden, um sicherzustellen, dass etwaige Ereignisse in den Hafträumen auch während des Rundganges wahrgenommen werden können.

Betreuungs- und Vollzugspläne

Eine Anpassung der personellen Ressourcen der Fachdienste an die realen Erfordernisse ist unabdingbar, um den Anforderungen eines modernen Vollzugs sowie den gesetzlichen und in den Mindeststandards festgelegten Anforderungen entsprechen zu können. (2019)

Jede Justizanstalt hat ein multiprofessionelles Behandlungsteam für die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen zu etablieren. (2019)

Es sind ausreichend personelle Kapazitäten zur Verfügung zu stellen, um den Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug entsprechen zu können. (2019)

Es sollte eine Abteilung für Zugangsdiagnostik für behandlungsbedürftige Häftlinge mit Substanzgebrauchsstörungen eingerichtet und mit einer ausreichenden Zahl an fachärztlichem Personal besetzt werden. Inhaftierte mit einer Substanzgebrauchsstörung haben einen Anspruch darauf, dass ihren speziellen Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsbedürfnissen Rechnung getragen wird. (2018)

Für Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung sind bereits während der Untersuchungshaft ein Vollzugsplan sowie ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. (2019)

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

Eine effektive Suchtbehandlung soll nicht nur auf die Substanzeinnahme (und deren Beendigung) fokussieren, sondern soll auch die bestehenden Komorbiditäten berücksichtigen. (2018)

Psychotherapie ist ein wesentlicher integraler Bestandteil multimodaler Maßnahmen zur Entwöhnung und ist bei häufig bestehender psychischer Komorbiditäten ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung. (2018)

Psychotherapeuten sollten über eine forensische Qualifikation verfügen. Die Kriterien, nach denen sie ausgewählt werden, sollten definiert sein. (2019)

Die Frauenabteilungen benötigen zusätzliche Personalressourcen, um den Mindeststandards für den Frauenvollzug entsprechen zu können. (2019)

Dem Intensivierungsgebot kann nur entsprochen werden, wenn alle Fachdienste Zugriff auf die Dokumentation der Behandlung und Betreuung der Unterbrachten haben. Hierzu sind die technischen Voraussetzungen zu schaffen und im Sinne der Datensicherheit zentral die Berechtigungen zu vergeben. (2019)

Verlaufsberichte sollten möglichst individuell erstellt werden und stets beinhalten, ob die Aufrechterhaltung einer freiheitsentziehenden Maßnahme noch zu empfehlen ist. (2019)

Rückführung und Entlassung

Auch wenn die Rechtslage zum Abschluss eines Vertrages nach § 179a Abs 3 StVG nicht verpflichtet, sollte mit möglichst vielen gemeinnützigen Einrichtungen Vereinbarungen geschlossen werden. (2019)

Insassen, die vor ihrer Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung waren, sind im Maßnahmenvollzug besonders benachteiligt. Ohne spezialisierte Nachsorgeeinrichtungen laufen sie Gefahr, übergebührlich lange angehalten zu werden. (2019)

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

Vor der Zuweisung eines forensischen Klienten sollte diesem ein Probetag in jenem Haus angeboten werden, in dem er künftig Wohnsitz nimmt. (2019)

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)

POLIZEI-EINRICHTUNGEN

Bauliche Ausstattung

Zustand und Ausstattung von Hafträumen im Sinne der AnhO müssen stets die menschenwürdige Anhaltung von Personen ermöglichen. (2018, 2019)

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

Hafträume in PI müssen ausreichend beleuchtet sein. (2017, 2018, 2019)

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) und – ungeachtet ihrer Lage – eine ausreichende Größe aufweisen (2019).

Bei Neu- und Umbauten sollen Verwahrungsräume nicht mehr in Kellern von PI eingerichtet werden. (2017, 2018, 2019)

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

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)

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

PI und PAZ müssen mit Sanitärbereichen für weibliches Personal ausgestattet sein. (2015)

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

Kundensanitäreinrichtungen in PI müssen barrierefrei gestaltet sein. (2018) Der bestehende Etappenplan nach dem BGStG ist einzuhalten, in dringenden Fällen sind Barrieren umgehend zu beheben. (2019)

Bei Neuerrichtung und Neuanmietung bzw. bei Umbaumaßnahmen ist die gänzliche Abtrennung des Sanitärbereichs von Hafträumen auch bei kurzfristigen Anhaltungen in PI anzustreben. (2015)

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, 2019)

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)

In sämtlichen PAZ muss eine ausreichende Anzahl an Hafräumen vorhanden sein, die für den Vollzug der Einzelhaft gemäß § 5 bzw. 5b Abs. 2 Z 4 AnhO geeignet sind. (2017, 2018, 2019)

In allen Einzelhafräumen muss eine beim Hafräum zu quittierende Alarmtaste vorhanden sein. (2017, 2018, 2019)

Die technische Überwachung besonders gesicherter Hafräume in PAZ soll durch lichtquellenunabhängige Videoüberwachung und unter Wahrung der Intimsphäre der Häftlinge erfolgen. (2017, 2018, 2019)

Besonders gesicherte Zellen sollen über einen natürlichen Lichteinfall verfügen und in allen Einzelhafräumen muss eine natürliche oder mechanische Belüftungsmöglichkeit gegeben sein. (2018, 2019)

Die Hafräume 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 (2019). 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, 2019), 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, 2019)

Mit dem NPM vereinbarte, nur durch bauliche Maßnahmen realisierbare Standards für den Anhaltevollzug sollen unverzüglich umgesetzt werden. (2018, 2019)

Der Zugang von Angehaltenen in PAZ zu hygienischen sanitären Einrichtungen sowie der jederzeitige Schutz ihrer Intimsphäre sind durch bauliche bzw. organisatorische Maßnahmen zu gewährleisten. (2019)

Toiletten in Mehrpersonenzellen sind vom übrigen Hafräum 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, 2019)

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, 2019)

Alle der längerfristigen Polizeianhaltung dienenden Hafräume sollen über geeignete, automatische Brandmeldesysteme verfügen. (2018, 2019)

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)

Außer bei Vorliegen bestimmter, sicherheitsrelevanter Kriterien sowie im Fall von Gerichtsverwahrunghäftlingen sollen die Besuche der Angehaltenen in PAZ in Form von Tischbesuchen erfolgen. Der ungestörte Ablauf der Tischbesuche ist – auch durch bauliche Maßnahmen – zu gewährleisten. (2019)

Für Besuche durch minderjährige Angehörige in PAZ ist ein eigener Raum mit Tisch bereitzustellen. (2019)

Allen in PAZ Angehaltenen sollen Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten in dem mit dem NPM vereinbarten Umfang zur Verfügung stehen. (2019)

Lebens- und Aufenthaltsbedingungen

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

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

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

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

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

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, 2019) Die Zellentüren im offenen Vollzug sollen durchgehend von 8 bis 21 Uhr geöffnet bleiben. (2017) Zur Verschriftlichung und Klarstellung der Grundsätze des Schubhaftvollzugs in offener Station sollen die bestehenden rechtlichen Grundlagen (§ 5a AnhO) novelliert werden. (2017, 2019)

Der Ausschluss von Schubhäftlingen vom offenen Vollzug des PAZ soll nur aus den mit dem NPM vereinbarten Gründen erfolgen. (2019)

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

Sozialräume für Verwaltungsstrahftlinge in PAZ sind einzurichten. (2014)

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

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)

Die Beschäftigungsmöglichkeiten der im PAZ/AHZ Angehaltenen sind vielfältiger zu gestalten. (2017, 2018) Allen Angehaltenen sollen Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten in dem mit dem NPM

vereinbarten Umfang zur Verfügung stehen. (2018)

Die in PAZ Angehaltenen sollen die Möglichkeit haben, (mobile) LED-Lampen im PAZ bzw. im AHZ zu erwerben und diese zu verwenden, solange andere Personen dadurch nicht gestört werden. (2018, 2019). (

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 Gerichtsverwahungshäftlingen 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)

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)

Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Den Angehaltenen sind Beschäftigungsmöglichkeiten in dem mit dem NPM vereinbarten Umfang anzubieten. Dazu ist es erforderlich, dass die jeweils zuständigen Dienststellen Personen und Vereine ansprechen und aktiv Angebote einholen. (2019)

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)

Recht auf Familie und Privatsphäre

Zum Schutz der Privatsphäre sollen in Mehrpersonenzellen angehaltene Personen die Möglichkeit haben, persönliche Gegenstände in der Zelle versperrt aufzubewahren. (2019)

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

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)

Zugang zu Informationen innerhalb der Einrichtungen

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

Bedienstete der Rückkehrberatung können professionelle Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher nicht ersetzen. Rückkehrberatung und Dolmetschertätigkeit sind jedenfalls von unterschiedlichen Personen auszuüben. (2014)

Eine rasche Übersetzung der für Schubhäftlinge in PAZ bzw. AHZ zur Verfügung stehenden 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 Personenmitgebrachte Radio- bzw. TV-Geräte in ihrer Zelle verwenden können. (2017)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

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)

Ein Aufenthalt in einem versperrbaren Haftraum ist nur freiwillig, wenn kein Zweifel daran besteht, dass sich der Betroffene der Freiwilligkeit bewusst ist. (2014)

In Verwahrungsräumen von PI muss zumindest eine gekürzte Fassung der AnhO ausgehängt sein. (2019)

Anhaltungen in PAZ sind lückenlos und nachvollziehbar zu dokumentieren. Den betroffenen Bediensteten sollte in persönlichen Gesprächen nahegebracht werden, wie eine ordnungsgemäße Dokumentation von Anhaltungen auszusehen hat. (2019)

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 Anhaltung von Schubhäftlingen in Einzelzellen soll nur in den in gesetzlich vorgesehenen Fällen (§ 5 bzw. § 5b AnhO) stattfinden. (2019)

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

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

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)

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

Gesundheitswesen

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

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 zutreffen. (2017)

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 Beziehung 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 ärztlichen Untersuchungen von nicht Deutsch sprechenden Angehaltenen ist eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher oder eine sprachkundige Person beizuziehen. (2014)

Eine exakte sprachliche Auseinandersetzung mit der untersuchten Person ist erforderlich. Bei Bedarf muss eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher beigezogen werden. (2015)

Angaben über die Hinzuziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers oder einer sprachkundigen Person sind in den Anhalteprotokollen zu dokumentieren. (2014)

Das BMI hat dafür zu sorgen, dass alle in PAZ bzw. AHZ Angehaltenen eine adäquate kurativ-medizinische Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft erhalten. (2017, 2018, 2019)

In allen polizeilichen Anhaltezentren soll eine einrichtungsübergreifende, digitale Dokumentation von kurativ-medizinischen Häftlingsinformationen ehestmöglich etabliert werden. (2019)

Die Patientendokumentation in der Ambulanz des AHZ soll in elektronischer Form erfolgen und die ärztlichen Diagnosen sollen dem ICD-10-Klassifikationssystem entsprechen. (2019)

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

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

Den Inhaftierten ist der ärztliche Anamnesebogen unabhängig von möglichen Deutschkenntnissen in ihrer Muttersprache auszuhändigen. (2014)

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)

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)

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)

Polizeiärztinnen bzw. Polizeiärzte sowie ärztliches Personal müssen – unabhängig von Wochentag oder Uhrzeit – jederzeit auf eine psychiatrische Expertise zurückgreifen können. (2015, 2017, 2018, 2019)

Das BMI soll Maßnahmen veranlassen, um eine psychiatrische Beratung bzw. Behandlung mittels Videokonsils zu ermöglichen. (2019)

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

Eine Richtlinie, die Kriterien für eine adäquate Gesundheitsversorgung von psychisch auffälligen, selbstgefährdeten, alkoholisierten und substanzbeeinträchtigten Personen festlegt, ist notwendig. (2014, 2015)

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)

Bei Vorliegen von Selbstgefährdung soll die medizinisch notwendige Überstellung in Fachkliniken der Unterbringung in besonders gesicherten Zellen vorgezogen werden. (2015)

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)

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)

Durch organisatorische Vorgaben ist sicherzustellen, dass nach jedem Suizid oder (vereitelm) Suizidversuch eine fallorientierte, standardisierte Analyse zur Optimierung der Präventionsarbeit stattfindet. (2017, 2018, 2019)

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

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)

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, 2019)

In PI soll im Hinblick auf mögliche Amtshandlungen, von denen Frauen betroffen sind wie z.B. Festnahmen und Anhaltungen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Exekutivbediensteten bestehen. Der Frauenanteil in der Exekutive soll erhöht werden. (2017, 2018, 2019)

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)

Alle Exekutivbediensteten sollen über die Tätigkeit des NPM im Rahmen des OPCAT-Mandats informiert sein. (2019)

Der Personalstand in den PAZ soll dem vorgesehenen Soll-Stand entsprechen. Unterbesetzungen sind zu vermeiden, um Überbelastungen hintanzuhalten. (2019)

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)

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

Die Inanspruchnahme von Supervision soll gefördert werden. Besonders Führungskräfte sollten das Personal ihrer Dienststellen zur Supervision ermutigen. (2019)

ABSCHIEBUNGEN UND RÜCKFÜHRUNGEN

Richtlinien für die freiwillige Rückkehr sind zu erstellen, damit Personen, die freiwillig in ihr Heimatlandreisen wollen, eine Orientierungshilfe haben. (2015)

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

Das Interesse an der Durchsetzung einer Abschiebung bzw. Rückführung – insbesondere bei Anwendung von Zwangsgewalt – und die damit verbundenen Risiken müssen in einem vertretbaren Verhältnis zueinanderstehen. Gegebenenfalls ist die Amtshandlung zu unterbrechen, abzubrechen und bzw. 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)

Gute Gesprächsführungen unter Bedachtnahme auf die Situation sind zu standardisieren. (2014)

Eine psychiatrische Begutachtung und bzw. oder psychologische Vorbereitung sollte, wenn erforderlich, herangezogen werden, da dies schwierigen Situationen vorbeugen kann. (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 Exekutivbedienstete 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)

Bei Flugangst ist eine ärztliche Begutachtung – auch der verschriebenen Medikamente – vorzunehmen. (2014)

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 sollten auch weibliche Exekutivbedienstete beigezogen werden, um Vertrauen zu Frauen oder Kindern aufbauen zu können. (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 Schlafrhythmus 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)

Exekutivbedienstete sollen von einer Abschiebung Betroffene zum Schutz der Kinder nicht in Hörweite der Kinder einvernehmen. (2018)

Bei schwangeren Frauen sollte die Amtshandlung zumindest acht Wochen vor der Geburt bis zumindest acht Wochen nach der Geburt aufgeschoben werden. (2017)

Babynahrung muss immer in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Den Säugling ungestört zu stillen, soll jedenfalls ermöglicht werden. (2014)

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 laufende Sensibilisierung der Exekutivbediensteten über die Aufgaben und Befugnisse des NPM und den Erlass des BMI, der die Verständigung des NPM über Polizeieinsätze regelt, ist notwendig. (2015, 2019)

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

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

Demonstrationen: Bevor Überwachungsmaßnahmen zum Einsatz kommen, die strengen gesetzlichen Vorschriften unterliegen (wie Bild- und Tonaufzeichnungen), müssen sowohl die gesetzliche Norm, auf die sich diese Maßnahme stützt, eindeutig sein als auch die gesetzlichen Voraussetzungen für den Einsatz eingehalten werden. (2019)

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)

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: Der Einsatz taktischer Kommunikation soll gefördert und ausgebaut werden. Die Exekutivbediensteten sind entsprechend zu schulen und zu sensibilisieren. (2019)

Demonstrationen: Identitätsfeststellungen sind so rasch wie möglich abzuwickeln, wofür eine ausreichende Ausstattung mit Computern nötig ist. (2014)

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: Einkesselungen von Demonstrierenden sind nur an Orten vorzunehmen, die für die eingekesselten Personen und andere unbeteiligte Personen sicher sind. (2019)

Demonstrationen: Bei der Bildung von Polizeikesseln sind den Einkesselten gut hörbare Informationen zugeben. (2014)

Demonstrationen: Die Einkesselung sollte so kurz wie möglich dauern. (2014)

Ob und wie lange eine Einkesselung bei einer Demonstration aufrechtzuerhalten ist, hat die Exekutive in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. (2019)

Schwerpunktaktionen: Personen, denen bei Schwerpunktaktionen das Mobiltelefon als Sicherheitsleistung abgenommen wurde, soll im Bedarfsfall das Mobiltelefon ausgehändigt werden, damit sie Telefongespräche führen bzw. zumindest die Telefonnummern auslesen können. (2019)

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

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: Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher sollten stets zur Verfügung stehen. (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)

Menschenhandel: 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)

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

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

Wohnungsprostitution: Verdeckte Ermittlungen der Polizei im Bereich der Wohnungsprostitution sind nur dann zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht. (2019)

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