

Kapitel 8. Leitfaden zum Fragenkatalog

Dieser Abschnitt erläutert im Detail die Beziehung zwischen den in der CRPD (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*) enthaltenen spezifischen Menschenrechten, und den realen Situationen, die während eines Monitoring-Besuchs in einer psychiatrischen oder psychosozialen Betreuungseinrichtung erwartet werden können. Die Struktur dieses Kapitels folgt den gleichen thematischen Kategorien, wie sie im folgenden Kapitel 9 „Fragenkatalog für den Monitoring-Besuch“ dargelegt sind. Während für jeden Abschnitt des Fragenkatalogs Informationen erhoben werden sollen (sofern das Thema auf die zu untersuchende Einrichtung zutrifft), müssen nicht alle vorgeschlagenen Fragen im Einzelnen gestellt werden. Sie sind eher als Anregung für die die Mitglieder des Monitoringteams interessierenden Themen gedacht.

Abschnitte 1 und 2: Details der besuchten Institution

Im ersten Abschnitt des Toolkits werden Details über die besuchte Institution erfasst. Es sollen Hintergrundinformationen und statistische Details erhoben und ein generelles Bild über die Arbeitsweise der Einrichtung gewonnen werden. Der Standort und die Zugänglichkeit sind ein Indikator dafür, ob die Einrichtung in der Lage ist, die Integration der betreuten Personen in die Gesellschaft zu fördern. Manche Institutionen sind baulich offen gestaltet, während manche eher Gefängnissen ähneln. Die in diesen Abschnitten erfassten Informationen sind im Hinblick auf die Regelung von Ausgängen der BewohnerInnen/PatientInnen und des Empfangs von Besuchen relevant.

Abschnitt 3: Lebensstandard und Lebensbedingungen

Dieser Abschnitt umfasst zahlreiche Aspekte des täglichen Lebens, die mit den Menschenrechten der BewohnerInnen/PatientInnen in psychiatrischen oder psychosozialen

Betreuungseinrichtungen zusammenhängen. Hier wird beispielsweise erhoben, ob die Einrichtung über eine ausreichende Energieversorgung verfügt, da das Heizen in einigen Ländern ein Problem darstellt – und Kälte kann einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung oder Strafe gleichkommen. Das letzte Thema dieses Abschnitts ist Hygiene. Es bezieht sich auf das Recht auf Gesundheit, das Recht auf unabhängige Lebensführung und das Recht auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit. Dazu gehört die Berücksichtigung des allgemeinen Hygienestandards: Sind die Zimmer sauber? Wie ist der hygienische Zustand der Toiletten? Gibt es adäquate und saubere Waschräume? Für diese Fragen sind die Artikel 15, 17, 19, 25, 28 in der CRPD relevant.

Abschnitt 4: Unfreiwillige Unterbringung und Überprüfung ihrer Rechtmäßigkeit

Rechtsvorschriften in einzelnen Ländern erlauben es, Menschen in Institutionen anzuhalten. Die unfreiwillige Unterbringung ist ein ernsthafter Eingriff in die Menschenrechte. Nach dem Zweiten Weltkrieg waren die Verfasser von Menschenrechtsdeklarationen sehr darauf bedacht, die Anwendung von Gewalt bei derartigen unfreiwilligen Unterbringungen zu verhindern. In Institutionen können unfreiwillige Unterbringungen auf Grund der Anwendung von Gesetzen (wie etwa einem Psychiatriegesetz) erfolgen, sie können aber auch de facto geschehen, ohne dass gesetzliche Bestimmungen eingehalten werden, wenn z. B. die untergebrachten Personen zwar das Recht haben zu gehen, aber es ihnen nicht möglich ist zu gehen, da die Türen verschlossen sind, oder wenn die Einrichtung so weit vom Zuhause der Betroffenen oder ihrer Stadt entfernt ist, dass es physisch unmöglich ist, dorthin hinzugehen. Der Toolkit verfolgt bezüglich der unfreiwilligen Unterbringung einen beschreibenden Ansatz und stellt eine Reihe von Fragen über das Verfahren zur unfreiwilligen Unterbringung und die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung der Rechtmäßigkeit einer unfreiwilligen Unterbringung. Eine derartige Überprüfung müsste die Benachrichtigung der unfreiwillig untergebrachten Person beinhalten, weiters die Bereitstellung von

Informationen (einschließlich des Zugangs zur Patientenakte), die für eine Argumentation vor Gericht herangezogen werden können, schließlich den Zugang zu einem vom Staat bezahlten Rechtsvertreter und die Möglichkeit eines Berufungsverfahrens. Für diese Fragen ist Artikel 14 der CRPD relevant.

Abschnitt 5: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft nach der Entlassung

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist eines der wichtigsten in der CRPD verankerten Rechte. Artikel 19 der CRPD besagt, dass jeder Mensch mit Behinderungen das Recht hat, „mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen“ in der Gemeinschaft zu leben, und dass die Vertragsstaaten dazu verpflichtet sind, „wirksame Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts [...] zu erleichtern“. Das „Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft“ bereitet – zumindest auf dem Papier – der lebenslangen Institutionalisierung und Ausgrenzung ein Ende. Ein entscheidendes Element des Rechts auf ein Leben in der Gemeinschaft ist das Recht für Menschen mit Behinderungen, „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“, und garantiert, dass sie „nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (Artikel 19(a)). Der ITHACA Toolkit wurde entwickelt, weil die Realität zeigt, dass Menschen weiterhin in Institutionen untergebracht sind. Bis sich diese Situation ändert, muss es Bemühungen geben, die Übergriffe, denen sie in den Institutionen ausgesetzt sind, zu beenden und ihre Rechte sicherzustellen.

Abschnitt 6: Teilnahme am kulturellen Leben, Erholung, Freizeit und Sport

Mit einem Leben in Institutionen ist oft verbunden, dass BewohnerInnen/PatientInnen keinen Zugang zu kulturellen und Freizeitaktivitäten haben, zu denen Menschen im allgemeinen Zugang haben. Artikel 30 der CRPD macht deutlich, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben „gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen“, und verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, alle entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen, um zu

gewährleisten, dass die BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zu Orten wie Theater, Kinos und Büchereien haben.

Abschnitt 7: Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben

Dieser Abschnitt des Toolkits beschäftigt sich mit der Möglichkeit der BewohnerInnen/PatientInnen, innerhalb einer Einrichtung am politischen und öffentlichen Leben teilnehmen zu können. In der Diktion der CRPD bedeutet dies, dass die BewohnerInnen/PatientInnen die Möglichkeit haben sollen, ihr Wahlrecht auszuüben. Artikel 29 des CRPD-Übereinkommens stellt eindeutig fest, dass Menschen mit Behinderungen das „Recht zu wählen und gewählt zu werden“ haben (Artikel 29(a)). Der Toolkit empfiehlt deshalb, danach zu fragen, ob die BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zu Wahllokalen haben und regt an herauszufinden, ob jemand vom Wählen ausgeschlossen wird.

Teilnahme am öffentlichen Leben bedeutet weiterhin, dass die Vertragsstaaten dazu verpflichtet sind, Menschen mit Behinderungen dabei zu ermutigen, Nichtregierungsorganisationen und Verbänden, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben des Landes befassen, beizutreten, solche Organisationen zu gründen oder sich an ihnen und den Aktivitäten politischer Parteien zu beteiligen (Artikel 29(b)). Diese Bestimmungen hängen mit den neuen Behindertenrichtlinien zusammen, die durch die CRPD eingeführt wurden, insbesondere in Artikel 4(3), der besagt, dass „bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens [CRPD] und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen führen und sie aktiv einbeziehen“. Diese Bestimmungen hängen auch mit Artikel 33(3) zusammen, der besagt, dass Menschen mit Behinderungen in die innerstaatlichen Mechanismen einbezogen werden sollten, welche die Umsetzung des Übereinkommens überwachen.

Abschnitt 8: Bildung, Ausbildung, Arbeit und Anstellung

Die CRPD hält fest, dass Bildung und Chancengleichheit der Einbindung in die Gemeinschaft bedeuten, dass „Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht auf Arbeit“ haben wie andere (Artikel 27(1)). Für die CRPD sind alle Formen der Diskriminierung in Bezug auf sämtliche Aspekte der Beschäftigung gesetzeswidrig, sei es, sie betreffen die Einstellungsbedingungen, die Weiterbeschäftigung, den Aufstieg in der beruflichen Karriere oder die Arbeitsbedingungen. Wichtig ist auch, dass die CRPD festlegt, dass „angemessene Vorkehrungen“ getroffen werden müssen, um es Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen, das Recht auf Arbeit zu genießen (Artikel 27(i)). Die CRPD definiert „angemessene Vorkehrungen“ als „notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können“ (Artikel 2). Der ITHACA Toolkit fragt deshalb danach, ob die BewohnerInnen/PatientInnen die Möglichkeit für eine angemessene (Aus-)Bildung, und für eine Beschäftigung innerhalb bzw. außerhalb der Institution haben.

Abschnitt 9: Religionsfreiheit

Die Freiheit von staatlicher Einflussnahme bei der Wahl und Ausübung eines Glaubens ist ein Recht, das in verschiedenen Menschenrechtsübereinkommen verankert ist, wie etwa im Artikel 18(1) des *Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte*, der „das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit“ festhält. „Dieses Recht umfasst die Freiheit, eine Religion oder eine Weltanschauung eigener Wahl zu haben oder anzunehmen, und die Freiheit, seine Religion oder Weltanschauung allein oder in Gemeinschaft mit anderen, öffentlich oder privat durch Gottesdienst, Beachtung religiöser Bräuche, Ausübung und Unterricht zu bekunden.“ Auf Menschen mit Behinderungen, die unter multiplen Formen der

Diskriminierung leiden (einschließlich der religiösen Diskriminierung), wird in der Präambel (p) der CRPD Bezug genommen.

Abschnitt 10: Korrespondenz und Besuche

In manchen Institutionen wird das Recht mit der Außenwelt zu kommunizieren beschnitten. Im Hinblick auf die Menschenrechte wird dies das Recht auf Kommunikationsfreiheit genannt. Es betrifft die Zensur ein- und ausgehender Post und schließt Telefonate und E-Mails mit ein. Die Menschenrechtsbestimmungen sind in dem Punkt eindeutig, dass es kaum Ausnahmen von dem Recht gibt, mit der Außenwelt frei zu kommunizieren. Als alleinige Ausnahme kann gelten, dass eine dritte Person gefährdet ist. Briefe von und zu Anwälten und Gerichten (und andere Beschwerdemechanismen) genießen den besonderen Status, in keinem Fall einer Zensur zu unterliegen. Die CRPD befasst sich mit der Kommunikationsfreiheit, indem sie folgendes festlegt: „Menschen mit Behinderungen dürfen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in [...] ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation [...] ausgesetzt werden“ (Artikel 22(1)). Das Recht, Besuch empfangen zu können, ist wichtig, weil das therapeutische Ziel einer jeden psychiatrischen Einrichtung darin besteht, die Einzelperson dazu zu befähigen, wieder in die Gemeinschaft zurückzukehren.

Abschnitt 11: Recht auf Familie und auf Privatsphäre: Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Elternschaft, Abtreibung, Sterilisation

Es ist weithin belegt, dass im Laufe der Geschichte Menschen mit Behinderungen unter Eingriffen in ihre Privatsphäre, einschließlich ihrer körperlichen Integrität, gelitten haben. Die CRPD schützt deshalb nachdrücklich vor derartigen Missbräuchen. Artikel 23 behandelt viele wichtige Familienrechtsaspekte. Erstens sollten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in den Bereichen Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft (Artikel 23(1)) verbieten, was auch die Wahl der Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände (Artikel 23(1)(b)), das Recht ihre Fertilität zu behalten (Artikel 23 (1)(c)) und

Kinder großzuziehen (Artikel 23(4)) miteinschließt. Der Toolkit befasst sich deshalb ausführlich mit den sensiblen Themen Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Elternschaft, Abtreibung und Sterilisation und konzentriert sich auf das Einverständnis der BewohnerInnen/PatientInnen und auf die Informationen und Unterstützung, die ihnen angeboten werden, um diesbezüglich autonome Entscheidungen treffen zu können. Es sei darauf hingewiesen, dass Sterilisation niemals eine Behandlung für eine psychische oder eine geistige Behinderung ist, und die Tatsache, eine derartige Diagnose zu haben, kein Grund für Sterilisation oder Abtreibung sein darf.

Abschnitt 12: Äußerungs- und Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen

Artikel 21 der CRPD garantiert das Recht, gleichberechtigt mit anderen Menschen Informationen zu erhalten und an andere weiterzugeben. Der Toolkit konzentriert sich auf das Recht auf Information in Bezug auf die verschiedenen Aspekte des Lebens in Institutionen, und betont die Wichtigkeit des Zugangs zu Informationen für die BewohnerInnen/PatientInnen.

Abschnitt 13: Abwesenheit von Folter, Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung

Missbrauch und Vernachlässigung können in jeder Einrichtung als Folge der dort vorhandenen Macht- und Kontrollmechanismen vorkommen. Misshandlungen können aufgrund einer institutionellen „Kultur der Gewalt“ vorkommen, in der Vernachlässigung und Missbrauch straffrei sind. Die CRPD befasst sich in Artikel 15 mit der „Freiheit von grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“, und in Artikel 16 mit der Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Ein effektives Beschwerdesystem kann dazu beitragen, Missbrauch zu verhindern. Ein derartiges System sollte für jeden zugänglich sein, der eine Beschwerde vorbringen möchte; allen Beschwerden sollte nachgegangen werden, und, falls die Beschwerde begründet ist, sollten entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Artikel 16(3) der CRPD weist auf die Wichtigkeit

der Überwachung durch (von Institutionen für Menschen mit Behinderungen) unabhängige Gremien hin, und bezieht sich damit auf die Anforderung des *Fakultativprotokolls zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter* (siehe Kapitel 2).

Abschnitt 14: Fixierung und Isolation

Die meisten psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen haben ausformulierte oder ungeschriebene Grundregeln darüber, wie sie mit herausforderndem Verhalten umgehen. Manche Institutionen wenden eine „manuelle“ Einschränkung an (von Mensch zu Mensch), manche eine physische Fixierung (Zwangsjacken, an Stühlen befestigte Handtücher, Lederriemen, Netzbetten) und manche medikamentöse Mittel (werden üblicherweise in den Körper injiziert, um eine Person zu sedieren). In einigen Institutionen gibt es Isolationsräume, in denen eine Person für einen bestimmten Zeitraum untergebracht wird, bis sich das Verhalten zur Zufriedenheit des Personals verändert hat. Es ist immer schwierig, zwischen gerechtfertigter und nicht gerechtfertigter Anwendung von Fixierungsmaßnahmen und Isolierung zu differenzieren. Eine Reihe sinnvoller diesbezüglicher Standards sind vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter (CPT-Normen, s. <http://www.cpt.coe.int/german.htm>) entwickelt worden. Den Mitgliedern des Monitoringteams wird geraten, dieses Dokument zu lesen.

Abschnitt 15: Habilitation und Rehabilitation

Die CRPD stellt fest, dass die Vertragsstaaten dazu verpflichtet sind, „Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (Artikel 26(1)). Zu diesem Zweck müssen die Vertragsstaaten Angebote (oder Dienste) zur Rehabilitation in den Bereichen Gesundheit, Beschäftigung, Bildung und soziale Dienste entwickeln. Das Personal sollte in Bezug auf Rehabilitationsmaßnahmen geschult sein. Der Toolkit geht von der Annahme aus, dass eine Reihe von Dienstleistungen

bereitgestellt werden müssen, um Menschen aus den Institutionen zu bringen und sie in die Gesellschaft einzugliedern. Solche Dienstleistungen würden beispielsweise Ergotherapie und das Training sozialer Fertigkeiten beinhalten. Der Toolkit fragt danach, inwieweit alle BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen haben und in diese einbezogen werden.

Abschnitt 16: Behandlungseinwilligung

In vielen Ländern wird die Behandlungseinwilligung als aus drei Hauptkomponenten bestehend gesehen: Aufklärung, Freiwilligkeit und Einsichts- und Handlungsfähigkeit. Aufklärung bedeutet, dass der betroffenen Person genaue, wahrheitsgetreue, leicht zugängliche und vollständige Informationen zur Verfügung gestellt werden, damit sie eine Entscheidung über die Behandlung treffen kann. Dies schließt auch die Wahlmöglichkeit mit ein, die Behandlung abzulehnen. Freiwilligkeit bedeutet, dass die Entscheidung frei von Drohungen, Druck und sonstigen Arten von Zwang durch Ärzte, andere Experten, Familienmitglieder oder sonstige Personen erfolgen muss. Einsichts- und Handlungsfähigkeit (ein Konzept das allerdings von der CRPD in Frage gestellt wird) bedeutet, dass eine Person in der Lage sein muss, die Informationen zu verstehen, sie abzuwägen und eine Entscheidung – bei Bedarf durch ein unterstützendes Netzwerk – anderen mitzuteilen.

Dieses Recht auf Einwilligung zur medizinischen Behandlung ist ein Bestandteil des Rechts auf Gesundheit, das in Artikel 12 des *Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* von 1966 verankert ist. Das Recht auf Gesundheit wird in Artikel 25 der CRPD angesprochen, der besagt, dass „Menschen mit Behinderungen das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung haben“. Behinderung schließt hier eindeutig psychische Gesundheitsprobleme und geistige Behinderung mit ein. Artikel (25(a)) bezieht sich auf sexual- und fortpflanzungsmedizinischen Gesundheitsleistungen und verknüpft sie mit den Familienrechten in Artikel 23. Artikel 25(d)

fordert von Gesundheitsdiensten, „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“. Dies ist von grundlegender Bedeutung und spiegelt sich in der Anzahl der Fragen im Toolkit wider, die sich mit der Einverständniserklärung für die Behandlung befassen.

Abschnitt 17: Verfügbarkeit einer allgemeinen Gesundheitsversorgung

BewohnerInnen/PatientInnen in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen haben manchmal nicht die gleichen Möglichkeiten, allgemeine Versorgungsleistungen für körperliche Erkrankungen in Anspruch zu nehmen, wie diejenigen, die außerhalb derartiger Einrichtungen leben. Artikel 25 der CRPD legt fest, dass die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung aufgrund dieser Behinderungen erbracht wird. Das bedeutet, dass „Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie anderen Menschen zur Verfügung gestellt wird“ (Artikel 25(a)).

Abschnitt 18: Verfügbarkeit von psychiatrischer Betreuung

Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen oder Behinderungen leiden an sozialer Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung oder Missachtung ihrer Grundrechte und ihrer Würde. Wenn sie in Institutionen leben, ist ihr Zugang zu psychiatrischer Betreuung trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und allgemein positiver diesbezüglichen Entwicklungen oft eingeschränkt oder unzureichend. Wenn jemand als psychiatrische/r LangzeitpatientIn angesehen wird, bedeutet das oft, dass sie/er von Seiten des psychiatrischen Personals weniger Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Einschätzung des klinischen Zustandes und die Optimierung der Behandlung und Rehabilitationsziele erhält. In diesem Abschnitt werden deshalb Informationen über die Qualität und die Frequenz des Zugangs zu

psychiatrischer Untersuchung und Behandlung eingeholt.

Abschnitt 19: Verfügbarkeit von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

Die medizinische Grundversorgung ist die erste Stufe einer Kontinuität der Gesundheitsversorgung. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin können diese Kontinuität garantieren. In Abschnitt 19 wird erhoben, inwiefern eine solche medizinische Grundversorgung für die BewohnerInnen/PatientInnen innerhalb der Einrichtung in angemessener Weise bereit gestellt wird.

Abschnitt 20: Verfügbarkeit von Pflege- und Betreuungspersonal

In der Praxis kann es vorkommen, dass ein Mangel an Pflege- und Betreuungspersonal besteht, sodass die Anzahl der zu betreuenden Personen je Mitglied des Personals besonders groß ist und ein/e MitarbeiterIn manchmal übermäßig viele BewohnerInnen/PatientInnen betreuen muss. Das Pflege- und Betreuungspersonal muss ausreichend ausgebildet und geschult sein, und zwar der Resolution WHA59.23 der Weltgesundheitsversammlung folgend, in der die Vertragsstaaten dazu aufgefordert werden, ihr Engagement für einen 10-Jahres-Plan für die Ausbildung und Schulung von mehr Gesundheitsfachkräften weltweit zu bekunden. Abschnitt 20 erfasst daher die Verfügbarkeit einer derart geschulten pflegerischen Betreuung.

Abschnitt 21: Verfügbarkeit von nicht-medikamentösen Therapien

Psycho-, Sozio- und Ergotherapie werden in vielen Ländern als eine wesentliche Komponente des gesamten Spektrums der Behandlungsmöglichkeiten für psychische Behinderung angesehen. Abschnitt 21 fragt deshalb nach der Verfügbarkeit derartiger Psycho-, Sozio- und Ergotherapie.

Abschnitt 22: Medizinische Aufzeichnungen

Es ist wichtig, dass die medizinische Dokumentation aktuell ist, genau geführt wird und das klinische Bild, das psychosoziale Funktionsniveau sowie alle Bedürfnisse des Individuums beinhaltet. Gegebenenfalls muss

die Dokumentation eine spezifische Diagnose enthalten. „Auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen“ gewährleistet Artikel 22(2) der CRPD den Schutz der „Vertraulichkeit von Informationen über die Person, die Gesundheit und die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen“. Die Mitglieder des Monitoringteams werden in Abschnitt 22 ersucht, einzuschätzen, wie aktuell und detailliert die Informationen sind, die in den individuellen Aufzeichnungen für die BewohnerInnen/PatientInnen enthalten sind.

Abschnitt 23: Förderung der körperlichen Gesundheit und Prävention körperlicher Erkrankungen

Viele ernsthaft beeinträchtigende Krankheiten, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen, sind mit weit verbreiteten, aber vermeidbaren Risikofaktoren verbunden. So sind beispielsweise Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und exzessiver Alkoholkonsum Hauptursachen von vielen körperlichen Erkrankungen. Da bei BewohnerInnen/PatientInnen in Institutionen derartige Risikofaktoren häufig anzutreffen sind, ist ihre frühzeitige Erkennung besonders wichtig. Die Prävention von körperlichen Erkrankungen erfordert daher aktives Vorgehen, um etwa das Auftreten von Bluthochdruck, des metabolischen Syndroms oder eines hohen Cholesterinspiegels zu verhindern. In Abschnitt 23 werden die Mitglieder des Monitoringteams gebeten zu beurteilen, inwieweit entsprechende Untersuchungen regelmäßig und systematisch vorgenommen werden. Zu derartigen Untersuchungen gehören: Routine-Screeninguntersuchungen (klinische Untersuchung, Blut- und Urinuntersuchung, EKG, Thorax-Röntgen), die in regelmäßigen Zeitabständen mit einer entsprechenden Einverständniserklärung durchzuführen sind; Mammographie; Selbstuntersuchung der Brust und/oder ärztliche Brustuntersuchung; Pap-Test; Test auf Blut im Stuhl; Koloskopie und flexible Sigmoidoskopie; urologische Untersuchung; Hautuntersuchung (Hautkrebs-Screening). Die Mundhöhle ist für eine Routineuntersuchung leicht zugänglich und das nichtmedizinische Personal kann ohne Schwierigkeit Läsionen entdecken, die

Vorstufen eines Karzinoms sind. Untersuchungen auf Magen-Darm-Probleme, Probleme beim Urinieren, Unregelmäßigkeiten beim Stuhlgang (einschließlich Harninkontinenz und Einkoten), Überprüfen von Blutdruck und Pulsfrequenz, Atemfrequenz und Temperatur; Untersuchung auf Dekubitus (bei bettlägerigen BewohnerInnen/PatientInnen).

Abschnitt 24: Medikation für körperliche und psychische Erkrankungen

In psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen müssen alle notwendigen Medikamente für psychische und körperliche Erkrankungen ausreichend verfügbar sein. „Verfügbarkeit“ dieser Medikamente bedeutet aber nicht, dass sie den BewohnerInnen/PatientInnen aufgezwungen werden (siehe das Recht auf Einwilligung zur Behandlung im Abschnitt 16). Zu den zu kontrollierenden Aspekten zählen die Verfügbarkeit dieser Arzneimittel, inwieweit die BewohnerInnen/PatientInnen in die Erstellung ihres Behandlungsplanes einbezogen werden und routinemäßig über diesen aufgeklärt werden (einschließlich detaillierter Information über die Nebenwirkungen), inwiefern auf ihre individuellen Meinungen und Wünsche bezüglich der Medikamente eingegangen wird und in welchem Ausmaß auf die Präferenz der Betroffenen für einen bestimmten Typ von Medikamenten und die Verabreichungsart geachtet wird. Die Mitglieder des Monitoringteams werden ebenfalls beurteilen müssen, ob die Verschreibung der Medikamente im Einklang mit Regeln für deren sicheren Gebrauch ist, einschließlich einer individualisierten Verordnung mit Unterschrift des verantwortlichen Krankenhausarztes, genau angegebener Dosis und Häufigkeit der Verabreichung. Besonders zu beachten ist in diesem Zusammenhang, ob eine Übermedikation vorkommt und ob es dem Personal gestattet ist, nach eigenem Ermessen Medikamente zur Sedierung oder Einschränkung von BewohnerInnen/PatientInnen zu verabreichen (siehe auch Abschnitt 14 über Fixierung und Isolation).

Abschnitt 25: Medizinische Aufnahmeuntersuchung

Bei einer Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung oder in eine psychosoziale Betreuungseinrichtung gehört eine umfassende medizinische Untersuchung zur Aufnahme-prozedur. Eine unzureichende körperliche Erstuntersuchung kann für die BewohnerInnen/PatientInnen nachteilige Langzeitfolgen hinsichtlich der Entstehung von Behinderungen und eines erhöhten Morbiditäts- und Sterberisikos haben. Eine Aufnahmeuntersuchung sollte eine sorgfältige Anamnese, eine ärztliche Untersuchung (Blutdruck, Radialispuls, Gewicht, Körpergröße zur Berechnung des Body-Mass-Index, Taillenumfang), Blut- und Urinuntersuchungen, EKG und Thorax-Röntgen beinhalten.

Abschnitt 26: Diagnose körperlicher und psychischer Erkrankungen

Für körperliche Erkrankungen ist die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (International Classification of Diseases, ICD-10), das wichtigste internationale Diagnoseklassifikationssystem. Dieses System wird allgemein auch für psychiatrische Krankheiten verwendet, wobei allerdings in manchen Ländern das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen des Amerikanischen Psychiaterverbandes (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV) verwendet wird. Eine klar formulierte und schriftlich festgehaltene Diagnose ist in der Regel ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung, die einen individualisierten Behandlungsplan zur Folge hat. Im Abschnitt 26 werden die Mitglieder des Monitoringteams deshalb gebeten, zu beurteilen, ob in der Krankenakte die Diagnose klar formuliert wurde. Dies ist auch für die Verpflichtung von Regierungen relevant, entsprechende Daten und Statistiken zu erheben – eine Bestimmung, die in Artikel 31 der CRPD enthalten ist.

Abschnitt 27: Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist eine kontroverse Behandlungsmethode, die Gegenstand zahlreicher Studien zu ihren ethischen Implikationen, ihren klinischen Indikationen und Kontraindikationen, ihrer Sicherheit, ihren Wirkungen und Nebenwirkungen sowie ihres Wirkungsmechanismus war und ist. Aufgrund ihrer schwerwiegenden Nebenwirkungen

(Frakturen in der Zeit vor der Verwendung von Muskelrelaxantien; Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens) gibt es ernsthafte klinische Bedenken bezüglich der EKT. Die Mitglieder des Monitoringteams müssen deshalb feststellen, ob und wie EKT in der zu beurteilenden Einrichtung verwendet wird, indem sie sich zum Beispiel nach der Praxis der Einwilligungserklärung, nach dem Gebrauch von Narkosemitteln und der Durchführung der EKT in Übereinstimmung mit Anwendungsprotokollen und nationalen Gesetzen erkundigen.

Abschnitt 28: Alkohol, Zigaretten und illegale Drogen

Menschen mit psychischer Behinderung leiden im Allgemeinen häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter körperlichen Erkrankungen. Bei Menschen mit lang anhaltenden psychischen Problemen sind Risikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Adipositas, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholmissbrauch häufiger anzutreffen. Der durchschnittlich niedrige sozioökonomische Status von Menschen mit schwerwiegender psychischer Behinderung kann ihren Zugang zu medizinischer Hilfe bei Gesundheitsproblemen, die mit Alkohol- und Nikotinkonsum sowie mit dem Gebrauch von illegalen Drogen zusammenhängen, erschweren.

Abschnitt 29: Einbindung der BewohnerInnen/PatientInnen in die Erstellung von Betreuungsplänen

Die Einbeziehung der Ansichten der Betroffenen wird heute im Bereich der Psychiatrie als ein Zeichen für „gute Praxis“ gesehen. Dieser Ansatz ist als Reaktion darauf entstanden, dass das psychiatrische Betreuungssystem oft nicht auf die Bedürfnisse von einzelnen Betroffenen und auf die Kritik von Selbsthilfegruppen und der Öffentlichkeit eingeht. In modernen Behandlungsrichtlinien

ist die Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in die Planung, Durchführung und Evaluierung psychiatrischer Dienste und Einrichtungen eine hohe Priorität. Die CRPD basiert auf dieser Philosophie, indem sie sicherstellt, dass Menschen mit Behinderungen dazu befähigt werden, Entscheidungen über ihr eigenes Leben selbst zu treffen, falls nötig mit Hilfe eines Unterstützungsnetzwerks (Artikel 12).

Abschnitt 30: Zustimmung zur Teilnahme an Studien

Die CRPD macht in Artikel 15 – in dem die Verhinderung von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung das Thema ist – klar, dass „niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden“ darf. Wenn BewohnerInnen/PatientInnen in Institutionen in medizinische Studien eingebunden werden sollen, schreiben in der Regel nationale Gesetze und lokale Ethikkommissionen eine Einverständniserklärung vor. Diese Vorschriften beinhalten meistens, dass potentiellen TeilnehmerInnen ausreichende Informationen gegeben werden, sodass es ihnen möglich ist, Vorteile und Risiken einer Teilnahme abzuwägen; dass ihnen mitgeteilt wird, dass eine Weigerung an der Studie teilzunehmen ihre Behandlung/Betreuung nicht nachteilig beeinflusst; dass erwartet werden kann, dass jede erhobene Information vertraulich behandelt wird; dass ihre Privatsphäre respektiert wird und dass im Falle, dass BewohnerInnen/PatientInnen sich entscheiden, an einem Forschungsprojekt teilzunehmen, ihre Würde, ihre Rechte, ihre Sicherheit und ihr Wohlergehen sichergestellt und geschützt werden. In Abschnitt 30 wird deshalb danach gefragt, ob es Hinweise darauf gibt, dass den BewohnerInnen/PatientInnen ein derartiger Schutz gewährt wird oder nicht.