

Der ITHACA Toolkit

**Ein Instrument für das Monitoring der Menschenrechte und
der allgemeinen Gesundheitsversorgung
in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen**

2010

Diese Veröffentlichung basiert auf dem Projekt
„Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment (ITHACA)“,
das von der Europäischen Union im Rahmen
des „Programms für öffentliche Gesundheit“ gefördert wurde

<http://www.ithacastudy.eu/>

Danksagungen

Diese Veröffentlichung basiert auf dem Projekt „Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment (ITHACA)“, das von der Europäischen Union im Rahmen des „Programms für öffentliche Gesundheit“ gefördert wurde. Das ITHACA-Projekt und die Entwicklung des Toolkits wurden von MitarbeiterInnen in 5 Zentren geleitet:

Institute of Psychiatry, King’s College London, Vereinigtes Königreich:
Graham Thornicroft, Jennifer Randall, Tamara Shaw, Diana Rose
verantwortlich für die Projektkoordination

Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Institut für Sozialpsychiatrie, Wien, Österreich:
Heinz Katschnig, Gisela Hagmair, Traude Izaak, Livia Mutsch, Gabriele Niedermayer, Christa Straßmayr
verantwortlich für die Disseminierung der Projektergebnisse

Mental Disability Advocacy Center, Budapest, Ungarn:
Oliver Lewis, Csilla Budai, Jasna Russo, Anna Hornyik
verantwortlich für die Entwicklung der Menschenrechtselemente des Toolkits

Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università degli Studi di Verona, Italien:
Lorenzo Burti, Antonio Lasalvia, Sara Bernardelli, Elisa Berti, Irene Fiorini, Massimo Garatti, Cinzia Papa
verantwortlich für die Entwicklung der Elemente für die allgemeine Gesundheitsversorgung des
Toolkits

National Institute for Health and Welfare (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – THL), Helsinki, Finnland:
Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman
verantwortlich für die Projektevaluierung

Weiters haben die folgenden europäischen Partner am ITHACA-Projekt mitgewirkt:

Belgien	Chantal Van Audenhove, Marian De Groof, Sofie Taeymans, Else Tambuyzer
Bulgarien	Valentina Hristakeva, Dimitar Germanov
Tschechische Republik	Barbora Wenigová, Pavla Šelepová, Jan Stuchlik, Michal Balaban
Deutschland	Harald Zäske, Maria-Adelheid Stelzner
Griechenland	Marina Economou, Eleni Louki, Eleonara Kanellopoulou, Maria Charitsi, Natassa Vasilaki
Litauen	Arunas Germanavičius, Dovile Juodkaite, Giedrius Sadzevičius
Niederlande	Jaap van Weeghel, Judith Hasker, Annette Plooy
Rumänien	Radu Teodorescu, Iuliana Radu, Claudia Damian, Moraru Ortansa
Slowakei	Janka Hurova, Peter Lalik
Türkei	Alp Ucok, Serap Serbest, Gülşah Karadayı

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1. Die Ziele des Toolkits	4
Kapitel 2. Was versteht man unter Menschenrechten?.....	8
2.1 Menschenrechtsstandards.....	9
2.2 Regionale Menschenrechtsstandards und -mechanismen.....	11
2.3 UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (CRPD).....	13
2.3.1 „Menschen mit Behinderungen“	13
2.3.2 Die Innovationen der CRPD	14
2.3.3 Die CRPD-Mechanismen	15
Kapitel 3. Was versteht man unter allgemeiner Gesundheitsversorgung?.....	17
3.1 Der hier verwendete Bezugsrahmen	17
3.2 Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung	20
3.3 Lebensstilaspekte, die sich auf die allgemeine Gesundheit auswirken.....	21
3.4 Erhöhte Komorbiditäts- und Mortalitätsrate	21
3.5 Lernbehinderung/geistige Behinderung und die allgemeine Gesundheitsversorgung.....	23
3.6 Stigma, Diskriminierung und „diagnostic overshadowing“	24
3.7 Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung	25
3.8 Schutzimpfung und Immunisierung.....	27
3.9 Monitoring des Erbringens von angemessenen Behandlungs- und Betreuungsleistungen	27
3.10 Iatrogene Risiken verordneter Medikamente.....	28
Kapitel 4: Warum sollten die Menschenrechte überwacht werden?	30
Kapitel 5. Die Prinzipien des Menschenrechts-Monitoring.....	35
5.1 Schaden vermeiden	35
5.2 Das Monitoring regelmäßig durchführen	35
5.3 Demonstrieren, dass man unabhängig ist	35
5.4 Ein glaubwürdiges Team aufbauen	36
5.5 Erfassen von verlässlichen Informationen.....	37
5.6 Eine „investigative“ Haltung einnehmen	37
5.7 Informationen sicher aufbewahren	38
Kapitel 6. Die Methoden des Menschenrechts-Monitoring.....	39
6.1 Methode 1: Interview	39
6.2 Methode 2: Beobachtung	47
6.3 Methode 3: Einsicht in schriftliche Unterlagen	48
6.4 Das Aufzeichnen von Informationen	49
Kapitel 7. Zehn Schritte des Menschenrechts-Monitorings	52
Schritt 1: Festlegung der Ziele des Monitorings	52
Schritt 2: Zusammenstellung des Monitoringteams.....	53
Schritt 3: Training der Mitglieder des Monitoringteams	54
Schritt 4: Erhebung von Hintergrundinformationen	56
Schritt 5: Planung der Besuche	60
Schritt 6: Durchführung der Besuche	63
Schritt 7: Berichterstellung	65
Schritt 8: Disseminierung des Berichts	68
Schritt 9: Evaluierung des Prozesses	70
Schritt 10: Planung zukünftiger Besuche	70
Kapitel 8. Leitfaden zum Fragenkatalog	71
Kapitel 9. Fragenkatalog für den Monitoring-Besuch	79

Kapitel 1. Die Ziele des Toolkits

Das Ziel dieses Toolkits ist es, eine umfassende Anleitung zur Überwachung der Einhaltung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Gesundheit, in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen, bereitzustellen.

Wer sind Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung?

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen gibt es weltweit 650 Millionen Menschen mit Behinderungen; 80% von ihnen leben in Entwicklungsländern. Unter diesen Menschen leidet ein wesentlicher Teil an einer psychischen¹² oder geistigen Behinderung³. Einige Menschen mit geistiger Behinderung leiden ebenfalls an psychischen Störungen. Innerhalb jeder Gruppe gibt es eine große Vielfalt an Hoffnungen, Wünschen und Bedürfnissen. Der ITHACA Toolkit geht daher von der Annahme aus, dass „Menschen mit psychischer Behinderung“ bzw. „Menschen mit geistiger Behinderung“ keine homogenen Gruppen sind.

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird jeder Vierte von uns irgendwann in seinem Leben an einer psychischen Störung leiden. Aufgrund der in vielen Ländern alternden Bevölkerung wird die Zahl der Menschen mit degenerativen Krankheiten, wie Alzheimer bzw. Demenz, weiterhin steigen. Psychische Probleme betreffen viele Familien, jedoch werden Menschen mit psychischer Behinderung aus der Gesellschaft ausgeschlossen.

¹ In diesem Zusammenhang werden allgemein verschiedene Begriffe verwendet, wobei im ITHACA Toolkit der Begriff „psychische Behinderung“ am häufigsten vorkommt, seltener „psychische Krankheit“ oder „psychische Störung“.

² In diesem Toolkit werden je nach Kontext verschiedene Begriffe für Menschen mit psychischen Behinderungen verwendet, wie zum Beispiel „Personen mit Psychiatrieerfahrung“, „Patienten“, etc.

³ Manchmal auch als „intellektuelle Entwicklungsstörungen“ bezeichnet.

Was sind psychiatrische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen?

Obwohl die Zahl von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung so groß ist, leben sie oft am Rand der Gesellschaft und sind dem Risiko ausgesetzt, dass ihre Menschenrechte verletzt werden. Die Gründe dafür sind, dass oft Angst vor Menschen mit einer Behinderung besteht, oder diese Menschen bemitleidet werden. Angst und Mitleid führen aber zu Stigma, Stigma zu Diskriminierung, und Diskriminierung zu ungerechter Behandlung. Sobald Stigma, Diskriminierung und ungerechte Behandlung zur Regel geworden sind, hat sich auch der Widerstand gegen Veränderungen verfestigt, ebenso gegen eine Systemreform in dem Sinn, dass den Betroffenen eine breite Palette von Dienstleistungsangeboten angeboten wird.

Ein beträchtlicher Anteil von Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen wird von der Gesellschaft ausgegrenzt und verbringt eine bestimmte Zeit des Lebens in Einrichtungen, bzw. wird dort betreut und behandelt. Diese Einrichtungen und die Menschenrechte der Personen in diesen Einrichtungen sind der Gegenstand dieses Instruments. Menschen mit Behinderungen, die aus der Gesellschaft ausgeschlossen sind, weil sie in psychiatrischen Einrichtungen (wie z.B. in psychiatrischen Anstalten) und in psychosozialen Betreuungseinrichtungen (wie z.B. in Pflegeheimen) leben, sind dem Risiko der Vernachlässigung und ungerechten Behandlung besonders ausgesetzt. Im ITHACA Toolkit wird eine Institution wie folgt definiert: „Jeder Ort, an dem Menschen, die als behindert bezeichnet werden, isoliert und abgesondert sind und/oder gezwungen werden miteinander zu leben. Eine so definierte Institution ist ein Ort, an dem die Betroffenen keine Kontrolle mehr über ihr Leben und ihre täglichen Entscheidungen haben, oder es ihnen nicht erlaubt ist, diese Kontrolle auszuüben. Eine Institution ist nicht allein durch ihre Größe definiert“⁴. Der ITHACA Toolkit wurde anhand eines breiten Spektrums von Einrichtungen entwickelt und in ihnen getestet. Dazu gehörten psychiatrische Krankenhäuser (manchmal auch mit

⁴ Definition der European Coalition for Community Living. <http://www.community-living.info/>

neurologischen Abteilungen), psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, psychosoziale Betreuungseinrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung, Pflegeheime, unterstützte Wohneinrichtungen, psychosoziale Betreuungseinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, Rehabilitationszentren und forensische psychiatrische Anstalten. Der ITHACA Toolkit ist also für alle derartigen Institutionen oder Wohneinrichtungen, unabhängig von Größe und Umfang, bestimmt.

Warum sollen psychiatrische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen geschlossen und gemeindebasierte Dienste entwickelt werden?

In vielen Teilen der Welt gibt es immer noch Institutionen im oben beschriebenen Sinn, und das trotz empirisch nachgewiesener Schädigungen, die durch diese Einrichtungen entstehen sowie der bekannten Vorteile gemeindenaher Dienste und Einrichtungen. Bei Einsatz der heute verfügbaren Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und mit ausreichender sozialer Unterstützung können nahezu alle Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung ein Leben in Gemeinschaft führen und an ihm teilhaben. Es gibt ausreichend Belege für die schädliche Wirkung der Einrichtungen, jedoch prägt die Ideologie, dass eine Absonderung im besten Interesse der Einzelperson und der Gesellschaft liegt, in vielen Ländern oft weiterhin die Gesundheits- und Sozialpolitik und das Angebot für Personen mit psychischen Störungen.

Warum sollten psychiatrische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen öffentlich überprüft werden?

Die Vertragsstaaten müssen ihren Verpflichtungen nachkommen, das Recht der Menschen mit Behinderungen auf ein Leben in der Gemeinschaft umzusetzen. Wenn diese Verpflichtungen nicht ausreichend erfüllt werden, müssen die Vertragsstaaten zumindest gewährleisten, dass die Rechte von Menschen in Einrichtungen geachtet, geschützt und eingehalten werden. Dies kann nur durch den aktiven Einsatz von unabhängigen Aufsichtsbehörden geschehen, wodurch die allfällige Missachtung der Menschenrechte

„hinter den Mauern“ verhindert werden kann. Ohne eine unabhängige Überprüfung gehen Vernachlässigung und Missbrauch ungestraft weiter und bleiben auch weiterhin unbeachtet und ohne Konsequenz.

Es sind in erster Linie Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung, die in derartigen Einrichtungen zu finden sind. In einigen Einrichtungen gibt es auch Menschen mit Hör-, Seh- und anderen Behinderungen sowie Menschen, die überhaupt keine Behinderungen haben. In manchen Ländern werden politische Dissidenten in psychiatrischen Einrichtungen angehalten. Menschen in solchen Institutionen sind ganz besonders anfällig für Missbrauch, da sie in vielen dieser Einrichtungen gegen ihren Willen untergebracht werden. In solchen Institutionen ist den Menschen das Recht auf Selbstbestimmung genommen, manchmal dürfen sie keine Entscheidung darüber treffen, ob sie die Einrichtung verlassen können. Sie werden ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit beraubt, unter Vormundschaft gestellt und gegen ihren Willen behandelt. Einige Menschen in solchen Einrichtungen leiden an schweren Behinderungen und Kommunikationsproblemen und hätten Schwierigkeiten, die Verletzungen ihres Menschenrechts, die sie erleiden, mitzuteilen. Außerdem liegen die Einrichtungen oft weit von den städtischen Zentren entfernt und es gibt wenig Besucher, keine Kommunikationsmöglichkeiten mit der Außenwelt, keine Gruppen, die rechtliche Unterstützung anbieten, und keine staatlich finanzierten Anwälte, die eine Anklage gegen Menschenrechtsverletzungen erheben.

Die internationalen Menschenrechtsvorschriften, wie beispielsweise das *Fakultativprotokoll der Konvention der Vereinten Nationen (UN) zum Übereinkommen gegen Folter (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - OPCAT)*, fordern ein regelmäßiges und unabhängiges Monitoring der Situation von Menschen, die an Orten der Freiheitsentziehung angehalten werden. Andere Vorschriften der internationalen Menschenrechtsgesetze, wie zum Beispiel das *UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with*

Disabilities – CRPD), besagen, dass die Rechte von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung überwacht werden müssen. Der ITHACA Toolkit setzt diese und andere Standards zum Monitoring von psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen in die Praxis um.

Menschenrechtsverletzungen können auch in jenen Vertragsstaaten vorkommen, die Maßnahmen ergriffen haben, große Einrichtungen zu schließen und Dienstleistungsangebote in gemeindebasierten Einrichtungen aufzubauen. So können Menschenrechtsverletzungen auch in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und in Tageszentren und Wohngemeinschaften in der Gemeinde auftreten. Die Menschenrechte von Personen in solchen Einrichtungen verdienen ebenfalls eine genaue Überprüfung.

In einigen Teilen der Welt haben sich die psychiatrischen Dienste von der Betreuung in geschlossenen Anstalten darauf umgestellt, Dienstleistungsangebote in gemeindebasierten Einrichtungen anzubieten, obwohl dies recht häufig durch einen unzureichenden Transfer von Ressourcen begleitet wurde. Eine Folge dieses Ressourcenmangels war, dass Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung obdachlos wurden oder im Gefängnis gelandet sind. In diesen Ländern ersetzen manchmal Gefängnisse die psychiatrischen Einrichtungen. Deshalb sollten die Menschenrechte von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung in Gefängnissen ebenfalls Schwerpunkt von Kontrollbesuchen sein. Obwohl es bereits Monitoring-Instrumente für Gefängnisse gibt, können Aspekte dieses Toolkits für derartige Einrichtungen adaptiert und verwendet werden.

Für wen wurde der ITHACA Toolkit entwickelt?

Der ITHACA Toolkit wurde für Gruppen entworfen, die ein unabhängiges Menschenrechts-Monitoring durchführen. Dies kann nationale Inspektionssysteme umfassen, die unter dem *Fakultativprotokoll der Konvention der Vereinten Nationen (UN) zum Übereinkommen gegen Folter* gegründet wurden sowie Organisationen, die ein

Monitoring gemäß Artikel 33 (2) zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen durchführen. Es kann ebenso von nationalen Menschenrechtsinstitutionen oder Ombudsstellen genutzt werden. Es ist zu hoffen, dass der Toolkit für Nichtregierungsorganisationen verwendbar ist, die Kontrollbesuche durchführen möchten, sowie für supranationale Organisationen, die Kontrollbesuche durchführen, wie zum Beispiel für das *Europäische Komitee zur Verhütung von Folter des Europarates (European Committee for the Prevention of Torture - CPT)* und für den *Unterausschuss der Vereinten Nationen zur Verhütung von Folter (UN-Subcommittee on Prevention of Torture – SPT)*. Wir ermutigen insbesondere Gruppen von Personen mit Psychiatrieerfahrung sowie Gruppen von Menschen mit geistiger Behinderung und die sich für diese engagieren, dazu, ein Monitoring von Einrichtungen durchzuführen und den zuständigen Gremien Empfehlungen auszusprechen.

Welche Menschenrechte sollten überwacht werden?

Der ITHACA Toolkit bezieht sich unmittelbar auf das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD)*, welches das Recht auf eine unabhängige Lebensführung und das Einbeziehen in die Gemeinschaft propagiert (siehe Artikel 19 CRPD). Alle Länder, die die CRPD ratifizieren, stehen unter der Verpflichtung, Maßnahmen zu ergreifen, die diesen Artikel und alle anderen Artikel des Übereinkommens implementieren. Solange es aber noch die genannten Institutionen gibt, dient der ITHACA Toolkit als Orientierungshilfe in Bezug auf das große Spektrum von Menschenrechtsverletzungen, die in Institutionen und als Folge einer Institutionalisierung vorkommen können.

Aufbau des Toolkits

Kapitel 2 des Toolkits beschreibt einige Grundlagen der Menschenrechte. Es verbindet Menschenrechtsstandards mit dem Thema des Monitorings von psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen, legt

einige Mechanismen des Menschenrechtsschutzes dar und stellt die wichtigsten Punkte des *Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (CRPD)* vor.

Kapitel 3 liefert Hintergrundinformationen zur Durchführung des allgemeinen Gesundheitsversorgungs-Monitorings. Dieses Kapitel bietet Informationen zu den Themen, die im Hinblick auf die allgemeine Gesundheit der Menschen mit psychischen Behinderungen besonders wichtig sind.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit den organisatorischen Fragen der Durchführung eines Menschenrechts-Monitorings in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen. Es widmet sich der Zielsetzung des Menschenrechts-Monitorings und der Frage, wie das Monitoring mit anderen Methoden ergänzt werden kann (Unterstützen und Führen von Kampagnen, Bewusstseinsbildung, Förderung der Kompetenz zur Selbstvertretung, das Motivieren anderer zur Teilnahme am Monitoring, die Aufwertung eines Organisationsprofils, Gerichtsprozesse).

Kapitel 5 beschäftigt sich mit den Prinzipien eines Menschenrechts-Monitorings, zu denen folgende Punkte gehören: die Vermeidung von Schäden; die Notwendigkeit, das Monitoring regelmäßig durchzuführen; die Erfordernis, Unabhängigkeit zu demonstrieren; das Aufbauen eines glaubwürdigen Teams; das Sammeln verlässlicher Informationen; das Annehmen einer investigativen Haltung; die sichere Aufbewahrung von Informationen; das Aufrechterhalten von Kontakten zu den Quellen.

Kapitel 6 widmet sich den praktischen Fragen der Durchführung eines Menschenrechts-Monitorings. Dieses Kapitel umfasst Anregungen zur Durchführung von Interviews mit Personen mit psychischen Störungen und geistiger Behinderung; zur Überprüfung der Aufzeichnungen; zur Durchführung von Beobachtungen und zum Aufzeichnen von Informationen.

Kapitel 7 setzt sich mit den zehn Schritten des Menschenrechts-Monitorings auseinander und stellt Fragen, welche die Mitglieder des

Monitoringteams vor Beginn des Monitoring-Prozesses beantworten müssen.

Kapitel 8 beschäftigt sich mit den Themen, die die Mitglieder des Monitoringteams während der Durchführung des Monitorings beachten sollten. Dieses Kapitel entspricht dem Fragenkatalog für den Monitoring-Besuch in Kapitel 9, und beschreibt, wie sich diese auf das *UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD)* in jedem der 30 Teile der Informationserhebung beziehen.

Kapitel 9 schließlich besteht aus einem Fragenkatalog zur Verwendung für die Informationserhebung. Seine Fragen sind in 30 Teile unterteilt, die die Mitglieder des Monitoringteams während der Kontrollbesuche verwenden können.

Kapitel 2. Was versteht man unter Menschenrechten?

Menschenrechte sind Rechtsansprüche, die im Völkerrecht (zum Beispiel im *Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte*) oder im nationalen Recht (zum Beispiel in der Verfassung oder einem speziellen Gesetz) verankert sind. Die Vertragsstaaten sind das oberste „Organ“, das für die Achtung der Menschenrechte, ihren Schutz und ihren vollen Genuss verantwortlich ist. Das Wort „Staat“ beinhaltet eine Zentralregierung, eine Gemeindeverwaltung, andere Regierungs- und Quasiregierungsvertretungen sowie Gerichte und Strafgerichte. Regierungen haben die Pflicht sicherzustellen, dass „nichtstaatliche Akteure“, wie beispielsweise private Krankenhäuser, private Gefängnisse, private Sicherheitsfirmen, etc., ebenfalls die Rechte der Menschen, für die sie verantwortlich sind, einhalten.

Die Vertragsstaaten, die dem Völkerrecht unterstehen, müssen die Menschenrechte achten, schützen und einhalten. Die Verpflichtung, die Menschenrechte „zu achten“, bedeutet, dass Vertragsstaaten nicht in den Genuss der Menschenrechte eingreifen oder diese beschneiden dürfen. Um ein Beispiel zu nennen: Vertragsstaaten dürfen das Stimmrecht von Menschen in psychosozialen Betreuungseinrichtungen nicht beschneiden. Die Verpflichtung, die Menschenrechte „zu schützen“, verlangt von den Vertragsstaaten, einzelne Personen und Gruppen vor Menschenrechtsverletzungen zu schützen. Ein Beispiel dafür ist, dass Institutionen sicherstellen müssen, dass es Verfahrensregeln gibt, die Gewalt und Missbrauch verhindern. Die Pflicht „Rechte einzuhalten“ bedeutet, dass die Vertragsstaaten positive Maßnahmen ergreifen müssen, um den Genuss der elementaren Menschenrechte zu ermöglichen. Ein Beispiel ist, dass, bevor eine Person gebeten werden kann, einer Behandlungsart zuzustimmen oder sie abzulehnen, ein Spezialist für psychische Gesundheit diese Person mit schriftlichen und mündlichen Informationen in einer Sprache und einem Format versorgt, die die betreffende Person auch versteht.

Menschen mit psychischer oder geistiger Behinderung können einer Reihe von Problemen ausgesetzt sein, die sich auf die Menschenrechte beziehen. Die Verletzungen dieser Rechte verschlimmern wahrscheinlich jegliche bereits vorher existierenden psychischen Störungen, statt diese zu verbessern. Manche Menschenrechtsverletzungen sind offensichtlich: Wenn zum Beispiel ein Pfleger psychiatrische PatientInnen vergewaltigt, dann ist es einfach, den Schuldigen zu identifizieren, der die Tat vorsätzlich begangen hat.

Die meisten Menschenrechtsverletzungen in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen sind jedoch struktureller Natur und es kann sein, dass in der Einrichtung niemand direkt identifiziert werden kann, der für die Missbräuche unmittelbar verantwortlich ist. Solche systemische Verletzungen der Menschenrechte können das Ergebnis eines fehlerhaften Gesetzes oder einer fehlerhaften Politik sein – ein Gesetz oder eine Politik, die überhaupt nicht oder nicht richtig umgesetzt wurden, eine nationale oder regionale institutionelle Gepflogenheit, eine systemische Unterfinanzierung von Diensten und Einrichtungen, oder die Finanzierung der falschen Dienste und Einrichtungen (zum Beispiel eines großen psychiatrischen Krankenhauses, anstatt gemeindenaher psychiatrischer Dienste). Es sind genau diese Umstände, unter denen es besonders sinnvoll ist, daran zu denken, dass „der Staat“ die Pflicht hat, die Menschenrechte aller Menschen innerhalb des Staatsgebiets ohne jegliche Diskriminierung zu achten, zu schützen und einzuhalten. Angesichts dessen, dass viele Menschenrechtsverletzungen ohne die geringste Absicht Schaden anzurichten geschehen, ist es wichtig daran zu denken, dass es bei dem Unterfangen eines Menschenrechts-Monitorings nicht darum geht, Dienstleistungserbringer anzuprangern, sondern eher darum, die Realität anhand der Menschenrechtsstandards objektiv und exakt zu beurteilen.

Das nächste Kapitel gibt einen Überblick über die internationalen und regionalen Menschenrechtsstandards und -mechanismen, die von besonderer Relevanz für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung sind,

und legt besonderen Wert auf das *UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD)*, das den Rahmen für den ITHACA Toolkit vorgibt.

2.1 Menschenrechtsstandards

Im Jahre 1948 verabschiedeten die Vereinten Nationen (*United Nations - UN*) die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*, woraus die moderne internationale Menschenrechtsbewegung entstand. Seither wurden andere Konventionen, Erklärungen, Richtlinien und Empfehlungen von den UN und anderen internationalen Gremien verabschiedet. Die UN setzen sich aus den meisten Regierungen der Welt zusammen, sodass also die Menschenrechte von den Vertragsstaaten selbst vereinbart, und nicht von außen auferlegt wurden. Der aktuellste UN-Menschenrechtsvertrag ist das *UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD)*. Wie bereits erwähnt, stellt dieses Übereinkommen den Rahmen für den ITHACA Toolkit dar; es wird weiter unten in Kapitel 3 ausführlicher diskutiert.

Das Erbringen von Dienst- und Betreuungsleistungen für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung bedeutet manchmal, dass damit bestimmte Einschränkungen oder Restriktionen bezüglich der Menschenrechte verbunden sind. In vielen Vertragsstaaten erlaubt beispielsweise das nationale Recht bestimmten Personen, jemanden festzuhalten, bei dem eine psychische Störung festgestellt wurde, die mit einem Risiko für die Gesundheit oder Sicherheit dieser oder einer anderen Person verbunden ist. In vielen Ländern ist es ÄrztInnen gesetzlich erlaubt, diesen Personen gegen ihren Willen Medikamente zu verabreichen. Diese Arzneimittel können sich (positiv oder negativ) auf das körperliche und psychische Wohlbefinden einer Person auswirken. Deshalb gibt es eine Schnittstelle zwischen medizinischen Fragen und Menschenrechtsfragen.

Vor dem CRPD-Übereinkommen (siehe Kapitel 1) wurden mehrere UN-Instrumente zum Schutz und zur Förderung der Rechte von

Menschen mit Behinderungen beschlossen, die sich manchmal speziell auf Menschen mit psychischer Behinderung und manchmal auf Menschen mit geistiger Behinderung gerichtet haben. Dazu gehören:

- *Die Erklärung über die Rechte von geistig behinderten Menschen (1971)*; ⁵
- *Die Erklärung über die Rechte behinderter Menschen (1975)*; ⁶
- *Das Weltaktionsprogramm für Behinderte (1982)*; ⁷
- *Die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (1991)*; ⁸
- *Die Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (1993)*.⁹

Diese Dokumente waren rechtlich nicht verbindlich, sie drückten aber zu der Zeit, als sie beschlossen wurden, eine moralische und politische Verpflichtung durch die Vertragsstaaten aus, und wurden als Richtlinien für die Gesetzgebung, für die Formulierung von politischen Grundsätzen bezüglich Menschen mit Behinderungen sowie bei Gericht zur Auslegung von Gesetzen verwendet. Diese Dokumente sind jedoch nicht unumstritten. Sie wurden von Politikern unter geringer Einbeziehung der Zivilgesellschaft und insbesondere von Menschen mit psychischer Behinderung oder mit geistiger Behinderung beschlossen. Einige Bestimmungen des Dokumentes *Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung* schwächen den Grundsatz der Zustimmung zur Behandlung soweit ab, dass das Prinzip bedeutungslos wird, und einen geringeren Schutz darstellt, als das rechtskräftige CRPD-Übereinkommen besitzt.¹⁰

⁵ Von der Generalversammlung am 20. Dezember 1971 durch die Resolution 2856 (XXVI) beschlossen

⁶ Von der Generalversammlung am 9. Dezember 1975 durch die Resolution 3447 (XXX) beschlossen

⁷ Resolution im Dokument A/37/51 der Vereinten Nationen enthalten, Offizielle Protokolle der Generalversammlung Siebenunddreißigste Sitzung Ergänzungs-Nr. 51 am 3. Dezember 1982

⁸ Von der Generalversammlung am 17. Dezember 1991 durch die Resolution 46/119 beschlossen

⁹ Von der Generalversammlung am 20. Dezember 1993 durch die Resolution 48/96 beschlossen

¹⁰ Ein Kommentar zu den Entwicklungen der Menschenrechtsbestimmungen ist in einem speziellen Bericht des UN-Sonderberichterstatters gegen Folter zu finden: Zwischenbericht des Sonderberichterstatters über Folter

Es gibt neun wichtige UN-Menschenrechtsverträge. Jeder einzelne ist für die Vertragsstaaten, die ihn unterzeichnet haben, rechtskräftig. Alle sind für die Rechte der Menschen mit Behinderungen von Bedeutung, einer – der CRPD-Vertrag – ist jedoch für Menschen mit Behinderungen von besonderer Relevanz. Die zwei Hauptverträge, die von der rechtlich unverbindlichen *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Universal Declaration of Human Rights - UDHR)*¹¹ abgeleitet wurden - der *Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - ICESCR, 1966)*¹² und der *Internationale Pakt über bürgerliche und zivile Rechte (International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR, 1966)*¹³ - führen viele Rechte, einschließlich des Rechts auf Nichtdiskriminierung, auf. Zusammen mit der UDHR bilden diese drei Dokumente die *International Bill of Rights*. Die meisten Vertragsstaaten haben sowohl die ICESCR als auch die ICCPR ratifiziert.¹⁴

Es gibt auch Menschenrechtskonventionen, die sich auf Rechte konzentrieren, die für bestimmte „Gruppen“, wie zum Beispiel ethnische Minderheiten (1965)¹⁵, Frauen (1979)¹⁶, Kinder (1989)¹⁷ und Wanderarbeiter

und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlungen oder Strafen, Manfred Nowak vor der UN-Generalversammlung am 28. Juli 2008, mit Bezug auf A/63/175, verfügbar auf www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc, die auszugsweise deutsche Übersetzung unter <http://www.un.org/Depts/german/gv-sonst/a63-175.pdf> (abgerufen am 16. Juni 2011).

¹¹ Von der Generalversammlung am 10. Dezember 1948 durch die Resolution 217A (III) beschlossen

¹² Von der Generalversammlung am 16. Dezember 1966 durch die Resolution 2200A (XXI) beschlossen

¹³ Von der Generalversammlung am 16. Dezember 1966 durch die Resolution 2200A (XXI) beschlossen

¹⁴ Für weitere Informationen darüber, welche Vertragsstaaten welchen Vertrag ratifiziert haben, siehe <http://tb.ohchr.org> (abgerufen am 16. Juni 2011).

¹⁵ Internationale Konvention zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung, von der Generalversammlung am 21. Dezember 1965 durch die Resolution 2106 (XX) beschlossen

¹⁶ Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung gegenüber Frauen, von der Generalversammlung am 18. Dezember 1979 durch Resolution beschlossen

¹⁷ Konvention über die Rechte des Kindes, von der Generalversammlung am 20. November 1989 durch die Resolution 44/25 beschlossen

(1990)¹⁸ wichtig sind. Wie bereits erwähnt, ist der aktuellste Vertrag das *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD)* von 2006, das in seiner zwanzigsten Ratifizierung im Mai 2008 in Kraft getreten ist.¹⁹

Die *UN-Konvention gegen Folter (1984)*²⁰ stellt einen substantiellen Schutz gegen Folter, unmenschliche, grausame oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung dar. Sie wird durch das *Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - OPCAT)* ergänzt, das, wie bereits erwähnt, keine substantiellen Rechte begründet, sondern ein internationales Überwachungsorgan für Orte, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, einrichtet – bekannt als *UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter (Sub-Committee for the Prevention of Torture - SPT)*. Es verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, einen oder mehrere nationale Präventivmechanismen einzurichten bzw. festzulegen, durch die die Rechte der Menschen an Orten der Freiheitsentziehung, einschließlich Gefängnissen und Polizeidienststellen sowie psychiatrischen Einrichtungen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen, überwacht werden.²¹

Alle Menschenrechtsverträge enthalten eine Bestimmung, die vor Diskriminierung schützt, und alle sehen Behinderung implizit als Diskriminierungsgrund und machen deutlich, dass Menschen mit Behinderungen bei der Anwendung jeglichen Rechts nicht diskriminiert werden dürfen. Allerdings erkannte bis zum CRPD-Übereinkommen lediglich die *Konvention über die Rechte des Kindes* Behinderung ausdrücklich als Diskriminierungsgrund an.

¹⁸ Internationale Konvention zum Schutz der Rechte der Wanderarbeiter und ihrer Familienangehörigen, von der Generalversammlung am 18. Dezember 1990 durch die Resolution 45/158 beschlossen

¹⁹ Für weitere Informationen über die CRPD, siehe www.un.org/disabilities (abgerufen am 16. Juni 2011).

²⁰ Von der Generalversammlung am 10. Dezember 1984 durch die Resolution 39/46 beschlossen

²¹ Für weitere Informationen über Menschenrechtsverträge, siehe www.ohchr.org (abgerufen am 16. Juni 2011).

Wir empfehlen, dass jeder, der an einem Menschenrechts-Monitoring beteiligt ist, ein tiefgreifendes Verständnis dieser Kerninstrumente erwirbt. Man muss dazu kein Anwalt oder Fachmann sein, und es gibt viele Materialien über Menschenrechte, die leicht zu lesen sind.

2.2 Regionale Menschenrechtsstandards und -mechanismen

Zusätzlich zu den UN-Mechanismen gibt es verschiedene Gruppen, die ihre eigenen regionalen Standards formuliert haben, die ebenfalls wichtige Quellen für Menschenrechtsstandards sind. Einige von ihnen besitzen eigene Mechanismen zur Durchsetzung, womit unterschiedliche Weisen gemeint sind, wie die Umsetzung von Menschenrechten sichergestellt werden kann: Justizorgane, denen Einzelfälle vorgebracht werden können; Sachverständigenausschüsse, die die Verstöße der Vertragsstaaten überwachen können oder über Kollektivbeschwerden urteilen; und verschiedene Ermittlungsmechanismen. Es ist für die Mitglieder eines Menschenrechts-Monitoringteams wichtig, sich mit den regional verfügbaren Instrumenten vertraut zu machen. Einige der wesentlichen regionalen Menschenrechtsinstrumente und ihre jeweiligen Monitoring-Mechanismen sind die folgenden:

Afrika

- *Afrikanische Charta der Menschenrechte und der Rechte der Völker* (1981). Die Afrikanische Kommission der Menschenrechte und der Rechte der Völker, 1987 gegründet, mit Sitz in Banjul, Gambia, führt Aufsicht. 1998 wurde ein Protokoll zu der Charta beschlossen, das in Kraft trat, und den Afrikanischen Gerichtshof für Menschenrechte und die Rechte der Völker schuf. Zum afrikanischen System gehört auch die Afrikanische Kommission für Menschenrechte, die wichtige Funktionen ausübt.²²

²² Siehe <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf> für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

- *Afrikanische Charta für die Rechte und das Wohl des Kindes* (1990) unter der Organisation für Afrikanische Einheit. Sie spiegelt im Wesentlichen die *UN-Konvention über die Rechte des Kindes* wider.²³

Amerika

- *Amerikanische Menschenrechtskonvention* (1969). Die Organe, die dafür verantwortlich sind, die Einhaltung der Konvention zu beaufsichtigen, sind die Interamerikanische Kommission für Menschenrechte und der Interamerikanische Gerichtshof für Menschenrechte, die beide Organe der Organisation der Amerikanischen Vertragsstaaten sind.²⁴
- Das amerikanische System beinhaltet auch das *Interamerikanische Übereinkommen zur Beseitigung aller Formen der Diskriminierung gegen Menschen mit Behinderungen* (2001), das der erste Vertrag über Behinderung vor der CRPD war.²⁵
- Die *Interamerikanische Konvention zur Verhütung und Bestrafung von Folter* (1985) ist auch ein Instrument der Organisation der Amerikanischen Vertragsstaaten.²⁶
- Das *Interamerikanische Übereinkommen zur Verhütung, Bestrafung und Abschaffung der Gewalt gegen Frauen* (1994) befindet sich ebenfalls unter der Organisation der Amerikanischen Vertragsstaaten.²⁷

²³ Siehe http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

²⁴ Siehe <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-32.html> für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

²⁵ Siehe <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-65.html> für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

²⁶ Siehe <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-51.html> für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

²⁷ Siehe <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html> für weitere Informationen (abgerufen am 16. Juni 2011).

Die arabischen Vertragsstaaten

- *Arabische Charta der Menschenrechte* (2004). Vom Rat der Arabischen Liga verabschiedet und 2008 in Kraft getreten.²⁸

Europa

- *Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten* (1950). Auch unter dem Namen *Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte* bekannt. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte mit Sitz in Straßburg legt die Konvention aus, wenn er Entscheidungen über Einzelanträge fällt, die ihm von Einzelpersonen aus den 47 Ländern des Europarates vorgebracht werden. Der Gerichtshof hat bereits über eine Fülle von Fällen in Bezug auf psychische Behinderungen entschieden.²⁹
- *Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe* (1987). Diese Konvention beinhaltet keine neuen substantiellen Rechte, sondern begründet das Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (kurz CPT). Das CPT besucht Orte der Freiheitsentziehung, einschließlich psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen, in allen Mitgliedsstaaten des Europarates. Die resultierenden Berichte werden veröffentlicht, wenn die Regierung dem zustimmt.³⁰

²⁸ Siehe

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabhrcharter.html> für weitere Informationen (abgerufen am 16 Juni 2011).

²⁹ Siehe www.echr.coe.int für weitere Informationen (16 Juni 2011). Für weitere Informationen, siehe Mental Disability Advocacy Center (2007) "Summaries of Mental Disability Cases Decided by the European Court of Human Rights" (Zusammenfassungen von Fällen psychischer Behinderung, entschieden vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte) Download auf www.mdac.info. On the Court's jurisprudence, siehe Bartlett, P., Lewis, O. und Thorold, O. (2006) *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Martinus Nijhoff, Brill Publishing, The Netherlands.

³⁰ Siehe www.cpt.coe.int für weitere Informationen (abgerufen am 16 Juni 2011).

- *Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin* (1997). Obwohl dies ein rechtskräftiges Übereinkommen ist, gibt es keinen Überwachungsmechanismus.³¹
- *Europäische Sozialcharta*, überarbeitet (1996). Der Europäische Ausschuss für soziale Rechte überprüft deren Einhaltung in einzelnen Staaten, einige Organisationen sind dazu berechtigt, „Kollektivbeschwerden“ zu spezifischen Themen einzureichen.³²
- *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Die Charta gilt lediglich für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), wenn sie EU-Recht implementieren und dies in den Gerichten der EU vollstreckbar wird.

Innerhalb der europäischen Region gibt es auch wichtige Instrumente des faktischen Rechts. Diese Dokumente sind für die Vertragsstaaten nicht rechtsverbindlich, wurden jedoch vom Ministerkomitee des Europarates, das aus den Regierungen aller Mitgliedsstaaten des Europarates besteht, einstimmig beschlossen:

- *Empfehlung Rec(1999)4 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates über die Grundsätze bezüglich des Rechtsschutzes von urteilsunfähigen Erwachsenen*
- *Empfehlung Rec(2004)10 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen*

³¹ Siehe

<http://conventions.coe.int/Treaty/GER/Treaties/Html/164.htm> für weitere Informationen (abgerufen am 16 Juni 2011).

³² Siehe

<http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/German.pdf> für weitere Informationen (abgerufen am 16 Juni 2011).

- *Empfehlung Rec(2009)11 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates über die Grundsätze bezüglich laufender Vollmachten und Patientenverfügungen bei Urteilsunfähigkeit*
- *Empfehlung CM/Rec(2009)3 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates zur Überwachung des Schutzes der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen* (<http://www.coe.int/> or <http://tinyurl.com/6xynr2f>)
- *Empfehlung Rec(2010)2 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates zur De-institutionalisierung und ein Leben in der Gemeinschaft von Kindern mit Behinderungen*

Die folgenden Dokumente sind für den Geltungsbereich des Toolkits wichtig und wurden von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates verabschiedet

- *Resolution 1642 (2009)1 Zugang zu Rechten für Menschen mit Behinderungen und ihre vollständige und aktive Teilnahme am öffentlichen Leben*
- *Empfehlung 1854 (2009)1 Zugang zu Rechten für Menschen mit Behinderungen und ihre vollständige und aktive Teilnahme am öffentlichen Leben*

2.3 UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (CRPD)

Das UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (CRPD) und das dazugehörige Fakultativprotokoll wurden am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung verabschiedet und standen am 30. März 2007 zur Unterzeichnung bereit. Die CRPD ist der erste umfassende Menschenrechtsvertrag des 21. Jahrhunderts und auch das erste Übereinkommen, das für die „Organisationen zur regionalen Integration“ (wie die Europäische Union) zur Unterzeichnung offen steht. Es ist der am schnellsten verabschiedete

Menschenrechtsvertrag der Geschichte und wurde von 2002 bis 2006 während acht Sitzungen von einem Ad-Hoc-Ausschuss der Generalversammlung ausverhandelt.

Die CRPD ist ein Menschenrechtsinstrument mit einer ausdrücklichen sozialen Entwicklungsdimension. Sie wendet einen umfassenden Ansatz am Konzept der Behinderung an und bestätigt nochmals, dass alle Menschen mit allen Formen von Behinderung Inhaber der Menschenrechte und Grundfreiheiten sind. Sie verdeutlicht und bestimmt im Einzelnen, wie festgelegte Rechtskategorien auf Personen mit Behinderungen zutreffen, und ermittelt Bereiche, für die der Staat sicherstellen muss, dass Anpassungen (bekannt als „angemessene Vorkehrungen“) für Menschen mit Behinderungen erfolgen, damit sie ihre Rechte in wirksamer Form ausüben können. Wie bereits erwähnt, verwendet der ITHACA Toolkit die CRPD als Rahmen, versucht jedoch nicht eine umfassende Analyse der CRPD anzubieten, da eine solche an anderer Stelle verfügbar ist. Es wird empfohlen, dass sich die Mitglieder des Monitoringteams mit den CRPD-Bestimmungen vertraut machen und die Website der Vereinten Nationen (www.un.org) als Ausgangspunkt verwenden. Sie enthält Materialien über das Übereinkommen in zahlreichen Sprachen.

2.3.1 „Menschen mit Behinderungen“

Die CRPD bietet keine Definition für den Begriff Behinderung an. Stattdessen erkennt die Präambel, dass sich „das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“.³³ Artikel 1 der CRPD definiert in erster Linie den Menschen und nicht die Behinderung: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an

³³ Einleitender Paragraph (e) der CRPD.

der Gesellschaft hindern können“. Analysiert man die offiziellen Diskussionen (*Travaux préparatoire*), die während der Ausarbeitung des Entwurfs des Übereinkommens stattfanden, wird klar, dass auch Menschen mit psychischer Behinderung in den Bereich der CRPD fallen.

Verschiedene Elemente dieser Bestimmungen sind bemerkenswert.

Erstens wird anerkannt, dass „Behinderung“ ein sich entwickelndes Konzept ist, das aus Einstellungs- und Umgebungsbarrieren entsteht, die Menschen mit Behinderungen daran hindern, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Folglich ist der Begriff „Behinderung“ nicht starr, sondern kann sich abhängig vom vorherrschenden sozialen, wirtschaftlichen und politischen Kontext ändern.

Zweitens sieht die CRPD Behinderung nicht als medizinische Gegebenheit, sondern eher als Ergebnis der Interaktion zwischen einerseits negativen Einstellungen bzw. einer Umgebung und andererseits der betroffenen Person. Durch das Abbauen von Einstellungs-, Umgebungs- und gesetzlichen Barrieren und nicht durch die Fokussierung auf die Lösung eines Problems eines Einzelnen kommen Menschen mit Behinderungen in die Lage, als aktive Mitglieder an der Gesellschaft teilzunehmen und die gesamte Bandbreite von Menschenrechten zu genießen. Dies ist Teil des Paradigmenwechsels, den die CRPD anstrebt. Dieser wird im Unterkapitel 2.3.2 detaillierter erklärt.

Drittens beschränkt das Übereinkommen den Anwendungsbereich nicht auf bestimmte Personen. Vielmehr enthält die Definition die Wendung „schließt ein“, was bedeutet, dass die Liste der „langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen“ nicht erschöpfend ist.

2.3.2 Die Innovationen der CRPD

Die CRPD repräsentiert einen Paradigmenwechsel, der fortschrittliche Einstellungen und Herangehensweisen an Menschen mit Behinderungen widerspiegelt. Sie bewegt sich fort vom medizinischen Modell der Behinderung, das Menschen mit Behinderungen als

Objekte (der Behandlung, des Managements, des Schutzes, der Wohltätigkeit und manchmal des Mitleids und der Angst) sieht, und bewegt sich hin zum sozialen Modell der Behinderung, das Menschen mit Behinderungen als *Subjekte* der gesamten Bandbreite von Menschenrechten auf einer gleichberechtigten Basis mit anderen betrachtet, in dem vorausgesetzt wird, dass Menschen über die Fähigkeit verfügen, selbst Entscheidungen zu fällen. Zwei inhaltliche Bereiche dokumentieren diese. Der erste ist die Rechts- und Handlungsfähigkeit, der zweite ist das Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft.

Die Rechts- und Handlungsfähigkeit wird in Artikel 12 des Übereinkommens angesprochen und wurde ausführlich diskutiert. Sie stellt einen Bereich dar, der von den Behindertenorganisationen, Rechtsexperten, NGOs und dem Hochkommissar für Menschenrechte besonders hervorgehoben wird, da er einer besonderen Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Umsetzung bedarf.³⁴ In vielen Ländern werden Menschen mit Behinderungen nicht als Menschen vor dem Gesetz betrachtet.³⁵ In anderen Ländern verleiht das Gesetz den Richtern die Berechtigung, einer Person allein auf der Basis einer psychischen oder geistigen Behinderung die Rechts- und Handlungsfähigkeit vollständig abzusprechen oder sie als teilweise eingeschränkt zu beurteilen. Sobald einer Person die Rechts- und Handlungsfähigkeit abgesprochen wurde, werden alle wichtigen Entscheidungen von einem Vormund übernommen. Mit dem Prozess des Absprechens oder der Beschränkung der Rechts- und Handlungsfähigkeit sind häufig Menschenrechtsverletzungen verbunden, und viele Menschenrechte werden dabei vollständig missachtet: Das Recht, die eigenen Finanzen zu verwalten, das Recht zu entscheiden, wo man leben möchte, das Recht zu wählen, das Recht

³⁴ Internationale Behindertenallianz, „Beitrag zu der thematischen Studie des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte“, um das Bewusstsein und das Verständnis des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen zu verbessern, durch das Konzentrieren auf rechtliche Schritte, der Schlüssel zur Ratifikation und die wirksame Umsetzung des Übereinkommens“ am 15. September 2008, verfügbar auf <http://www.daisy.org/news/attachments/IDA-CRPD-Forum-Submission0809-15.doc> (abgerufen am 19. Januar 2009).

³⁵ Siehe Artikel 12(1).

zu heiraten und eine Familie zu gründen, das Recht zu arbeiten. Der Paradigmenwechsel der CRPD bereitet der Aufhebung von Rechten ein Ende, indem sie festlegt, dass jeder rechts- und handlungsfähig ist, und dass Vertragsstaaten dazu verpflichtet sind, den Menschen, die Hilfe bei der Entscheidungsfindung benötigen, Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

Unterstützte Entscheidungsfindung ist eine Alternative zu der Entscheidungsfindung durch einen Vormund. Der Grundsatz der unterstützten Entscheidungsfindung ist, immer zu Gunsten eines Menschen mit Behinderung zu entscheiden, der von der Entscheidung betroffen sein wird. Der Betroffene entscheidet; die Unterstützer erklären die Angelegenheit, wenn nötig, und interpretieren den Willen und die Präferenzen des Individuums.³⁶

Ein zweites Beispiel für den Paradigmenwechsel findet sich in Artikel 19, der sich mit dem unabhängigen Leben und dem Einschluss in die Gemeinschaft befasst. Dort bekräftigt die CRPD, dass ein Leben in der Gemeinschaft ein unveräußerliches Recht ist, das nicht davon abhängt, dass jemand beweist, dass er dazu „fähig“ und „berechtigt“ ist bzw. dafür infrage kommt. In manchen Fällen mögen unterstützende Dienste benötigt werden, die Frage ist dann aber, wie diese Dienste ein unabhängiges Leben und den Einschluss in die Gemeinschaft erleichtern. Damit wird die Politik vieler Länder unterstützt, die darauf abzielt, ein breites Spektrum von Diensten in der Gemeinde zu schaffen, und es wird für jedermann klargelegt, dass es ein Recht ist, „über die Möglichkeit zu verfügen, zu wählen, wo und mit wem man leben will, und zwar auf der gleichen Basis wie andere auch, und nicht dazu verpflichtet ist, in einem bestimmten Setting zu leben (Artikel 19(a)). Außerdem

³⁶ Für weitere Informationen siehe „From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol“ (Von der Ausgrenzung zur Gleichberechtigung: Die Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Handbuch für Parlamentarier zur Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und das dazugehörige Fakultativprotokoll), Die Vereinten Nationen 2007, verfügbar auf <http://www.un.org/disabilities>.

„stehen Dienste und Einrichtungen, die in der Gemeinde für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung stehen, auf Basis der Gleichberechtigung auch Personen mit Behinderungen zur Verfügung, wobei sie deren Bedürfnissen entsprechend gestaltet sind“, sodass also die üblichen Dienste und Einrichtungen (in den Bereichen Wohnen, Tagesbetreuung, Notunterkünfte oder Transport, um nur einige zu nennen) Personen mit psychischen Störungen bzw. geistiger Behinderung zur Verfügung stehen.

2.3.3 Die CRPD-Mechanismen

Der ITHACA Toolkit verwendet die CRPD-Bestimmungen als Basis, auf der die Rechte in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen kontrolliert werden können. Die CRPD enthält auch Bestimmungen, die einen nationalen und einen internationalen Kontroll-Mechanismus einrichten. Den Mitgliedern des Monitoringteams wird empfohlen, sich mehr über diese Mechanismen zu informieren, um sie anwenden zu können, wenn sie ihre Monitoring-Berichte erstellen. Kurz gesagt, sieht die CRPD ein unabhängiges Organ (oder Organe) auf einer innerstaatlichen Ebene vor, das die Pflicht hat, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, ihre Rechte zu schützen, und die Umsetzung des Übereinkommens zu kontrollieren. Diese Organe wären natürlich daran interessiert, was mit Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung in den Einrichtungen geschieht.³⁷

Auf der internationalen Ebene errichtet die CRPD ein neues UN-Vertragsorgan („UN treaty body“), das Komitee für die Rechte der Menschen mit Behinderungen. Das Komitee besteht aus achtzehn ExpertInnen, die zwar von den Regierungen ernannt werden, jedoch ihre Regierungen nicht repräsentieren.³⁸ Das Komitee bewertet die Berichte, die von den Vertragsstaaten eingereicht werden (und die „Schatten- oder Alternativberichte“, die von

³⁷ Siehe Artikel 33(2) der CRPD, und beachten Sie, dass Artikel 33(3) sicherstellt, dass die Menschen mit Behinderungen und ihre repräsentativen Organisationen vollständig in den Monitoring-Prozess der Konvention mit einbezogen werden.

³⁸ Siehe Artikel 34 der CRPD.

Nichtregierungsorganisationen eingereicht werden).³⁹ Das Komitee hat auch eine gerichtsähnliche Funktion bei der Bearbeitung von Einzelbeschwerden, die von Personen eingereicht werden, die vorbringen, dass sie in einem Staat unter der Verletzung einer oder mehrerer CRPD-Bestimmungen gelitten haben, der die CRPD samt dazugehöriges Fakultativprotokoll ratifiziert hat.⁴⁰ Um einen Fall beim Komitee einreichen zu können, muss eine Person zuerst alle verfügbaren Rechtsmittel innerhalb des inländischen Rechtssystems ausgeschöpft haben.

³⁹ Siehe Artikel 35 und 36 der CRPD

⁴⁰ Siehe Fakultativprotokoll zur CRPD.

Kapitel 3. Was versteht man unter allgemeiner Gesundheitsversorgung?

3.1 Der hier verwendete Bezugsrahmen

Um ein vollständiges Bild über die Menschenrechtssituation zu erhalten, ist es unerlässlich, auch die Gesundheitsversorgung zu kontrollieren, wie sie den Menschen mit psychischen Behinderungen angeboten wird, eine diesbezüglich gefährdete Bevölkerungsgruppe. Der Europarat hat eine Empfehlung zur Überprüfung der Einhaltung der Menschenrechte von Menschen mit psychischen Störungen herausgegeben, in der die Förderung der Gesundheitsversorgung zu den acht wichtigsten Grundsätzen gehört.⁴¹ Der ITHACA Toolkit übernimmt den Bezugsrahmen, den Paul Hunt und Judith Mesquita⁴² bei psychischen Störungen verwendet haben, und der auf den Rahmenbedingungen aufbaut, die im *14. General Comment zum Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit*⁴³ entwickelt wurden. Die zentralen Schutzbestimmungen und Ansprüche dieses Rechts leiten sich vom *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* ab und sind in anderen internationalen Menschenrechtsdokumenten verankert, einschließlich des Artikels 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, wie auch der CRPD. Das „Recht auf Gesundheit“ ist demzufolge nicht das Recht, gesund zu sein, sondern umfasst das Recht auf direkte, gesundheitsbezogene Unterstützungen, insbesondere auf eine sichere und effektive Gesundheitsversorgung, jedoch auch auf eine Gesellschaft, die allen Menschen die besten Möglichkeiten für eine

gute Gesundheitsversorgung bietet.⁴³ Dazu gehören der Zugang zu Prävention, Bekämpfung von Krankheiten und zu adäquaten sanitären Einrichtungen.

Der „Right to Health Framework“ (Bezugsrahmen des Rechts auf Gesundheit) im oben erwähnten 14. General Comment untersucht Belange hinsichtlich der Gesundheitsversorgung unter Verwendung von vier Konstrukten: Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz, und Qualität (Availability, Accessibility, Acceptability und Quality - AAAQ). Die Abbildung auf der folgenden Seite veranschaulicht die Anwendung und den Nutzen dieses Bezugsrahmens bei einem Monitoring-Prozess der allgemeinen Gesundheitsversorgung, nämlich am Beispiel der Analyse von Raucherentwöhnungsprogrammen. Wenn man sich schrittweise durch den AAAQ-Bezugsrahmen bewegt, kann man analysieren, wie diese Programme funktionieren und sie genau dokumentieren.

Wir beginnen mit der Verfügbarkeit. Sind Raucherentwöhnungsprogramme verfügbar? Das ist höchstwahrscheinlich eine Ja- oder Nein-Frage. Es ist aber unerlässlich, sich am Bezugsrahmen entlang zu bewegen, um das Bild vollständig zu erfassen.

Bei der Frage der Zugänglichkeit gibt es vier Schlüsselbereiche: Die geografische und die finanzielle Zugänglichkeit, die Information über die Zugänglichkeit und die Nichtdiskriminierung. Wichtige Fragen zu diesen Themen sind: Werden diese Programme in der Nähe angeboten? Sind sie leistbar? Wie erfahren die Menschen von ihnen? Und haben alle Menschen, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, Religion etc., Zugang zu diesen Programmen?

Zum Thema Akzeptanz ist zu fragen, wie diese Programme angepasst werden, damit sie von Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund im Hinblick auf ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Religion

⁴¹ Council of Europe. Recommendation CM/Rec(2009)3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder (adopted by the Committee of Ministers on 20 May 2009 at the 1057th meeting of the Ministers' Deputies)

⁴² Hunt P, J Mesquita (2006) Mental Disabilities and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health. Human Rights Quarterly, 28: 332-356.

⁴³ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
<http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/>
(abgerufen am 16. Juni 2011)

oder politische Ansichten akzeptiert werden können.

entsprechender Qualität ermöglicht wird, um diesen Bedürfnissen zu entsprechen.

Das letzte Konzept ist das der *Qualität* der Betreuung bzw. von Diensten und Einrichtungen. Die hier inkludierten Fragen zielen darauf ab, die aktuelle Qualität zu analysieren, wie auch die Methoden zu verstehen, mit denen die Qualität beurteilt wird, um festzustellen, ob sie sich verbessert oder verschlechtert. Dieser „Right of Health Framework“ kann für die Entwicklung einer „investigativen Haltung“, wie sie oben im Kapitel 2 über das Menschenrechts-Monitoring besprochen wurde, äußerst hilfreich sein. Während des Monitorings der allgemeinen Gesundheitsversorgung sollten die Mitglieder des Monitoringteams diesen Bezugsrahmen im Hinterkopf haben und Fragen aus jedem dieser vier Bereiche stellen. Die Anwendung dieses Bezugsrahmens führt zu einem ganzheitlichen und umfassenden Verständnis aller relevanten Gesundheitsthemen.

Um diesen „Bezugsrahmen für das Recht auf Gesundheit“ umzusetzen, sollten die Mitgliedsstaaten, unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel, folgende Maßnahmen ergreifen:

- Dienste und Einrichtungen zur Erfüllung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen in angemessener Qualität zur Verfügung stellen, wobei die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen und die Sicherstellung des gleichberechtigten Zugangs berücksichtigt werden müssen;
- Alternativen zur unfreiwilligen Unterbringung und Behandlung in möglichst großem Ausmaß zur Verfügung stellen;
- Ausreichend Krankenhausabteilungen (mit einem angemessenen Maß an Sicherheit) und gemeindenahen Diensten zur Verfügung stellen, um den Gesundheitsbedürfnissen von Personen mit psychischen Störungen im Strafjustizsystem Genüge zu tun;
- Sicherstellen, dass die körperlichen Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen erfasst werden, und dass ihnen ein gleichberechtigter Zugang zu Dienstleistungen in

Der Bezugsrahmen des Rechts auf Gesundheit am Beispiel eines Raucherentwöhnungsprogramms

(Auf Basis des von der UN - CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) herausgegebenen 14. General Comment zum Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit.)

Aus einer politischen Perspektive heraus können wir diese Freiheiten und Berechtigungen mit Hilfe der folgenden Kriterien bewerten⁴⁴:

Verfügbarkeit ⁴⁵	Zugänglichkeit	Akzeptanz	Qualität
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sind Raucherentwöhnungsprogramme verfügbar? ○ Falls es diese Programme gibt, wann haben sie begonnen? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie erhalten die Menschen Zugang zu den Programmen? ○ Wer nimmt sie nicht in Anspruch? Warum? <p>Geografisch</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wo sind diese Programme zugänglich? ○ Wie weit ist das vom Zuhause der Betroffenen entfernt? <p>Finanziell</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viel kosten diese Programme? ○ Sind sie absolut unerschwinglich? <p>Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie erfahren die Betroffenen von diesen Programmen? ○ Welche Informationen werden über diese Programme weitergegeben? <p>Ohne Diskriminierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer wird von der Teilnahme an diesen Programmen ausgeschlossen? ○ Wer nimmt daran teil? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Minderheitengruppen nehmen an den Programmen teil? ○ Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um sie für indigene und/oder Minderheitengruppen annehmbar zu machen? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie werden diese Programme evaluiert/überwacht? ○ Wie effektiv sind sie? ○ Wie sind die einzelnen Programme strukturiert? ○ Wer führt das Programm durch? ○ Wie funktioniert es?

⁴⁴ Wenn nur nach der Verfügbarkeit gefragt wird, wird das Gesamtbild aus den Augen verloren. Dieser Bezugsrahmen gibt den natürlichen Lauf der weiteren Fragen vor, sobald die Antwort auf die Verfügbarkeitsfrage gegeben ist.

⁴⁵ Diese Fragen sind nicht erschöpfend, sondern nur Beispiele. Es kann sein, dass der Bezugsrahmen nicht für alle Themen passt, aber er ist für die Entwicklung einer strukturierten Methode für die Beurteilung der relevanten Themen und Probleme nützlich.

3.2 Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung

Bevor auf das Erkennen und Behandeln von körperlichen und psychischen Krankheiten näher eingegangen wird, ist es wichtig, die erforderlichen gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen (in Einrichtungen, auf die sich dieser ITHACA Toolkit bezieht) zu bedenken^{46 47 48 49 50}. Viele Erkrankungen, die mit starken Behinderungen einhergehen, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen, sind, wie weiter unten besprochen wird, mit weit verbreiteten, aber vermeidbaren Risikofaktoren verbunden. Zum Beispiel sind Tabakkonsum, eine ungesunde Ernährung^{51 52}, körperliche Untätigkeit und exzessiver Alkoholkonsum Hauptursachen für viele körperliche Krankheiten^{53 54}. Die Prävention körperlicher Krankheiten verlangt daher aktive Maßnahmen, um beispielsweise das Auftreten von Bluthochdruck, des metabolischen Syndroms oder hoher Cholesterinwerte zu verhindern.

Die Wichtigkeit derartiger gesundheitsfördernder und Präventionsmaßnahmen spiegelt sich in zahlreichen politischen Dokumenten der EU

⁴⁶ Zechmeister I, Kilian R, McDavid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health 2008;8:20.

⁴⁷ Wilhelmsson S, Lindberg M. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. Int J Nurs Pract 2007 Aug;13(4):254-65.

⁴⁸ Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1993-1995 update. Am J Health Promot Mai 1996;10 (5):380-8.

⁴⁹ Saxena S, Garrison P. Mental Health Promotion: Case Studies from Countries. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2004

⁵⁰ Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, (eds). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press. 2006.

⁵¹ Treasure J, Williams K. Nutrition and mental health. Clin Med 2004 Sep; 4(5):408-10.

⁵² Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, Brown S. Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care. Can Fam Physician 2002 Dec;48:1898-903.

⁵³ Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Curr Opin Psychiatry 2005 Mar;18 (2):189-93.

⁵⁴ Glenister D. Exercise and mental health: a review. J R Soc Health 1996 Feb;116(1):7-13.

wider, wie etwa im Weißbuch *Ernährung, Übergewicht, Adipositas: eine Strategie für Europa*⁵⁵, oder dem Grünbuch *Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten*⁵⁶, die sich mit der allgemeinen Bevölkerung und Risikogruppen (wie zum Beispiel mit Kindern und armen Bevölkerungsgruppen) auseinandersetzen.

Trotz der politischen Schwerpunktsetzung der EU und der WHO, wie sie im *Europäischen Aktionsplan für Psychische Gesundheit*⁵⁷ und der *Europäischen Erklärung zur Psychischen Gesundheit*⁵⁸ enthalten ist, die 2005 in Helsinki verabschiedet wurden, gibt es für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung in allen EU-Vertragsstaaten keine koordinierte Vorgangsweise bezüglich der allgemeinen Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten. Nur um Brustkrebs als Beispiel zu nennen: Die WHO unterstützt die Durchführung von Brustkrebskontrollen im Rahmen von nationalen Krebskontrollprogrammen, die zu Programmen der Kategorie nicht übertragbarer Krankheiten und anderen damit verbundenen Problemen gehören. Umfassende Krebsprogramme beinhalten die Primärprävention, die Früherkennung, die Diagnoseerstellung und Behandlung, die Rehabilitation sowie Palliativmedizin. Schlüsselstrategien einer bevölkerungsbezogenen Brustkrebskontrolle beinhalten die Bewusstmachung des Problems in der Allgemeinbevölkerung sowie das Bereitstellen und Kontrollieren entsprechender politischer Strategien und Programmen. Dies gilt für Menschen in Institutionen mindestens so sehr wie für die allgemeine Bevölkerung⁵⁹. Gesundheitsfördernde Aktivitäten für Menschen in solchen Institutionen müssen deshalb sorgfältig überwacht werden (siehe

⁵⁵ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:DE:HTML> (überprüft am 16. Juni 2011)

⁵⁶ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0637de01.pdf (überprüft am 16. Juni 2011)

⁵⁷ Weltgesundheitsorganisation. Europäischer Aktionsplan für Psychische Gesundheit. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation; 2005.

⁵⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf (überprüft am 16. Juni 2011)

⁵⁹ Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum 1986;(15):475-91

Abschnitt 23 des ITHACA Toolkits in den Kapiteln 8 und 9).

3.3 Lebensstilaspekte, die sich auf die allgemeine Gesundheit auswirken

Es gibt verschiedene Lebensbedingungen, die sich auf die körperliche Gesundheit von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung^{60 61} auswirken. Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung bewegen sich nur wenig und haben eine hohe Adipositasrate - beides fördert Herzkrankheiten^{62 63}. Menschen in psychiatrischen Institutionen sind zahlreichen Risikofaktoren für körperliche Krankheiten unterworfen. Dazu zählen ein geringeres Bewusstsein für Gesundheitsförderung, hohe Raucherquoten⁶⁴, Nebenwirkungen von Medikamenten (darunter beispielsweise Gewichtszunahme und kardiale Probleme), unzureichende Erkennung von körperlichen Störungen seitens des Betreuungspersonals und eine schlechtere Gesundheitsversorgung aufgrund von stigmatisierenden Einstellungen des Betreuungspersonals⁶⁵. Ein schlechter Zugang zu gesunder Ernährung und Mangel an körperlichen Bewegungsmöglichkeiten tragen zu Bluthochdruck, zu hohen Werten für Blutcholesterin und Triglyceriden, zu Diabetes, zu Adipositas und zu metabolischen Risikofaktoren bei, die oft als das metabolische Syndrom bezeichnet werden⁶⁶. Rauchen ist in einigen Personengruppen mit psychischer

Behinderung (wie z. B. bei Schizophrenie) deutlich weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung (75 – 92 % geg. 30 – 40 %). Diese hohe Raucherquote bedeutet, dass solche Menschen einem höheren Risiko von damit verbundenen schädlichen Effekten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, ausgesetzt sind und eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen.

Obwohl die meisten dieser Risikofaktoren beeinflussbar sind, haben Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung weniger von den in letzter Zeit günstigeren Entwicklungen bei den Herz-Kreislauf-erkrankungen profitiert als die Allgemeinbevölkerung^{67 68}. Dabei gibt es genügend Belege dafür, dass gesundheitsfördernde Interventionen die körperliche Gesundheit verbessern können, so sie vollständig umgesetzt und an die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppen angepasst werden⁶⁹. Im Abschnitt 28 des ITHACA Toolkits (in Kapitel 8 und Kapitel 9) werden spezifische Lebensstilaspekte von BewohnerInnen der untersuchten Institution erfasst, die sich auf Alkohol, Zigaretten und illegalen Drogenkonsum beziehen.

3.4 Erhöhte Komorbiditäts- und Mortalitätsrate

Bei Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung finden sich erhöhte Mortalitätsraten, die insbesondere auf vermehrte Suizide, Unfälle oder andere gewaltsame Todesarten (unnatürliche Ursachen) und schwere körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind.

Die Kombination, häufiger Risikofaktoren ausgesetzt zu sein, mit der relativen Vernachlässigung in Krankenhäusern und

⁶⁰ Osborn DP, Nazareth I, King MB. Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness : A cross sectional comparative study in primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 24. Aug 2007

⁶¹ Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. J Adv Nurs 2005 Mar;49(6):634-54.

⁶² McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. Br J Psychiatry 2003 Dec;183:534-9.

⁶³ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry Sept. 2000;177:212-7.

⁶⁴ Dalack GW, Meador-Woodruff JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. Schizophr Res 1996 Nov 15;22(2):133-41.

⁶⁵ Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness Oxford: Oxford University Press; 2006

⁶⁶ Oud MJ, Meyboom-de JB. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. (BMC Fam Pract 2009;10:32.

⁶⁷ Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De HM, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. J Clin Psychiatry 2008 Apr;69(4):514-9.

⁶⁸ Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. Br J Psychiatry 2004 Apr;184:291-2.

⁶⁹ Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De SM, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet 2007 Sep 15;370(9591):991-1005.

psychosozialen Betreuungseinrichtungen⁷⁰ trägt zu den übermäßig hohen Mortalitätsraten durch natürliche Ursachen und einer wesentlich höheren Prävalenz körperlicher Komorbidität bei Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei^{71 72}. Die schwerwiegenderen Krankheiten sind dabei: Herz-Kreislauf-Störungen, Atemwegsprobleme, ernährungsbedingte, Stoffwechsel-, hormonelle und epileptische Störungen⁷³.

Ein Teil der Todesfälle (sowohl mit unnatürlichen als auch mit natürlichen Ursachen) kann und sollte vermeidbar sein. Zu den unnatürlichen Todesursachen lässt sich beispielsweise sagen, dass viele Menschen in psychiatrischen Institutionen in Europa die Diagnose Schizophrenie haben und lediglich achtzig Prozent der Menschen mit Schizophrenie an natürlichen Ursachen sterben, verglichen mit 97 % der Allgemeinbevölkerung^{74 75}. Die höheren Raten der unnatürlichen Todesfälle sind größtenteils auf Unfälle und Suizide zurückzuführen, die tendenziell häufiger im frühen als im späten Erwachsenenalter^{76 77} vorkommen. In einer kürzlich veröffentlichten skandinavischen Studie liegt die Zahl der Todesfälle durch äußere Ursachen bei Menschen mit Schizophrenie⁷⁸ sehr hoch.

⁷⁰ Amaddeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Apr;115(4):320-5.

⁷¹ Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998 Jul;173:11-53.

⁷² Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007 Feb;6(1):3-4.

⁷³ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

⁷⁴ Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005 Feb;66(2):183-94

⁷⁵ Lorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

⁷⁶ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:212-7.

⁷⁷ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010 Feb;196(2):116-21.

⁷⁸ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort

Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung leiden mit hoher Wahrscheinlichkeit vermehrt an den im Folgenden genannten körperlichen Krankheiten⁷⁹, was routinemäßig im Monitoring und in der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes berücksichtigt werden muss.

- Atemwegserkrankungen: Chronische Atemwegsprobleme kommen bei diesen speziellen Gruppen⁸⁰ häufiger vor.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Menschen mit schwerer psychischer bzw. geistiger Behinderung sterben öfter an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erleiden häufiger einen plötzlichen Tod als Kontrollpopulationen⁸¹.
- Ernährungs-, stoffwechsel- und hormonell bedingte Erkrankungen: Die gravierendsten Probleme sind Adipositas und Diabetes, die mit der Einnahme von Antipsychotika verbunden sind und in der Folge zu einer höheren Rate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁸² beitragen. Auch das metabolische Syndrom kommt bei Personen mit schwerer psychischer bzw. geistiger Behinderung häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung⁸³.
- Krebserkrankungen: Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung werden auch mit Ungleichheiten bei der Krebsvorsorgeuntersuchung und mit einer höheren Sterblichkeitsrate in Verbindung gebracht. Dies liegt zum Teil an den besonderen Herausforderungen bei der

study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

⁷⁹ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

⁸⁰ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010 Feb;196(2):116-21

⁸¹ Correll CU. Elevated cardiovascular risk in patients with bipolar disorder: when does it start and where does it lead? *J Clin Psychiatry* 2008 Dec;69(12):1948-52.

⁸² Cohen D, Correll CU. Second-generation antipsychotic-associated diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis: mechanisms, predictors, and screening need. *J Clin Psychiatry* 2009 May;70(5):765-6.

⁸³ Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007 Nov;13(7 Suppl):S170-S177.

Behandlung dieser Patienten wegen Arzneimittelinteraktionen, Mangel an Einsichtsfähigkeit und Schwierigkeiten im Umgang mit der Behandlung infolge der psychiatrischen Symptome^{84 85 86}.

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates: Bei Menschen mit Schizophrenie wurden erhöhte Raten an verminderter Knochenmineraldichte (Osteoporose) gefunden, die mit einer inadäquaten Behandlung zusammenhängen⁸⁷.
- Zahnprobleme: Für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung wurde eine erhöhte Häufigkeit an Karies und Zahnverlust berichtet, was die Wichtigkeit unterstreicht, besonders auf Zahnkrankheiten zu achten^{88 89}.
- Neurologische Erkrankungen: Die schwerwiegendste lang anhaltende extrapyramidale Nebenwirkung von Neuroleptika der ersten Generation ist die tardive Dyskinesie, wobei andere motorische Symptome (wie beispielsweise Akathisie) ebenfalls häufig durch Neuroleptika verursacht werden⁹⁰.
- Geburtskomplikationen: Es gibt eine umfangreiche Literatur, die erhöhtes Auftreten von Komplikationen bei Entbindungen von Müttern mit Schizophrenie aufzeigt, was mit erhöhtem

Zigarettenkonsum, dem Konsum von illegalen Drogen und Alkohol sowie der Einnahme von Neuroleptika zusammenhängen könnte⁹¹.

- Hepatitis: Bei Menschen mit Schizophrenie wurde in vielen Ländern, einschließlich Jordanien, Indien, den USA, Italien, Türkei und Japan im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis gemeldet⁹².
- HIV/AIDS: Die erhöhten Raten spiegeln möglicherweise die Häufigkeit von Drogenmissbrauch, sexuellem Risikoverhalten und ein geringes Wissen über das Thema HIV⁹³ wider.

3.5 Lernbehinderung/geistige Behinderung und die allgemeine Gesundheitsversorgung

Menschen mit geistiger Behinderung sind – zusätzlich zu den in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Problemen –, einem höheren Risiko für weitere spezifische Schwierigkeiten ausgesetzt, die in jeder umfassenden allgemeinen Gesundheitsuntersuchung erfasst und berücksichtigt werden müssen⁹⁴. Zu diesen speziellen Problemen gehören: Herausforderndes Verhalten^{95 96}, Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung⁹⁷ und eine

⁸⁴ Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer* 2009 Aug 1;115(15):3555-62.

⁸⁵ Howard L, Barley E, Davies E, Lempp H, Rose DS, Thornicroft G. A diagnosis of cancer in people with severe mental illness: practical and ethical issues raised. *Lancet Oncology* 2010;In press.

⁸⁶ Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008 May;117(5):323-36.

⁸⁷ Levine J, Belmaker RH. Osteoporosis and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006 Mar;163(3):549-50.

⁸⁸ Gabre P. Studies on oral health in mentally retarded adults. *Swed Dent J Suppl* 2000;(142):1-48.

⁸⁹ McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Oct;110(4):306-10.

⁹⁰ Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004 Mar;161(3):414-25.

⁹¹ Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Nov;110(5):347-55.

⁹² Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health* 2001 Jan;91(1):31-7.

⁹³ Essock SM, Dowden S, Constantine NT, Katz L, Swartz MS, Meador KG, et al. Risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003 Jun;54(6):836-41.

⁹⁴ Bouras N. Mental health and related issues for people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):429-30.

⁹⁵ Cooper SA, van der SR. Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):431-6.

⁹⁶ Totsika V, Felce D, Kerr M, Hastings RP. Behavior Problems, Psychiatric Symptoms, and Quality of Life for Older Adults With Intellectual Disability With and Without Autism. *J Autism Dev Disord* 2010 Feb 25.

⁹⁷ Kauffman JM, Hung LY. Special education for intellectual disability: current trends and perspectives. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):452-6.

höhere Rate an Epilepsie⁹⁸. Weitere Gesundheitsprobleme, die einer regelmäßigen Überprüfung bedürfen, sind Zahnprobleme, kardiovaskuläre Anomalien, Wirbelsäulenverkrümmungen sowie Seh- und Hörschäden^{99 100}.

3.6 Stigma, Diskriminierung und „diagnostic overshadowing“

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung bei körperlichen Erkrankungen eine schlechtere Behandlung erhalten. Einer der Faktoren, der dazu beiträgt wird als „diagnostic overshadowing“ beschrieben. Dieser Begriff bedeutet, dass Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung eine schlechtere körperliche medizinische Versorgung erhalten, da das Krankenpflegepersonal schlecht informiert ist, oder körperliche Symptome fälschlicherweise der psychischen bzw. geistigen Behinderung zuschreibt. Dieses Phänomen wurde am eingehendsten bei Menschen mit Lernbehinderungen und in medizinischen Einrichtungen untersucht^{101 102}.

Dieses Phänomen wurde zwar seit mehr als zwei Jahrzehnten in der Literatur über Menschen mit geistiger Behinderung erforscht, ist jedoch ein Gebiet, dem in der Literatur über

⁹⁸ Kerr M, Scheepers M, Arvio M, Beavis J, Brandt C, Brown S, et al. Consensus guidelines into the management of epilepsy in adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009 Aug;53(8):687-94.

⁹⁹ Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:291-2.

¹⁰⁰ Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J* 2009 Sep;54(3):204-11.

¹⁰¹ Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 1: Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems, DRC: London, 2006a. Available at: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf_healthf1part1.pdf

¹⁰² Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 2: Report of the DRC Formal Inquiry Panel to the DRC's Formal Investigation. The inequalities in physical health experienced by people with mental health problems and people with learning disabilities. DRC: London, 2006b. Available at: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry_panel.pdf

Menschen mit psychischen Störungen äußerst wenig Beachtung geschenkt worden ist. Und dies, obwohl Personen mit Psychiatrieerfahrung über das Vorkommen dieses Phänomens ausführlich berichtet haben¹⁰³. Es wurde beobachtet, dass bei Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung eine der Folgen dieser Diskriminierung und Vernachlässigung höhere Sterblichkeitsraten durch Herzinfarkte sind^{104 105}. Man fand nach Berücksichtigung anderer Risikofaktoren, wie kardiovaskulären Risikofaktoren und sozio-ökonomischem Status, dass Depression bei Männern mit einem Anstieg der herz-kreislaufbedingten Sterblichkeit verbunden ist¹⁰⁶.

Viele Gründe für diese Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung sind bislang noch nicht eindeutig geklärt. Ein wesentlicher damit assoziierter Faktor ist das stigmatisierende Verhalten von Ärzten und anderem Pflegepersonal, die negative Stereotype erkennen lassen¹⁰⁷. Wie auch immer, jüngste Studien deuten darauf hin, dass ein anderer wesentlicher Faktor sein könnte, dass Krankenhausärzte in Bezug auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung unterschiedliche Diagnosen stellen und unterschiedliche Behandlungsentscheidungen treffen. „Treatment overshadowing“ (Behandlungs-Overshadowing) ist ein Begriff, der vorgeschlagen wurde, um mögliche Befangenheiten bei tatsächlichen Behandlungsentscheidungen zu beschreiben. Dies kann zum Beispiel auf einen Krankenhausarzt zutreffen, der sich gegen eine bestimmte Behandlung entscheidet, weil er der Annahme

¹⁰³ Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Sep;118(3):169-71.

¹⁰⁴ Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002 Jan;190(1):51-3.

¹⁰⁵ Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004 Jan;192(1):19-27.

¹⁰⁶ Gump, B.B., Matthews, K.A., Eberly, L.E., et al (2005) Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke*, 36, 98-102.

¹⁰⁷ Filipcic I, Pavicic D, Filipcic A, Hotujac L, Begic D, Grubisin J, et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropol* 2003 Jun;27(1):301-7.

ist, dass die psychische Erkrankung eines Menschen einen bestimmten Eingriff ausschließt. Es wurde beispielsweise gezeigt, dass Menschen mit komorbiden psychischen Störungen eine „wesentlich geringere Wahrscheinlichkeit hatten, Revaskularisierungsverfahren zu erhalten“ als Menschen ohne psychische Störungen¹⁰⁸. Ähnlich hatten Menschen, die mit einer komorbiden psychischen Erkrankung und Diabetes eine Notfallambulanz aufsuchten, geringere Chancen in ein auf Diabetes spezialisiertes Krankenhaus eingewiesen zu werden als DiabetespatientInnen ohne eine psychische Erkrankung¹⁰⁹.

Es ist ebenfalls deutlich, dass ein großer Teil des Gesundheitspersonals nicht ausreichend darin geschult ist, psychische und/oder geistige Behinderung zu erkennen und zu behandeln und die zahlreichen Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Problemen zu erkennen. So können Zahnschmerzen bei einer Person mit begrenzten Kommunikationsfähigkeiten als „herausforderndes Verhalten“ gedeutet werden. Weiters können soziale Faktoren, wie etwa ein Trauerfall und andere Verluste, oder Veränderungen der Sozialstruktur (wie der Umzug von einer Wohnung in eine andere) Unverträglichkeit mit anderen BewohnerInnen, respektlose Behandlung seitens des Betreuungspersonals, umgebungsbedingte Ursachen wie Lärm, oder eine Unterbrechung der Routine zu Verhalten führen, das ebenfalls als „herausforderndes Verhalten“ wahrgenommen wird. Der Einsatz von Medikamenten ist in diesen Fällen nicht nur kontraindiziert, sondern kann das bereits erlebte Leid zusätzlich verstärken. Eine „Behandlung“ derartiger Situationen wird oft durch Veränderung der Umgebung erreicht, d.h. durch Beseitigung der für den Einzelnen stressverursachenden Situation.

Während der Durchführung von Kontrollbesuchen sollten sich die Mitglieder

¹⁰⁸ Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. JAMA 2000 Jan 26;283(4):506-11.

¹⁰⁹ Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. Psychiatric Services 2006;57:1126-31.

des Monitoringteams deshalb das Konzept des „diagnostic overshadowing“ sehr deutlich vor Augen halten. Dies wird dadurch erreicht, dass erfasst wird, in welchem Ausmaß die BewohnerInnen der Ansicht sind, dass ihre gesundheitlichen Bedürfnisse erfüllt werden; ob ihnen etwa zugehört wird und sie ernst genommen werden, wenn sie über körperliche Beschwerden klagen; und ob es Hinweise darauf gibt (von einer beliebigen Quelle), dass ihre Klagen bezüglich der körperlichen Beschwerden als ‚Teil ihrer psychischen Erkrankung‘ abgetan werden. Mitglieder des Monitoringteams können dem Personal und den BewohnerInnen derartige Fragen stellen und dabei versuchen, den Prozess zu verstehen, wie in der betreffenden Einrichtung mit körperlichen Beschwerden umgegangen wird. Selbstverständlich können Mitglieder des Monitoringteams nicht einfach fragen: „Kommt in Ihrer Institution ‚diagnostic overshadowing‘ vor?“ Dieses Phänomen muss auf der Grundlage aller Beobachtungen und Befragungen von BewohnerInnen und des Personals evaluiert werden, wie auch anhand relevanter Dokumentationen. Ein Mitglied des Monitoringteams, das mit Krankenakten vertraut ist, kann zum Beispiel die Akten von mehreren BewohnerInnen/Befragten analysieren, um die berichteten Gesundheitsprobleme einiger Bewohner mit den Behandlungsplänen zu vergleichen. Abweichungen zwischen dem Berichteten und dem Dokumentierten könnten ein Hinweis darauf sein, dass in diesem Zusammenhang „diagnostic overshadowing“ stattfindet.

3.7 Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung

Eine der Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung ist, dass Menschen mit psychischer Behinderung im Allgemeinen vermeiden, Hilfe für ihre Probleme in Anspruch zu nehmen. Dies geschieht oft aus der Angst heraus, eine psychiatrische Diagnose zu erhalten¹¹⁰. Die volle Bedeutung solcher Barrieren für Behandlung und Betreuung

¹¹⁰ Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet 2009 Jan 20;373:408-15.

wurde erst vor relativ kurzer Zeit erkannt^{111 112}. So haben Studien in verschiedenen Ländern übereinstimmend gefunden, dass, wenn ein Familienmitglied eindeutige Anzeichen einer psychotischen Störung aufweist, es durchschnittlich länger als ein Jahr dauert, bis die kranke Person zum ersten Mal eine Untersuchung und Behandlung erhält¹¹³. Eine Befragung von beinahe 10.000 Erwachsenen in 17 Ländern hat zu diesem Bild weitere Einzelheiten hinzugefügt. Menschen mit psychischen Störungen wenden sich letztendlich an Dienste und Einrichtungen, jedoch warten sie oft lange bevor sie das tun. Die durchschnittlichen Verzögerungen vor der Inanspruchnahme von Hilfe betragen bei affektiven Störungen 8 Jahre, bei Angststörungen mindestens 9 Jahre. Überdurchschnittlich lange warten Menschen, die besonders jung oder besonders alt sind, die männlich, ungebildet oder Angehörige einer ethnischen Minderheit sind¹¹⁴.

Auf der politischen Ebene befasst sich der HealthQuest-Bericht der EU Generaldirektion „Beschäftigung, Soziales und Integration“ (DG EMPLOY) mit dem Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung für Menschen mit psychischen Störungen¹¹⁵.

Die folgenden weit verbreiteten Annahmen verringern die Wahrscheinlichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen: Dass psychiatrische

Behandlungen wirkungslos sind¹¹⁶; dass andere Menschen abweisend reagieren; oder, dass ein Mensch seine Probleme selber lösen sollte¹¹⁷. Andererseits hilft oft eine starke Motivierung durch die Familie, sich einer Untersuchung der psychischen Gesundheit und einer Behandlung zu unterziehen¹¹⁸.

Es ist angebracht, nicht nur individuelle Faktoren, sondern auch systemische Faktoren mit einzubeziehen, wenn man versucht, das Problem der Unterbehandlung zu verstehen. Derartige systemische Faktoren lassen sich auf der Ebene der PatientInnen, der Anbieter und des Gesundheitssystems identifizieren¹¹⁹. Zu den auf Patienten bezogenen Faktoren gehören: Unfähigkeit, Symptome zu erkennen; Unterschätzung der Schwere der Krankheit; ein begrenzter Zugang; Widerwillen, einen Spezialisten für psychische Erkrankungen aufzusuchen (aufgrund der Stigmatisierung); fehlende Compliance mit der Behandlung und eine fehlende Krankenversicherung. Die Anbieterfaktoren umfassen (z. B. für die Depression) eine schlechte berufliche Ausbildung über die Erkennung und Behandlung der Depression; eine begrenzte Ausbildung zu sozialer Kompetenz; Stigmatisierung; zu wenig Zeit für die Beurteilung und Behandlung einer Depression; Nicht-Berücksichtigung psychotherapeutischer Ansätze; schließlich inadäquate Dosierungen von Antidepressiva über eine inadäquate Dauer. Auch das psychiatrische Versorgungssystem legt einer optimalen Behandlung Hindernisse in den Weg. In Einrichtungen für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen ist es besonders wichtig zu untersuchen, inwieweit es dort einen vernünftigen Zugang zur physischen

¹¹¹ Amaddeo F, Jones J. What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007 Jan;16(1):16-9.

¹¹² Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003 May;191(5):339-41.

¹¹³ Compton, M.T., Kaslow, N.J. & Walker, E.F. (2004). Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophr. Res.* 68 (2-3):373-385.

¹¹⁴ Wang, P.S., Guilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de, G.G., de, G.R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370(9590):841-850.

¹¹⁵

http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf

¹¹⁶ Corrigan, P.W. (2004). On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change. American Psychological Association: Washington, D.C.

¹¹⁷ Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Manderscheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv. Res.* 36(6 Pt 1):987-1007.

¹¹⁸ Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review* 54:100-123.

¹¹⁹ Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1626-1634

Gesundheitsversorgung gibt, oder einen Zugang, der gleichwertig ist mit einem für Menschen ohne psychische Probleme^{120 121}. Siehe dazu in Kapitel 8 und 9 die Abschnitte 17 Verfügbarkeit einer allgemeinen Gesundheitsversorgung; 18 Verfügbarkeit von psychiatrischer Betreuung; 19 Verfügbarkeit von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin; 20 Verfügbarkeit von Pflege- und Betreuungspersonal; und 21 Verfügbarkeit von nicht-medikamentösen Therapien.

3.8 Schutzimpfung und Immunisierung

Ein wichtiger Aspekt der umfassenden allgemeinen Gesundheitsversorgung ist die vollständige Versorgung mit routinemäßigen und notwendigen Schutzimpfungen und Immunisierungen¹²². Die WHO hat Standardrichtlinien für die routinemäßige Immunisierung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen herausgegeben¹²³. Die Mitglieder des Monitoringteams werden in den Institutionen feststellen müssen, ob die routinemäßigen Schutzimpfungen und Immunisierungen den Regeln entsprechend durchgeführt werden (siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 22 Medizinische Aufzeichnungen).

3.9 Monitoring des Erbringens von angemessenen Behandlungs- und Betreuungsleistungen

¹²⁰ Hirschfeld, R.M., Keller, M.B., Panico, S., Arons, B.S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., Froom, J., Goldstein, M., Gorman, J.M., Marek, R.G., Maurer, T.A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, T.L., Sharfstein, S.S., Thase, M.E. & Wyatt, R.J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 277(4):333-340.

¹²¹ Castiello, G. & Magliano, L. (2007). [Beliefs about psychosocial consequences of schizophrenia and depression: a comparative study in a sample of secondary school students]. *Epidemiol Psychiatr Soc* 16 (2):163-171.

¹²² Bazelon DL (2004) Get it together: How to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders. Washington, DC.

¹²³

http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf

http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table2.pdf

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/index.html (abgerufen am 16. Juni 2011)

Aus den oben genannten Gründen ist es notwendig, die allgemeine Gesundheitsversorgung von Menschen in psychiatrischen Institutionen sachgemäß und regelmäßig zu evaluieren¹²⁴. Das impliziert u. a., dass es wichtig ist herauszufinden, wer für die körperliche Gesundheitsversorgung dieser Personengruppe verantwortlich ist, etwa für eine zumindest jährliche körperliche Beurteilung des Gesundheitszustandes von LangzeitbewohnerInnen in Institutionen. Die Kommunikation und Zusammenarbeit mit einschlägigem medizinischem Personal ist essenziell. Solche regelmäßigen Kontrollen sollten Untersuchungen auf Anzeichen oder Symptome von Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, Größe und Gewicht, zahnärztliche Probleme, Seh- und Hörtest umfassen, sowie Gesundenuntersuchungen, wie sie auch für die Allgemeinbevölkerung empfohlen werden.

Genauer gesagt, müssen Mitglieder des Monitoringteams gegebenenfalls die Durchführung ärztlicher Routineuntersuchungen beurteilen, wie etwa ärztliche körperliche Untersuchungen, Untersuchungen von Blut- und Urinproben, Blutzucker- oder Cholesterinspiegel, EKG und Thorax-Röntgen, die in regelmäßigen Zeitabständen, mit einer entsprechenden Einverständniserklärung, durchgeführt werden, weiters Mammographie, Pap-Test, Test auf Blut im Stuhl, Koloskopie, Harnuntersuchung, Haut- und Mundhöhlenuntersuchung, Feststellung, ob Inkontinenz und Dekubiti vorliegen (bei BewohnerInnen, die viel Zeit im Bett verbringen), Messung der Puls- und Atemfrequenz und der Körpertemperatur. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten auch beurteilen, inwieweit Aufzeichnungen über eine vollständige Untersuchung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Aufnahme vorhanden sind (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 25).

Im Anschluss an eine vollständige Beurteilung der Art der psychischen Störung, der geistigen Behinderung oder der körperlichen Gesundheitsprobleme ist es üblich, dass die dafür zuständigen Berufsgruppen erste

¹²⁴ Llorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

Diagnosen erstellen und dokumentieren, die dann die Basis für die Entscheidung über die Behandlung im Rahmen eines Betreuungsplans bildet. Die Mitglieder des Monitoringteams sollen überprüfen, ob in den patientenbezogenen Unterlagen klare Diagnosen dokumentiert sind (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 26).

In Bezug auf den Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung stellt sich als Hauptfrage, ob die BewohnerInnen Zugang zu diesen Leistungen haben, und nicht, ob sie in der Institution selbst angeboten werden. Der CRPD zufolge ist das Ziel die soziale Eingliederung, und damit ist verbunden, dass allgemeine Gesundheitsdienste für behinderte Menschen innerhalb der lokalen Gemeinde angeboten werden sollten. Mit der Schaffung von „Full-Service“-Institutionen kann es passieren, dass soziale Ausgrenzung statt sozialer Eingliederung gefördert wird. Wo derartige Dienstleistungen in Institutionen angeboten werden, sollten folgende Themen angesprochen werden: Ist eine zweckmäßige Ausstattung verfügbar oder zugänglich, sind z.B. geeignete Untersuchungszimmer und -liegen vorhanden, weiters Blutdruckmessgeräte, Waagen und andere wichtige Geräte? Ist alles Nötige für essenzielle Immunisierungen und Schutzimpfungen vorhanden? Ist die gesamte Bandbreite von Gesundheitsuntersuchungen, wie sie der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung steht, im gleichen Ausmaß für die BewohnerInnen in der Institution verfügbar (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 24)?

Die Elektrokrampftherapie (EKT) ist wegen der manchmal schwer wiegenden Nebenwirkungen (z. B. Frakturen vor der Verwendung von neuromuskulären Blockern, kognitive und Gedächtnisstörungen) eine umstrittene Behandlung^{125 126 127}. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten deshalb herausfinden, ob und wie die EKT-Behandlung in der zu untersuchenden Institution angewandt wird.

¹²⁵ Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009 Jan 3;373(9657):31-41.

¹²⁶ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1363

¹²⁷ Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1343-4.

Entsprechende Nachfragen sollten sich auf den Umgang mit der Einverständniserklärung beziehen, die Narkoseprozedur, Reanimationsgeräte sowie, ob die Anwendung von EKTs in Übereinstimmung mit den relevanten Protokollen erfolgt (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 27).

3.10 Iatrogene Risiken verordneter Medikamente

Eine Gruppe weiterer wichtiger Risikofaktoren sind die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente. Viele Arten von Neuroleptika können beachtliche Gewichtszunahmen, das Stoffwechselsyndrom, Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufstörungen verursachen. Allerdings hat eine Studie in Finnland ergeben, dass der Unterschied der Sterblichkeit zwischen der Allgemeinbevölkerung und Menschen mit Schizophrenie über einen Zeitraum von 10 Jahren de facto von 25 auf 22,5 Jahre gesunken ist¹²⁸.

Aus all diesen Gründen sind regelmäßige und umfassende Untersuchungen der körperlichen Gesundheit von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung erforderlich sowie eine angemessene Behandlung aller festgestellten gesundheitlichen Probleme. Medizinische Aufzeichnungen sind eine wichtige Quelle für die Überprüfung der Feststellung derartiger medikamentenbedingten Nebenwirkungen (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 22).

3.11 Teilnahme an der Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung

Das Miteinbeziehen von Personen mit Psychiatrieerfahrung in die Planung und Bereitstellung von psychischen Gesundheitsdiensten hat während der letzten beiden Jahrzehnte in vielen Ländern zugenommen, insbesondere in den Regionen, in denen die institutionelle Versorgung in ein gemeindenahes Betreuungsmodell umgewandelt

¹²⁸ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

wurde^{129 130}. Die Einbeziehung von Betroffenen in den Betreuungspakt kann unmittelbar zu besseren Behandlungsergebnissen führen, zum Beispiel durch eine bessere Behandlungssadhärenz¹³¹. Der ITHACA Toolkit sieht deshalb vor, dass beurteilt wird, wie die BewohnerInnen in psychiatrischen Institutionen in den Entscheidungsprozess über die Behandlung und Betreuung einbezogen werden. Der Abschnitt „Medizinische Aufzeichnungen“ (Kapitel 8 und 9, Abschnitt 22) ist ein wichtiges Mittel, um zu beurteilen, ob es einen dokumentierten Nachweis über die Beteiligung von Betroffenen an Entscheidungsprozessen über ihre Behandlung und Betreuung gibt. Kapitel 8 und 9, Abschnitt 29 „Einbindung der BewohnerInnen/PatientInnen in die Erstellung von Betreuungsplänen“ des ITHACA Toolkits ermöglicht den Mitgliedern des Monitoringteams die Aufzeichnung der verfügbaren Informationen darüber, inwieweit die BewohnerInnen an solchen Entscheidungsprozessen teilnehmen. Eine spezifische Form dieser Teilnahme bezieht sich auf die Teilnahme an Forschungsprojekten. Während die detaillierten Bestimmungen und Regelungen in den meisten Ländern verschieden sind, gibt es normalerweise die Mindestanforderung, dass jedwede Teilnahme die schriftliche Einverständniserklärung der Betroffenen erfordert – mit der klaren Zusage, dass eine Nichtteilnahme zu keinem Nachteil in der Qualität ihrer Behandlung oder Betreuung führt (Siehe Kapitel 8 und 9, Abschnitt 30).

¹²⁹ Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale* 2005;14(1):10-4.

¹³⁰ Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, (eds). *This Is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009.

¹³¹ Rose D, Lucas J. The User and Survivor Movement in Europe. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, editors. *Mental Health Policy and Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care*. Milton Keynes: Open University Press; 2006.

Kapitel 4: Warum sollten die Menschenrechte überwacht werden?

Kapitel 2 des ITHACA Toolkits hat sich mit der Frage befasst, was man unter Menschenrechten versteht, und eine Auswahl an diesbezüglichen Dokumenten präsentiert, insbesondere das *UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen* (CRPD). Kapitel 4 schließt an diese Thematik an und beschäftigt sich mit den konkreten Themen, die im Fragenkatalog des Toolkits (Kapitel 9) behandelt werden, erläutert, wie sie mit der CRPD zusammenhängen und widmet sich der praktischen Durchführung des Menschenrechts-Monitoring in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen. Es befasst sich zunächst mit dem Zweck des Monitorings der Menschenrechte, danach mit den dazugehörigen Aspekten des organisierten Eintretens für die Menschenrechte („advocacy“), der Durchführung von Kampagnen, der Bewusstseinsbildung („awareness raising“), der Förderung der Kompetenz zur Selbstvertretung, der Motivation anderer zur Teilnahme am Monitoring, der Verbesserung des öffentlichen Profils einer Organisation und dem Einbringen von Ergebnissen des Menschenrechts-Monitoring in Gerichtsverfahren.

Wie bereits in Unterkapitel 2.3 erörtert, sieht die CRPD einen Paradigmenwechsel in die Richtung vor, dass Menschen mit Behinderungen als *Subjekte* und somit als „Inhaber“ von Menschenrechten gesehen werden, und nicht als *Objekte* von Behandlung und „Management“. Der Paradigmenwechsel beinhaltet mehr als nur die Ratifizierung des Übereinkommens und die Durchführung der nationalen Gesetzesreform. Damit sich der Paradigmenwechsel durchsetzt, müssen lange Zeit bestehende und fest verwurzelte Einstellungen, Verhaltensweisen und Praxisroutinen hinterfragt, geändert oder abgeschafft werden. Dies bedeutet, dass neue Dienste und Einrichtungen geschaffen oder verändert werden, und Personen neue Fertigkeiten erlernen müssen. Um sicherzustellen, dass dies geschieht, muss eine

Prozedur permanente Qualitätssicherung beinhalten, die Evaluierungen und entsprechende Anpassungen umfasst. Dies geht nur Schritt für Schritt, was eine konsistente Vorgangsweise und viel Zeit benötigt. Wie der Physik-Nobelpreisträger Max Planck einmal bemerkte: „Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden und sich als „belehrt“ erklären, sondern vielmehr dadurch, dass die Gegner allmählich aussterben und dass die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht ist!“¹³²

Das Menschenrechts-Monitoring betrachtet die Realität zu einem bestimmten Zeitpunkt. Aus diesem Grund müssen die Fragen während eines Kontrollbesuchs so formuliert werden, dass sie zu diesem Zeitpunkt beantwortet werden können. Es kann sein, dass die gleichen Fragen zu einem späteren Zeitpunkt wieder gestellt werden müssen. Sollte es diesbezüglich wichtige Änderungen geben, müssen eventuell auch andere Fragen gestellt werden.

Um die Situation über einen bestimmten Zeitraum hinweg angemessen zu beurteilen, müssen die in Kapitel 9 enthaltenen Schlüsselfragen an den Hintergrund des Rechtssystems des Staates und der Entwicklungsstufe der psychiatrischen und psychosozialen Dienste angepasst werden. Zum Beispiel muss während des Monitorings einer Institution herausgefunden werden, ob der Staat seine Gesetze von einem Modell der ersatzweisen Entscheidungsfindung durch einen Vormund gerade in ein Modell der unterstützten Entscheidungsfindung umwandelt. Die Mitglieder des Monitoringteams könnten fragen: „Wie viele BewohnerInnen stehen unter Vormundschaft und wie hoch ist der Anteil an allen BewohnerInnen?“ Diese Frage kann sowohl zur Informationsbeschaffung über statistische Gegebenheiten der Vormundschaft verwendet werden, wie auch als Einstiegsfrage zu darauf bezogenen Themen, wie etwa Interessenskonflikten, zur Behandlungseinwilligung und Vertraulichkeit. Zum Zeitpunkt eines späteren Kontrollbesuches wissen die Mitglieder des Monitoringteams vielleicht, dass nunmehr weniger Menschen

¹³² Ibid, Seite 151.

unter Vormundschaft stehen. Dennoch sollten die gleichen Fragen wieder gestellt werden, sodass Vergleiche über einen längeren Zeitraum angestellt werden können. Dieses Beispiel veranschaulicht, wie wichtig das Erheben von verlässlichen Informationen über die aktuelle Realität ist, aber auch, wie wichtig für die Mitglieder des Monitoringteams eine gute Vorbereitung des Monitoring-Besuchs ist, indem sie Kenntnisse über relevante Gesetze und den Status ihrer Umsetzung erwerben (siehe Kapitel 7, Schritt 5, Planung des Besuchs).

Die dokumentierte Realität kann nicht nur über einen bestimmten Zeitraum hinweg verglichen werden, sondern auch mit nationalen Gesetzen und Richtlinien sowie mit internationalen Standards wie mit der CRPD. Nur wenn die Realität auf gewisse Standards hin überwacht wird, können die Mitglieder des Monitoringteams beurteilen, ob internationale und nationale Gesetze und Richtlinien umgesetzt werden. Die Kontrolle der Einhaltung von Menschenrechten ist eine maßgebliche Methode, um die Umsetzung der internationalen und nationalen Rechtsnormen sicherzustellen.

Die Menschenrechtstheorie selbst handelt von der Tatsache, dass die Menschenrechte innerhalb eines dynamischen und sich verändernden sozialen Milieus geachtet (oder eben missachtet) werden. Das Konzept der „progressiven Realisierung“ von Menschenrechten bedeutet, dass die Vertragsstaaten Maßnahmen ergreifen sollten, jene Rechte, die ressourcenabhängiger sind als andere, zu achten, zu schützen und zu erfüllen. Progressive Realisierung bedeutet, dass die Vertragsstaaten ein Recht schrittweise umsetzen müssen, indem sie alle entsprechenden Maßnahmen einschließlich legislativer und administrativer ergreifen, bis zum Maximum der verfügbaren Ressourcen. Der Begriff der progressiven Realisierung wird im Allgemeinen für wirtschaftliche und soziale Rechte wie etwa das Recht auf Bildung, auf Gesundheit und auf Arbeit verwendet. Das Prinzip der progressiven Realisierung beinhaltet das Prinzip der Nicht-Regression, was bedeutet, dass ein Staat Regelungen, die bereits vorhanden sind, nicht rückgängig machen sollte: Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, den Schutz der

Menschenrechte mehr und mehr verbessern und dürfen ihn nicht verringern. Einige Rechte - wie zum Beispiel die Verpflichtung der Vertragsstaaten, den Genuss aller Rechte ohne Diskriminierung zu gewährleisten - sind Rechte mit sofortiger Verpflichtung.

Die Vertragsstaaten müssen ihre Umsetzungsverpflichtung des Rechtes der Menschen mit Behinderungen auf ein Leben in der Gemeinschaft erfüllen.¹³³ Solange diese Verpflichtung unerfüllt bleibt und sich diese Personen in Institutionen befinden, müssen die Vertragsstaaten sicherstellen, dass die Menschenrechte dieser Personen vollständig geachtet und geschützt werden. Ebenfalls müssen sie sicherstellen, dass die Menschenrechte in den Einrichtungen geschützt werden, die sich in Allgemeinkrankenhäusern und in der Gemeinde befinden. Dies kann nur durch den aktiven Einsatz von unabhängigen Aufsichtsbehörden geschehen, wodurch allfällige Misshandlungen „hinter den Mauern“ verhindert werden können.

In internationalen Menschenrechtstexten wird die absolute Notwendigkeit von Kontrollmechanismen zum Schutz der Menschenrechte anerkannt. Genauer gesagt sind Vertragsstaaten von bestimmten internationalen Dokumenten, zu denen die CRPD zählt, dazu verpflichtet, nationale Kontrollorgane für die Menschenrechte aller Menschen innerhalb ihrer Gerichtsbarkeit, ganz gleich wo sie leben, einzurichten. Nichtsdestotrotz gibt es auch in den Ländern, die nationale Aufsichtsbehörden vorsehen, viele psychiatrische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen, die relevanten Überprüfungen entgehen.

Wie bereits in Kapitel 2 angemerkt, fordert auf der internationalen Ebene das *Fakultativprotokoll des Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen Folter (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - OPCAT)* von den Vertragsstaaten ausdrücklich die Einrichtung unabhängiger Aufsichtsbehörden – im Dokument als „nationale Präventionsmechanismen“

¹³³ Siehe Artikel 19 des UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD).

bezeichnet – für alle Orte der Freiheitsentziehung. Monitoring geschieht auch über internationale Organe, wie zum Beispiel durch den *UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter (Subcommittee for the Prevention of Torture - SPT)* und das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter (*Europe's Committee for the Prevention of Torture - CPT*). Das CPT, das seit 1989 besteht, hat zahlreiche psychiatrische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen besucht. Diese Besuche haben dazu geführt, dass sowohl Besorgnis über bestehende Lücken im Schutz von Menschen in den Institutionen geäußert wurde als auch Aufforderungen für die Gründung unabhängiger nationaler Aufsichtsbehörden mit voller Unterstützung durch die Vertragsstaaten ergangen sind. Die CPT hat spezifische Standards bezüglich der „unfreiwilligen Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen“ (8th General Report, 1998)¹³⁴ sowie bezüglich „bewegungseinschränkender Maßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene“ (16th General Report, 2006)¹³⁵ entwickelt.

Der ITHACA Toolkit wurde für den Zweck entwickelt, die InspektorInnen dabei zu unterstützen, die Einhaltung der Menschenrechte in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen zu überprüfen. In dieser Hinsicht sind die Hauptzielgruppen nationale Menschenrechtsinstitutionen, Ombudsstellen, „nationale Präventionsmechanismen“ unter OPCAT, unabhängige Nichtregierungsorganisationen – gleich ob Menschenrechtsorganisationen oder Behindertenorganisationen. Ziel des Toolkits ist es – auf nationaler und auf internationaler Ebene –, die mangelnde Beachtung der Menschenrechte derjenigen Personen, die in Institutionen für Menschen mit Behinderungen leben, zu korrigieren.¹³⁶

¹³⁴ 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997 CPT/Inf (98) 12 [EN], Publication Date: 31 August 1998.

¹³⁵ 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, CPT/Inf 35, Publication date: 16 October 2006.

¹³⁶ Für weitere Informationen über die Rechts- und Strukturreform, welche die Staaten umsetzen sollten, um wirksame Aufsichtsbehördensysteme zu gewährleisten, siehe *Inspect*, Mental Disability Advocacy Center, 2006, verfügbar auf www.mdac.info.

Regelmäßiges und unabhängiges Monitoring von psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen kann zu einer Verbesserung der Menschenrechtssituation für Menschen mit Behinderungen führen. Zusätzlich dazu kann die Überwachung dieser Einrichtungen auf verschiedene Arten zu sozialen Veränderungen beitragen. Die Ergebnisse von Kontrollbesuchen hängen in einem hohen Maß davon ab, wer das Monitoring durchgeführt hat, warum das Monitoring durchgeführt wurde, welche Ressourcen das Monitoringteam oder die Organisation für die Unterstützung eines Wandels zur Verfügung hatten, und ob die Gremien auch gewillt und fähig sind, die nötigen Veränderungen vorzunehmen.

Dort, wo die Kontrolle von einer Regierung beauftragt oder tatkräftig unterstützt wird, können die Ergebnisse unmittelbar an die Entscheidungsträger rückgemeldet werden, die aufgrund dieser Ergebnisse wichtige Veränderungen in den Diensten und Einrichtungen vornehmen können. Wenn beispielsweise einem Bericht zufolge viele der BewohnerInnen in einer bestimmten Einrichtung zu Unrecht und ohne ihre Zustimmung in dieser Einrichtung festgehalten werden, könnte eine Regierung die finanziellen Mittel, die aktuell für die Institution verwendet werden, neu verteilen, und sie stattdessen für gemeindebasierte Dienste zur Verfügung stellen.

Ein Bericht, der der Leitung einer Einrichtung direkt übergeben wird, könnte zu einfach umzusetzenden Veränderungen führen, wobei sich das Personal gar nicht dessen bewusst ist, dass es um Menschenrechtsfragen geht. Die Institutionsleitung kann etwa eine/n bestimmte/n MitarbeiterIn für das verbale Bedrohen einer angehaltenen Person disziplinarisch belangen oder den Fall auch an die örtliche Polizei weitergeben. Ein Monitoringbericht könnte etwa bewirken, dass es den PatientInnen in einer Institution ermöglicht wird, ihre eigene Kleidung anstelle von Anstaltskleidung zu tragen, oder dass sie ihre Briefe lesen können, ohne dass diese zuerst vom Einrichtungspersonal geöffnet werden.

Ein Monitoring-Bericht kann der Katalysator für Veränderungen auf verschiedenen Ebenen sein. Wenn die Regierung, und sogar die Einrichtung selbst, das Monitoring unterstützen und sich dazu verpflichten, die Ergebnisse und die Empfehlungen zu prüfen, so ist das ein wichtiger Schritt für eine Gewährleistung besserer Menschenrechte für Menschen in Institutionen. Andererseits kann ein Monitoringteam als zu eng mit der Regierung verbunden angesehen werden, was die Verwirklichung von Menschenrechtsverbesserungen blockieren kann. Regierungen können auch die Veröffentlichung von Ergebnissen einschränken oder verbieten, sie könnten versuchen, die Ergebnisse zu beeinflussen, oder sie lesen den Bericht lediglich, ohne auf ihn zu reagieren.

Sobald ein Bericht veröffentlicht ist, ist es wichtig, seine Umsetzung zu betreiben. Ob die Umsetzung durch die Aufsichtsbehörden oder durch andere Organisationen erfolgt, hängt von den örtlichen Gegebenheiten sowie dem Mandat und Wirkungsbereich der Aufsichtsbehörde ab.

Umsetzungsaktivitäten können folgendes beinhalten:

- *Unterstützung und Durchführung von Kampagnen*

Die Überprüfung und das Dokumentieren von Problemen liefert Belege, die dazu verwendet werden können, eine bestimmte Menschenrechtssituation aufzuzeigen. Regierungen und Entscheidungsträger reagieren eher auf ein Eintreten für die Menschenrechte, das sich auf empirische Belege stützt. Ohne solche können Behauptungen als unbegründet und als voreingenommen abgetan werden. Empirische Belege ermöglichen es, den Status Quo in Frage zu stellen. Sie können auch an Dritte geschickt werden (wie zum Beispiel an internationale Organisationen, wie etwa zuständige Gremien der Vereinten Nationen, an Nichtregierungsorganisationen oder an einflussreiche Einzelpersonen), damit diese eingreifen, Druck auf die Regierungen ausüben und Veränderungen fordern. Empirische Belege können auch in kleineren oder größeren öffentlichen Kampagnen verwendet werden.

- *Bewusstseinsbildung*

Um Unterstützung für Veränderungen zu bekommen, ist es oft wichtig, die Öffentlichkeit zu erreichen. Ein wichtiges Mittel dafür sind die Medien: Printmedien, Fernsehen, Radio und Internet. Fundierte Informationen können für Zeitungsartikel, spezielle Berichte und für öffentliche Kampagnen genutzt werden. Das Problem in prägnanter Form darzustellen, kann dabei helfen, Druck auf die Regierungen und Betreiber von Institutionen auszuüben, damit sie Veränderungen herbeiführen. Die Medienberichterstattung versorgt die Öffentlichkeit mit dem nötigen Wissen, mit dem die gewählten VertreterInnen angehalten werden können, sich für Veränderungen einzusetzen.

- *Förderung der Kompetenz zur Selbstvertretung*

Wenn Menschen in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen ihre persönlichen Erfahrungen als rechtliche und menschenrechtliche Probleme formulieren, können sie diese empirischen Belege über Menschenrechtsverletzungen dazu verwenden, mehr Achtung, Schutz und die Erfüllung ihrer Menschenrechte zu verlangen. Persönliche Missbrauchserfahrungen sind oft die Folge systematischen Versagens. Genauso, wie sie möglicherweise eine Einzelperson „ermächtigen“ („empower“), können die in einem Monitoring-Bericht enthaltenen empirischen Belege Menschen dabei helfen, ihre Rechte zu verstehen und sie einzufordern – entweder allein oder gemeinsam mit anderen.

- *Motivation anderer zur Teilnahme am Monitoring*

Ein Bericht, der die Probleme klar und deutlich darlegt, kann dazu führen, dass andere Interesse bekommen, diese Themen aufzugreifen. Solche Personen und Organisationen können aus dem Umfeld von Menschenrechtsorganisationen kommen (die aber in vielen Ländern die Rechte von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung oft ignorieren), oder besonders auch Nichtregierungsorganisationen von und für Personen mit Behinderungen. Anwälte, Richter, ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen haben oft Vorurteile und ein glaubhafter Menschenrechtsbericht kann sie motivieren, reflektierter zu werden, und ihre

Aufmerksamkeit diesen Themen gegenüber zu erhöhen.

- *Die Verbesserung des öffentlichen Profils einer Organisation*

Ein glaubhafter Menschenrechtsbericht kann Organisationen (einschließlich nationaler Menschenrechtsorganisationen und Ombudsstellen) dazu befähigen, kompetente strategische Entscheidungen über zukünftige Schwerpunkte zu treffen. Solche Berichte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Organisation von der Regierung und anderen Organen um Rat gefragt wird; sie können auch dazu beitragen, dass solche Organisationen zu Hauptakteuren werden. Glaubhafte Berichte können bewirken, dass Regierungen die Ansichten dieser Organisationen bei der Politikgestaltung, bei Überprüfungen und Umsetzungen ernst nehmen. Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke und Nichtregierungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen kann zusätzlich den Anstoßeffekt haben, deren Profil zu erhöhen und zur Stigmabekämpfung beizutragen.

- *Gerichtsverfahren*

Es gibt zwei Arten, wie Menschenrechts-Monitoring-Berichte vor Gericht verwendet werden können. Erstens kann ein Bericht eine Problematik veranschaulichen und eine Argumentation stützen. Zweitens kann es durchaus vorkommen, dass die InspektorInnen während des Menschenrechts-Monitorings auch Opfer von Menschenrechtsverletzungen antreffen, die daran interessiert sind, juristische Wege einzuschlagen und Klagen zu erheben. Die Organisation, die das Monitoring durchführt, kann in diesem Fall den Betroffenen Informationen über Organisationen und Anwälte zur Verfügung stellen, die in der Lage sind zu helfen und auch Einschätzungen darüber abgeben können, in welchem Ausmaß die untergebrachten Personen Zugang zu Rechtsberatung und Rechtshilfe haben.

Kapitel 5. Die Prinzipien des Menschenrechts-Monitoring

Menschenrechts-Monitoring impliziert das Erheben von präzisen und verlässlichen Informationen, was in einer sorgfältigen und gerechten Form zu geschehen hat. Dies kann manchmal schwierig sein, weil der Besuch von psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen oftmals eine emotional belastende Erfahrung ist. Außerdem ist die Zeit oft begrenzt, man ist von den Problemen überwältigt und es könnte ein Druck vorhanden sein, dass man Ergebnisse erzielt. Wegen dieser Schwierigkeiten ist eine gute Planung wichtig, um zu gewährleisten, dass die Untersuchungsergebnisse glaubwürdig sind, und es sollte danach gestrebt werden, die unter diesen Umständen höchstmögliche Genauigkeit zu erzielen. Die in diesem Kapitel dargelegten Prinzipien bzw. normativen Regeln stellen Standards dar, denen jedes Monitoringteam folgen sollte. Einige dieser Prinzipien wurden von den achtzehn Grundprinzipien des Monitorings hergeleitet, die im *UN-Handbuch für Menschenrechtsüberwachung (United Nations Training Manual on Human Rights Monitoring)*¹³⁷ eingehend behandelt werden. Die AutorInnen dieses Toolkits empfehlen dieses Handbuch jedem als grundlegende Lektüre, der ein Menschenrechts-Monitoring von psychiatrischen oder psychosozialen Betreuungseinrichtungen in Erwägung zieht. Wir empfehlen, dass diese Prinzipien als Verhaltenscodex betrachtet werden und während des gesamten Monitoring-Prozesses im Kopf behalten werden sollten.

5.1 Schaden vermeiden

Die Mitglieder des Monitoringteams müssen alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um Risiken für die befragten und untergebrachten Personen so niedrig wie möglich zu halten. In psychiatrischen und psychosozialen Betreu-

ungseinrichtungen könnte eine befragte Person dafür, dass sie mit einem Mitglied des Monitoringteams gesprochen hat, riskieren, dass sie dafür bestraft wird. Bestrafung könnte bedeuten, dass jemand in Isolation kommt, seine Medikation erhöht wird, ihm bestimmte Privilegien verweigert werden oder er weniger zu essen erhält. Deshalb sollten Mitglieder des Monitoringteams im Verlauf der Diskussionen und im Bericht darauf achten, keine Informationen preiszugeben, die den Gesprächspartner identifizieren könnten. Es sollten weder Name noch Initialen angegeben werden, am besten überhaupt keine Einzelheiten über die befragte Person erwähnt werden – auch nicht, wenn die Person ihre Erlaubnis dazu erteilt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, verschiedene Personen zu befragen, sodass für die Leitung der Einrichtung nicht ersichtlich ist, wer was gesagt hat. Es kann sinnvoll sein, eine/n InterviewpartnerIn zu fragen, ob sie/er glaubt, irgendwelchen Risiken ausgesetzt zu sein. Die Mitglieder des Monitoringteams können in diesem Fall ihre Kontaktdaten hinterlassen, damit sie entsprechend reagieren können, falls dem Monitoring-Besuch Bestrafungen folgen.

5.2 Das Monitoring regelmäßig durchführen

Menschenrechts-Monitoring setzt ein regelmäßiges bzw. wiederholtes Monitoring voraus, wobei bei den neuerlichen Besuchen regelmäßig und systematisch weiterverfolgt werden, ob Verbesserungen im Bereich der Menschenrechte eintreten und gewährleistet wird. In der Tat ist der Zweck des *Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT)*, „ein System regelmäßiger Besuche einzurichten, die von unabhängigen [...] Gremien an Orten, an denen Personen die Freiheit entzogen ist, durchgeführt werden, um Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu verhindern.“¹³⁸

5.3 Demonstrieren, dass man unabhängig ist

Unabhängigkeit und das Sichtbarwerden der Unabhängigkeit sind für ein glaubwürdiges Monitoring wichtig. Unabhängigkeit kann kontextabhängig Verschiedenes bedeuten:

¹³⁷ Kapitel V des Training Manual on Human Rights Monitoring, Professional Training Series n.7, Hochkommissariat für Menschenrechte, Vereinten Nationen, New York, Genf, 2001. Chapter V of the *Training Manual on Human Rights Monitoring*, Professional Training Series n.7, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, New York, Geneva, 2001

¹³⁸ Fakultativprotokoll der UN-Konvention gegen Folter, Artikel 1.

- *Unabhängigkeit von Einrichtungen*

Es ist wesentlich, dass die Personen oder Organisationen, die das Menschenrechts-Monitoring durchführen, von den beurteilten Einrichtungen unabhängig sind. Im OPCAT heißt es, dass die funktionelle Unabhängigkeit von nationalen Organisationen, die ein Monitoring durchführen, gewährleistet sein muss, wie auch die Unabhängigkeit einzelner MitarbeiterInnen.¹³⁹ Die Aufsichtsbehörden sollen sicherstellen, dass die Mitglieder des Monitoringteams nicht Teil der Institution sind, in der das Monitoring stattfindet, und auch keinerlei Interesse daran haben, die Institution oder in Beziehung zur Institution stehende Personen zu schützen.

- *Unabhängigkeit von der Regierung*

Unabhängigkeit garantiert, dass die Regierung nicht in den Monitoringprozess eingreift oder dessen Ergebnisse beeinflusst, auch wenn eine Regierung die unabhängige Aufsichtsbehörde finanziert. Die Vertragsstaaten werden dazu aufgefordert, das OPCAT-Übereinkommen zu unterzeichnen und zu ratifizieren. Sobald sie dies getan haben, sind sie verpflichtet, unabhängige Inspektorate einzusetzen, die Orte der Freiheitsentziehung überwachen. Unter Artikel 33 der CRPD haben die Vertragsstaaten die Pflicht, unabhängige Gremien zu schaffen, die die Rechte von Menschen mit Behinderungen fördern und schützen und die Implementierung des Übereinkommens überwachen. Per definitionem heißt dies, dass die unabhängigen Gremien regelmäßige Besuche an Orten der Freiheitsentziehung durchführen, insbesondere in den Ländern, in denen es keine oder unzureichende Gremien gibt, die Kontrollbesuche durchführen.

In Staaten, in denen es nationale Menschenrechtsstrukturen (nationale Menschenrechtsinstitutionen, Ombudsstellen oder andere formale und unabhängige Strukturen, um Menschenrechte zu fördern und zu schützen) gibt, sind derartige Gremien oft ein ausgezeichnete Mechanismus, um Besuche an Orten der Freiheitsentziehung durchzuführen. Internationale und nationale Nichtregierungsorganisationen, die sich mit

Menschenrechten befassen, sind ebenfalls wichtige und wertvolle Akteure.

5.4 Ein glaubwürdiges Team aufbauen

Um Mitglied eines Monitoringteams zu werden, ist es nicht unbedingt erforderlich, Qualifikationen wie einen Hochschulabschluss zu haben oder einschlägige Vorerfahrungen (z.B. in der Evaluation oder im Befragen von Menschen mit geistiger Behinderung). Es wird jedoch empfohlen, dass sich die Mitglieder des Monitoringteams einem speziellen Training bezüglich der Prinzipien und der Methodologie eines Monitoring unterziehen, sowie bezüglich der Standards, an denen Orte der Freiheitsentziehung gemessen werden sollen.

Auf jeden Fall aber empfiehlt es sich, darauf zu achten, dass ein *multidisziplinäres* Team aufgebaut wird, wenn Mitglieder für ein Monitoringteam ausgesucht werden. Das Monitoringteam kann abhängig von dem Zweck des spezifischen Monitoring-Prozesses die folgenden Mitglieder umfassen:

- *Eine Person mit Psychiatrieerfahrung*
Sicherzustellen, dass eine oder mehrere Personen mit Psychiatrieerfahrung im Team sind, bringt viele Vorteile. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese Person Probleme erkennt, die Ärzte und Anwälte ohne diese Erfahrungen übersehen würden. Eine Person mit Psychiatrieerfahrung kann Vertrauen zu den PatientInnen/BewohnerInnen aufbauen und qualitativ bessere Informationen liefern. Die Empfehlungen, die das Monitoringteam ausspricht, sind vermutlich mehr auf die Bedürfnisse von PatientInnen/BewohnerInnen zugeschnitten, wenn Personen mit Psychiatrieerfahrung im Monitoringteam vertreten sind. Artikel 33 (3) der CRPD besagt, dass jede nationale Kontrolle der Umsetzungen der CRPD Personen mit Behinderungen und die sie vertretenden Organisationen mit einbeziehen muss.

- *Ein Experte aus dem Gesundheitswesen mit speziellen Kenntnissen über psychische oder geistige Behinderung*

Wenn eine solche Person Mitglied des Monitoringteams ist, ist es vermutlich einfacher, Zugang zu den Institutionen zu

¹³⁹ Fakultativprotokoll der UN-Konvention gegen Folter, Artikel 18.

erhalten. Der Kliniker kann mit dem Personal vor Ort direkt sprechen, und es kann durchaus sein, dass er durch sein Vorwissen Zugang zu medizinischen und anderen für das Menschenrechts-Monitoring relevanten Informationen hat und sie beurteilen kann. Diese Fachleute können bei der Beurteilung der Fragen zur allgemeinen Gesundheitsversorgung des Menschenrechtsmonitorings die leitende Rolle übernehmen.

- *Eine Person mit fundierten Kenntnissen über Menschenrechte*

Wenn man bedenkt, dass es hier um Menschenrechts-Monitoring geht, ist es stets hilfreich, einen Experten für dieses Gebiet im Team zu haben, vorzugsweise für die Gesetze in Bezug auf psychische Gesundheit oder für das Behindertenrecht. Es ist von Nutzen, einen Menschenrechtsexperten im Team zu haben, der Erfahrungen im Monitoring von anderen Arten von Orten der Freiheitsentziehung hat (z.B. von Gefängnissen, Flüchtlingszentren, Institutionen für Kinder, etc.). Aufsichtsbehörden können andere Individuen oder Organisationen als Experten einbringen, insbesondere wenn sie mehr Erfahrungen im Umgang mit Einrichtungen für psychische Behinderungen oder auf dem Gebiet des allgemeinen Menschenrechts-Monitoring haben. NGOs oder Einzelpersonen sind oft in der Lage, Fachwissen zu liefern und Kontakte herzustellen. In vielen Ländern gibt es bei den Monitoring-Mechanismen sowie bei Menschenrechtsorganisationen ein Defizit an Sachkenntnis im Bereich der Überprüfung der Achtung der Rechte von Menschen in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen, und es könnte durchaus sein, dass eine derartige Zusammenarbeit willkommen ist.

5.5 Erfassen von verlässlichen Informationen

Mitglieder des Monitoringteams sollten auf jeden Fall versuchen, Informationen unter Verwendung verschiedener Quellen zu erheben. Das Monitoringteam sollte nicht nur von der Meinung einer einzigen Person abhängig sein. Aussagekräftige empirische Belege sind auf diesem Gebiet des Monitorings besonders wichtig, da es leider sehr oft vorkommt, dass Aussagen von Menschen mit

psychischer Behinderung von anderen Personen nicht ernst genommen werden und manchmal mit der Begründung als nicht zutreffend begutachtet werden, dass sie ja von einer inkompetenten Person stammten, die nicht wüsste, wovon sie spricht.

- *Verwenden Sie primäre (direkte) Quellen*

Es ist überzeugender, ein Problem von jemandem berichtet zu bekommen, der unmittelbar betroffen ist, als von jemandem, der es von einer anderen Person erfahren hat.

- *Seien Sie unvoreingenommen*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sowohl dem Personal als auch den untergebrachten Personen gleichermaßen signalisieren, dass sie ihre Analysen auf Fakten anstatt auf ihre persönliche Sichtweise stützen.

- *Verwenden Sie neueste Informationen*

Je älter eine Information ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie aufgrund aktueller Veränderungen ungenau ist. Außerdem besteht die Gefahr, dass Erinnerungen verblassen und deshalb Mitteilungen als weniger glaubhaft gelten könnten.

5.6 Eine „investigative“ Haltung einnehmen

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten die Verlässlichkeit ihrer Informationen, Quellen und Kontakte in Frage stellen und verifizieren. Sie sollten Details erfassen, indem sie Zusatzfragen stellen, die tiefer in einen Problembereich eindringen. Sie sollten Widersprüche überprüfen, indem sie die gleichen Fragen umformulieren, jemand anderem einen Teil der Information geben und dann um eine Antwort ersuchen. Es ist wichtig, dass alle Mitglieder des Monitoringteams gründlich vorgehen, um ein Verständnis des Funktionierens des Systems der Institution zu gewinnen. Sie sollten auch eine gewisse Sensibilität für eine breite Palette von Menschenrechtsfragen haben und über ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeiten verfügen. Sobald die Mitglieder des Monitoringteams die Einrichtung betreten haben, sollten sie ihren beruflichen Hintergrund ausblenden und sich voll darauf

konzentrieren, „mit allen Sinnen“ höchst aufmerksam zu recherchieren, und ganz darauf eingestellt sein, zu erfassen, was um sie herum geschieht.

5.7 Informationen sicher aufbewahren

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sicherstellen, dass die erfassten Informationen, die Aufzeichnungen und Notizen, die sie während eines Besuchs gemacht haben, an einem sicheren Ort aufbewahrt werden, da sie auch in der Zukunft nützlich sein können. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten vermerken, woher die Informationen stammen. Dies kann das Festhalten des Namens der Person und deren Kontaktdaten beinhalten (obwohl diese nicht in einem Bericht veröffentlicht werden). Diese Informationen sollten an einem sicheren Ort aufbewahrt werden, um die Vertraulichkeit zu gewährleisten. Eine andere Vorsichtsmaßnahme kann das Verschicken von verschlüsselten Dateien per E-Mail mit Passwörtern sein, die per Telefon mitgeteilt werden.

Kapitel 6. Die Methoden des Menschenrechts-Monitoring

Je größer die Vielfalt der angewandten Methoden, desto größer ist die Glaubwürdigkeit des erstellten Berichts. In diesem Kapitel erläutern wir drei Methoden für die Gewinnung von Informationen: Befragung, Beobachtung und das Überprüfen von Unterlagen. Im Anschluss daran besprechen wir Möglichkeiten, wie die erhobenen Daten aufgezeichnet werden können.

6.1 Methode 1: Interview

Mit Interview meinen wir ein Gespräch, einen Austausch von Worten, ein Mittel zur Erlangung von Informationen, und nicht eine formelle, auf Tonband aufgezeichnete Befragung mit strukturierten Fragen und Antworten. Interviews können mit PatientInnen/BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und BesucherInnen einer Einrichtung durchgeführt werden. Zu der MitarbeiterInnengruppe können die Leitungsperson, die PsychiaterInnen, das Krankenpflegepersonal, die Hilfskräfte, das Sicherheitspersonal, das Verwaltungspersonal, das Küchenpersonal, die Reinigungskräfte und das Gartenpersonal zählen. All diese Gruppen können Licht auf Problembereiche der Institution werfen.

Aus Interviews kann auch zitiert werden, was für die erstellten Berichte über den Monitoring-Besuch ebenfalls wichtig ist. Zitate zeigen, dass direkt mit den Betroffenen gesprochen wurde, und dass der Bericht das aufnimmt, was die Menschen in der entsprechenden Situation tatsächlich sagen (statt darin lediglich die Meinung der Mitglieder des Monitoringteams zum Ausdruck zu bringen). Sie machen einen Bericht lebendig: Statt nur Sachinformationen zu bringen, können damit die Auswirkungen einer Situation auf einzelne Menschen gezeigt werden.

- *Anzahl und Dauer von Befragungen*
Die Mitglieder des Monitoringteams müssen nicht mit möglichst vielen Menschen sprechen, sondern mit einer repräsentativ ausgewählten

Gruppe. Manchmal wird durch Gespräche mit einer kleinen Zahl von Personen „ausreichend“ informiert. Es ist nicht notwendig, alle Themen mit jeder befragten Person zu besprechen. Das Gespräch soll individuell ablaufen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten daran denken, dass für viele Menschen die Institution das Zuhause ist und deshalb entsprechend respektvoll und rücksichtsvoll sein. Dazu gehört zum Beispiel, darauf zu warten, bis man in den persönlichen Bereich eingeladen wird, und dass man persönliche Gegenstände der befragten Person nicht ohne Erlaubnis berührt. Die MitarbeiterInnen der Institution werden gelegentlich versuchen, als VermittlerInnen zwischen den Mitgliedern des Monitoringteams und den BewohnerInnen zu fungieren, BewohnerInnen für die Interviews aussuchen, oder auch versuchen, den Mitgliedern des Monitoringteams eine direkte Gesprächserlaubnis mit einzelnen BewohnerInnen zu erteilen, ohne vorher deren Einwilligung eingeholt zu haben. In diesen Fällen ist es für die Mitglieder des Monitoringteams ganz besonders wichtig, die betreffende Person direkt anzusprechen und sie ausdrücklich um Zustimmung zu dem Gespräch zu ersuchen.

- *Der Ort*
Vieles, was besprochen wird, ist persönlich und sensibel und könnte der befragten Person Nachteile bringen. Daher ist es äußerst wichtig, dafür zu sorgen, dass eine vertrauliche Situation entsteht. Mitglieder des Monitoringteams sollten die Interviews an einem privaten Ort und in entspannter Atmosphäre führen. Dies ist nicht immer möglich, jedoch sollte dafür gesorgt werden, dass sich andere Personen wenigstens außer Hörweite, und wenn möglich auch außer Sichtweite befinden. Man könnte zum Beispiel mit der jeweiligen Person einen Spaziergang am Anstaltsgelände machen, oder fragen, ob man sich mit der Person in deren Schlafzimmer unterhalten kann – falls dies nicht allzu aufdringlich ist und sie einwilligt.
- *Anonymität und Vertraulichkeit*
Alle einer befragten Person direkt zuschreibbaren Informationen in einem fertig gestellten Monitoring-Bericht könnten die genannte Person zum Opfer von Vergeltungsaktionen machen. Deshalb sollten die Mitglieder des Monitoringteams diese Risiken bei einer/einem

PatientIn/BewohnerIn abwägen, auch wenn sie die Zustimmung erhalten haben, die Person zu nennen. Ein unvorhersehbares Risiko ist, dass die zu befragende Person ihre Meinung ändert, und keine Gelegenheit mehr hat, das Monitoringteam zu benachrichtigen. Manchmal wird die Meinung vertreten, dass es nicht möglich ist, dass jemand, der in einer Institution lebt, eine effektive Einverständniserklärung abgibt, weil die Betroffenen daran gewöhnt sein könnten, den „Autoritätspersonen“, einschließlich Besuchern (wie den Mitgliedern eines Menschenrechts-Monitoringteams) einfach zuzustimmen. Es kann hilfreich sein, mit den PatientInnen die möglichen Risiken, von denen sie ihrer Meinung nach betroffen sein könnten, zu besprechen, und auch ob sie der Ansicht sind, es gäbe etwas, was die Mitglieder des Monitoringteams tun können, um diese Risiken zu minimieren. Falls sich Mitglieder des Monitoringteams dazu entschließen, eine/n PatientIn/BewohnerIn namentlich zu nennen, sollten sie dieser Person erklären, dass sie im Fall von Einschüchterungen oder der Ausübung von Druck so schnell wie möglich das Kontrollorgan kontaktieren sollte. Das Autorenteam dieses Toolkits empfiehlt den Mitgliedern des Monitoringteams, die Namen einer/s PatientIn/ BewohnerIn in einem fertiggestellten Bericht nicht zu nennen, da die Risiken zu hoch sein können.

- *Die Auswahl von MitarbeiterInnen der Institution für die Befragung*

Wenn die Mitglieder des Monitoringteams eine Institution betreten, sollten sie bedenken, dass die MitarbeiterInnen wahrscheinlich bemüht sind und versuchen, ihr Bestes zu geben. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten das Personal um Informationen über eine Reihe von Themen ersuchen. Wenn die Mitglieder des Monitoringteams auf das Personal zugehen, können sie diesem als Einstiegsfrage eine allgemeine Frage stellen wie etwa: „Welche Schwierigkeiten begegnen Ihnen in Ihrer täglichen Arbeit? Ich möchte das gerne herausfinden, um es in einen Bericht an die Institutionsleitung bzw. an die Regierung einzuschließen. Dieser Bericht könnte zu Verbesserungen Ihrer Situation und der Situation der PatientInnen/BewohnerInnen, um die Sie sich kümmern, beitragen“. Für das auf den Stationen beschäftigte Personal

könnten die Mitglieder des Monitoringteams eine ungezwungene Unterhaltung mit der Frage beginnen: „Wie lange arbeiten Sie schon hier?“ Dann sollten sie zum Ausdruck bringen, dass sie Verständnis dafür haben, dass es herausfordernd sein muss, in der Institution zu arbeiten. Es ist überraschend, wie hilfreich ein wenig Empathie sein kann.

Im Hinblick auf die Personalkategorien gibt es, wie schon erwähnt, in einer Einrichtung üblicherweise viele verschiedene Gruppen. Jede Gruppe kann Informationen zu unterschiedlichen Aspekten der Institution beitragen.

Was das Fachpersonal angeht, kann der/die LeiterIn oder der/die StellvertreterIn Statistiken und Daten über die Einrichtung beschaffen (siehe Abschnitte 1 und 2 in den Kapiteln 7 und 8). Sie können den Mitgliedern des Monitoringteams ein „betriebliches“ Bild von der Einrichtung vermitteln, einen Überblick über die Hauptprobleme geben, so wie sie diese sehen, sowie über größere Zwischenfälle (Brände, Flucht von PatientInnen/BewohnerInnen, Selbstmorde etc.) berichten, und wie damit umgegangen wird. Auch sollten sie in der Lage sein, generelle Antworten auf Fragen zu geben, wie etwa die Einrichtung mit Misshandlungsvorfällen umgeht, oder wie die Einrichtung vorgeht, wenn jemand eine Beschwerde einreichen möchte, usw.

Das Personal der Verwaltung und der Buchhaltungsabteilung kann Informationen über das von der Regierung und anderen Quellen erhaltene Budget liefern, sowie über den Anteil des Budgets für übliche Budgetposten, wie Personalgehälter, Therapien (manchmal sind dies ausschließlich medikamentöse Therapien), Nahrungsmittel und laufende Kosten, wie Heizung, Wasser, usw. Abhängig von der Art der Institution könnte es auch ein separates Budget für Rehabilitationsmaßnahmen geben. Von dieser Personalgruppe könnte auch etwas über finanzielle Einschränkungen, unter denen die Einrichtung arbeiten muss, in Erfahrung gebracht werden und auch, ob es ein Budget für gemeindenahere Dienste und Betreuungsangebote für psychisch Kranke als Alternative zu den in der Einrichtung angebotenen Leistungen gibt.

Die ärztliche Leitung und die Pflegedienstleitung können Informationen darüber geben, wie medizinisches Personal agiert und wie es ausgebildet wird, wie die Arbeitszeiteinteilung gestaltet ist, sowie darüber, wie Klinikpersonal mit Problemen, wie sie z. B. durch herausforderndes Verhalten entstehen, umgeht.

Jüngere medizinische MitarbeiterInnen können mehr Verständnis für die Probleme vor Ort (auf der Station/in der Abteilung) haben, und sind vielleicht eher bereit, ihre Sorgen darüber mitzuteilen, wie die Institution geführt wird. Ihre Ausbildung ist im Gegensatz zum dienstälteren medizinischen Personal aktueller und könnte daher eher Menschenrechtsaspekte inkludiert haben. Diese Personalgruppe könnte über die allgemeine Gesundheitsversorgung ihrer PatientInnen (einschließlich von Vorsorgeuntersuchungen und der Behandlungen für somatische Krankheiten) Auskunft geben, weiters die Quantität und Qualität der verfügbaren Arzneimittel beschreiben und rechtliche Aspekte der Praxis beleuchten, wie beispielsweise die Abläufe bei der Aufnahme einer Person im Krankenhaus; oder die Vorgangsweise bei Auftreten einer Schwangerschaft oder bei einem Todesfall. Weiters z. B., ob es eine angemessene medizinische Versorgung für alle PatientInnen/BewohnerInnen gibt.

Zusätzlich zum ärztlichen Personal beschäftigt die Institution ein ausgebildetes Krankenpflegepersonal, das normalerweise den Betriebsablauf auf den Krankenhausabteilungen und die alltäglichen Probleme kennt. PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen und LogotherapeutInnen, etc. sind weitere mögliche Personalgruppen. Sie werden alle ihre eigene Sichtweise darauf haben, wie die Institution in Bezug auf die Menschenrechte geführt wird.

Hilfskräfte sind Personal ohne formale Ausbildung und werden normalerweise schlecht bezahlt. Möglicherweise sind sie froh darüber, den Mitgliedern des Monitoringteams ihre Erfahrungen darüber zu berichten, wie die PatientInnen/BewohnerInnen behandelt werden. Sie werden normalerweise beigezogen, wenn es darum geht, bewegungseinschränkende Maßnahmen durchzuführen. Die Mitglieder des Monitoring-

teams können sie etwa fragen, wie vorgegangen wird, wenn jemand gewalttätig wird.

Das Sicherheitspersonal ist eine nützliche Informationsquelle über die Durchführung bewegungseinschränkender Maßnahmen und über die Vorgangsweise, welche PatientInnen/BewohnerInnen die Einrichtung verlassen dürfen sowie wann und wie sie das dürfen.

Es kann sein, dass neben dem in der Institution angestellten Personal während des Monitoringbesuches VertreterInnen anderer professioneller Gruppen anwesend sind. Diese können ebenfalls nützliche Informationen bereitstellen, besonders dann, wenn sie die Institution regelmäßig besuchen. Zu dieser Gruppe gehören etwa RechtsanwältInnen, PatientenanwältInnen, RichterInnen, SeelsorgerInnen, etc.

- *Der Einsatz von DolmetscherInnen*

Wenn ein/e BewohnerIn einer Sprachminderheit angehört, AsylwerberIn oder Flüchtling ist, oder wenn ein länderübergreifendes Monitoring durchgeführt wird, könnte ein/e DolmetscherIn benötigt werden. Falls DolmetscherInnen benötigt werden, ist es wichtig, darauf zu achten, dass sie unabhängig sind, und nicht für die Institution oder für Regierungsstellen arbeiten. Außerdem ist es wichtig sicherzustellen, dass der/die DolmetscherIn eine gewisse Sensibilität für das Thema hat, ein Verständnis für die Notwendigkeit der Verschwiegenheit hat, was gesagt wird und seiner/ihrer Meinung unterscheiden kann, und der/dem Befragten die Fragen auf die gleiche Weise und im gleichen Tonfall stellt wie das Mitglied des Monitoringteams.

- *Die Auswahl von PatientInnen/BewohnerInnen für die Befragung*

Bei einem Besuch in einer Einrichtung könnte es sein, dass sich einige BewohnerInnen den Mitgliedern des Monitoringteams aufdrängen, und versuchen, deren Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Es ist möglich, mit diesen Menschen zu sprechen, um Informationen zu erhalten, die Mitglieder des Monitoringteams sollten aber auch mit Personen sprechen, die sich ruhig verhalten, etwa in einer Ecke sitzen und nicht mit dem Rest der Gruppe zusammen sind. Es gibt häufig Gründe, warum jemand ruhig ist,

oder sich in einer Gruppe mit anderen nicht wohl fühlt.

Um Vertrauen herzustellen, ist es empfehlenswert, zunächst über allgemeine Dinge zu sprechen. Es kann sein, dass sich die befragten Personen dessen bewusst sind, dass sie nur begrenzte Zeit und Gelegenheit haben, ihre Erfahrungen mitzuteilen und deshalb einen Druck empfinden. Sie könnten auch ängstlich reagieren, weil plötzlich Außenstehende kommen und Fragen über ihr Leben in der Institution stellen. Außerdem können es bestimmte Medikamente den Befragten schwer machen, sich über längere Zeit zu konzentrieren. Auch kann das Sprechen über den Alltag, die psychischen Probleme und vergangenen Ereignisse emotional aufwühlend sein. Mitglieder des Monitoringteams sollten sich all dieser Aspekte bewusst sein und darauf aufmerksam werden, wenn sich die befragte Person unbehaglich fühlt.

Die InterviewerInnen können dadurch dazu beitragen, dass sich die Befragten wohler fühlen, indem sie ihnen den Sinn und Zweck des Monitorings erklären und zeigen, dass sie allem, was gesagt wird, aufmerksam zuhören; indem sie die InterviewpartnerInnen so viel wie möglich in ihren eigenen Worten ausdrücken lassen, ihnen gegenüber Verständnis für die schwierige Situation zeigen; keine Kritik äußern, die Befragten nicht unterbrechen, und ihnen möglichst viel Zeit geben; sich selbst nicht gestresst zeigen, wenn nicht alles planmäßig verläuft; und dadurch, dass sie zeigen, dass sie an den Erfahrungen und Meinungen des Befragten ernsthaft interessiert sind. Dabei kann es hilfreich sein, nicht nur Interesse an Sachinformationen zu zeigen, sondern auch Interesse dafür bekunden, wie es den Betroffenen persönlich geht. Es könnte von Vorteil sein, Pausen zu machen und die Sitzungen kurz zu halten. Manche Menschen können in einer Situation, in der sie mit mehreren Personen kommunizieren sollen, eingeschüchtert sein. In diesem Fall sollte ein Einzelgespräch geführt werden.

Das oberste Prinzip des Menschenrechts-Monitorings ist es, keinen Schaden anzurichten. Deshalb muss das Wohlbefinden der interviewten Person zu jeder Zeit im Vordergrund stehen.

- *Wie den PatientInnen/BewohnerInnen das Monitoring erklärt werden soll*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten den Personen, mit denen sie sprechen möchten, zuerst ihren eigenen Namen und ihren Beruf mitteilen, ihnen erklären, woher sie kommen, und dass sie nicht zur Institution gehören. Sie sollten die betroffene Person um Erlaubnis bitten, mit ihr zu sprechen. Sollte die Person zustimmen, ist es sinnvoll, einen ruhigen Ort zu finden, an dem das Personal das Gespräch nicht mithören kann.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten klarstellen, dass die Informationen, die sie erhalten, vertraulich behandelt werden. In einem psychiatrischen Umfeld sollten die Mitglieder des Monitoringteams den PatientInnen, mit denen sie die Gespräche führen, mitteilen, dass die erhaltenen Informationen der befragten Person möglicherweise nicht unmittelbar helfen werden, sondern eher für die Erstellung eines Gesamtbildes darüber verwendet werden, was in der Institution geschieht, sodass sich die Situation der Menschen, die in Zukunft in diese Institution kommen, möglicherweise bessert. In psychosozialen Betreuungseinrichtungen, in denen die BewohnerInnen lange Zeit verweilen, könnten die Monitoring-Berichte tatsächlich Veränderungen bewirken, die das Leben der InterviewpartnerInnen verbessern. Dennoch können die Mitglieder des Monitoringteams derartige Reformen nicht versprechen.

Der einzige Grund, aus dem die Mitglieder des Monitoringteams jemals in Erwägung ziehen sollten, das Vertrauensprinzip zu brechen, ist der, dass ein/e PatientIn/BewohnerIn erklärt, dass er/sie sich oder anderen Menschen Schaden zufügen wird (siehe unten: Der Umgang mit festgestellten Verletzungen und körperlichen Beeinträchtigungen und Ankündigungen von Selbstverletzungen).

- *Zuerst offene Fragen stellen und anschließend Details erfragen*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten PatientInnen/BewohnerInnen sowie das Personal dazu ermutigen, die Dinge, die ihnen wichtig sind in eigenen Worten zu beschreiben, da ihre Aussagen dann wahrscheinlich umfangreicher ausfallen. Die Mitglieder des Monito-

ringteams sollten nach Einzelheiten eines Ereignisses oder einer Situation fragen, dabei aber Suggestivfragen vermeiden; d. h. Fragen, in denen bereits die Antwort enthalten ist, und damit die Antwort der Person beeinflusst oder in eine bestimmte Richtung gelenkt wird, wie z. B. bei der Frage „Hat sie die Krankenschwester geschlagen, als Sie mehr zu essen verlangt haben?“ Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sich dessen bewusst sein, dass manche Menschen mit geistiger Behinderung besonders leicht beeinflussbar sind und möchten, dass die Person, die sie interviewt, mit ihnen zufrieden ist und ihr deshalb zustimmen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten schriftliche Aufzeichnungen von den tatsächlich gesprochenen Worten machen.

Um also herauszufinden, was geschehen ist, als der/die BewohnerIn mehr Essen verlangte, könnte der Monitor fragen: „Was geschah als Nächstes?“, oder „Wie reagierte das Personal darauf?“ Solche Fragen ermöglichen dem/r PatientIn/BewohnerIn, seine/ihre eigenen Worte zu gebrauchen. Solche Details sind für die MenschenrechtsexpertInnen des Monitoringteams hilfreich, damit sie eine Situation verstehen und erklären können. Bei besonderen Vorkommnissen oder anhaltenden Problemen können die folgenden Fragen nützlich sein, um mehr Informationen zu erhalten:

- Was ist geschehen?
- Wem ist es zugestoßen?
- Wann ist es geschehen?
- Wie oft geschah/geschieht dies?
- Inwiefern waren/sind andere Menschen davon betroffen?
- Wie geschah/geschieht so etwas?
- Warum geschah/geschieht es?
- Hat das Personal in irgendeiner Weise darauf reagiert?
- Was wurde unternommen, damit es nicht wieder geschieht?

Wenn ein/e PatientIn/BewohnerIn erklärt, was vorgefallen ist, können die folgenden Fragen nützlich sein, um nähere Einzelheiten zu erfahren:

- Was geschah dann?
- Können Sie beschreiben, wie es war?
- Können Sie mir ein wenig mehr über erzählen?

- Wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- Ich habe von anderen gehört. Was denken Sie darüber?
- Was war oder ist das Schlimmste von alledem?
- Was sollte Ihrer Meinung nach verändert werden?

Alle diese Fragen sind „offene“ Fragen, bei denen es mehrere mögliche Antworten gibt. Sie führen in der Regel zu mehr Informationen als „geschlossene“ Fragen (bei denen es lediglich „Ja“ und „Nein“-Antworten gibt).

• *Das Für und Wider von Informationen abwägen*

Es passiert immer wieder, dass man auf Widersprüche stößt, wenn jemand seine Geschichte erzählt. Es wäre einfach, diese Widersprüche als Zeichen dafür zu sehen, dass die erzählende Person in gewisser Weise psychisch nicht kompetent ist, und ihre Sichtweisen und Aussage deshalb unzuverlässig sind. Widersprüche entstehen jedoch häufig dadurch, dass eine Frage oder Antwort nicht richtig verstanden wurde, und/oder keine ausreichenden Informationen vorhanden sind. Deshalb ist es nützlich, eine Frage anders zu formulieren, und direkt danach zu fragen, was man nicht verstanden hat oder widersprüchlich findet.

Die InterviewpartnerInnen können zwangsläufig in vielen Situationen und aus vielerlei Gründen „unzuverlässig“ wirken. Vielleicht möchten sie nicht mit den Mitgliedern des Monitoringteams sprechen, oder sind aufgrund von bestimmten Ereignissen verwirrt. Eine Person könnte beispielsweise darüber besorgt sein, welche Konsequenzen es für sie hat, wenn sie mit einem Mitglied des Monitoringteams spricht. Aus diesem Grund entscheidet sie sich vielleicht dafür, einfach nur die Antworten zu geben, die das Personal vielleicht von ihr erwarten würde. Auch unter diesen Umständen, bzw. wenn jemand verwirrt ist, kann das Gesagte nützlich sein.

Zum Beispiel kann eine Person, die mehr oder weniger zusammenhanglos spricht, zwischendurch einige Sätze darüber fallen lassen, wie ihr Leben in einer Institution ist. Wenn ein/e InterviewpartnerIn etwas sagt, was für das Mitglied des Monitoringteams keinen Sinn ergibt, kann es hilfreich sein, daran zu denken,

dass dies für die betreffende Person durchaus real sein kann, auch wenn es Teil einer Psychose ist. Anstatt die Meinung dieser Person als falsch anzusehen - weil sie nicht auf Tatsachen beruht, die dem Monitor zu diesem Zeitpunkt bekannt sind -, wäre es hilfreicher, die Vorstellungen, die sich von denen des Monitors unterscheiden, einfach als Erfahrung und Sichtweise der betroffenen Person anzusehen. Ähnlich verhält es sich mit den Stimmen, die von einer Person gehört werden - für diese Person sind sie äußerst wirklich und unmöglich von den täglichen Stimmen zu unterscheiden, die andere hören. Stimmen sind oft ein wichtiger Bestandteil im Leben und das, was von den Stimmen gesagt wird, kann von Bedeutung sein. Optische Halluzinationen fühlen sich für die Person, die sie erlebt, ebenfalls wirklich an.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten generell nachfragen, wenn sie sich bei etwas unsicher sind. Manchmal ist es besser, dies später zu tun, damit die Person nicht während der Erzählung ihrer Geschichte unterbrochen wird. Das Überprüfen von Dingen, bei denen sich der Interviewer nicht sicher ist, kann dazu beitragen, den interviewten Personen das Vertrauen zu geben, dass er ihnen zuhört, und dass die Mitglieder des Monitoringteams bei ihrer Arbeit genau sind. Mitglieder des Monitoringteams können die Verlässlichkeit eines Befragten dadurch prüfen, dass sie Fragen stellen, zu denen die Mitglieder des Monitoringteams die Antwort bereits wissen.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten versuchen, mit einer ausreichenden Zahl von PatientInnen/ BewohnerInnen zu sprechen, um sie vor Sanktionen zu bewahren, und um eine ausreichende Zahl an Beispielen als glaubhafte empirische Belege zu erhalten. In kleinen Institutionen könnte es möglich sein, mit allen BewohnerInnen zu sprechen.

- *Der Umgang mit festgestellten Verletzungen und körperlichen Beeinträchtigungen und Ankündigungen von Selbstverletzungen*

Es kann sein, dass die Mitglieder des Monitoringteams Anzeichen von Misshandlungen entdecken, einschließlich Verletzungen, Bewegungsstörungen oder eine Deformierung der Gestalt oder Haltung der befragten Person.

Falls Misshandlungsvorwürfe vorliegen, und an einer befragten Person immer noch Spuren zu sehen sind und sie einer Untersuchung durch die Mitglieder des Monitoringteams zustimmt, sollten die Mitglieder des Monitoringteams versuchen, so viele Details wie möglich zu dokumentieren. Dies sollte nach Möglichkeit von einem medizinischen Mitglied des Monitoringteams durchgeführt werden. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten Fotografien anfertigen, und die Stelle, Größe, Form, Farbe und Art der Verletzung dokumentieren. Einige ExpertInnen sind der Meinung, dass eine schriftliche Notiz genauso gut ist wie ein Foto. Mitglieder des Monitoringteams können fragen, ob es irgendeine medizinische Untersuchung oder Behandlung gab, und können im Anschluss daran versuchen, eine Dokumentation darüber ausfindig zu machen und/oder mit dem Arzt, der damit betraut war, darüber sprechen.

Es kann sein, dass ein/e PatientIn/BewohnerIn während des Gesprächs über ihre Situation erzählt, dass er oder sie sich schlecht fühlt und sich etwas antun möchte. Dies bringt die Interviewer im Hinblick auf ethische Prinzipien in eine schwierige Lage, da er doch der/dem PatientIn/BewohnerIn mitgeteilt hat, dass alles Besprochene vertraulich behandelt wird. Die interviewende Person wird diese Situation und das erste Prinzip des Menschenrechts-Monitoring „Schaden vermeiden“ miteinander abwägen müssen (vgl. die „Prinzipien des Menschenrechts-Monitorings“ in Kapitel 5.1). Sie sollte der/dem PatientIn/ BewohnerIn erklären, dass seine/ihre Sicherheit äußerst wichtig ist, und dass sie dem Personal mitteilen muss, was die/der PatientIn/BewohnerIn geäußert hat. Sollte dem Personal etwas von dem Gespräch mitgeteilt werden, dann darf es lediglich auf die mögliche Selbstschädigung begrenzt sein, und nicht auf vorangehende Informationen, die nichts damit zu tun haben. Eine Möglichkeit, damit umzugehen, ist die/ den PatientIn/BewohnerIn zu fragen, ob sie/er damit einverstanden wäre, wenn die interviewende Person eine/n MitarbeiterIn in den Raum bittet, damit die Situation zu dritt besprochen werden kann.

Es kann sein, dass die Mitglieder des Monitoringteams unter bestimmten Umständen entscheiden, dass von ihnen erhobene

Informationen über Misshandlungen sofort an andere weitergegeben werden müssen, damit die Verletzungen behandelt werden können. Sie sollten in diesem Fall ihre Erkenntnisse der Leitung einer Institution mitteilen und mit ihr diskutieren. Es ist aber wichtig, diese Dinge zuerst mit den Personen, die etwas „ausgeplaudert“ haben oder Zeichen von Misshandlungen aufgewiesen haben, zu besprechen. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, im Hinblick auf bestimmte Missbräuche, die dem Monitoringteam aufgefallen sind, eine Rechtsberatung in Anspruch zu nehmen.

- *Der Umgang mit Menschen mit Wahnideen*

Eine Wahnidee ist eine feste und nachweislich falsche Überzeugung. Wahnideen sind Symptome psychischer Störungen inklusive Psychosen. Ein Beispiel einer Wahnidee ist: „Ich bin Jesus Christus“. Mitglieder des Monitoringteams sollten nicht versuchen, den/die PatientIn/BewohnerIn davon zu überzeugen, dass seine/ihre Überzeugung falsch ist, denn für ihn/sie ist sie wahr. Stattdessen sollten Mitglieder des Monitoringteams lieber etwas sagen wie: „Ich kann das nicht beweisen und ich werde es auch nicht versuchen, aber vielleicht könnten Sie mir sagen, wie Sie deshalb fühlen?“. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass auch PatientInnen/ BewohnerInnen mit Wahnideen Opfer von Menschenrechtsverletzungen sein können, und ein Mensch, der denkt, er sei Jesus Christus, muss nicht bezüglich aller Themen wahnhaftige Ideen haben. Deshalb sollten Menschen mit Wahnideen von den Mitgliedern des Monitoringteams nicht einfach als nicht ernst zu nehmend abgetan werden. Wenn jemand sagt: „Das Personal vergiftet mein Essen“, ist das vermutlich nicht wahr. Aber es lohnt sich, das Personal zu fragen, ob sie etwas in das Essen hineingeben. Auch wenn es nicht wahr ist, kann die Wahnidee damit zusammenhängen, dass die Person Medikamente gegen ihren Willen verabreicht bekommt.

- *Der Umgang mit aufdringlichen MitarbeiterInnen*

Zu Beginn des Besuchs sollte die/der LeiterIn der Monitoring-Gruppe erläutern, dass das Monitoring auch Interviews mit PatientInnen/ BewohnerInnen umfasst, und dass es

unerlässlich ist, dass diese Gespräche in privater Atmosphäre stattfinden, d.h. außer Hörweite des Personals. Falls die Anstaltsleitung damit Probleme hat, sollte die/der LeiterIn des Monitoringteams diese Bedenken vermerken, und sie sofort direkt ansprechen. Die/der LeiterIn der Monitoring-Gruppe sollte an dieser Stelle noch nicht aufgeben, jedoch sollte sie/er alles dafür tun, um sicherzustellen, dass die Gespräche privat erfolgen können. Für die Mitglieder des Monitoringteams wird es sonst schwierig sein, ohne diese Garantie weiterzuarbeiten. Sollte es die Leitung der Institution ablehnen, diese Erlaubnis zu erteilen, kann die/der LeiterIn der Monitoring-Gruppe mit der Person telefonieren, die die Erlaubnis für die Durchführung des Besuchs gegeben hat, und sie darum bitten, der Leitung der Institution zu erklären, dass die Befragungen vertraulich durchgeführt werden müssen. Zuweilen ist es wichtig, der Leitung der Institution mitzuteilen, dass die Tatsache, dass sie eine Zusammenarbeit abgelehnt hat, im Bericht vermerkt werden muss. Manchmal kann das reine Ankündigen der beabsichtigten Schritte die Zusammenarbeit erleichtern.

Es kann durchaus sein, dass die MitarbeiterInnen auf den Stationen oder Abteilungen es nicht möchten, dass die Mitglieder des Monitoringteams allein mit den PatientInnen/ BewohnerInnen sprechen. Dem muss unter allen Umständen und mit Entschiedenheit entgegengetreten werden. Mitglieder des Monitoringteams können etwa antworten: „Zu den Regeln, die ich bei meiner Arbeit einhalten muss, zählt, dass wir mit den PatientInnen/ BewohnerInnen vertraulich sprechen müssen. Ich bin sicher, dass Sie Verständnis dafür haben, dass ich diese Regeln einhalten muss“.

Das Personal kann behaupten, dass es dem Mitglied des Monitoringteams ein Gespräch mit PatientInnen/BewohnerInnen nicht gestatten kann, weil sie „zu gewalttätig“ oder „zu krank“ sind. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten darauf hören, was die MitarbeiterInnen sagen, denn es könnte wahr sein, dass eine Person vor kurzem gewalttätig war – die Umstände sind immer spezifisch und das Mitglied des Monitoringteams sollte diese Situation selbst beurteilen. Falls der Monitor fortfahren möchte, könnte er oder sie so etwas sagen wie: „Ich verstehe, dass Sie um meine

Sicherheit besorgt sind, aber ich gehöre nicht zu dem Personal hier und Sie sind somit nicht für meine Sicherheit verantwortlich. Ich übernehme die volle Verantwortung für meine Sicherheit und bin bereit, diese Erklärung schriftlich abzugeben“.

Die MitarbeiterInnen könnten der Ansicht sein, dass die Mitglieder des Monitoringteams die Erlaubnis der gesetzlichen Vormünder der PatientInnen/BewohnerInnen brauchen, bevor sie mit ihnen sprechen können. Das mag gemäß den nationalen Gesetzen auf die Personen zutreffen, denen die Rechts- und Handlungsfähigkeit entzogen oder eingeschränkt wurde. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten dies im Voraus abgeklärt haben, und sich darüber im Klaren sein, welche Strategie sie anwenden. In einigen Institutionen, in denen alle BewohnerInnen einen gesetzlichen Vormund haben, ist dies für die MitarbeiterInnen nur ein Mittel, die Mitglieder des Monitoringteams davon abzuhalten, mit den BewohnerInnen zu sprechen, da es äußerst zeitaufwendig ist, sich mit allen Vormündern in Verbindung zu setzen, was den Zweck des Monitorings gefährden kann. In anderen Fällen kann es sein, dass die Mitglieder des Monitoringteams die gesetzliche Vollmacht haben, mit jeder Person zu sprechen, die untergebracht ist, sodass sie ihre gesetzliche Vollmacht dafür nutzen können, den Versuch des Personals, das mögliche Gespräch mit BewohnerInnen zu verhindern, außer Kraft zu setzen.

Manchmal haben MitarbeiterInnen der Institution tatsächlich Angst davor, den Mitgliedern des Monitoringteams zu erlauben, mit den BewohnerInnen zu sprechen, weil sie noch nie ein Menschenrechts-Monitoring erlebt haben. In diesen Fällen sollten die Mitglieder des Monitoringteams ruhig und höflich die Ziele und Methoden des Menschenrechts-Monitorings erläutern, und betonen, dass das vertrauliche Gespräch mit den PatientInnen/BewohnerInnen ein entscheidender Aspekt des Unterfangens ist. Wenn sich ein/e PsychiaterIn im Monitoringteam befindet, hilft das, die Ängste des Personals zu zerstreuen, dass die Mitglieder des Monitoringteams ohne jegliches psychiatrisches Fachwissen sind, und es deren einzige Absicht ist,

schlimme Dinge über die Institution zu enthüllen.

- *Die Aufzeichnung von erhobenen Informationen*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten Ort, Datum und Zeit einer Besprechung sowie die Anwesenheit von Personen dokumentieren. Sie sollten es vermeiden, die ganze Zeit in ihre Aufzeichnungen zu schauen. Das Gespräch sollte frei fließen und die Mitglieder des Monitoringteams sollten guten Augenkontakt zu den interviewten Personen haben. Deshalb ist es wichtig, dass die Mitglieder des Monitoringteams Fragen für ein ganzes Themenfeld in passender Reihenfolge im Kopf haben und die Fragen dementsprechend stellen und nicht jede erhaltene Teilinformation dokumentieren, bevor das nächste Thema angesprochen wird. Diese Methode hilft den Mitgliedern des Monitoringteams, Informationen aus verschiedenen Quellen zu dokumentieren und zu verifizieren. Die Mitglieder des Monitoringteams könnten in Zweiergruppen arbeiten, in denen eine Person das Gespräch führt und Augenkontakt hält, und die andere Notizen macht. Manche Mitglieder von Monitoringteams könnten Aussagen oder Gespräche auf einem Tonträger aufzeichnen. Mit dieser Vorgangsweise sind jedoch einige Nachteile verbunden, wie etwa, dass für eine Tonaufzeichnung eine Zustimmung auf höherer Ebene erforderlich ist, im Gegensatz zu einem einfachen Interview ohne Tonaufzeichnung. Tonaufzeichnungen können manche Menschen auch vom Sprechen abschrecken. Schließlich ist es sehr zeitaufwändig, eine Aufzeichnung zu einem späteren Zeitpunkt zu analysieren (siehe Kapitel 6.4, „Die Aufzeichnung von Informationen“).

- *Das Beenden des Interviews*

Wie das Interview beendet wird, ist eine wichtige Frage, insbesondere da die Themen, über die gesprochen wurde, sehr emotional und persönlich sein können. Das Treffen auf eine gute Weise zu beenden bedeutet, dass der interviewten Person am Ende des Gesprächs Zeit gegeben wird, die Situation zu verarbeiten und sich zu beruhigen. Es ist wichtig, der interviewten Person die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen. Dies ist auch eine nützliche Gelegenheit, um von der Person Hinweise zu erhalten, mit wem man

noch sprechen sollte, was sich die Mitglieder des Monitoringteams ansehen sollten oder welchen Themen auf den Grund gegangen werden sollte. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten ihren InterviewpartnerInnen schließlich für ihre Zeit und ihre Hilfe danken.

Es kann vorkommen, dass die befragten Personen die Mitglieder des Monitoringteams bitten, zurückzukommen und sie zu besuchen, um ihnen Sachen zu bringen, Geld zu geben, ihnen dabei zu helfen, die Einrichtung zu verlassen, oder einen Brief oder etwas anderes aus der Institution hinaus zu schmuggeln. So sehr die Mitglieder des Monitoringteams auch helfen möchten und gute Absichten haben, dies zu tun, ist es wichtig, realistisch zu sein, und sich über die Regeln, die sie zu befolgen haben sowie was ihnen nicht erlaubt ist, im Klaren zu sein. Das kann von einem Monitoringteam zum anderen variieren.

- **Sicherheit**

Es ist wichtig, sich dessen bewusst zu sein, dass bei Menschen mit psychischer Behinderung Gewalt selten vorkommt. Dennoch kommt es in psychiatrischen Institutionen zu Aggression und Gewalt. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten vorsichtig sein, um die Risiken für sich selbst zu minimieren. In den Räumen, in denen die Interviews stattfinden, ist es sinnvoll, den/die PatientIn/BewohnerIn zu ersuchen, etwas weiter weg von der Tür zu sitzen, und einen Tisch zwischen der interviewenden und der interviewten Person zu haben. Dies ermöglicht den Mitgliedern des Monitoringteams den Raum zu verlassen, wenn sie sich unsicher fühlen.

Falls die interviewende Person das Treffen aufgrund von Sicherheitsbedenken beenden möchte, ist es möglich, dem/der PatientIn/BewohnerIn mitzuteilen, dass sie gerne eine Pause machen würde, um mit anderen Personen zu sprechen, und dass sie später zurückkommen würde. Das Mitglied des Monitoringteams sollte dann einfach gehen und die Situation mit anderen besprechen.

Ein letzter Sicherheitsaspekt betrifft eine adäquate Immunisierung der Mitglieder des Monitoringteams gegen ansteckende Krankheiten, wie z. B. Tuberkulose, dort, wo es angebracht scheint. Die Mitglieder des

Monitoringteams sollten allfällige Wunden auf ihren Händen in einer Einrichtung abdecken, wobei es ratsam ist, antibakterielle Tücher oder Cremes zu verwenden. In einigen Ländern gibt es spezielle psychiatrische Abteilungen für Patienten mit Tuberkulose. In diesem Fall müssen die Mitglieder des Monitoringteams darüber entscheiden, wie (und nicht ob) sie mit dem Personal und den BewohnerInnen dort sprechen. Das wäre in einem gut gelüfteten Raum möglich, oder durch ein Fenster. Es wird den Mitgliedern des Monitoringteams geraten, professionellen Rat von einer/einem FachärztIn zu erfragen, bevor über die Vorgehensweise entschieden wird.

6.2 Methode 2: Beobachtung

Institutionen sind manchmal überwältigend groß, und aufgrund der vielen Dinge, die dort gleichzeitig geschehen, vergisst man manchmal darauf zu beobachten, was passiert. Durch die Methode der Beobachtung erstellt das Monitoringteam empirische Belege aus erster Hand. Die Aufzeichnungen müssen detailliert sein und es muss klar sein, dass sie objektiv sind, damit die Erfahrungen des Beobachters als glaubwürdig gelten.

Bei der Beobachtung geht es um den Einsatz der eigenen Sinne, um alles, was man während des Besuchs sehen, hören, riechen, spüren und schmecken kann. Es beinhaltet vor allem das Besichtigen aller Bereiche und Einrichtungen der Institution, und die Möglichkeit, die Einzelheiten in vielen verschiedenen Räumlichkeiten sorgfältig zu inspizieren und zu dokumentieren. Der Fragenkatalog in Kapitel 9 des ITHACA Toolkits beinhaltet eine Reihe von Themen, bei denen Beobachtung die einzige Methode ist, Informationen zu erhalten. Die Größe eines Schlafrums herauszufinden, bedeutet, ein Maßband zum Messen zu verwenden. Die Sauberkeit einer Toilette zu bewerten, bedeutet mehr als nur zu sagen: „Die Toiletten waren nicht sauber“. Das ist eine subjektive Schlussfolgerung und keine objektive Beschreibung. Die Mitglieder des Monitoringteams müssen bei der Beschreibung der Toilette ein Bild von dem zeichnen, was „nicht sauber“ tatsächlich bedeutet.

Es kann sein, dass die MitarbeiterInnen der Institution den Mitgliedern des Monitoringteams einen offiziellen Rundgang durch die Institution anbieten. Dies kann bedeuten, dass im Voraus buchstäblich Teppiche ausgerollt werden. Während das zwar prinzipiell eine gute Idee ist, ist es wahrscheinlich, dass der Rundgang nur oberflächlich ist, und den Mitgliedern des Monitoringteams vermutlich die „schlimmsten“ Bereiche vorenthalten werden. Deshalb sollten sich die Mitglieder des Monitoringteams dessen bewusst sein, was sie beobachten können und was ihnen nicht gezeigt wird. PatientInnen zu fragen, wo die PatientInnen/BewohnerInnen sind, die sich nicht wie gewünscht verhalten, kann die Mitglieder des Monitoringteams auf Bereiche der Einrichtung aufmerksam machen, die ihnen nicht gezeigt wurden.

Ein anderer beachtenswerter Aspekt während eines offiziellen Rundgangs ist, festzustellen, in welcher Beziehung die PatientInnen/ BewohnerInnen zu der/dem MitarbeiterIn steht, die/der das Monitoringteam herumführt. Es kann sein, dass die Beziehung freundlich ist, es kann aber auch sein, dass kein Kontakt vorhanden ist oder er vermieden wird. Ähnlich kann die Einstellung und das Verhalten anderer MitarbeiterInnen aufschlussreich sein: zum Beispiel, ob die MitarbeiterInnen anklopfen, bevor sie die Schlafräume betreten, oder ob sie die PatientInnen/BewohnerInnen freundlich ansprechen.

Es ist normal, dass während eines Besuchs von Außenstehenden ein „Beobachtereffekt“ entsteht, und sich die MitarbeiterInnen im besten Licht präsentieren, um einen guten Eindruck zu machen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten nicht davon ausgehen, dass ein solches Verhalten typisch ist, vielmehr, dass die Probleme, die sie während ihres Besuchs entdeckt haben, schlimmer sein werden, wenn sie gegangen sind - besonders auch während der Nächte (allein schon aus diesem Grund ist es sinnvoll, in der Nacht zurückzukehren, falls dies in den Zeitplan des Monitoringteams passt). Wenn beispielsweise beobachtet wird, dass ein/e MitarbeiterIn Gewalt zwischen BewohnerInnen nicht beachtet, ist eine logische Schlussfolgerung daraus, dass noch gravierendere Fälle von Gewalt unbeachtet bleiben. Ein

typisches MitarbeiterInnenverhalten wird oft gegen Ende eines Besuchs offenkundig, wenn die/der MitarbeiterIn vielleicht schon müde ist, was sich in kleinen Verhaltensänderungen zeigen kann, wie etwa darin, dass das Personal nicht mehr anklopft, bevor es den Schlafräum einer/eines BewohnerIn betritt. Möglicherweise spricht das Personal die PatientInnen/ BewohnerInnen in den ersten Stunden eines Monitoring-Besuchs höflich an, während es dann, wenn es mit den Mitgliedern des Monitoringteams vertrauter geworden ist, wieder in die gewohnte Routine verfällt. Das alles wahrzunehmen erfordert, dass die Mitglieder des Monitoringteams während des gesamten Besuches wachsam bleiben müssen.

Idealerweise sollten die Mitglieder des Monitoringteams einige Tage in einer Institution verbringen, um mehr von der Realität des Alltags beobachten zu können. Mehr Zeit ermöglicht den BewohnerInnen, sich an das/die Mitglied(er) des Monitoringteams zu gewöhnen, und somit auch sich eher zu öffnen und zu reden. Wenn das nicht möglich ist, ist es immer noch sinnvoll, unstrukturierte Zeit dazu zu verwenden, um in der Institution einfach „herumzuhängen“. Wie bereits erwähnt, ist es ratsam, eine Institution außerhalb der regulären Arbeitszeit zu besuchen, wenn die Leitung und das Tagespersonal gegangen sind. Menschenrechte werden oft während des Nachtdienstes (der in einigen Einrichtungen gegen 16:00 Uhr beginnt) eingeschränkt, wenn weniger MitarbeiterInnen im Dienst sind.

6.3 Methode 3: Einsicht in schriftliche Unterlagen

Es existieren viele Arten von schriftlichem Material, das empirische Belege für einen Bericht liefern kann. Es gibt einige Themen, die während eines Monitoring-Besuchs angesprochen werden, bei denen es ratsam ist, dass die Mitglieder des Monitoringteams Kopien schriftlicher Unterlagen (eine Dokumentation) erhalten, wie zum Beispiel:

- Richtlinien, Pläne, Verträge, Einverständniserklärungen, Informationsbroschüren etc., die den PatientInnen/BewohnerInnen bei ihrer Ankunft gegeben werden

- Richtlinien und Leitlinien, die von einer Institution erstellt wurden (z.B. Fixierungsrichtlinien, Strategien zur Suizidverhütung, Gesundheits- und Sicherheitsrichtlinien, Personalentwicklungsplan)
- Aufzeichnungen über die Anzahl der Personen in der Institution, der Entlassungen, und wohin die Entlassungen erfolgten (z.B. in die Gemeinde oder in eine andere Institution)
- Medizinische Aufzeichnungen. Diese Unterlagen sind vertraulich, sodass es verständlich ist, wenn die Institution sie den Mitgliedern des Monitoringteams nicht zeigen möchten. In diesem Fall könnten die Mitglieder des Monitoringteams die MitarbeiterInnen der Institution bitten, den PatientInnen/BewohnerInnen die medizinischen Aufzeichnungen zur Einsicht zu übergeben, oder das medizinische Mitglied des Monitoringteams könnte mit dem behandelnden Arzt sprechen.
- Sterbeurkunden oder andere Informationen zu Todesfällen
- Nationale Angaben zur Anzahl von Personen, die den nationalen Gesetzen entsprechend unfreiwillig untergebracht werden, die sich in psychiatrischen Institutionen aufhalten, die Anzahl jener in psychosozialen Betreuungseinrichtungen oder beispielsweise die Anzahl der Personen unter Vormundschaft

Normalerweise ist die Dokumentationspflicht von Informationen gesetzlich geregelt, und - abhängig vom jeweiligen Land - können bestimmte Dokumente für eine Betreiberlizenz einer psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtung erforderlich sein. In anderen Ländern existieren derartige Daten erst gar nicht, weil sie nicht erfasst werden oder die Informationen nicht von einer zentralen Regierungsstelle erfasst werden. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten gegebenenfalls in Erwägung ziehen, die Gesetzgebung über Informationsfreiheit (falls eine solche existiert) zu nutzen und formelle Anfragen gemäß den einschlägigen Bestimmungen eines solchen Gesetzes zu stellen, um die gewünschten Daten und Statistiken zu erhalten.

Vor dem Besuch selbst können die Mitglieder des Monitoringteams Daten von der Institution und/oder Regierungsstellen erbitten (siehe

Kapitel 7, Schritt 4 des Menschenrechts-Monitorings: Sammeln von Hintergrundinformationen). Diese Daten zu erfassen hilft den Mitgliedern des Monitoringteams dabei, herauszufinden, welche Art von Institution sie besuchen, und was sie im Allgemeinen erwarten können.

Nach einem Besuch müssen die Mitglieder des Monitoringteams diese Dokumente analysieren, und sie mit der beobachteten Realität – ergänzt durch die Informationen der BewohnerInnen und die von den MitarbeiterInnen beschriebene allgemeine Praxis – vergleichen. In diesem Stadium muss vielleicht ein zweites Treffen mit der Leitung der Institution vereinbart werden, damit weitere Fragen gestellt werden können. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sich der Verpflichtung der Vertragsstaaten gemäß Artikel 31 der CRPD bewusst sein, Statistiken und Daten erfassen zu müssen, um die Fortschritte bei der Umsetzung des Übereinkommens zu überwachen, und der Verpflichtung, die Barrieren, denen die Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte ausgesetzt sind, zu identifizieren und anzusprechen. Derartige Informationen müssen adäquat aufgeschlüsselt werden. Diese wichtigen Einzelheiten sind in einen abschließenden Monitoring-Bericht einzufügen.

6.4 Das Aufzeichnen von Informationen

- *Notizen erstellen*

Sich während eines Monitoring-Besuchs Notizen zu machen, ist die üblichste Methode zum Festhalten von Informationen. Die sich daraus ergebenden Aufzeichnungen helfen den Mitgliedern des Monitoringteams dabei, den Besuch zu rekonstruieren und präzise Berichte zu erstellen. Jedes Mitglied des Monitoringteams unterscheidet sich in seiner Art Notizen zu machen. Dabei ist es wichtig, einen Ansatz zu wählen, der für die/den Einzelne/n am geeignetsten ist.

Das Schreiben von Notizen sollte das Mitglied des Monitoringteams weder davon ablenken, der interviewten Person zuzuhören, noch sollte sich diese deshalb unbehaglich fühlen. Es können unterschiedliche Methoden des Aufzeichnens von Notizen verwendet werden,

um einen reibungslosen Gesprächsablauf sicherzustellen. Eine Methode ist, zuzuhören und eine bestimmte Situation zu beobachten, ohne sich sofort Notizen zu machen, und dann schnell die Information in einer Notiz zusammenzufassen, bevor zum nächsten Thema weitergegangen wird. Sollten während einer Diskussion Notizen gemacht werden, kann es hilfreich sein, Schlüsselwörter zu verwenden, die die erfassten Informationen so strukturieren, wie es nachher für das Schreiben des Berichts am sinnvollsten ist. Wie bereits erwähnt, könnten die Mitglieder des Monitoringteams wichtige Gespräche zu zweit durchführen, wobei eine Person das Gespräch führt, und die andere die Notizen macht.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten vorher besprechen, ob sie einen Ausdruck des Fragenkatalogs (Kapitel 9 des ITHACA Toolkits) verwenden, und ob sie noch zusätzliche Blätter für weitere Notizen zu ihrer Verfügung haben möchten.

Ganz gleich, für welche Methoden des Aufzeichnens von Notizen sich die Mitglieder des Monitoringteams entscheiden, kann es von Vorteil sein, während des Besuchs kurze Pausen zu machen, um die bereits erhobenen Informationen durchzusehen, mögliche Lücken auszufüllen, Themen auszusuchen, die noch diskussionsbedürftig sind, und wichtige Ergebnisse mit den anderen Mitgliedern des Monitoringteams zu besprechen.

- *Visuelle und Tonaufzeichnungen*

Visuelle (Fotos und Video) und Tonaufzeichnungen können als Beleg für schriftliche Aufzeichnungen dienen und anderen dabei helfen, die Situation richtig einzuschätzen. Sie können auch für Medienkampagnen verwendet werden. Manchmal kann eine Videoaufzeichnung zu einer besseren Kooperation führen. Gelegentlich wird es auch als Vorteil gesehen, dass Filme mehr öffentliche Aufmerksamkeit und Reaktionen bewirken, und dass sie genauer sind, da „die Kamera niemals lügt“. Allerdings stimmt auch, dass die Kamera nie den vollständigen Kontext zeigt, und eine Beschreibung oft eindringlicher sein kann als ein Foto.

Im Hinblick auf visuelle und Tonaufzeichnungen sollte die Privatsphäre und Vertraulich-

keit einer/eines PatientIn/BewohnerIn geschützt werden. Es sollten keine Fotos gemacht werden, wenn die/der einzelne BewohnerIn/PatientIn das nicht möchte. Es könnte aber durchaus sein, dass Menschen darum bitten, gefilmt oder fotografiert zu werden. Die Mitglieder des Monitoringteams müssen darüber entscheiden, ob sie Gesichter und Identitätsmerkmale von Personen zeigen. Diese Entscheidung kann auch von nationalen Gesetzen und Usancen abhängen, und sollte die Meinungen von nationalen und örtlichen Organisationen für Menschen mit psychischer Behinderung und Menschen mit intellektueller Behinderung berücksichtigen.

Wenn das Gesicht einer Person gezeigt wird, ist dies oftmals wirkungsvoller, da der Gesichtsausdruck eines Menschen dargestellt wird. Das Foto stellt möglicherweise eine entwürdigende Szene dar, aber das Gesicht eines Menschen zu zeigen kann gegebenenfalls die am wenigsten entmenslichte Art sein, die Würde einer/eines PatientIn/BewohnerIn auf einem Foto zu wahren - anstatt einen schwarzen Streifen über die Augen zu legen oder die Gesichter unkenntlich zu machen. Ein Weg dies zu umgehen wäre, den Hinterkopf von Menschen auf einem Foto abzubilden oder die Hände, um zu zeigen, dass an diesem Ort tatsächlich Menschen leben. Eine andere Methode besteht darin, eine Gruppenszene zu verwenden, in der niemand erkannt werden kann. Es ist allerdings ziemlich schwierig, sicherzugehen, dass eine Person tatsächlich nicht erkannt werden kann.

Manchmal wird argumentiert, dass man Fotos machen könne, auf denen Gesichter zu erkennen sind, dass diese aber nicht für öffentliche Zwecke verwendet werden. Es wurde auch die Meinung vertreten, dass Gesichter von Menschen gezeigt werden können und dies - obwohl damit das Recht auf Privatsphäre verletzt wird – weniger missbräuchlich sei als der Missbrauch, den sie in der Institution erleiden. Verschiedene Organisationen haben unterschiedliche Regeln darüber, ob Fotos gemacht werden sollen, wie um ein Einverständnis für ein Foto ersucht wird und wie Fotos verwendet werden sollen.

Es liegt beim Monitoringteam, eine klare Entscheidung darüber zu treffen, ob der

endgültige Bericht Fotos enthalten soll, sowie ob und wie ein Einverständnis dazu eingeholt werden soll.

Es kann sein, dass die PatientInnen/BewohnerInnen darum bitten, Kopien der Bilder zugeschickt zu bekommen – die Mitglieder des Monitoringteams sollten dies nur dann versprechen, wenn sie auch die volle Absicht und die Mittel dazu haben, dies zu tun.

Auch wenn die Mitglieder des Monitoringteams von einzelnen PatientInnen/BewohnerInnen die Erlaubnis dazu haben, sie zu fotografieren oder zu filmen, sollten sie auch die MitarbeiterInnen um Erlaubnis bitten. Dies vermeidet Konfrontationen und Antagonismen, da einer der Zwecke der ist, den MitarbeiterInnen eine hilfreiche und konstruktive Rückmeldung zu geben, damit sie ihre Arbeit verbessern können.

Kapitel 7. Zehn Schritte des Menschenrechts-Monitorings

Nachdem die Prinzipien des Monitorings und die wichtigen Methoden der Befragung, Beobachtung und der Überprüfung von schriftlichen Unterlagen beschrieben und die Methoden des Aufzeichnens von Informationen diskutiert wurden, bietet dieses Kapitel des Toolkits eine schrittweise Anleitung durch den gesamten Prozess des Menschenrechts-Monitorings in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen. Es enthält Fragen, mit denen sich die Mitglieder des Monitoringteams auseinandersetzen müssen und auch Formulare, um die Antworten niederzuschreiben. Es soll den Mitgliedern des Monitoringteams helfen, jeden einzelnen Schritt durchzudenken, und für jeden neuen Schritt Planungen durchzuführen. Dieses Kapitel zielt darauf ab, den Mitgliedern des Monitoringteams praktische Hilfestellung für den Monitoring-Zyklus zu leisten.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Schritte des Menschenrechts-Monitoring sind:

1. Festlegung der Ziele des Monitorings
2. Zusammenstellung des Monitoringteams
3. Training der Mitglieder des Monitoringteams
4. Erhebung von Hintergrundinformationen
5. Planung der Besuche
6. Durchführung der Besuche
7. Berichterstellung
8. Disseminierung des Berichts
9. Evaluierung des Prozesses
10. Planung zukünftiger Besuche

Schritt 1: Festlegung der Ziele des Monitorings

Es ist sinnvoll, ein Monitoring-Konzept zu formulieren, damit die Mitglieder des Monitoringteams gewährleisten können, dass die finanziellen und zeitlich beschränkten Ressourcen effektiv genutzt werden und dass interessierte Gruppen das Projekt verstehen. Die Konzepterstellung ist auch wichtig, um potentielle Geldgeber und die Regierung - falls

sie als direkte Partner fungieren - vom Projekt zu überzeugen.

In Kapitel 4. wurde der Zweck des Menschenrechts-Monitoring erläutert, gefolgt von einer Liste möglicher Umsetzungen der Ergebnisse. Auf diesem Wissen aufbauend, ist der erste Schritt zur Durchführung des Menschenrechts-Monitorings die Festlegung der spezifischen Ziele des Monitorings. Wir empfehlen, dass die Ziele spezifisch, messbar, akzeptiert, realisierbar und terminisierbar sind (SMART = Specific Measurable Accepted Realistic Timely).

An dieser Stelle sollten die Mitglieder des Monitoringteams auch verschiedene praktische Fragen bedenken, wie:

- In welchen sozialen, technologischen, wirtschaftlichen, umweltbedingten und politischen Zusammenhängen wird das Projekt stattfinden?
- Kann es für das Monitoringteam nützlich sein, externe Personen anzustellen, wie etwa ExpertInnen, JournalistInnen, Layout-ExpertInnen, LektorInnen, ÜbersetzerInnen, Menschen, die psychologische Unterstützung bieten, PublikationsexpertInnen etc.?
- Wer ist das Zielpublikum des Berichts?
- Welchen Zeitrahmen hat das Monitoring? Was kann in dieser Zeitspanne realistisch erledigt werden, wenn man die benötigte Zeit berücksichtigt für: die Planung der Besuche (ungefähr eine Woche), den Besuch in einer Institution (normalerweise ein oder zwei Tage), das Schreiben von Berichten nach dem Besuch (ungefähr eine Woche pro Institution), und anschließend die Zusammenführung der Ergebnisse sowie das Zusammenfassen der Berichte für das Zielpublikum (ungefähr zwei bis drei Wochen).
- Wie hoch ist das Budget und welche Ressourcen werden noch benötigt? Wo werden weitere Fördermittel beantragt?
- Welche Umsetzungsaktivitäten müssen geplant werden, damit den Empfehlungen des Berichts entsprochen wird?

Um diese Fragen beantworten zu können, müssen die Monitoring-Gruppen Voruntersuchungen durchführen. Dies kann Gespräche mit Menschen erfordern, die in diesem Bereich tätig waren oder es immer noch sind, und das Erfassen des gesamten vorhandenen relevanten Materials.

Wenn die Mitglieder des Monitoringteams über die Absicht und Ziele des Monitorings entscheiden, sollten sie berücksichtigen: welches die gravierendsten Probleme sind; wie viel Monitoring bewältigbar ist; und was dazu

beitragen könnte, etwas zu bewegen? Dabei sollte man daran denken, dass Monitoring das Potenzial hat, effektiv zu sein, weil es Argumente durch empirische Belege stützt. Um zu gewährleisten, dass ausreichend empirische Belege gesammelt werden, ist es empfehlenswert, den Umfang des Monitorings beispielsweise auf ein bestimmtes Menschenrechtsthema oder eine geografische Region zu begrenzen. Die goldene Regel lautet, dass das Monitoring und die Nacharbeit stets länger dauern als geplant.

Die Mitglieder des Monitoringteams können die Ziele des Monitorings in diese Tabelle einfügen

Konkretes Ziel	Wie wird es gemessen?	Von wem wurde es vereinbart?	Wie realisierbar ist es?	Bis wann?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Schritt 2: Zusammenstellung des Monitoringteams

Monitoring sollte stets in einem Team durchgeführt werden, das aus einer Gruppe von Menschen besteht, die auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Das Arbeiten in einem Team bedeutet, dass mehrere Menschen Informationen sammeln; mehrere Menschen, die Dinge sehen und hören; mehrere Mitglieder des Monitoringteams, die sich auf verschiedene Bereiche der Institution aufteilen und erkunden können; und eine multidisziplinäre Perspektive. Ein Team ermöglicht gegenseitige Unterstützung, die ganz besonders wichtig ist, wenn man bedenkt, dass das Monitoring stets anstrengend und manchmal überaus

schockierend ist (siehe „Auf sich selbst achten“ unter Schritt 6, Durchführung der Besuche).

In Kapitel 5.4 des ITHACA Toolkits wurde auf das Prinzip des Menschenrechts-Monitorings hingewiesen, „ein glaubhaftes Team aufzubauen“. Das Monitoringteam soll multidisziplinär sein, und aus mindestens einer Person mit Psychiatrieerfahrung, einer Person mit einem medizinischen Hintergrund und einer Person mit einem Menschenrechtshintergrund bestehen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten dafür sorgen, dass alle Mitglieder sorgfältig in der Methodik des Monitorings ausgebildet wurden (siehe Schritt 3 „Training der Mitglieder des Monitoringteams“).

Es kann für Mitglieder des Monitoringteams hilfreich sein, potentielle Mitglieder des Monitoringteams unter Berücksichtigung von Kapitel 5.4 des ITHACA Toolkits aufzulisten, bevor sie kontaktiert werden. Nach dem Ausfüllen der Tabelle, können die Mitglieder

des Monitoringteams überprüfen, ob noch spezifische Fähigkeiten oder spezifisches Fachwissen fehlen. Die Mitglieder des Monitoringteams können vielleicht noch Experten einbringen, um die Qualifikationslücken auszufüllen.

	Name	Hintergrund	Spezifische/s Qualifikationen / Fachwissen
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Schritt 3: Training der Mitglieder des Monitoringteams

Die Durchführung des Menschenrechts-Monitorings erfordert von allen Mitgliedern im Monitoringteam ein gleiches Maß an Verständnis und Vorbereitung. Ein Training des gesamten Teams ist ein guter Start, um dies zu gewährleisten.

Wenn man bedenkt, wie umfangreich die Informationen sind, die durch den ITHACA Toolkit abgedeckt werden, und auch um den

Mitgliedern des Monitoringteams genügend Zeit zur Verfügung zu stellen, um die darin enthaltenen Informationen zu verdauen und zu reflektieren, sollten wenigstens drei Tage für das Training vorgesehen werden. In einer zusätzlichen zweitägigen Sitzung kann das Monitoringteam spezifische Ziele für die Kontrollbesuche weiterentwickeln und zu den nächsten Schritten des Menschenrechts-Monitoring gehen, die im Toolkit beschrieben sind.

Ausbildungsmodul Nr.	Inhalt	Notizen darüber, wer die Sitzung leiten kann, wie viel Zeit dafür benötigt wird, und welches Material dafür erforderlich ist
1	Einleitung zum Menschenrechtsmonitoring <ul style="list-style-type: none"> • Was sind Menschenrechte? • Warum sollten sie überprüft werden? • Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Überprüfung der Einhaltung von Menschenrechten in Institutionen? 	
2	Erwartungen, Erfahrungen und Fachwissen der Mitglieder des Monitoringteams <ul style="list-style-type: none"> • Diskussion von Ängsten und Herausforderungen • Diskussion über die Zusammenarbeit mit psychiatrienerfahrene Personen 	

3	<p>Menschenrechte und Behinderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskussion aktueller und spezifischer lokaler Probleme • Das <i>UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD)</i> • Sich mit den einzelnen thematischen Gruppen des Fragenkatalogs vertraut machen 	
4	<p>Menschenrechts-Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweck • Prinzipien • Techniken 	
5	<p>Trainieren von Interviewtechniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Dreiergruppen werden Interviewtechniken trainiert: die erste Person übernimmt die Rolle des/r InterviewerIn, die zweite Person die der interviewten Person (MitarbeiterIn oder BewohnerIn), und die dritte Person beobachtet das Interview. Die beobachtende Person hat die Aufgabe, der interviewenden Person Rückmeldung sowohl über positive als auch über negative Praktiken zu geben. Jeder sollte wenigstens einmal alle Rollen spielen. • Um sich auf das Erfassen von Informationen durch Beobachtung vorzubereiten, sollten die Mitglieder des Monitoringteams die vorgeschlagenen Fragen des Toolkits durchbesprechen, und auch die speziellen Informationen, die durch Beobachtung erhoben werden. Sobald die Diskussion der einfacheren Beobachtungen abgeschlossen ist, sollten die Mitglieder des Monitoringteams auch besprechen, wie sie Beobachtungen über derart schwierige Themen wie Macht, Kommunikation und persönliche Einstellungen anstellen können. (Eine Dokumentation über die Institution kann ebenfalls zum Üben verwendet werden.) • Diskussion über ethische und sensible Themen 	

6	Beobachtungstraining <ul style="list-style-type: none"> • Bitten Sie die TeilnehmerInnen, alle Themen/Probleme aufzulisten, die sie möglicherweise in einer Institution beobachten könnten • Bitten Sie die TeilnehmerInnen, den Raum zu beschreiben, in dem sie sich befinden 	
7	Themen über Behinderung und Menschenrechte, die vertieft werden müssen. Diese können umfassen <ul style="list-style-type: none"> • Ansichten von Menschen mit Psychiatrieerfahrung über die Menschenrechte • Gemeindenahe Dienste • Fixierungen und Isolierungen • Das Recht auf Gesundheit • Lokale Menschenrechtsbestimmungen 	
8	Der Umgang mit schwierigen Situationen <ul style="list-style-type: none"> • Einmischung des Personals • Wahnideen • Das Risiko, Schaden anzurichten • Ankündigungen der Befragten, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen 	

Schritt 4: Erhebung von Hintergrundinformationen

Die Mitglieder des Monitoringteams müssen ein Verständnis für Rechtsfragen entwickeln, etwa für Gesetzgebungsfragen, für ministerielle Erlässe und andere Gesetzesquellen sowie für Gesundheitspolitik bezüglich psychischer Störungen und Sozialpolitik. Kenntnisse entsprechender Gesetze und Richtlinien sind entscheidend dafür, dass das Monitoringteam bei seinen Analysen glaubwürdig ist. In einem Überblick über die relevante Gesetzgebung sollten sowohl die positiven Aspekte als auch ihre Beschränkungen und Probleme hervorgehoben werden. Diese Analyse kann zur Anpassung der Monitoring-Fragen und zur Ausbildung des Monitoringteams verwendet werden. Ein umfassendes Verständnis für die maßgeblichen Gesetze und Richtlinien erhöht die Präzision und deshalb auch die Glaubwürdigkeit und die

Wahrscheinlichkeit einer Wirkung eines jeden Berichts.

Die entsprechenden Gesetze und Richtlinien unterscheiden sich je nach Land und auch je nach dem Untersuchungsschwerpunkt. Relevante Gesetze könnten sein: die Verfassung, die Gesundheitsgesetzgebung, Psychiatriegesetze, das Bürgerliche Gesetzbuch, die Zivilprozessordnung, das Strafgesetzbuch, die Strafprozessordnung, das Familienrecht, Sachwalterschaftsgesetze, Sozialbetreuungsgesetze und Gesetze, die sich auf die Menschenrechte beziehen wie das Wahlrecht, das Eheschließungsrecht und das Recht auf Wohnung, Arbeit und Bildung.

Außerdem kann es auch rechtsverbindliche ministerielle Erlässe oder andere gesetzesähnliche Bestimmungen geben, die statt vom Parlament verabschiedet zu werden von einem Minister bestimmt wurden. Gesetze können im Internet, in Bibliotheken und über Regierungsstellen gefunden werden. Falls das Monitoring-

team Kontrollbesuche in einem fremden Land durchführt, ist es die Mühe wert, sich eine offizielle oder inoffizielle Übersetzung von Gesetzen in einer Sprache zu organisieren, die sie verstehen können. Englische Übersetzungen sind stets nützlich, um die Ergebnisse internationalen Gremien vorlegen zu können, falls das Monitoringteam der Ansicht ist, dass internationale Aufmerksamkeit sinnvoll wäre.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten ebenfalls mit den internationalen (wie das *UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, siehe Kapitel 2.3) und regionalen Menschenrechtsverträgen vertraut sein, die von dem Staat ratifiziert wurden, in dem das Monitoring stattfindet. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten die inländischen Bestimmungen auf Basis dieser internationalen Rechtsdokumente analysieren, um herauszufinden, inwieweit die nationalen Gesetze der Verfassung des Landes sowie den internationalen Menschenrechtsgesetzen entsprechen, insbesondere in solchen untersuchten Ländern, wo dieses Recht bindend ist.

Analysen der rechtlichen Situation können für Nicht-Juristen eine entmutigende Aufgabe sein. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie diese erleichtert werden kann. Erstens sind einige Gesetzestexte nicht so schwer zu lesen oder zu verstehen, wie man denkt. Zweitens gibt es vielleicht bereits lokale Organisationen und/oder Anwälte, die bereits rechtliche Analysen durchgeführt haben, oder dazu bereit sind. Sie sind vielleicht in der Lage, entsprechende Gesetzestexte zusammenzufassen, und auf Probleme und Gesetzeslücken hinzuweisen. Sie sind wahrscheinlich ebenfalls in der Lage, Informationen über Fälle zu liefern, die vor Gericht waren oder bei Gericht sind, oder in Zukunft vor Gericht kommen könnten. Drittens ist es äußerst nützlich, einen versierten Anwalt für Menschenrechte im Monitoringteam zu haben.

Zusätzlich zu einer genauen Kenntnis der entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen die Mitglieder des Monitoringteams Informationen über das psychiatrische und soziale Betreuungssystem im relevanten Land erheben und sich damit vertraut machen. Es gibt unterschiedlichste Quellen für derartige Informationen, wie z. B.:

- Berichte von zwischenstaatlichen Organisationen, wie beispielsweise den Vereinten Nationen und dem Europarat (es ist ganz besonders wichtig, sich die Berichte des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter sowie Abschlussberichte des Europäischen Ausschusses für soziale Rechte und des UN-Komitees für die Rechte behinderter Menschen über Monitoringprozesse anzusehen)
- Berichte von nationalen und internationalen Nichtregierungsorganisationen, nationalen Menschenrechtsinstitutionen oder Ombudsstellen. Besonders interessant sind die „Schattenberichte“, die an entsprechende Gremien zur Vertragsüberwachung geschickt wurden.
- Presse- und Medienberichte sowie Dokumentationen
- Wissenschaftliche Bücher, Zeitschriftenartikel, einschließlich unveröffentlichter Materialien wie etwa Diplomarbeiten und Dissertationen
- Informationen von den Regierungen: Zum Beispiel Statistiken über die Anzahl der Menschen unter Vormundschaft, jener, die aufgrund einer psychischen Behinderung in Institutionen festgehalten werden, oder in psychosozialen Betreuungseinrichtungen leben. Ebenso alle politischen Richtlinien der Regierung, die in Grünbüchern, Weißbüchern oder Ministerreden/-erklärungen enthalten sind.

Die Mitglieder des Monitoringteams werden sich mit Personen mit Erfahrung und Spezialwissen zu den zu untersuchenden Themen treffen müssen, und mit ihnen diese Themen diskutieren. Vor allem gibt es keine Alternative zu Gesprächen mit Menschen, die direkt betroffen waren, also Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung und ihren Vertretungsorganisationen. Die folgende Checkliste ist als Hilfestellung für das Monitoringteam gedacht, um rechtzeitig vor der Planung oder dem Beginn von jeglichen Besuchen entsprechende Informationen zu erheben.

1. Institutionen

- a. Wie viele
 - i. Psychiatrische Krankenhäuser
 - ii. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
 - iii. Betreuungseinrichtungen für Erwachsene mit psychischer Behinderung gibt es in diesem Land?
- b. Wie groß ist die Gesamtzahl aller Institutionen?
- c. Wie hoch ist die Anzahl der Betten in diesen Institutionen?
- d. Welche sind die hauptsächlichen Bereiche dieser Institutionen?
Welche offizielle Aufteilung von Verantwortung gibt es dort? (gibt es ein Managementteam? einen Verwaltungsausschuss? ein Kontrollsystem des Ministeriums? oder untersteht das Management keinen externen Kontrollen?)
- e. Wie werden diese Institutionen finanziert?
 - i. Wie hoch ist der Betrag und woher kommt er?
 - ii. Sind die Budgets öffentlich einsehbar?

2. Unabhängiges Monitoring

- a. Überprüft eine unabhängige Behörde/ein unabhängiges Gremium die Einhaltung der Menschenrechte in diesen Institutionen?
- b. Wie heißen diese Gremien und wie können sie kontaktiert werden?
- c. Wie oft besuchen diese die Institutionen?
- d. Wer führt das Monitoring durch (PsychiaterInnen, AnwältInnen, Personen mit Psychiatrieerfahrung etc.)?
Veröffentlicht das Gremium die Berichte über seine Besuche? Falls ja, besorgen Sie sich die Berichte von allen Besuchen der letzten fünf Jahre.
- e. Hat Ihr Land das *Fakultativprotokoll zum UN-Übereinkommen gegen Folter* ratifiziert? Falls ja, hat das Land einen „nationalen Präventivmechanismus“ eingerichtet oder bestimmt?

3. Alternativen zu Institutionen

- a. Welche Alternativen gibt es für Menschen mit psychischer Behinderung außerhalb der institutionellen Betreuung?
- b. Welche Alternativen gibt es für Menschen mit geistiger Behinderung außerhalb der institutionellen Betreuung?
- c. Wann und wie sind diese Alternativen entstanden?
- d. Wie viele Menschen nutzen diese alternativen Dienste und Einrichtungen?
- e. Wie werden diese Dienste und Einrichtungen finanziert?

4. Rechts- und Handlungsfähigkeit

- a. Welche gesetzlichen Bestimmungen gibt es in Ihrem Land, die regeln, wie die Entscheidungen hinsichtlich der Verfügung über die Finanzen sowie hinsichtlich der Gesundheits- und Sozialbetreuung von/für Menschen mit Behinderungen getroffen werden, die rechts- und handlungsunfähig sind? Dabei kann es sich um Vormundchaftsgesetze, Unzurechnungsfähigkeitsgesetze oder Patientenverfügungen handeln.
- b. Wann wurde dieses System in Ihrem Land eingeführt?
- c. Wurde das System reformiert? Falls ja, worin bestanden die Reformen? Zählen Sie die Rechte auf, die einem Erwachsenen genommen werden, wenn er/sie unter Vormundschaft oder unter andere Formen gesetzlichen Schutzes gestellt wird.

5. Zwangsaufnahme und Zwangsbehandlung

- a. Unter welchen Umständen kann ein/e PsychiaterIn in Ihrem Land eine Person aus psychiatrischen Gründen gegen deren Willen unterbringen? Sie werden sich Gesetze in

Bezug auf psychische Gesundheit oder allgemeine Gesundheit oder vielleicht auch das Bürgerliche Gesetzbuch ansehen müssen. Fassen Sie bitte die im Gesetz festgelegten Kriterien schriftlich zusammen.

- b. Wie sehen Sie diese Kriterien? Sind sie zum Beispiel zu breit gefächert, zu eng gefasst, zu spezifisch, zu unspezifisch? Wie würden Sie die Kriterien umformulieren, wenn Sie in der Regierung wären?
- c. Sind Patientenverfügungen im Hinblick auf die psychiatrische Betreuung und die gemeinsame Krisenbewältigung in Verwendung? Wie funktioniert das?

6. UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

- a. Hat Ihr Land das CRPD-Übereinkommen und das Fakultativprotokoll unterzeichnet/ratifiziert? (Informationen dazu sind hier abrufbar: <http://www.un.org/disabilities/>)
- b. Falls nicht, ist es geplant? Sie werden sich möglicherweise an die/den AußenministerIn wenden müssen.
- c. Welche drei Artikel des Übereinkommens sind Ihrer Meinung nach für Ihr Land am schwierigsten zu erfüllen? Warum?

7. Medien

- a. Suchen Sie anhand einer Internetrecherche zehn Berichte über Menschenrechtsaspekte von Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung in Ihren nationalen oder lokalen Medien.
- b. Bezieht sich eine dieser Geschichten auf eine Institution?

8. Informationen über die Institution

Im Folgenden werden bestimmte Informationen vorgeschlagen, die von den Mitgliedern des Monitoringteams von jeder Institution, die besucht werden soll, angefordert werden können.

- a. Die Anzahl der Betten (aufgeteilt in Kategorien: akut, chronisch, forensisch etc.)
- b. Die Anzahl der Personen, die laut gesetzlich Bestimmungen gegen ihren Willen angehalten sind
- c. Die Anzahl der Personen, denen die Rechts- und Handlungsfähigkeit entzogen wurde/die unter Vormundschaft gestellt sind
- d. Das Alter der PatientInnen/BewohnerInnen (nützliche Altersgruppen sind: unter 18jährige, 18 bis 30, 30 bis 60, 60+)
- e. Die Anzahl der weiblichen und männlichen PatientInnen/BewohnerInnen
- f. Die durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts
- g. Die längste Aufenthaltsdauer
- h. Diagnoseübersicht (z.B. die Anzahl der Menschen, bei denen eine Depression, geistige Behinderung, eine Demenz etc. diagnostiziert wurde)
- i. Wann wurde die Institution errichtet/eröffnet?
- j. Die geographische Lage
 - i. Die nächstgelegene Stadt (in km, bei Benutzung von Straßen)
 - ii. Das nächstgelegene Geschäft (in km, bei Benutzung von Straßen)
- k. Die Finanzierung (Wie hoch ist das Gesamtbudget der Einrichtung und woher kommt das Geld? Wofür wird es ausgegeben?)
- l. Beziehungen zum universitären Bereich:
 - i. Welche Art von Verbindungen hat die Einrichtung zu Universitäten? Geben Sie den Namen der Universität(en) an und beschreiben Sie die Art der Beziehung
 - ii. Welche Art Forschung oder medizinische Studien betreibt die Institution?

9. Fixierung und Isolation

- a. Welche Formen körperlicher und chemischer Fixierungen oder Isolation werden in Ihrem Land verwendet?
- b. Wie ist deren Anwendung gesetzlich geregelt?

10. Antidiskriminierungsgesetze

- a. Gibt es in Ihrem Land ein Antidiskriminierungsgesetz?
- b. Welche Bereiche deckt das Gesetz ab (z.B. Bildung, Beschäftigung, Gesundheitsversorgung, Wohnen etc.)
- c. Aus welchen Gründen wird Diskriminierung verboten (z.B. ethnischer Hintergrund, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, sozialer Status, Behinderung, sonstiger Status)
- d. Umfasst das Gesetz den Schutz vor Diskriminierung aufgrund von psychischer Behinderung?
- e. Umfasst das Gesetz den Schutz vor Diskriminierung aufgrund von geistiger Behinderung?

11. Organisationen für Menschen mit psychischer Behinderung

- a. Welche Organisationen für Menschen mit psychischer Behinderung gibt es in Ihrem Land?
- b. Wie lauten die Kontaktinformationen dieser Organisationen?
- c. Was genau machen diese Organisationen? (Bieten sie beispielsweise Dienstleistungen an, arbeiten sie auf dem Gebiet der Menschenrechte, bieten sie Rechtshilfe in Institutionen an, überwachen sie die Menschenrechte in den Institutionen, betreiben sie Lobbying im Parlament/auf Regierungsebene, kommentieren sie die Politik im Bereich psychischer Gesundheit, versuchen Sie die Dienste und Einrichtungen zu reformieren?)
- d. Welche Arten von Informationen können diese Gruppierungen bereitstellen?

12. Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung

- a. Welche Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung gibt es in Ihrem Land?
- b. Wie lauten die Kontaktinformationen dieser Organisationen?
- c. Was genau machen diese Organisationen? (Bieten sie beispielsweise Dienstleistungen an, arbeiten sie auf dem Gebiet der Menschenrechte, bieten sie Rechtshilfe in Institutionen an, überprüfen sie die Einhaltung der Menschenrechte in Institutionen, betreiben sie Lobbying im Parlament/auf Regierungsebene, kommentieren sie die Politik im Bereich psychischer Gesundheit, versuchen Sie Dienste und Einrichtungen zu reformieren?)
- d. Welche Arten von Informationen können diese Gruppierungen bereitstellen?

Schritt 5: Planung der Besuche

Die Mitglieder des Monitoringteams müssen im Detail planen, wo und wie sie das Monitoring durchführen werden. Dazu müssen bezüglich folgender Themen Entscheidungen getroffen werden:

- *Übertragen Sie jemandem die Hauptverantwortung*

Bestimmen Sie eine/n LeiterIn für den Monitoring-Besuch. Manchmal müssen schwierige Entscheidungen getroffen werden, und es kann in diesen Fällen sehr hilfreich sein, eine/n im Vorhinein bestimmte/n LeiterIn zur Verfügung zu haben.

- *Wählen Sie die zu besuchende Einrichtung aus*

In Kapitel 1 des Toolkits wurden einige Arten von Orten genannt, die als „psychiatrische Institution“ oder „psychosoziale Betreuungseinrichtung“ eingestuft werden können. Das Monitoringteam wird recherchieren müssen, welche Betreuungseinrichtungen es in einer bestimmten Region gibt und entscheiden, ob es eine Reihe unterschiedlicher Einrichtungen besucht, oder mehrere Einrichtungen ähnlichen Typs.

Das Monitoringteam ist unter Umständen versucht, Institutionen zu besuchen, die bekannterweise „schlecht“ sind. Es empfiehlt sich jedoch, eine repräsentative Auswahl an

Institutionen zu besuchen. Wenn der Monitoring-Bericht auch Beschreibungen von Besuchen von „besseren“ Institutionen enthält, dann können die „schlechten“ Institutionen nicht mehr behaupten, dass sie keine Verbesserungen vornehmen können.

Die Tabelle weiter unten kann dazu verwendet werden, eine Übersicht über mögliche Institutionen zu erstellen, die für Besuche ausgewählt werden können.

- *Angekündigte und unangekündigte Besuche*

Das Monitoringteam benötigt auf einer gewissen administrativen Ebene eine Genehmigung, um die Besuche durchführen zu können. Die Monitoring-Behörde kann die Erlaubnis haben, derartige Institutionen kraft des Gesetzes zu betreten, es kann aber auch sein, dass solche Besuche nur nach Vereinbarung möglich sind (siehe unten „Zutritt erhalten“). Angekündigte Besuche bedeuten, dass die Institution über das Datum

und die Uhrzeit informiert ist, an dem das Monitoringteam kommt. Bei unangekündigten Besuchen ist dies nicht der Fall. Es gibt auch eine differenzierte Form von unangekündigten Besuchen, bei der das Monitoringteam die Institution darüber informiert, dass der Besuch in einem bestimmten Zeitraum stattfinden kann (z. B. innerhalb eines Kalenderjahres) ohne das genaue Datum bekannt zu geben. Es ist bekannt, dass die während eines unangekündigten Besuches gewonnenen Eindrücke eher ein realistisches Bild liefern.

Angekündigte Besuche haben allerdings den Vorteil, dass sie einer Einrichtung gestatten, nach einem vorangegangenen Besuch reale Fortschritte zu machen. So können angekündigte Besuche als eine Art Qualitätskontrolle fungieren, wenn die Leitung der Institution den Prozess ernst nimmt. Mitglieder des Monitoringteams können die Tabelle verwenden, um festzuhalten, welche Institutionen mit und welche ohne Ankündigung besucht werden.

		Name der Einrichtung	Die nächstgelegene Stadt	Anzahl der Betten
Psychiatrische Krankenhäuser	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Psychosoziale Betreuungseinrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			

Psychosoziale Betreuungseinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Sonstige Arten von Einrichtungen (Länderspezifisch)	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			

- *Die Logistik*

Das Planen der Logistik ist davon abhängig, ob die Kontrollbesuche angekündigt oder unangekündigt stattfinden. Wenn der Zeitablauf geplant wird, ist es sinnvoll, etwas Extrazeit einzuplanen und flexibel zu sein, da es oft vorkommt, dass die Ergebnisse von einem früheren Besuch neue Ideen bringen, denen nachgegangen werden muss.

Ein Besuch kann abhängig von der Größe der Institution von einem Tag bis zu zwei oder drei Tage dauern. Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter benötigt für gewöhnlich rund eineinhalb Tage pro Einrichtung. Ein ganzer Tag (acht bis zwölf Stunden) ist das absolute Minimum. Es ist sinnlos, nur einen kurzen Besuch durchzuführen, da diese Berichte dann nur oberflächlich sein können. Normalerweise dauern Besuche länger als erwartet. Deshalb sollte genügend Zeit und Flexibilität vorgesehen werden, um den Besuch den Erkenntnissen der Mitglieder des Monitoringteams entsprechend anpassen zu können. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sicherstellen, dass jemand für die Logistik verantwortlich ist und die erforderlichen Vorkehrungen für Reise, Unterkunft, tägliche Kosten, Dolmetscher und gegebenenfalls für Visa für ausländische TeilnehmerInnen trifft.

- *Zutritt erhalten*

Für unangekündigte Besuche muss auf einer bestimmten Ebene eine Genehmigung erteilt werden. Dies kann auf verschiedene Arten erfolgen. Nationale Präventionsmechanismen, die von einem Staat als Folge seiner OPCAT-Verpflichtungen eingerichtet wurden, haben

aufgrund ihres Mandats, das sehr wahrscheinlich in der nationalen Gesetzgebung verankert ist, Zutritt zu allen Orten der Freiheitsentziehung. Ähnlich hat das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter einen internationalen rechtlichen Anspruch darauf, diese Orte zu betreten und mit den dort untergebrachten Personen vertraulich zu sprechen; das gleiche gilt für das UN-Unterkomitee zur Verhütung von Folter. Bei allen anderen Gremien wird wahrscheinlich über die Genehmigung für die Besuche verhandelt werden müssen, insbesondere im Fall von unangekündigten Besuchen. Mitglieder des Monitoringteams, die solch eine Genehmigung erhalten möchten, werden dazu ermutigt, die Behörden an die Ziele des Monitorings zu erinnern, das existierende Probleme aufzeigen und Lösungen anbieten soll, um die Menschenrechtslage für Personen in Institutionen zu verbessern. Es kann sein, dass die Regierungen dies mit der Begründung verweigern, dass unangekündigte Besuche für die Institutionen eine Belastung darstellen. In diesem Fall können die Mitglieder des Monitoringteams die Regierung darauf hinweisen, dass Menschenrechtsverbesserungen bei weitem wichtiger sind als eine Belastung der Institution. Falls eine Genehmigung für unangekündigte Besuche verweigert wird, sollten die Mitglieder des Monitoringteams die Fakten rund um die Verweigerung in ihrem Monitoring-Bericht festhalten. Wenn Besuche angekündigt werden, sollten sich die Mitglieder des Monitoringteams dessen bewusst sein, dass sie wahrscheinlich eine „geplante Realität“ beobachten.

Es kann für Gremien, die noch nicht etabliert sind und über kein offizielles Mandat zur Durchführung von Besuchen verfügen, schwierig sein, eine Zutrittsgenehmigung zu erhalten. Sie werden möglicherweise offizielle und persönliche Widerstände gegen solche Besuche erleben (wie etwa die eingeschränkte Erlaubnis der Institutsleitung, lediglich bestimmte Bereiche einer Institution zu besuchen). Solch ein Widerstand kann sich offen zeigen (wie zum Beispiel durch eine klare schriftliche Verweigerung) oder versteckt (z. B. sind die offiziellen Personen unerreichbar, die Genehmigung Ranghöherer ist erforderlich, Briefe bleiben unbeantwortet, es wird ein Treffen vereinbart, aber nicht die ganze Einrichtung gezeigt, oder das Monitoringteam wird mit Getränken versorgt, damit es so viel Zeit wie möglich im Büro der Institutionsleitung verbringt statt mit den anderen MitarbeiterInnen und PatientInnen/BewohnerInnen der Institution zu sprechen).

Allgemein gilt: Je höher die Stelle in der Hierarchie ist, von der die Genehmigung erteilt wurde, desto wahrscheinlicher kooperieren die anderen im System. Es wird den Mitgliedern des Monitoringteams deshalb geraten, die Genehmigungen bei den MinisterInnen der Regierung zu beantragen, oder ihren regionalen AmtskollegInnen. Gelingt das nicht, kann man die Institutionsleitung kontaktieren.

Empfehlungsschreiben und persönliche Beziehungen können das Verfahren oft beschleunigen. Bei offiziellen Anfragen um eine Zutrittserlaubnis, kann es den Mitgliedern des Monitoringteams helfen, den möglichen Nutzen des Monitorings zu erklären (zum Beispiel indem Informationen zur Verfügung gestellt werden und konstruktive Vorschläge für Veränderungen und Verbesserungen in der Einrichtung gemacht werden; schließlich möchten viele MitarbeiterInnen von psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen gute Dienstleistungen erbringen). Es kann hilfreich sein, die Referenzen der Monitoring-Organisation mitzuteilen und auch über frühere Tätigkeiten der Organisation und ihrer Mitglieder zu berichten.

Während der Verhandlungen bezüglich des Zutritts könnten die Mitglieder des Monitoringteams in Erwägung ziehen, der Einrichtung zu versprechen, ihr eine Vorabkopie des Berichts zukommen zu lassen, damit sachliche Fehler korrigiert werden können. Im Allgemeinen steigt die Wahrscheinlichkeit, positive Antworten von den Entscheidungsträgern zu erhalten, je konstruktiver die Mitglieder des Monitoringteams sind. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten alle offiziellen Briefe, die sie verschickt und erhalten haben, aufbewahren, falls diese zu einem späteren Zeitpunkt benötigt werden. Sie sollten immer eine Kopie der Genehmigungsschreiben zu allen Kontrollbesuchen mitnehmen.

In dieser Tabelle kann notiert werden, wie um den Zutritt zu den Einrichtungen ersucht wird.

Welche Art von Genehmigung ist für den Besuch in den ausgewählten Einrichtungen erforderlich?	
Wer kann die Genehmigungen erteilen?	
Welches Mitglied des Monitoringteams ist für die Beantragung der Genehmigungen verantwortlich?	

Schritt 6: Durchführung der Besuche

Ein typischer Monitoring-Besuch umfasst in den meisten Fällen die folgenden Punkte, jedoch nicht notwendigerweise in dieser Reihenfolge:

- Befragung der leitenden Person oder anderer Mitglieder der gehobenen Führungsebene;
- Rundgang durch die gesamte Einrichtung;
- Gezielte und eingehende Beobachtungen in einigen, wenigen Abteilungen/Stationen;

- Befragung von Personen auf der Ebene des Dienstleistungsmanagements (z.B. der ärztlichen Leitung oder der Abteilungsleitung) und von Personal, das Dienstleistungen erbringt;
- Vertrauliche Befragungen einiger PatientInnen/BewohnerInnen;
- Überprüfung von Dokumenten und Richtlinien

Zu den Themen des Schrittes 6 sollte auch das Kapitel 6 (s. o.) über die Methoden des Menschenrechts-Monitoring gelesen werden.

- *Einsatzbesprechung*

Der/die LeiterIn des Monitoringteams sollte vor jedem Besuch eine eingehende Einsatzbesprechung mit allen Mitgliedern des Monitoringteams durchführen. Dabei sollten grundlegende Informationen über die Institution, die Dauer des Monitoring-Besuchs, die Rolle jedes Mitglieds des Monitoringteams behandelt werden, sowie die Frage, was im Falle von auftretenden Problemen zu tun ist.

- *Ankunft in der Einrichtung*

Bei einem Monitoring-Besuch werden die Mitglieder des Monitoringteams normalerweise zuerst die Person treffen, die die Institution leitet und in ihr/sein Büro gebeten. Erklären Sie, wer Sie sind. (Vermeiden Sie dabei eine anklagende Ausdrucksweise. Es ist besser zu sagen „Wir sind hier, um einen Blick auf einige Menschenrechtsaspekte zu werfen“ als „Wir sind hier, um eine Untersuchung bezüglich Folter durchzuführen!“ oder eine andere provozierende Ausdrucksweise zu verwenden!)

- *Den schlimmsten Bereich der Institution aufsuchen*

Besonders bei unangekündigten Besuchen ist es wichtig, sich innerhalb von fünf Minuten nach Betreten der Institution aufzuteilen. Eine Person kann aus Höflichkeit bei der leitenden Person der Institution bleiben, die anderen Mitglieder des Monitoringteams sollten sofort den „schlimmsten“ Bereich der Einrichtung ausfindig machen. Der Grund dafür ist, dass sobald ein Monitoringteam ankommt, das Personal gewarnt sein wird und Maßnahmen

ergreifen wird, um die Dinge besser darzustellen; dies könnte das Abwaschen von Blut auf dem Boden, das Entfernen von Fixierungen, das Wegsperrern von „anstrengenden“ PatientInnen, das Verstecken des Stocks, mit dem das Personal PatientInnen möglicherweise droht, usw. beinhalten.

Die Mitglieder des Monitoringteams können die PatientInnen fragen: „Wo sind aggressive PatientInnen?“ In einigen Einrichtungen gibt es einen bestimmten Ort, vor dem die PatientInnen/BewohnerInnen Angst haben, und es wird aus den Antworten ersichtlich, wo sich dieser Ort befindet. Falls die PatientInnen/BewohnerInnen keine Informationen preisgeben, sollten die Mitglieder des Monitoringteams den Isolationsraum, die geschlossenen Abteilungen, die Aufnahmestationen, die Abteilungen für chronisch Kranke, die bereits mehrere Jahre in der Einrichtung verbracht haben, oder die forensische Abteilung aufsuchen, da dies die Orte sind, an denen am wahrscheinlichsten Menschenrechtsverletzungen begangen werden.

- *Einen raschen Überblick über die Räumlichkeiten gewinnen*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten zunächst einmal rasch durch alle Abteilungen/Stationen der Institution gehen. Auch wenn die Einrichtung sehr groß ist, kann so ein Gefühl für die Institution entstehen. Es wird so für den Rest des Besuches viel einfacher, abzuwägen, ob eine bestimmte Einheit/Abteilung „besser“ ist als die anderen. Die Mitglieder des Monitoringteams können anschließend bestimmen, in welchen Einheiten/Abteilungen sie mehr Zeit verbringen möchten.

- *Sich auf die Leitung und das Personal einlassen*

Das Mitglied des Monitoringteams, das zurückgeblieben ist, um mit der leitenden Person zu sprechen, sollte den Zweck des Besuchs auf eine nichtkonfrontative Art erläutern, die die Zusammenarbeit mit der Institutionsleitung fördert und den Zutritt zu allen Teilbereichen der Institution nicht gefährdet. Die Mitglieder des Monitoringteams können betonen, dass man herausfinden möchte, wie die Institution arbeitet, dass den Problemdarstellungen aus

Sicht des Personals und der PatientInnen/BewohnerInnen zugehört werden soll, und ein konstruktiver Dialog mit der Institution geführt werden soll.

Die Leitung des Monitoringteams kann erläutern, wer die Mitglieder des Monitoringteams sind, und was der Monitoring-Besuch erreichen möchte, wie lange er dauert, und was für eine Kooperation das Team vom Personal erwartet. Die Unabhängigkeit des Monitorings von der Institution sollte betont werden. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten vorsichtig sein, und das Personal nicht mit allzu großen Hoffnungen darüber zurücklassen, was das Monitoring erreichen kann. Die Leitung des Monitoringteams sollte die Kontaktinformationen des Monitoring-Sekretariats oder Büros in der Institution hinterlassen, und erläutern, welchen weiteren Kontakt es geben könnte. Das Team sollte um Erlaubnis bitten, sich Notizen machen und die Befragungen aufzeichnen zu dürfen. Für Ratschläge, wie man mit Personal umgeht, das vertrauliche Gespräche mit PatientInnen/BewohnerInnen blockiert, siehe Kapitel 6.1 („Der Umgang mit aufdringlichen MitarbeiterInnen“).

- **Unmittelbares Feedback**

Es kann sein, dass die Leitung der Institution nach dem Monitoring-Besuch um ein Feedback darüber ersucht, was die Mitglieder des Monitoringteams herausgefunden haben. Es ist ratsam, lediglich der Institutionsleitung Feedback zu geben. Es ist selten angebracht, dass das Monitoringteam jemanden, die/der der/dem LeiterIn unterstellt ist, zu dieser Besprechung einlädt, vor allem nicht, wenn die Person Ziel von Kritik durch das Monitoringteam ist. Falls die Mitglieder des Monitoringteams ein Feedback geben, ist es wichtig, klarzustellen, dass sie die einzelnen InterviewpartnerInnen nicht identifizieren werden. Es ist ebenfalls wichtig, sehr vorsichtig zu sein und nichts zu erwähnen, was verraten könnte, wer dem Monitoringteam was mitgeteilt hat.

Falls die Mitglieder des Monitoringteams der Ansicht sind, dass Gefahr im Verzug ist, oder sie der Meinung sind, dass sich ein/e PatientIn/BewohnerIn selbst schädigt, haben sie die Möglichkeit dies der Institutionsleitung mitzuteilen, und - abhängig von den Umständen - entsprechende höhere Behörden einzu-

schalten, wie z.B. die regionale Gesundheitsbehörde, das Gesundheitsministerium oder das Sozialministerium. Das Monitoringteam sollte die Leitung über diese Pläne informieren und Gründe dafür angeben.

- **Auf sich selbst achten**

Menschenrechts-Monitoring ist anstrengend. Es kann die Mitglieder des Teams emotional auslaugen. Nach dem Ende eines Besuchs gehen die Mitglieder des Menschenrechts-monitoringteams nach Hause, essen nett zu Abend und legen sich in ein warmes Bett in einem sicheren Zimmer, wissend, dass diese Bequemlichkeiten vielen Menschen, mit denen sie sich in der Institution unterhalten haben, versagt bleiben. Das Menschenrechts-Monitoring kann auch körperlich anstrengend sein, und es ist ganz besonders wichtig, dafür zu sorgen, dass alle Mitglieder des Monitoringteams Mahlzeiten zu sich nehmen, und dass je nach Bedarf Getränke und kleine Imbisse bereit stehen. Es kann allzu leicht passieren, so beschäftigt zu sein, dass man auf das Mittagessen vergisst. Niedrige Blutzuckerwerte können Gereiztheit und eine verminderte Aufmerksamkeit verursachen, weshalb es ratsam ist, einige Snacks bei sich zu haben.

Es ist wichtig, dass die Mitglieder des Monitoringteams offen darüber sprechen, wie sie sich fühlen. Falls eine Person mit Psychiatrieerfahrung Teil des Monitoringteams ist, kann es für diese Person schwierig sein, eigene frühere Erfahrungen durch den Besuch in der Institution „wieder zu erleben“. Alle Mitglieder des Monitoringteams werden Unterstützung brauchen. Das können äußerst grundlegende Dinge sein, wie etwa unmittelbar nach dem Verlassen der Institution über schwierige Themen zu sprechen. Das kann heißen, dass es eine externe Person gibt, die dafür bereit steht, dass das Monitoringteam mit ihr sprechen kann. Es kann auch heißen, dass das Team nach den Kontrollbesuchen Kontakt zueinander pflegt, indem die Mitglieder einander gelegentlich anrufen.

Schritt 7: Berichterstellung

Es kann sein, dass der Besuch in einer bestimmten Institution stattfand, in der die Aufsichtsbehörde über mögliche Menschen-

rechtsverletzungen explizit besorgt war, oder dass das Monitoring Teil eines laufenden Überwachungsprogramms durch eine nationale kontrollierende Behörde war. Ganz gleich wie die Umstände auch sein mögen, die Analyse und die Berichterstellung sind ein wesentlicher Teil des Monitoring-Prozesses, und einer, den man unbedingt planen muss. Die Ergebnisse eines bestimmten Besuchs können informell analysiert werden, indem die Mitglieder des Monitoringteams über Reaktionen auf das während des Besuchs Erlebte unmittelbar danach diskutieren. Das kann für die Ermittlung zentraler Fragen wichtig sein, auf die der Bericht fokussiert, weiters dafür, welche Empfehlungen gemacht werden sollten und schließlich auch dafür, wie weiter vorgegangen werden soll. Es ist empfehlenswert, nach jedem Monitoring-Besuch auch eine formelle Nachbesprechung zu planen, um diese Punkte zu besprechen.

Die Ergebnisse können Probleme mit dem Gesetz selbst und/oder Probleme mit dessen Implementierung aufzeigen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten versuchen, Problemuster und systemische Schwächen zu entdecken statt eine Reihe individueller Probleme zu präsentieren. Diese Analyse kann die Grundlage des Berichts und seiner Empfehlungen bilden, denn die Empfehlungen müssen auf etwas gründen, was während des Monitorings herausgefunden wurde. Während der Analysephase kommt es durchaus vor, dass man feststellt, dass weitere Informationen, Befragungen oder Besuche erforderlich sind.

Es gibt verschiedene Arten, einen Monitoring-Bericht zu schreiben: Einige Monitoringteams schreiben ihn gemeinsam, andere bestimmen eine Person, die einen Bericht entwirft, der im Anschluss von den anderen Teammitgliedern kommentiert wird. Für welche Strategie man sich auch immer entscheidet, das Schreiben muss rasch erfolgen, denn je länger es dauert, einen Bericht zu schreiben und zu erstellen, desto höher ist das Risiko, dass er fehlerhaft wird, da sich die Situation ändern kann. Es ist empfehlenswert, sich erneut zu treffen, wenn es einen nahezu endgültigen Text gibt, um Änderungen vorzunehmen und den Text formal „anzunehmen“.

Beim Schreiben des Berichts/der Berichte können Lücken in den Daten und Befragungen sichtbar werden, und weitere Datenerhebungen können erforderlich werden. Diese Art von Nachbereitung kann insofern hilfreich sein, dass gezeigt wird, dass die Ergebnisse des Monitorings auf dem neuesten Stand sind. Die Mitglieder des Monitoringteams können den ausgearbeiteten Entwurf des Berichts an die Institution schicken, damit die Institution eine Rückmeldung über faktische Informationen gibt, bevor der Bericht veröffentlicht wird.

Falls das Monitoringteam den/die Bericht/e übersetzen möchte, muss genügend Zeit für die Übersetzung und sorgfältiges Korrekturlesen zur Verfügung stehen.

- *Der Inhalt*

Die Form des Berichts wird gemäß den thematischen Prioritäten und dem üblichen Stil in einem bestimmten Land entsprechend variieren. Als Beispiel für einen guten Standard für Stil, wird den Mitgliedern des Monitoringteams empfohlen, die vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter herausgegebenen Berichte zu lesen.¹⁴⁰ Im Folgenden sind einige Punkte aufgelistet, die in Bezug auf den Inhalt des Berichts zu berücksichtigen sind:

- Eine Kurzfassung, die nicht länger als zwei Seiten ist, kann äußerst sinnvoll sein, da sie oft der einzige Teil ist, der gelesen wird. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten in einer Kurzfassung die zentralen Fragen, die sich aus den Besuchen, der Methodik der Kontrollbesuche, und den Implikationen der Ergebnisse ergeben haben, darstellen. Alle Informationen, die in der Kurzfassung auftauchen, müssen im Bericht an anderer Stelle näher erläutert werden. Die Kurzfassung entspricht nicht der Einleitung, d.h. die Mitglieder des Monitoringteams sollten gleich zum Kern der Sache kommen.

- Nach der Kurzfassung sollte die Einleitung (die den Kontext erläutert, in dem der Bericht geschrieben wurde), dann der Hauptteil und

¹⁴⁰ Alle Berichte des Komitees zur Verhütung von Folter sind auf der Website: <http://www.cpt.coe.int/german.htm> verfügbar (abgerufen am 24. Mai 2011).

schließlich die Schlussfolgerungen und Empfehlungen dargestellt werden. Alternativ können die Empfehlungen auch direkt auf die Kurzfassung folgen. Nützlich ist ein Inhaltsverzeichnis mit Seitenzahlen bzw. einer Absatznummerierung.

■ Zwischenüberschriften, Aufzählungspunkte, Informationsboxen und hervorgehobene Zitate sind Möglichkeiten, einen Text aufzulockern und ihn leichter lesbar zu machen. In Anhängen können technische Informationen, wie etwa Gesetze oder methodische Einzelheiten, enthalten sein. Eine Bibliographie, die die relevante Literatur auflistet, ist ebenfalls empfehlenswert.

■ Die Mitglieder des Monitoringteams sollten sicherstellen, dass der Bericht das Publikationsdatum und die Kontaktinformationen der Organisation enthält, die den Besuch organisiert hat, sowie eine Liste der Mitglieder des Monitoringteams. Es kann hilfreich sein, einige Einzelheiten der Methodik zu beschreiben. Schließlich sollte das Monitoringteam auch den Personen danken, die Beiträge zum Bericht geliefert haben. Wenn der Bericht für die Öffentlichkeit bestimmt ist, ist es empfehlenswert zu erwähnen, dass der Bericht frei verteilt und im Internet heruntergeladen werden kann (insofern die Autorenschaft der kontrollierenden Behörde klar gemacht wird).

■ Es ist sinnvoll, im Hauptteil des Berichtes auf alle unterschiedlichen Quellen zu verweisen, um so die Breite des Monitoringberichts zu dokumentieren - je größer die Anzahl der Quellen ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Bericht als verlässlich wahrgenommen wird. Der Bericht sollte Bezug auf vorangegangene Berichte nehmen, und auf Publikationen zu den im Bericht abgedeckten Themen. Er sollte auch primäre Informationsquellen zitieren statt sich beispielsweise auf einen Fachartikel zu beziehen, der nur auf entsprechende Informationen hinweist.

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten Muster und systembedingte Probleme aufzeigen. Falls sie sich über die Glaubwürdigkeit einer bestimmten Information nicht sicher sind, ist es besser, sie wegzulassen, als zu riskieren, dass ein Beweisstück in einem Bericht diskreditiert wird. Das könnte nämlich

zu einer Ablehnung sämtlicher Ergebnisse führen. Man sollte immer daran denken, dass es möglich ist, dass alle Informationen überprüft werden.

Die im Bericht enthaltenen Informationen sollten fundiert, durch Fakten gestützt und so präzise wie möglich sein. Es macht Eindruck, die genaue Zeile eines Gesetzestextes anzugeben, die exakte Zeit eines Ereignisses oder die genaue Anzahl betroffener Personen – dies zeigt, dass eine gründliche Untersuchung stattgefunden hat. Der Satz etwa „Die PatientInnen in psychiatrischen Kliniken werden dazu gezwungen, Pyjamas zu tragen“ wirft mehr Fragen auf, als er beantwortet. In welchen Einrichtungen geschieht dies? Auf welchen Belegen baut die Aussage auf? Werden die Menschen dazu gezwungen, die Pyjamas auch tagsüber zu tragen? Werden alle BewohnerInnen überall dazu gezwungen, Pyjamas zu tragen?

Der Bericht muss auf alle Fälle technische Einzelheiten enthalten (Gesetzestexte im Wortlaut, zum Beispiel). Eine adäquate Art und Weise, diese zu präsentieren, ist, sie in Fußnoten, Endnoten oder Anhängen beizufügen. Auf diese Weise wird der Fluss der Berichte nicht unterbrochen, und die Einzelheiten bleiben verfügbar. Falls keine exakten Informationen vorhanden sind, könnte das im Bericht beispielsweise wie folgt vermerkt werden „Es ist nicht möglich, die genaue Anzahl der unter Vormundschaft stehenden Personen anzugeben, da diese Informationen von keiner offiziellen Stelle auf der nationalen Ebene erfasst werden.“

Der Bericht sollte wörtliche Zitierungen enthalten, da sie zusätzliche Glaubwürdigkeit verleihen. Sie zeigen, dass zu den Personen, die von der Thematik betroffen sind, unmittelbare Kontakte bestanden. Wörtliche Zitierungen können trockene Texte zum Leben erwecken, wenn sie etwa zu Illustrationszwecken verwendet werden. Sinnvollerweise führt man zunächst ein Thema ein, fügt eine wörtliche Zitierung hinzu und schließt mit einem Kommentar ab. Es kann hilfreich sein, ausführliche Zitierungen und Aussagen zu verwenden, da sie menschliches Interesse dokumentieren. Dies kann besonders am Anfang oder am Ende eines Kapitels

wirkungsvoll sein. Geben Sie die Quellen der Zitierung an, indem Sie das Datum und den Ort angeben. Es kann passend (oder aber vollkommen unangebracht) sein, die befragte Person zu identifizieren. In Situationen, in denen die Person aus Gründen der Vertraulichkeit oder des Schutzes vor Vergeltung nicht identifiziert werden sollte, muss man besonders darauf achten, dass die Person nicht erkennbar ist. In dieser Situation könnten die Mitglieder des Monitoringteams Zahlencodes für die befragten Personen verwenden (die gemeinsam mit den anderen Aufzeichnungen an einem sicheren Ort aufbewahrt werden). Die Mitglieder des Monitoringteams werden dann in ihrem Bericht angeben, dass die Identität der befragten Personen zu deren Schutz nicht bekannt gegeben werden kann. Aufgrund weit verbreiteter Vorurteile ist es leider so, dass den Meinungen von Menschen, die als psychisch behindert gelten, manchmal kein Glauben geschenkt wird. Deshalb kann es beim Zitieren von PatientInnen/BewohnerInnen hilfreich sein, noch weitere einschlägige Nachweise zu vorzulegen, oder auch möglichst viele Menschen zu zitieren.

Um die Möglichkeit von Verleumdungen zu vermeiden und die Glaubwürdigkeit und Genauigkeit des Berichtes zu wahren, ist es ratsam, beim Bezug auf Missbrauchs- und Verletzungsvorfälle vorsichtig zu sein, indem man zum Beispiel schreibt: „die angeblichen Verletzungen“, „es wird berichtet/behauptet, dass ...“, oder „es gibt unbewiesene Behauptungen, dass ...“. Je objektiver und ausgewogener ein Bericht erscheint, desto wahrscheinlicher ist es, dass ihn EntscheidungsträgerInnen, die Medien und andere, an die der Bericht unter Umständen weitergegeben wird, wahrnehmen und danach handeln. Daher sollten im Bericht Tatsachen von Interpretationen, Analysen oder Meinungen klar unterschieden werden. Emotionale Beschreibungen (außer es handelt sich um Zitate) und eine „sensationslüsterne“ Sprache sollte vermieden werden, da sie die Glaubwürdigkeit des Monitorings verringern. Fachjargon sollte vermieden und die verwendeten technischen Termini sollten erklärt werden. Außerdem sollten darin enthaltene Akronyme auf ein Minimum reduziert werden. Der Bericht kann am Anfang

oder am Ende ein Abkürzungsverzeichnis enthalten.

Schließlich empfehlen wir, manche Informationen wegzulassen, da es nicht möglich ist, alle erfassten Informationen und Materialien einzuschließen. Nicht verwendete Materialien können gegebenenfalls für zukünftige Monitorings, Berichte oder Medienbeiträge verwendet werden.

Während der Durchführung eines Monitorings kann es vorkommen, dass sich die Mitglieder des Monitoringteams gegen die Veröffentlichung von Informationen entscheiden, da sie vermuten, dass eine Person, die bestimmte Informationen preisgegeben hat, einem ernsthaften Risiko von Vergeltungsmaßnahmen oder Bestrafungen ausgesetzt ist.

Schritt 8: Disseminierung des Berichts

Das Monitoringteam sollte bedenken, dass der Bericht größere Chancen hat als seriös wahrgenommen zu werden, wenn die Interessensgruppen, an die der Bericht geschickt wird, in passender Weise angesprochen werden. Der Zweck des Überwachens von Institutionen, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, ist es, Misshandlungen zu verhindern. Das bedeutet, dass die Personen, die dazu autorisiert sind, Maßnahmen zur Umsetzung von Empfehlungen und Änderungen zu ergreifen, entsprechende Handlungen setzen müssen. Deshalb muss das Monitoringteam sorgfältig darüber nachdenken, an wen der/die Bericht/e geschickt werden sollen. Bei gesetzlich eingesetzten Aufsichtsbehörden kann die primäre Zielgruppe bereits in den Rechtsvorschriften festgelegt sein (und kann zum Beispiel das nationale Parlament sein).

Ist der Bericht veröffentlicht, muss er an die relevanten Gremien, Organisationen und Einzelpersonen weitergeleitet werden. Zu diesem Zweck muss die kontrollierende Behörde eine Empfängerliste mit Kontaktinformationen erstellen. Wenn der Bericht verschickt wird, ist es ratsam, ein Begleitschreiben aufzusetzen, das auf einige Schlüsselthemen hinweist, die den Empfänger dazu anregen, den Bericht zu lesen. Ein Bericht könnte u. a. an folgende Interessensgruppen geschickt werden:

- *Regierungsstellen*

Mit den „Stellen“ sind SpitzenpolitikerInnen wie MinisterInnen, politische EntscheidungsträgerInnen in Ministerien und Quasi-Regierungsstellen genannt, aber auch das Personal der Institution, in der der Monitoringbesuch durchgeführt wurde. RegierungsvertreterInnen verfügen oft nur über eine begrenzte Zeit, und lesen deshalb lediglich die Kurzfassungen und Empfehlungen des Berichts. Dies ist ein weiterer Grund, warum die Mitglieder des Monitoringteams die Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen des Berichts auf eine prägnante Weise formulieren sollten. Der eigentliche Bericht sollte detaillierter sein.

- *ParlamentarierInnen*

Die Mitglieder des Parlaments sind daran interessiert Berichte zu erhalten, insbesondere wenn sie in den zuständigen Parlamentsausschüssen sitzen, oder bereits früher Interesse an der Thematik „Menschenrechte und psychische bzw. geistige Behinderung“ gezeigt haben. Mitglieder regionaler Parlamente werden ebenfalls daran interessiert sein, den Bericht zu erhalten, insbesondere wenn die regionale Regierung für den Betrieb von psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtungen, die besucht wurden, verantwortlich ist.

- *Zwischenstaatliche Organisationen*

Zwischenstaatliche Organisationen befassen sich oft mit Menschenrechtsfragen. Die Mitglieder des Monitoringteams sollten in Erwägung ziehen, Exemplare ihrer Berichte an die entsprechenden Personen und Stellen in zwischenstaatlichen Organisationen, wie etwa die Vereinten Nationen, oder Organisationen für Weltregionen wie den Europarat, die Europäische Union oder die Afrikanische Union, zu schicken.

- *Personen mit Psychiatrieerfahrung und ihre Angehörigen*

Organisationen von und für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung sind vermutlich ebenfalls an den Ergebnissen des unabhängigen Monitorings von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen interessiert. Das Monitoringteam sollte die Kontaktinformationen dieser Gruppen erheben und sicherstellen, dass sie den Bericht erhalten. Diese Organisationen können die Monitoring-

Ergebnisse in ihren eigenen „Advocacy“-Programm und Medienkampagnen verwenden.

- *DienstleistungsanbieterInnen*

Diese Gruppe kann verschiedene Arten von staatlichen und privaten DienstleistungsanbieterInnen für Menschen mit psychischer bzw. geistiger Behinderung umfassen, des weiteren Berufsorganisationen (zum Beispiel von PsychiaterInnen, AllgemeinärztInnen, Pflegekräften, AnwältInnen), schließlich Beschwerdestellen und Anwaltschaften.

- *Medien*

Die Mitglieder des Monitoringteams sollten berücksichtigen, dass das Verschicken von Berichtsexemplaren an die Medien das Bewusstsein der Öffentlichkeit für die Themen schärfen könnte. Die nationalen Aufsichtsbehörden haben wahrscheinlich eine/n PressesprecherIn, und Nichtregierungsorganisationen haben wahrscheinlich Erfahrungen im Umgang mit JournalistInnen. Falls dem Monitoringteam diese Erfahrung fehlt, ist es ratsam, sich an Organisationen zu wenden, die Erfahrungen in diesem Bereich haben. Das Monitoringteam könnte JournalistInnen vorschlagen, den Bericht als Aufhänger für eine aktuelle oder bevorstehende Veranstaltung oder einen internationalen Tag (wie zum Beispiel dem Welttag für psychische Gesundheit am 10. Oktober, dem Internationalen Tag für Menschen mit Behinderungen am 3. Dezember oder dem Internationalen Menschenrechtstag am 10. Dezember) zu verwenden.

- *Nationale Menschenrechtsorganisationen*

Falls die Kontrollbesuche nicht von nationalen Menschenrechtsinstitutionen oder einer Ombudsstelle durchgeführt wurden, sollten die Mitglieder des Monitoringteams diesen Stellen Berichtsexemplare zuschicken.

- *WissenschaftlerInnen*

WissenschaftlerInnen und Universitätsinstitute – vor allem diejenigen mit Bezug auf Menschenrechte oder Sozial- und Gesundheitsversorgung – sollten ebenfalls auf der EmpfängerInnenliste stehen, da sie weitere Untersuchungen durchführen oder die Themen in wissenschaftlichen Publikationen aufgreifen können.

Schritt 9: Evaluierung des Prozesses

Die vorletzte Phase des Monitoring-Prozesses besteht in seiner Evaluierung. Es gibt viele Arten, diese durchzuführen. Üblicherweise besteht sie aber darin, die Meinungen unterschiedlicher Personen darüber zu erfassen,

- inwieweit die Monitoring-Ziele erreicht wurden
- inwieweit das Monitoring effektiv war
- inwieweit das Monitoring effizient war
- was während des nächsten Monitoring-Zyklus anders gemacht werden könnte.

Abhängig von der Zielgruppe und dem Ergebnis des Monitorings können diese Fragen in verschiedener Hinsicht überprüft werden, etwa bezüglich der Auswirkungen des Projekts, der verwendeten Methodik, des fertiggestellten Berichts, der Verbreitung, der Publizität, des Projektmanagements, praktischer Aspekte oder der Logistik. Es gibt viele Möglichkeiten, sich über Evaluierungsmethoden zu informieren.

Schritt 10: Planung zukünftiger Besuche

Im gesamten Text wurde bisher immer wieder betont, dass das Menschenrechts-Monitoring ein regelmäßiger und lang andauernder Prozess ist. Regelmäßiges Monitoring ist eine Möglichkeit, die Fortschritte oder den Stillstand im Hinblick auf die Menschenrechtssituation über einen bestimmten Zeitraum hin zu dokumentieren - wie das *Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter (OPCAT)* fordert – um Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu verhindern. Bei der Planung zukünftiger Besuche sollten die Evaluierungsergebnisse (Schritt 9) berücksichtigt werden, damit laufend Verbesserungen vorgenommen werden können. Es wird immer herausfordernde Situationen geben, jedoch haben Beständigkeit und Couragiertheit bereits viel verändern können. Viel Erfolg!

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.

Kapitel 9. Fragenkatalog für den Monitoring-Besuch

Abschnitt 1. Details zum Monitoringbesuch	
Name, Adresse, Telefonnummer der besuchten Institution	
Name und E-Mail-Adresse der Leiterin / des Leiters	
Art der Institution (z. B. psychiatrisches Krankenhaus, betreute Wohneinrichtung, etc.)	
Datum des Kontrollbesuches	
Mitglieder des Monitoring Teams	
Abschnitt 2. Details der besuchten Institution	
2.1 Ort	
(Quelle: Beobachtung)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschreiben Sie die Lage der Institution. ▪ Befindet sie sich in einer ländlichen oder städtischen Umgebung? ▪ Wie gut ist sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar? ▪ Wie weit ist die nächste Stadt entfernt? ▪ Gibt es verschlossene Türen/Eingänge oder kann man /können BesucherInnen/BewohnerInnen/PatientInnen aus und ein gehen (Beziehen Sie sich hier auf gesetzlich freiwillig aufgenommene BewohnerInnen/PatientInnen)? ▪ Gibt es Wachpersonal oder ein Besucher-check-in/check-out-System? 	

2.2 Institution	
(Quelle: LeiterIn & Dokumentation)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird die Institution finanziert, z. B. zu wieviel % durch Steuern, durch die Krankenkasse, durch BewohnerInnen/PatientInnen, Private, Kirche etc., und wie hoch ist ungefähr das Gesamtbudget für das laufende Kalenderjahr? ▪ Sind das Budget und die Ausgaben öffentlich einsehbar? ▪ Wurde die Einhaltung der Menschenrechte für die BewohnerInnen/PatientInnen in dieser Institution bereits überprüft (Bitte Details)? 	
2.3 BewohnerInnen/PatientInnen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Beobachtung)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie viele Betten/Plätze gibt es in dieser Institution? ▪ Wie viele Personen verbringen heute die Nacht in dieser Institution? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele davon sind Männer und wie viele Frauen (ungefähre %)? ○ Wie hoch davon ist etwa der Anteil in den folgenden Altersgruppen (ungefähre %) <ul style="list-style-type: none"> ○ unter 18 ○ 18 bis 65 ○ über 65? ▪ Die meisten BewohnerInnen/PatientInnen dieser Abteilung/Institution gehören folgender Kategorie an: <ul style="list-style-type: none"> (1) Personen mit einer psychiatrischen Diagnose (2) Personen mit einer Diagnose hinsichtlich geistiger Behinderung (3) Personen mit einer Drogen- oder Alkoholmissbrauchsdiagnose (4) Personen mit einer neurodegenerativen Diagnose (z. B. Alzheimer oder Demenz)? ▪ Ungefähr wie viel % der BewohnerInnen/PatientInnen sind teilweise oder voll besuchswert? Wer sind die SachwalterInnen (z. B. Familienmitglieder, professionellen SachwalterInnen, die Direktorin/der Direktor der Institution)? ▪ Wie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer? ▪ Wie viele Personen wurden im letzten Kalenderjahr entlassen bzw. haben die Institution verlassen: <ul style="list-style-type: none"> ○ In die Gesellschaft, zurück nach Hause? ○ In andere Institutionen? 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieviele Personen sind gestorben? ▪ Wie alt waren die Personen, die in den letzten 12 Monaten gestorben sind? ▪ Welches Prozedere ist für die Untersuchung eines Todesfalles vorgesehen? 	
<p>2.4 Personal</p> <p>(Informationsquellen: LeiterIn & Dokumentation)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieviel Personal arbeitet insgesamt in dieser Abteilung/der Institution? (Vollzeitäquivalente) ▪ Wieviel davon sind: <ul style="list-style-type: none"> ○ PsychiaterInnen ○ Nicht-psychiatrische ÄrztInnen ○ Qualifiziertes Pflege- und ähnliches Personal ○ Nicht-qualifiziertes Pflegepersonal/Betreuungspersonal ○ PsychologInnen 	
<p>2.5 Weiterbildung des Personals</p> <p>(Informationsquellen: Personal & Dokumentation, Richtlinien)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind MitarbeiterInnen verpflichtet, an kontinuierlicher beruflicher Weiterbildung teilzunehmen (Bitte Details)? 	
<p>2.6 Beschwerdemanagement</p> <p>(Informationsquellen: LeiterIn, BewohnerInnen/PatientInnen, Beobachtung, Dokumentation, Beschwerderegister, Jahresbericht)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie können sich die BewohnerInnen/PatientInnen über bestimmte Abläufe in der Institution beschweren? ▪ Wie erfahren sie vom diesbezüglichen Prozedere? ▪ Werden die BewohnerInnen/PatientInnen mit den nötigen Utensilien versorgt, um eine Beschwerde vorzubringen? (z. B. Stifte, Papier, Sicherheitsboxen) ▪ Werden Aufzeichnungen über Beschwerden aufbewahrt? ▪ Gibt es einen publik gemachten und überprüften Jahresbericht über vorgebrachte Beschwerden, der zu Überprüfungen führt? ▪ Wie wird mit ungelösten Beschwerden umgegangen und gibt es ein PatientInnenanwaltssystem? 	

3.1 Materielle & physische Umgebung (Informationsquellen: LeiterIn, Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Beobachtung in verschiedenen Räumen (Schlafräume, Speiseraum, Therapieräume, WC, Badezimmer))	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist die Stromversorgung ausreichend? ▪ Ist die Heizung ausreichend? ▪ Gibt es sichtbare Schäden, wie z. B. zerbrochene Fenster, beschädigte Wände? ▪ Sind die den BewohnerInnen/PatientInnen zugänglichen Bereiche der Institution ausreichend gereinigt? 	
3.2 Ausstattung (Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Beobachtung)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die Räume generell überfüllt? ▪ Sind Außenanlagen vorhanden (Garten, Hof, etc.) und sind diese gut zugänglich? ▪ Sind alle Bereiche für Personen mit physischen und sensorischen Behinderungen zugänglich? ▪ Sind für Frauen und Männer getrennt zugängliche Bereiche ausreichend vorhanden? 	
3.3 Essen und Verpflegung (Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Beobachtung der Küche/des Speiseraums während der Mahlzeiten)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschreiben Sie den Speiseraum (Gibt es genügend Platz zum Essen?) ▪ Sind die Speisen nahrhaft? ▪ Sind die Speisen allgemein ansprechend? ▪ Gibt es einen Hinweis darauf, dass die BewohnerInnen/PatientInnen schlecht ernährt sind (Details anführen)? ▪ In welchem Ausmaß haben BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zu zusätzlichen kleinen Zwischenmahlzeiten und Gerichten? 	
3.4 Wasser (Informationsquellen: Personal, Beobachtung, BewohnerInnen/PatientInnen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist reines Trinkwasser rund um die Uhr und für alle BewohnerInnen/PatientInnen verfügbar? 	

3.5 Bekleidung	
(Informationsquellen: Personal, Beobachtung, BewohnerInnen/PatientInnen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können die BewohnerInnen/PatientInnen selbst entscheiden, welche Kleidung sie tragen? (Ist es ihre eigene Bekleidung? Müssen sie Uniformen/Pyjamas tragen?) ▪ Wie wird die Kleidung gereinigt und wie oft? 	
3.6 Schlafräume	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation, Beobachtung. Besuchen Sie unterschiedliche Zimmer in verschiedenen Abteilungen und erheben Sie die unten angeführte Information in unterschiedlichen Kontexten und Bereichen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie viele Betten sind in jedem Schlafräum? ▪ Werden Betten geteilt? (Bitte Details) ▪ Wie ist der Zustand und Komfort der Betten? ▪ Gibt es genügend sauberes Bettzeug und Decken in ausreichender Qualität? ▪ Haben die BewohnerInnen/PatientInnen persönliche Gegenstände und Bilder in der Nähe ihrer Betten? ▪ Gibt es einen gesicherten Ort, in dem jede/r BewohnerIn/PatientIn persönliche Dinge aufbewahren kann (z. B. Schließfächer oder verschließbare Nachtkästchen)? 	
3.7 Beleuchtung	
(Informationsquellen: Beobachtung und BewohnerInnen /PatientInnen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die den BewohnerInnen/PatientInnen zugänglichen Bereiche ausreichend beleuchtet? 	
3.8 Frischluft	
(Informationsquellen: Beobachtung und BewohnerInnen/PatientInnen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist ausreichend Frischluft vorhanden (bitte Details)? 	

3.9 Hygiene	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Beobachtung)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind Waschgelegenheiten frei zugänglich? ▪ Benutzt das Personal die gleichen Toiletten wie die BewohnerInnen/PatientInnen? ▪ Wie zugänglich sind Waschbecken, Duschen und Bäder? ▪ Intimsphäre? (Gibt es getrennte sanitäre Bereiche für Männer und Frauen? Sind Toiletten/Duschen etc. getrennt? Haben sie Türen oder sind sie gemeinsam zu benutzen?) ▪ Sind die Toiletten sauber? ▪ Ist Toilettenpapier in ausreichender Menge vorhanden? ▪ In welchem Ausmaß werden die BewohnerInnen/PatientInnen vom Personal beobachtet, während sie die sanitären Einrichtungen oder die Toilette benutzen? ▪ Sind für BewohnerInnen/PatientInnen notwendige Hygieneartikel, wie z. B. Binden, verfügbar? 	
Abschnitt 4. Unfreiwillige Unterbringung und Überprüfung ihrer Rechtmäßigkeit	
(NB: Dieser Abschnitt muss nicht für alle Institutionen relevant sein)	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Gesetz, Personal, Dokumentation (s. Gerichts- und Krankenhausaufzeichnungen))	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird die gesetzlich vorgeschriebene Vorgangsweise voll eingehalten? ▪ Werden gesetzlich unfreiwillig untergebrachte BewohnerInnen/PatientInnen routinemäßig und vollständig über ihre Rechte informiert (inklusive des Rechts gegen die unfreiwillige Unterbringung Einspruch zu erheben)? ▪ Welchen Zugang gibt es in Bezug auf unfreiwillige Unterbringung zu Unterstützung und zu gesetzlicher Vertretung? 	

Abschnitt 5. Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft nach der Entlassung	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation individuelle Entlassungspläne)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird der Heilungsprozess nach der institutionellen Behandlung weiter unterstützt? ▪ Wer ist am Angebot zur Unterstützung des Heilungsprozesses beteiligt? ▪ Wen würden Sie gerne in diese Unterstützung mit einbeziehen? ▪ Welche Alternativen gibt es in dieser Region zu dieser Institution? ▪ Welche Maßnahmen trifft die Institution, um die Person zurück in die Gemeinschaft zu entlassen? ▪ Wer ist dafür verantwortlich? 	
Abschnitt 6. Teilnahme am kulturellen Leben, Erholung, Freizeit und Sport	
Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Beobachtung, Dokumentation (siehe z. B. Wochenplan, Plakate etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ In welchem Ausmaß gibt es Zugang zu Zeitungen, Büchern, Radio, Fernsehen, Hörbüchern, Computern? ▪ Welche kulturellen, Erholungs-, Sport- und Freizeitaktivitäten stehen den BewohnerInnen/PatientInnen innerhalb dieser Abteilung/Institution zur Verfügung? ▪ Welche kulturellen, Erholungs-, Sport- und Freizeitaktivitäten stehen den BewohnerInnen/PatientInnen außerhalb dieser Abteilung/Institution zur Verfügung? ▪ Dürfen bestimmte BewohnerInnen/PatientInnen an keiner dieser Aktivitäten teilnehmen? Warum? ▪ Wie leicht sind diese Aktivitäten für BewohnerInnen/PatientInnen zugänglich? 	
Abschnitt 7. Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben	
Informationsquellen: Personal und BewohnerInnen/PatientInnen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie üben die BewohnerInnen/PatientInnen ihr Wahlrecht aus? ▪ Bekommen die Personen Unterstützung dabei, ihr Stimmrecht auszuüben? (Bitte Details angeben) ▪ Wird irgendjemand von einer Wahl ausgeschlossen? (Bitte Details angeben) ▪ Gibt es Hinweise darauf, dass jemand während des Wählens beeinflusst werden würde? 	

Abschnitt 8. Bildung, Ausbildung, Arbeit und Anstellung	
Informationsquellen: Personal und BewohnerInnen/PatientInnen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Arten von Bildungsprogrammen sind verfügbar (z. B. universitäre Ausbildung, Äquivalente zu Höher bildenden Schulen, Ausbildungsprogramme, berufliches Training, etc.)? Innerhalb und/oder außerhalb der Institution? ▪ Wieviel Prozent der BewohnerInnen/PatientInnen nehmen an diesen Programmen teil? ▪ Werden BewohnerInnen/PatientInnen in der Institution als unbezahltes Personal eingesetzt? ▪ Dürfen BewohnerInnen/PatientInnen außerhalb der Institution arbeiten? ▪ Werden sie gleich bezahlt wie andere in der Gemeinschaft? ▪ Wie finden BewohnerInnen/PatientInnen einen Arbeitsplatz? Erklären Sie das Prozedere. 	
Abschnitt 9. Religionsfreiheit	
Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen und Beobachtung	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Möglichkeiten einer religiösen Praxis ihrer Wahl haben die BewohnerInnen/PatientInnen? (innerhalb und außerhalb der Institution) ▪ Beschreiben Sie verpflichtende religiöse Praktiken. (Bitte Details angeben) 	
Abschnitt 10. Korrespondenz und Besuche	
Informationsquellen: Personal und BewohnerInnen/PatientInnen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist es den BewohnerInnen/PatientInnen möglich, uneingeschränkt und unbeobachtet mit jeder Person per Post, Telefon oder E-Mail zu korrespondieren? ▪ Haben die BewohnerInnen/PatientInnen freien und unbeobachteten Zugang zum Telefon? ▪ Sind persönliche Mobiltelefone erlaubt? ▪ Haben die BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zum Internet? Können sie das Internet unbeobachtet benutzen? ▪ Liest das Personal ein- oder ausgehende Post? Warum? ▪ Ermutigt das Personal die BewohnerInnen/PatientInnen, Kontakt mit Personen, die außerhalb der Institution leben, aufrecht zu erhalten? Wie? 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie unterstützt das Personal die BewohnerInnen/PatientInnen, wenn es notwendig ist, das Telefon oder das Internet zu benutzen oder Briefe zu schreiben? ▪ Sind die Besuchzeiten unbotmäßig eingeschränkt? Können Kinder auf Besuch kommen und welche Vorkehrungen werden dafür getroffen? ▪ Welche Möglichkeiten gibt es, mit BesucherInnen an einem privaten Ort zusammen zu sein? ▪ Ist jemand davon ausgeschlossen, Besuch zu empfangen? Aus welchen Gründen? 	
Abschnitt 11. Recht auf Familie und auf Privatsphäre	
<p>(Informationsquellen: Personal und BewohnerInnen/PatientInnen)</p> <p>Einstiegsfrage: Besteht die Möglichkeit für Privatsphäre und Privatleben (Aufenthaltsumgebung, Sexualität, persönliche Hygiene)?</p>	
11.1 Heirat	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen heiraten? 	
11.2 Kontrazeption	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können die BewohnerInnen/PatientInnen wählen, welche Art von Verhütung sie verwenden? ▪ Erhalten BewohnerInnen/PatientInnen Verhütungsmittel (z. B. die Pille oder Depotinjektion) ohne deren Einwilligung? ▪ Werden die Nebenwirkungen von Kontrazeption besprochen, wenn die Zustimmung dazu eingeholt wird? 	
11.3 Schwangerschaft und Elternschaft	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist es Bewohnerinnen/Patientinnen hier erlaubt, schwanger zu werden? ▪ Wieviele Bewohnerinnen/Patientinnen wurden in den letzten 12 Monaten schwanger? ▪ Wie reagiert die Institution auf Schwangerschaften? ▪ Welche Art Unterstützung wird bei Elternschaft geboten? ▪ Ist es für die Eltern/Mutter und das Kind möglich zusammen zu bleiben? 	
11.4 Abtreibung	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wann hatte eine Bewohnerin das letzte Mal eine Abtreibung? ▪ Wer entscheidet, dass eine Abtreibung vorgenommen werden soll? ▪ Kann diese Entscheidung angefochten werden? (Bitte Details angeben) 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wer wird darüber informiert, dass eine Abtreibung vorgenommen werden soll? ▪ Wie kommt es zu einer Einverständniserklärung? ▪ Welche Information bekommt die Bewohnerin/Patientin über Abtreibungsmöglichkeiten? ▪ Werden jemals Abtreibungen ohne Einverständnis der Bewohnerin/Patientin vorgenommen? (Bitte Details) ▪ Welche Unterstützung bekommt die Bewohnerin/Patientin vor und nach der Abtreibung? ▪ Wenn eine Bewohnerin/Patientin bereits eine Abtreibung hatte, könnte die Interviewerin/der Interviewer mit ihrer Zustimmung mit ihr über den ganzen Vorgang sprechen: die Entscheidungsfindung, die Zustimmung, das Ergebnis/Komplikationen 	
11.5 Sterilisation	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist die Vorgangsweise in Bezug auf eine freiwillige Einverständniserklärung? Welche Information wird der Bewohnerin/dem Bewohner über die Sterilisation gegeben? ▪ Wer entscheidet, dass es eine Sterilisation geben soll? ▪ Kann diese Entscheidung aufgehoben werden? (Bitte Details nennen) ▪ Wer wird darüber informiert, dass eine Sterilisation vorgenommen werden soll? ▪ Werden Sterilisationen ohne Einwilligung der betreffenden Person durchgeführt? ▪ Welche Unterstützung bekommt die Person vor und nach dem Eingriff? 	
Abschnitt 12. Äußerungs- und Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen	
(Informationsquellen: Personal und BewohnerInnen/PatientInnen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen ohne negative Konsequenzen von Seiten des Personals ihre Meinungen frei äußern, Fragen stellen und Beschwerde einlegen? ▪ Wie erhalten die BewohnerInnen/PatientInnen Informationen über wichtige Themen wie die Hausordnung, ihre Rechte oder Rechtshilfe/Selbsthilfegruppen? ▪ Ist die verfügbare Information relevant und in den Sprachen der BewohnerInnen/PatientInnen verständlich? 	

Abschnitt 13. Abwesenheit von Folter, Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es Hinweise auf Folter, Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung? ▪ Haben BewohnerInnen/PatientInnen Anschuldigungen erhoben, schlecht behandelt, missbraucht oder vernachlässigt worden zu sein? (Bitte Details nennen) ▪ Wie wurde auf solche Anschuldigungen reagiert? 	
Abschnitt 14. Fixierung und Isolation	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation & Beobachtung)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Fixierungsmethoden werden angewandt (z. B. Handfesseln, Lederriemen, Netzbetten oder Medikation)? 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird Isolation angewandt? Wenn ja, sehen Sie sich den Isolationsraum an. Beachten Sie seine Größe und Lage, die Erreichbarkeit von sanitären Einrichtungen inklusive Toiletten, die Fenster, den Allgemeinzustand, die Möglichkeit, Personal im Notfall zu kontaktieren. ▪ Unter welchen Umständen wird Fixierung/Isolation angewandt? ▪ Wie häufig wird Fixierung/Isolation angewandt und für wie lange? ▪ Was ist die längste Zeit, die jemand im letzten Jahr in Fixierung oder Isolation gehalten wurde? ▪ Wer autorisiert Fixierung/Isolation und unter welchen Umständen? ▪ Wie wird Fixierung/Isolation überprüft und beendet? ▪ Wird den BewohnerInnen/PatientInnen erlaubt, aus der Fixierung/Isolation heraus oder zu anderen Zeiten auf die Toilette zu gehen? ▪ Welchen menschlichen Kontakt haben Personen in der Fixierung oder Isolation? ▪ Wird Fixierung/Isolation jemals als Strafe angewandt? ▪ Wie wird die Anwendung von Isolation dokumentiert? ▪ Wird Isolation oder Fixierung angewendet, wenn Personal fehlt? ▪ Werden Fixierungs- und Isolationsrichtlinien und -anwendungen regelmäßig extern überprüft? 	

Abschnitt 15. Habilitation und Rehabilitation	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist es den BewohnerInnen/PatientInnen gestattet, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und für sie wichtige Dinge durchzuführen (z. B. Alltagsaufgaben, Hobbies, Studien) ▪ Welche therapeutischen und rehabilitativen Aktivitäten sind verfügbar? (Z. B. kreative Aktivitäten wie Kunst oder Musiktherapie, Ergotherapie und Möglichkeiten neue Fertigkeiten zu erlernen) ▪ Haben die BewohnerInnen/PatientInnen die Wahl an welcher Aktivität sie teilnehmen möchten? ▪ Sind das sinnvolle und angenehme Aktivitäten oder nur sich wiederholende, eintönige Aufgaben? ▪ Gibt es Selbsthilfegruppen? 	
Abschnitt 16. Behandlungseinwilligung	
(Informationsquellen: Personal, BewohnerInnen/PatientInnen, Dokumentation)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie geht man in dieser Abteilung/Institution vor, um eine Einverständniserklärung für die Behandlung zu bekommen? ▪ Beschreiben Sie, was die Institution unter „Einverständnis mit der Behandlung“ versteht. ▪ Was geschieht, wenn die/der BewohnerIn/PatientIn die Behandlung verweigert? ▪ Kann eine Behandlung zwangsweise durchgeführt werden? (Bitte Details nennen) ▪ Wie kann ein/e BewohnerIn/PatientIn gegen die Entscheidung, dass eine Behandlung ohne Einverständnis durchgeführt wird, berufen? ▪ Werden Anordnungen einer Behandlung ohne Einverständnis der Betroffenen von einer unabhängigen rechtlichen Instanz systematisch geprüft? 	
Abschnitt 17. Verfügbarkeit einer allgemeinen Gesundheitsversorgung	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haben diejenigen BewohnerInnen/PatientInnen, die eine körperliche Gesundheitsversorgung benötigen, Schwierigkeiten Zugang dazu zu erhalten? ▪ Was waren im letzten Jahr die größten körperlichen Gesundheitsprobleme? ▪ Haben die BewohnerInnen/PatientInnen die Möglichkeit, sich regelmäßig allgemeinmedizinisch untersuchen zu lassen? 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was passiert, wenn BewohnerInnen/PatientInnen spezielle medizinische Hilfe benötigen? ▪ Wer übernimmt die Kosten für die körperliche Gesundheitsversorgung? ▪ Welche Kosten müssen die BewohnerInnen/PatientInnen tragen und sind diese leistbar? ▪ Gibt es andere Barrieren gegen den Zugang zur körperlichen Gesundheitsversorgung? 	
Abschnitt 18. Verfügbarkeit von psychiatrischer Betreuung	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine/n PsychiaterIn oder eine/n SpezialistIn für psychische Gesundheit konsultieren, wenn sie das wünschen? ▪ Wie oft hat ein/e BewohnerIn/PatientIn Kontakt mit einer/einem PsychiaterIn oder einer Spezialistin/einem Spezialisten für psychische Gesundheit? ▪ Etwa wie viele Stunden pro Woche verbringt ein/e PsychiaterIn oder ein/e SpezialistIn für psychische Gesundheit in der Abteilung/Institution? ▪ Können die BewohnerInnen/PatientInnen die/den PsychiaterIn auswählen? ▪ Wie lange dauert eine Unterredung mit/Untersuchung durch einer/einem PsychiaterIn normalerweise? ▪ Finden diese Kontakte in einem privaten Rahmen statt? (i. S. von nicht-öffentlich) ▪ Welche Arten der Untersuchung und Behandlung stehen in einer psychischen Krise zur Verfügung? 	
Abschnitt 19. Verfügbarkeit von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine/n ÄrztIn für Allgemeinmedizin ihrer Wahl sprechen, wenn sie eine/n benötigen? ▪ Welche Ausbildung hat die/der AllgemeinmedizinerIn für Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung von Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen? ▪ Welche Ausbildung hat die/der AllgemeinmedizinerIn für die Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung von Personen mit geistiger Behinderung? 	

Abschnitt 20. Verfügbarkeit von Pflege- und Betreuungspersonal	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen mit einer Pflegeperson Kontakt haben, wenn sie dies benötigen? ▪ Verfügen das Pflegepersonal über eine spezielle Ausbildung für psychiatrische Pflege? ▪ Wie ist die Qualität der durch das Pflegepersonal erbrachten Krankenpflege? ▪ Sind die Einstellungen des Pflegepersonals therapeutisch und personenzentriert? ▪ Etwa wie viele Stunden pro Woche in ist eine qualifizierte Pflegeperson in dieser Abteilung anwesend? 	
Abschnitt 21. Verfügbarkeit von nicht-medikamentösen Therapien	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine Psychotherapeutin/ einen Psychotherapeuten konsultieren? ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine Psychotherapeutin/ einen Psychotherapeuten ihrer Wahl konsultieren? ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine/n SozialarbeiterIn/SoziotherapeutIn ihrer Wahl konsultieren? ▪ Können BewohnerInnen/PatientInnen eine Ergotherapeutin/ einen Ergotherapeuten ihrer Wahl konsultieren? 	
Abschnitt 22. Medizinische Aufzeichnungen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die Aufzeichnungen vollständig, geordnet abgelegt und verständlich? ▪ Werden sie vertraulich behandelt? ▪ Sind die Aufzeichnungen für diejenigen, die einen Zugang dazu benötigen (einschließlich BewohnerInnen/PatientInnen), leicht zugänglich? 	

Abschnitt 23. Körperliche Gesundheitsförderung und Prävention körperlicher Erkrankungen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedenkt man die hohe Rate von körperlichen Erkrankungen bei Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen: Haben BewohnerInnen/PatientInnen Zugang zu qualitativ guten gesundheitsfördernden und körperlichen Vorsorgeleistungen: z. B. Impfung, Diabetes-Test, Mammographie? ▪ Werden die BewohnerInnen/PatientInnen bei der Aufnahme und danach regelmäßig gewogen? ▪ Gibt es leicht zugängliche Einrichtungen für körperliche Bewegung? ▪ Gibt es Zugangsbeschränkungen für die Verwendung solcher Einrichtungen? ▪ Gibt es regelmäßige körperliche Gesundheitsüberprüfungen der BewohnerInnen/PatientInnen im Hinblick auf die Früherkennung von Krebs? 	
Abschnitt 24. Medikation für körperliche und psychische Erkrankungen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die verordneten Medikamente routinemäßig verfügbar und für die BewohnerInnen/PatientInnen leistbar? ▪ Werden die Medikamente in Übereinstimmung mit akzeptierten Behandlungsrichtlinien angewendet? ▪ Werden die Medikamente ordnungsgemäß aufbewahrt? ▪ Werden von den BewohnerInnen/PatientInnen berichtete Nebeneffekte vom Personal ernst genommen und wird darauf reagiert? ▪ Wird auf Präferenzen der BewohnerInnen/PatientInnen bei der Medikation Rücksicht genommen? (Z. B. bei der Verabreichung) ▪ Gibt es Hinweise auf eine Übermedikation durch welche die Arbeit in der Institution erleichtert wird statt dass die Medikation zum Wohl der/des einzelnen Bewohnerin/Bewohners bzw. Patientin/Patientens eingesetzt wird? (z. B. <i>Beobachten Sie die physischen Nebenwirkungen mancher Medikamente, z. B. halb-wacher Zustand, vermehrter Speichelfluss, unfähig sich verständlich zu machen, schlüpfender Gang</i>) 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es Hinweise darauf, dass das diensthabende Personal zu viel Freiraum bei der Gabe von Medikamenten hat, z. B. bei der Verwendung von sedierenden Medikamenten mit dem Hinweis „wenn erforderlich“? ▪ Was geschieht, wenn ein/e BewohnerIn/PatientIn ihre/seine Medikamente nicht nehmen will? ▪ Gibt es eine klare Dokumentation der verabreichten Medikation und ihrer Dosierung? ▪ Ist die Dosierung dem klinischen Zustand angepasst und wird die Medikation nicht zur Erleichterung der Arbeit des Personals oder als Strafe für die BewohnerInnen/PatientInnen eingesetzt? 	
Abschnitt 25. Medizinische Aufnahmeuntersuchung	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
Einstiegsfrage: Wurde Ihre körperliche Gesundheit untersucht, als Sie hierher kamen?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist bei der Aufnahme eine medizinische Untersuchung routinemäßig vorgesehen und erfolgt diese auf freiwilliger Basis und mit Einverständniserklärung? ▪ Wer führt diese Untersuchung durch? ▪ Werden den BewohnerInnen/PatientInnen die Diagnose und eventuelle Implikationen für ihre Behandlung verständlich erklärt? ▪ Wird diese medizinische Untersuchung mit entsprechendem Respekt im Hinblick auf das Geschlecht und dem kulturellen und religiösen Hintergrundes durchgeführt? ▪ Was geschieht, wenn die/der BewohnerIn/PatientIn (bei der Aufnahme) die Untersuchung verweigert? 	
Abschnitt 26. Diagnose körperlicher und psychischer Erkrankungen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird die somatische Diagnose aufgrund einer Untersuchung durch qualifizierte ÄrztInnen gestellt? ▪ Wird die psychiatrische Diagnose aufgrund einer Untersuchung durch qualifizierte ÄrztInnen gestellt? 	
Abschnitt 27. Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden in der Institution Elektrokonvulsionsbehandlungen (EKT) durchgeführt? Wenn ja, für welche Indikation? ▪ Werden Elektrokonvulsionsbehandlungen jemals ohne Sedierung/ Narkotika/ Muskelrelaxantien durchgeführt? 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden die Details jeder einzelnen Elektrokonvulsionsbehandlung dokumentiert? ▪ Welche Nebenwirkungen werden berichtet? ▪ Werden Elektrokonvulsionsbehandlungen in einer Art und Weise angewandt, dass sie von den BewohnerInnen/PatientInnen als Bestrafung wahrgenommen werden? ▪ Was geschieht, wenn ein/e BewohnerIn / PatientIn eine Elektrokonvulsionstherapie verweigert? 	
Abschnitt 28. Alkohol, Zigaretten und illegale Drogen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist Alkohol für die BewohnerInnen/PatientInnen in gleicher Weise zugänglich wie in der lokalen Gemeinde? ▪ Sind Zigaretten für die BewohnerInnen/PatientInnen in gleicher Weise zugänglich wie in der lokalen Gemeinde? ▪ Wird der Verwendung von illegalen Drogen durch BewohnerInnen/PatientInnen Beachtung geschenkt? ▪ Welche Formen der Hilfe und Unterstützung sind zugänglich für BewohnerInnen/PatientInnen mit: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alkoholproblemen 2. Rauchproblemen 3. Drogenproblemen? 	
Abschnitt 29. Einbindung der BewohnerInnen/PatientInnen in die Erstellung von Betreuungsplänen	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie können BewohnerInnen/PatientInnen bei der Entscheidungen zur Erstellung ihres Behandlungs- und Rehabilitationsplanes mitwirken? ▪ Hat jede/r BewohnerIn/PatientIn seinen/ihren individuellen Betreuungs- und Behandlungsplan? ▪ Können die BewohnerInnen/PatientInnen zum Inhalt des Betreuungs- und Behandlungsplanes Fragen stellen bzw. diese infrage stellen? ▪ Sind die Medikation und die therapeutischen Maßnahmen in den Betreuungs- und Behandlungsplänen individuell patientenbezogen spezifiziert? ▪ Wie oft werden die Betreuungs- und Behandlungspläne revidiert? ▪ Sind die Betreuungs- und Behandlungspläne in einer für die BewohnerInnen/PatientInnen verständlichen Sprache verfügbar? 	

Abschnitt 30. Zustimmung zur Teilnahme an Studien	
(Informationsquellen: BewohnerInnen/PatientInnen, Personal, Dokumente)	
<p>Gibt es eine festgelegte Prozedur mit schriftlicher Einverständniserklärung für eine Teilnahme an medizinischen und wissenschaftlichen Studien?</p> <p>Gibt es eine unabhängige Prozedur, in der entschieden wird ob ein Forschungsprojekt aus ethischen Gründen erlaubt ist oder nicht?</p> <p>Erhalten potentielle TeilnehmerInnen an Studien ausreichend Informationen, um eine fundierte Entscheidung über die Teilnahme treffen zu können?</p> <p>Wird Forschung an Personen durchgeführt, die unfreiwillig untergebracht sind?</p> <p>Wird Forschung an Personen durchgeführt, die nicht fähig sind, selbst Entscheidungen zu treffen?</p> <p>Wenn in der Institution medizinische Studien an Personen durchgeführt werden, die unfreiwillig untergebracht sind oder aktuell nicht ansprechbar sind: Wer wurde über die Studie informiert?</p> <p>Wird die Institution für Studien bezahlt?</p> <p>Gibt es für BewohnerInnen/PatientInnen, die nicht an einem Forschungsprojekt teilnehmen möchten Beschränkungen im Zugang zur normalen Betreuung?</p>	