

Manual zur Basisdokumentation Psychiatrie (Stand Januar 2025)

Vorbemerkung

Alle voll- und/oder teilstationär tätigen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nehmen im Rahmen der Qualitätssicherung an der Basisdokumentation Psychiatrie (Badok) des Landes Rheinland-Pfalz teil. Gemäß § 14 Abs. 2 des Landesgesetzes über Hilfen bei psychischen Erkrankungen (PsychKHG) sind Einrichtungen, die an der Unterbringung psychisch erkrankter Personen beteiligt sind, im Rahmen der Qualitätssicherung zur Teilnahme an der Badok verpflichtet. Auch die Tageskliniken in Rheinland-Pfalz nehmen bisher und weiterhin an der Badok teil. Die ambulante Behandlung ist von der Badok nicht umfasst. Näheres zur Basisdokumentation zu regeln, obliegt nach § 14 Abs. 2 PsychKHG dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit.

Das grundsätzliche Format als fallbezogene Statistik sieht weiterhin vor, dass die Daten für jeden Behandlungsfall erfasst werden. Für die Meldungen werden seit dem Berichtsjahr 2023 die folgenden, bereits bekannten Verfahren angeboten:

- Import der aus Patientenverwaltungsprogrammen generierten csv-Datensätze über das Formularmanagementsystem
- Manuelle Datenerfassung über ein Online-Formular

Die Datensatzbeschreibung und der Link zur Online-Meldung sind unter <https://www.statistik.rlp.de/daten-melden/badok> zu finden.

Eine Übermittlung der Daten mittels Versand von Papierfragebögen ist seit dem Berichtsjahr 2023 aus Gründen der Datensicherheit sowie der Qualitätssicherung nicht mehr möglich.

Bitte melden Sie die im vorangegangenen Kalenderjahr entlassenen Patientinnen und Patienten bis zum **30. April** des Folgejahres. Für die Meldung im Jahr 2025 sollten also alle im Jahr 2024 aus der (teil-)stationären Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten bis zum 30. April 2025 gemeldet werden. Falls Ihre Einrichtung bereits unterjährig – also nicht in einer gebündelten Lieferung – an das Statistische Landesamt meldet, achten Sie dringend darauf, dass Fälle nicht doppelt an das Statistische Landesamt weitergeleitet werden. Fälle, die bereits abgeschlossen und gemeldet wurden, sind bei zukünftigen Datenlieferungen auszusteuern. Es gibt keinen Identifikator im Datensatz der einzelnen Patientinnen und Patienten, der im Nachgang eine Bereinigung von Dubletten erlaubt.

Die Daten werden wie bisher an das Statistische Landesamt übermittelt, wo eine standortbezogene ebenso wie eine standortübergreifende Auswertung der Daten stattfindet. Den Krankenhäusern werden auf Wunsch standortbezogene Auswertungen für ihr Haus zur Verfügung gestellt. Im Hinblick auf die erhobenen Zwangsmaßnahmen ist eine Veröffentlichung standortbezogener Daten nur in anonymisierter Form – also ohne Nennung von Krankenhausnamen – vorgesehen.

Die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen orientiert sich am Vorschlag des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer Krankenhäuser und

Abteilungen in Rheinland-Pfalz und wurde mit diesem sowie mit dem Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz abgestimmt. Die Erhebung von Zwangsmaßnahmen beschränkt sich auf die erarbeiteten zentralen Aspekte. Eine umfassende und vollständige Abbildung von Zwang in der Psychiatrie ist weder möglich noch beabsichtigt. Alle Definitionen und Konventionen wurden möglichst so gewählt, dass sie dem intuitiven Verständnis folgen und zugleich die Rechtslage sauber abbilden.

Das vorliegende Manual bietet eine Ausfüllhilfe mit inhaltlichen Erläuterungen zu den zu erhebenden Daten und soll so dazu beitragen, dass die gleichen Sachverhalte in allen Häusern gleich interpretiert und angegeben werden. Sollten Ihre Fragen nicht mithilfe des Manuals zu beantworten sein, wenden Sie sich bitte bei inhaltlichen Fragen an Frau Ulrike Zier (ulrike.zier@mwg.rlp.de; 06131 16 5547) im MWG und bei technischen Fragen an Frau Margarita Kozlova (margarita.kozlova@statistik.rlp.de; 02603 71 3020) im Statistischen Landesamt.

Definitionen

StO-Nr.:

Hier ist die neunstellige Standortnummer nach § 293 Abs. 6 SGB V wie vergeben einzutragen.

Aufnahme- und Entlassungsdatum:

Die Eingabe erfolgt hier analog den Meldungen nach § 21 KHEntgG in der Datendatei „Fall“, allerdings ohne Uhrzeit. Für Berücksichtigung in der jahresbezogenen Auswertung ist das Jahr der Entlassung entscheidend.

Behandlungsform:

Wird eine Patientin oder ein Patient an einem Standort sowohl voll- als auch teilstationär behandelt, sind für das jeweilige Behandlungssetting getrennte Meldungen auszufüllen. Die stationsäquivalente Behandlung nach 115d SGB V und vergleichbare Formen wie zu Hause-Behandlung im Rahmen des Modellprojekts nach § 64b SGB V oder gemäß Vereinbarungen mit den Krankenkassen für das Ahrtal werden im ersten Schritt gemeinsam mit der vollstationären Behandlung erfasst. Im nächsten Schritt ist zu differenzieren, ob ausschließlich die bisher übliche vollstationäre Behandlung, ausschließlich stationsäquivalente Behandlung (hierunter würde auch zu Hause-Behandlung zählen) oder in beiden Settings behandelt wurde. Beim Wechsel von stationsäquivalenter Behandlung zur vollstationären Behandlung im Krankenhaus sind also nicht mehrere Meldungen auszufüllen, sondern eine für den gesamten Zeitraum.

Geschlecht:

Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei dem Eintrag "ohne Angabe" (Geschlecht kann weder "männlich" noch "weiblich" zugeordnet werden) nicht um den Erfassungstatbestand "keine Angabe" (fehlender Wert/Antwortausfall) handelt, sondern um die Angabe gemäß Eintrag im Geburtenregister, die ggf. neben der Kategorie „divers“ weiterhin besteht.

Wohnort:

Hier ist der Ort anzugeben, an dem die Patientin bzw. der Patient gemeldet ist oder sich gewöhnlich aufhält. Die Eingabe erfolgt anhand des Länder- bzw. Kreisschlüssels gemäß dem Dokument Schlüsselverzeichnis Wohnort (siehe <https://www.statistik.rlp.de/daten-melden/badok>). Für Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz ist das Bundesland bzw. „Ausland“ anzugeben. „Ausland“ ist als Wohnort nur dann anzugeben, wenn die Patientin bzw. der Patient tatsächlich nur zu Besuch hier ist und nicht etwa im Asylverfahren befindlich oder geduldet ist.

Aufnahme erfolgt freiwillig:

Bei dieser Frage geht es allein um die Aufnahmesituation. Ein anschließender/späterer freiwilliger oder unfreiwilliger Aufenthalt ist unter „Grundlage des Aufenthalts“ anzugeben.

Familiensituation:

Für Patientinnen und Patienten, die nicht alleine leben, sind mehrere Angaben möglich, um alle Kategorien von mit ihnen gemeinsam lebenden Menschen zu erfassen. Bitte geben Sie alle zutreffenden Kategorien an. Zu *Eltern (-teil)/Sorgeberechtigten* zählen die eigenen Eltern der Patientin bzw. des Patienten und Pflege- oder Adoptiveltern. *Andere von der Patientin oder dem Patienten abhängige Personen* können zum Beispiel zu betreuende Enkelkinder, zu unterstützende erwachsene Kinder oder zu pflegende Angehörige sein, die nicht Eltern oder Kinder der Patientin bzw. des Patienten sind.

Berufliche Situation:

Beschützt beschäftigt meint Personen, die während der Ausübung ihrer Arbeit einem besonderen Schutz unterliegen und Unterstützung erhalten. Hierzu zählen beispielsweise Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen oder in Zuverdienstprojekten, Schwerbehinderte, die gewisse Arbeiten ausüben und dabei von den Vorgesetzten entsprechend Hilfestellung erhalten.

Zu *Erwerbstätigkeit in Vollzeit* zählen alle vollbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Beamtinnen und Beamte, Selbstständige sowie Freiberuflerinnen und Freiberufler mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von mindestens 32 Stunden.

Erwerbstätigkeit in Teilzeit ist anzugeben, wenn regelmäßig kürzer als 32 Stunden gearbeitet wird. Dazu gehören auch Arbeitnehmer, die geringfügig beschäftigt sind (Mini-Job).

(Früh-)be- oder verrentet/Pensioniert wird dann angegeben, wenn dies die Haupteinnahmequelle der Patientin bzw. des Patienten darstellt.

Bereits früher in Ihrer Einrichtung aufgenommen:

Hier zählen keine ambulanten Behandlungen in der Einrichtung, sondern lediglich voll- oder teilstationäre Aufnahmen bzw. stationsäquivalente Behandlung.

Psychiatrische Entlassdiagnosen:

Neben der psychiatrischen Hauptdiagnose können bei Bestehen bis zu drei psychiatrische Nebendiagnosen angegeben werden. Es ist die Klassifizierung gemäß ICD-10-GM (German modification) anzuwenden.

Somatische Erkrankungen außerhalb des F-Kapitels sind mit **Ausnahme der Diagnosen G30.x** (x=0-9), **G47.x** (x=0-9) und **Z03.x** (x=2,9) **nicht** anzugeben. Um diese relevanten Diagnosen, die im ICD-10 außerhalb des F-Kapitels kodiert werden, erfassen zu können, sind folgende Kennzahlen einzutragen, die im ICD-10-Katalog nicht vergeben sind und bei der Auswertung entsprechend interpretiert werden:

- Bei der Hauptdiagnose **G30.x** (x=0-9) tragen Sie bitte die Diagnose **F08.x** (x=0-9) ein.
- Bei der Hauptdiagnose **G47.x** (x=0-9) tragen Sie bitte die Diagnose **F47.x** (x=0.9) ein.
- Bei der Hauptdiagnose **Z03.x** (x=2 oder 9) tragen Sie bitte die Diagnose **F67.x** (x=2 oder 9) ein.

Sollte keine Hauptdiagnose aus dem F-Kapitel oder von den drei genannten Ausnahmen vergeben worden sein, ist die Diagnose **F77.0 einzutragen**. Auch diese ist im ICD-10-Katalog nicht vergeben und wird bei der Auswertung entsprechend interpretiert.

Im Falle der Nutzung des Online-Formulars ist das Kapitel „F“ bereits vorbelegt, da alle anzugebenden Diagnosen diesem Kapitel zuzuordnen sind. Es ist der verbleibende Code gemäß ICD-10-GM mit mindestens zwei und bis zu drei numerischen Stellen anzugeben. Die „führende Null“ ist für den Diagnoseabschnitt F00 - F09 zwingend erforderlich (bspw. F07.1 --> F071). Ein Punkt ist nicht anzugeben (siehe auch Datensatzbeschreibung).

Im Falle der Lieferung von csv-Datensätzen (alternativ zum Online-Formular), ist zwingend das Kapitel „F“ im Datensatz einzutragen. Danach folgt ebenfalls der Code gemäß ICD-10-GM mit mindestens zwei und bis zu drei numerischen Stellen. Die „führende Null“ ist für den Diagnoseabschnitt F00 – F09 zwingend erforderlich (bspw. F07.1 --> F071). Ein Punkt ist nicht anzugeben (siehe auch Datensatzbeschreibung).

Grundlage des Aufenthalts:

Finden Aufnahme und Aufenthalt nicht durchgängig freiwillig statt, sind (ggf. zusätzlich) alle entsprechenden Grundlagen der unfreiwilligen Aufnahme (z.B. POG) oder des Aufenthalts zu benennen. Es sind also „freiwillig“ und zusätzlich verschiedene zutreffenden Grundlagen einer Unterbringung anzugeben, sofern der Aufenthalt in Teilen freiwillig und in Teilen unfreiwillig erfolgt.

Anwendung von Zwangsmaßnahmen während des aktuellen Aufenthalts:

Sofern mindestens eine Art der hier abgefragten Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurde, ist hier „Ja“ anzugeben.

Zwangsweise Unterbringung:

Alle Unterbringungen gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten sind hier anzugeben, unabhängig davon ob die Grundlage im PsychKHG oder im BGB liegt.

Unter Dauer ist die tatsächliche Dauer der Unterbringung zu verstehen. Sie kann ggf. auch kürzer sein als im Gerichtsbeschluss genehmigt.

Nach § 19 PsychKHG soll auch die Unterbringung in weitestgehend offenen und freien Formen durchgeführt werden. Daher ist die Anzahl der Tage anzugeben, an der die Patientin oder der Patient offen untergebracht wurde (Stichwort „offene Tür“, „Potsdamer Tisch“). Erfolgt die gesamte Unterbringung in offener Form, entspricht die Dauer der Unterbringung der Dauer der Unterbringung in offener Form. Ist die Patientin bzw. der Patient auf einer fakultativ geschlossenen Station untergebracht, werden solche Tage als Tage in offener Unterbringung gezählt, an denen die Station offen geführt wurde.

Fixierung im Bett:

Analog zur Definition in der Begründung des PsychKHG ist unter einer Fixierung die Fesselung einer Patientin oder eines Patienten zu verstehen, durch die die körperliche Bewegungsfreiheit allseitig weitgehend oder vollständig aufgehoben wird. Hierunter fallen insbesondere Fesselungen mithilfe eines Gurtsystems, ausdrücklich auch eine 3- oder 4-Punkt-Fixierung.

Eine Fixierung gilt als ununterbrochen und wird dementsprechend als kontinuierliche Einzelmaßnahme dokumentiert, wenn eine Unterbrechung nur vorübergehend stattfand mit bereits von vorneherein feststehender Absicht, die Maßnahme danach wieder fortzusetzen (z. B. Gang auf die Toilette). Wurde dagegen eine Zwangsmaßnahme versuchsweise beendet und erweist es sich aufgrund der klinischen Situation/des Verhaltens der Patientin oder des Patienten als erforderlich, sie wieder einzusetzen, soll eine neue Maßnahme dokumentiert werden.

Unter Dauer ist die tatsächliche Dauer einer Maßnahme zu verstehen. Die Dauer einer ärztlichen Anordnung ist davon unabhängig.

Die Fixierung geht aus Gründen der Wahrung der Privatsphäre in der Regel mit einer Isolierung einher. Eine Isolierung ist daher bei gleichzeitig erfolgender Fixierung nicht gesondert zu dokumentieren.

Eine Fixierung kann im Einzelfall auch ohne (und nicht gegen) den Willen der Patientin oder des Patienten erfolgen (z.B. bei schwerer Demenz) oder mit informierter Zustimmung einer einwilligungsfähigen Patientin bzw. eines einwilligungsfähigen Patienten. Es handelt sich dann zwar nicht um eine Zwangsmaßnahme, jedoch weiterhin um freiheitsentziehende Maßnahmen. Eine entsprechende Differenzierung ist in der Erhebung jedoch nicht vorgesehen. Daher sind alle freiheitsentziehenden Maßnahmen unabhängig von der Einwilligung zu dokumentieren.

Maßnahmen zur teilweisen Bewegungseinschränkung:

Analog zur Begründung des PsychKHG sind hierunter Sicherungsmaßnahmen zu verstehen, die darauf zielen, die körperliche Bewegungsfreiheit zu begrenzen und entweder über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig, d. h. zweckgerichtet stets zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass, angewendet werden sollen. Von der Regelung umfasst sind unter anderem das Anlegen von Handfesseln oder Stuhltische und Sitzgurte, die den betroffenen Personen die Einnahme von bestimmten Körperhaltungen (unter anderem das Aufstehen) unmöglich machen, oder Bettgitter oder Bauchgurte.

Unterbringung in besonders gesichertem Raum:

Hierunter ist die Absonderung in einem besonders gesicherten Raum, auch Isolierung genannt, zu verstehen. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient wird hierzu aufgrund eines bestimmten Vorkommnisses oder Verhaltensweisen – z. B. Suizidversuch, Randalieren, Uneinsichtigkeit bei infektiologischer Absonderungsnotwendigkeit – in einen von anderen Patientinnen und Patienten getrennten Raum gebracht und dort eingeschlossen oder physisch am Verlassen des Raums gehindert. Zur besonderen Sicherung des Raumes kann beispielsweise das Vorenthalten von gefährdenden Gegenständen gehören. Hierunter fällt auch der Einschluss im eigenen Zimmer der Patientin oder des Patienten. Eine Sitzwache vor dem Zimmer oder auf dem Flur, die der Patientin oder dem Patienten durch gutes Zureden und ohne direkte Zwangsmaßnahmen oder Drohungen deutlich macht, dass sie oder er in ihrem oder seinem Zimmer zu verbleiben hat – vergleichbar mit dem „Potsdamer Tisch“ für die Sicherung einer Station – zählt nicht als Einschluss bzw. Zwangsmaßnahme im Sinne dieser Erhebung.

Anzahl der Zwangsbehandlungen:

Besondere Sicherungsmaßnahmen sind keine Behandlung. Unter Behandlung ist hier die Gabe von Medikamenten zu verstehen. Als Zwangsmedikation wird eine gegen den erklärten oder gezeigten Willen einer Patientin oder eines Patienten durchgesetzte Medikamentenverabreichung bezeichnet, bei der der Patientin bzw.

dem Patienten trotz Ablehnung keine Alternative außer ggf. einer sonst erfolgenden anderen Zwangsmaßnahme verbleibt. Rechtsgrundlage ist entweder

- ein richterlicher Beschluss nach § 21 PsychKHG oder § 1906a BGB
- bei Kindern und Jugendlichen ein richterlicher Beschluss nach § 1631b BGB
- eine Notfallbehandlung gemäß § 20 PsychKHG (d.h. bei Gefahr im Verzug bei den nach PsychKHG untergebrachten Patientinnen und Patienten ohne vorliegenden richterlichen Beschluss zur Zwangsbehandlung) oder
- eine Notfallbehandlung bei den nicht untergebrachten Patientinnen und Patienten mit der Annahme eines rechtfertigenden Notstands im Sinne des § 34 StGB.

Getrennt nach notfallmäßiger Gabe und Gabe mit richterlicher Genehmigung ist jeweils die Zahl der einzelnen Medikamentenapplikationen anzugeben. Wird im einzelnen Fall zuerst notfallmäßig eine Behandlung begonnen und nach richterlichem Beschluss fortgeführt, sind die anfangs notfallmäßigen Medikamentengaben als solche einzutragen, die anschließenden – mit Genehmigung erfolgten - Gaben dann in der entsprechend anderen Kategorie anzugeben.

Entlassungsart Tod:

Da alle Felder zum Absenden des Bogens zu befüllen sind, müssen auch bei Versterben der Patientin bzw. des Patienten Angaben zur empfohlenen Weiterbehandlung und Wohnsituation bei Entlassung getätigt werden. Bitte geben Sie bei Weiterbehandlung in diesen Fällen „Sonstiges“ an und bei Wohnsituation „nun unbekannt“. Die Angaben werden zur Analyse ausgefiltert.