



Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug  
Nordrhein-Westfalen

Qualitätsstandard:  
**Patientenbezogene Dokumentation in nordrhein-  
westfälischen Maßregelvollzug**  
(Forensische Fachabteilungen/Forensische Fachkliniken)

Der nachstehende Qualitätsstandard wurde in einer Arbeitsgruppe unter Vorsitz des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen mit Vertretern der nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugseinrichtungen, der Direktoren der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörden und des Institutes Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen erarbeitet.

Der Qualitätsstandard: Patientenbezogene Dokumentation im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug wird entsprechend der fachlichen Entwicklung fortgeschrieben. Er ist mindestens in drei Jahren erneut zu überprüfen.

Stand 19.07.2004

---

Eine umfassende Dokumentation in Einrichtungen des Maßregelvollzugs gehört zum professionellen Handeln aller an der Behandlung beteiligten Personen und ist unverzichtbarer Bestandteil der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug.

Die Pflicht zur Behandlungsdokumentation ergibt sich aus dem Behandlungsauftrag im Maßregelvollzug und ergibt sich unter anderem aus Einzelschriften des Maßregelvollzugsgesetzes.

Da im Maßregelvollzug Therapie und Sicherheit gleichwertig nebeneinander stehen, muss die Dokumentation behandlungs- und sicherheitsrelevante Informationen patientenbezogen zusammenfassen und systematisch ordnen.

Die behandlungsbezogenen Informationen finden sich in der Krankenakte, in der alle im Rahmen der medizinischen/therapeutischen und pflegerischen Versorgung entstehenden Daten und Dokumente zusammengeführt werden. Die Krankenakte kann nach praktischen Erfordernissen getrennt geführt werden.

Zweck der in der Krankenakte zusammengefassten Dokumentation ist es, die Behandlungsplanung, den Behandlungsprozess sowie die wesentlichen therapeutischen und sicherheitsrelevanten Entscheidungen und Maßnahmen einschließlich ihrer Begründung nachvollziehbar zu machen.

Die Aufzeichnungen sollen sich auf das Wesentliche beschränken. Alle wesentlichen Maßnahmen und Entscheidungen müssen zeitnah dokumentiert werden. Dokumentationseinträge müssen erkennen lassen, wer Verfasser des Eintrages ist.

Wesentliche Informationen aus den Krankenakten müssen jederzeit zugänglich sein. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind dabei zu beachten.

Bei der Verlegung eines Patienten müssen wesentliche Informationen zeitnah weitergeleitet werden.

Die Krankenakte sollte systematisch aufgebaut und übersichtlich geordnet sein, so dass eine schnelle Orientierung möglich ist. Die Dokumentation ist, soweit sie getrennt geführt wird, erforderlichenfalls zusammenzuführen, spätestens jedoch zum Abschluss der Behandlung.

Nachfolgendes ist dabei zu erfassen:

#### **Rechtsgrundlagen der Unterbringung**

Sammlung aller unterbringungsrelevanter Berichte und Informationen wie z. B. Urteile, Aufnahmeersuchen, Unterbringungshaftbefehl, Auszug aus dem Bundeszentralregister, Überführungsunterlagen, Festnahmeanzeigen und Vergleichbares. Anordnungen der Gerichte und Strafvollstreckungsbehörden sollten besonders gekennzeichnet werden.

#### **Gutachten**

Einweisungsgutachten, Prognosegutachten gem. § 16. Abs. 3 MRVG und sonstige Gutachten. Checkliste zur Kontrolle der durch das Maßregelvollzugsgesetz vorgegebenen Fristen.

#### **Stellungnahmen, Beschlüsse**

Chronologisch geordnete Gutachten und gutachterliche Stellungnahmen zur Fortdauer der Unterbringung, Beschlüsse zur Fortdauer der Unterbringung.

#### **Vorgeschichte**

Ergänzende Informationen zur Vorgeschichte, wie frühere Epikrisen oder Entlassungsberichte, Auszüge aus angeforderten Krankenakten, Altakten und sonstige Informationen.

#### **Medizinische Diagnostik und Verlauf**

Nachweis der Verfahren und Ergebnisse der medizinischen Erstdiagnostik, Verlauf.

#### **Eingangsdagnostik**

Nachweis der Verfahren und Ergebnisse der psychiatrisch-psychologischen Erstdiagnostik und der erweiterten Diagnostik im Sinne des „Qualitätsstandards Diagnostik im Maßregelvollzug“.

### **Behandlungsplanung und Behandlungsverlauf**

Der Schwerpunkt liegt auf der chronologischen Verlaufsdokumentation des Behandlungsprozesses von der Aufnahme bis zu der Entlassung. Sie umfasst:

- Chronologischer Nachweis der Verfahren und Ergebnisse im Sinne des „Qualitätsstandards Diagnostik im Maßregelvollzug“.
- Psychiatrische und psychologische Verlaufsbeschreibung.
- Nachweis der erforderlichen Maßnahmen bei Neuaufnahmen (z.B. Aufnahmebogen, inkl. Checkliste zu den erforderlichen Maßnahmen).
- Vorläufiger Behandlungsplan (Ergebnisse Erstdiagnostik inkl. erste Gefährlichkeitseinschätzung sowie medizinische, therapeutische und pflegerische Handlungsanweisungen).
- Behandlungsplan (differenziert mit Festlegung konkreter Behandlungsziele) inkl. Fortschreibungen.
- Behandlungsevaluation (Ergebnisse aus Behandlungskonferenzen, Fallkonferenzen, Fallsupervision, Überprüfung der Behandlungcompliance).
- Protokoll über das Entscheidungsverfahren und über die Entscheidungsgründe bei Vollzugslockerungen einschließlich des Entscheidungsergebnisses und der Handlungsanweisungen (entsprechend der Grundsätze für Lockerungsentscheidungen).
- Dokumentation zu Eingriffen in die Rechte der Patienten (Anordnungsdokumentation und Verlaufsprotokoll).
- Dokumentation von besonderen Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen wie Behandlung ohne Einwilligung, Fesselungen, Fixierungen, Absonderungen, Sicherungsmaßnahmen bei Ausführungen (Anordnungsdokumentation und Verlaufsprotokoll, Zustimmungsnachweise).
- Medikationsdokumentation (Anordnungsdokumentation und Verlaufsdocumentation)
- Rehabilitation und Nachsorge.
- Kontakte zu Bezugspersonen.

### **Pflegeplanung und Pflegeverlauf**

- Umfassende Pflegedokumentation (Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeziele, Pflegeplanung).
- Berichte und Ausführungen zu medizinischen und nicht medizinischen Anordnungen, soweit nicht anderweitig erfasst.

*Die zu den Punkten Behandlungsplanung und -verlauf sowie Pflegeplanung und -verlauf skizzierten Inhalte greifen stellenweise ineinander über und lassen sich nur exemplarisch auflisten. Die Einrichtungen haben darauf zu achten, dass Ihr System die Themenbereiche vollständig erfasst.*

### **Berichte aus co-therapeutischen Bereichen, Schule und Sozialarbeit**

Für diese Behandlungs- und Betreuungsbereiche wird empfohlen, eine eigenständige chronologische Verlaufsdokumentation zu führen, deren Ergebnisse (Berichte) in regelmäßigen Abständen zusammengefasst und der Krankenakte beigelegt werden, sofern dies nicht im Rahmen der Behandlungsplanung geschieht.

**Schriftwechsel**

- mit dem Patienten
- mit der gesetzlichen Vertretung
- mit Behörden und Rechtsinstitutionen
- Beschwerden, Widersprüche, Petitionen

**Geldangelegenheiten**

Verfahrensdokumentation zum Umgang mit Taschengeld, Überbrückungsgeld, Daueraufträge, Patientengeldvordrucke u.s.w..

**Besondere Vorkommnisse / Fahndungen**

Personenbezogene Meldungen, Entweichungen, Fahndungen.