

# Behandlungsvereinbarung

zwischen

<b>Name:</b> _____	und der	_____
<b>Vorname:</b> _____		_____
<b>Straße, Ort:</b> _____		_____

Die Klinik \_\_\_\_\_ kommt in ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich dem gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihren Willen auf richterlichen Beschluss in die stationäre psychiatrische Behandlung auf.

Diese Maßnahme entspricht einer schweren Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit.

Die Behandlungsvereinbarung ist einer rechtlich verbindlichen Patientenverfügung gleich zu setzen.

Die Klinik verpflichtet sich:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des psychiatrischen Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.
- Auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen.

Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik zu dokumentieren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.

## Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen für die Akutsituation:

1 Medikamente \_\_\_\_\_

2 Gesundheitliche Einschränkungen, Besonderheiten, Allergien etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Auf keinen Fall folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

4 Umgang mit Zwangsmaßnahmen: \_\_\_\_\_

5 Umgang mit Krisen: \_\_\_\_\_

6 Vereinbarte Station: \_\_\_\_\_

7 Vertrauenspersonen: \_\_\_\_\_

8 Rechtlicher Betreuer: \_\_\_\_\_

9 Angehörige: \_\_\_\_\_

Datum des Gesprächs: \_\_\_\_\_

Anwesend sind: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

**1. Informationen**

Im Falle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Frau \_\_\_\_\_  
seine/ihre Vertrauensperson (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

alle Angelegenheiten, die er/sie nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen.  
Die Vertrauensperson ist von Anfang an hinzuzuziehen.

Ihr gegenüber entbindet Herr/Frau \_\_\_\_\_  
die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.

Falls die o.a. Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ihre Vertretung übernehmen. (Ggf. Vertreter der Selbsthilfegruppe)

Umgehend informiert werden müssen folgende Angehörige:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:

**2. Kontakte**

Folgende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit ihm/ihr verbringen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit folgenden Personen möchte er/sie keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich  
aus in die Klinik kommen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Kontaktabsprachen sind gewünscht / nicht gewünscht:  
(z.B. Vertreter der Selbsthilfegruppe, einer Religionsgemeinschaft etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Aufnahme und Behandlung:**

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wohnt im Zuständigkeitsbereich von Station \_\_\_\_\_

Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht:

In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich:

- in Ruhe gelassen werden
- möglichst nicht allein sein
- Gespräche
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Frau/Herr \_\_\_\_\_ soll möglichst von weiblichen/männlichen Mitarbeitern aufgenommen und behandelt werden. Auf ihr/sein besonderes Schutzbedürfnis ist Rücksicht zu nehmen.

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit vorschnellen Entlassungswünschen etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Wünsche an den Therapieplan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Medikamente und Notfallbehandlung**

Herr/Frau \_\_\_\_\_ nimmt zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_ lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schwere Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten sind:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Wirksamkeit der Medikamente wird durch tägliche Gespräche mit Frau/Herrn überprüft.

Bei der Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe: \_\_\_\_\_

Besondere Vereinbarungen zur medikamentösen Behandlung:

---

---

---

## 5. **Zwangsmaßnahmen:**

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher folgendes unbedingt versucht werden (Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen)

- Begleitung im weichen Zimmer
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung
- Vertrauensperson hinzuziehen
- Gespräch
- Entspannungsbad
- Spaziergang mit
- Bewegung
- Essen und Trinke anbieten
- Rauchen
- Musik machen/Musik hören
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Bei Zwangsmaßnahmen soll auf jeden Fall (über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus) \_\_\_\_\_ benachrichtigt werden.

Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund der Erfahrungen von Frau/Herrn berücksichtigt werden (nach Möglichkeit Reihenfolge):

- Freiwilligkeitserklärung (mit Zeitrahmen, ggf. täglich) anbieten
- Gespräch gemeinsam mit außenstehender Person, möglichst mit:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben: (Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen)

- Ausgangsbeschränkung
- Zwangsmedikation
- Isolierung (Zeitrahmen festlegen)
- Fixierung
- \_\_\_\_\_

Folgende Personen bittet Herr/Frau \_\_\_\_\_ um Beteiligung an der Sitzwache:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung auf keinen Fall Zugang haben:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Dies ist keine Zustimmung im Voraus zu diesen Maßnahmen!**

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam mit den Beteiligten eingesehen und besprochen werden.

Falls Herr/Frau \_\_\_\_\_ infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in die Klinik zwangseingewiesen wird, soll eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

## 6. Soziale Situation

Im Notfall ist folgendes zu regeln:

### 6.1 Kinder

Herr/Frau \_\_\_\_\_ hat folgende Kinder (Name, Geburtsdatum):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen: \_\_\_\_\_

### 6.2 Wohnung

Herr/Frau \_\_\_\_\_  wohnt in einer Wohngruppe  wohnt bei Angehörigen

wohnt allein in einer Wohnung  wohnt allein in einem Haus

Wohnbetreuung durch: \_\_\_\_\_

Ist die Wohnung abgeschlossen?

Situation im Haus mit Nachbarn (Hausfrieden)

Der Haustürschlüssel/Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

### 6.3 In der Wohnung ist zu regeln:

- Licht Gas Wasser Strom
- Pflanzen
- Inventar
- Haustiere
- Postnachsendeantrag

Haus- bzw. Reinigungsdienste:

- Treppenhaus
- Keller
- Straße
- 
-

6.4 Finanzen

- regelmäßige Zahlungen
- Überziehung des Kontos
- Absprachen mit der Bank
- Kontovollmacht hat:
- 
- Ratenzahlungen
- Rückgängigmachen von Ratenzahlungen
- 

6.5 Fahrzeuge absichern

6.6 Arbeitgeber / Schule

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.7 Verpflichtungen

Es wurden für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6.8 Regelmäßige Termine (wie z.B. ehrenamtliche Verpflichtungen):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

7. **Sonstige Absprachen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Um diese Vereinbarung in Teilen oder gänzlich zu ändern, wird sich der Vereinbarungspartner mit den weiteren Teilnehmern in Verbindung setzen

, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psychiatrie-Erfahrene/r

\_\_\_\_\_  
Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
Rechtliche/r BetreuerIn

\_\_\_\_\_  
zuständige/r  
Facharzt/Fachärztin

\_\_\_\_\_  
Zuständige/r Stationsarzt/  
-ärztin /Bezugstherapeut/in

\_\_\_\_\_  
zuständige/r MitarbeiterIn  
Pflegedienst

# Rahmenpapier

Grundlage für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist die Überzeugung aller Beteiligten, gleichberechtigt und auf der gleichen Ebene eine Vereinbarung zu treffen, die bei einer evtl. erforderlichen stationären Behandlung der Betroffenen hilfreich ist.

Durch die Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes ist die Behandlungsvereinbarung rechtlich einer Patientenverfügung gleich zu setzen (§ 1901 a Abs. 1 BGB).

Betroffene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer eventuell erforderlichen stationären Behandlung genutzt und umgesetzt werden. Die Klinik will mit diesen Absprachen die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen stärken und ihre Erfahrungen nutzen, um in Krisensituationen adäquater helfen zu können.

Die Behandlungsvereinbarung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung. Sie enthält wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung.

Eine Behandlungsvereinbarung soll jeder / jedem Betroffenen während ihres / seines Klinikaufenthaltes im Anschluss an die akute Erkrankungsphase angeboten werden. Der Zeitrahmen sollte so bemessen sein, dass die Möglichkeit zu ausführlicher Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Punkten - eine stationäre Behandlung betreffend - besteht.

Der Abschluss der Behandlungsvereinbarung soll in einem gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten, nämlich

- der /dem Betroffenen
  - der Vertrauensperson / den Vertrauenspersonen
  - der zuständigen Stationsärztin / dem zuständigen Stationsarzt bzw. Bezugstherapeut/in
  - der zuständigen Fachärztin / dem zuständigen Facharzt
  - der zuständigen Mitarbeiterin / dem zuständigen Mitarbeiter des Pflegedienstes
  - ggf. der gesetzlichen Betreuerin / dem gesetzlichen Betreuer
- erfolgen.

Da es sich nicht um eine einseitige Willenserklärung, sondern um eine VEREINBARUNG handelt, werden die einvernehmlichen Absprachen dokumentiert und von den Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern unterschrieben.

Unterstützung bieten an:

- Selbsthilfegruppe der Psychiatrieerfahrenen,  
Ansprechpartner/Ansprechpartnerin:
- Selbsthilfegruppe der Angehörigen,  
Ansprechpartner/Ansprechpartnerin: