

# BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

zwischen

Frau/Herr Vorname Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

und der

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel der EvKB gGmbH  
Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, Tel. 05 21 | 772 - 77 11 5

---

---

## Präambel

Diese neue Version basiert auf der trialogisch erarbeiteten Behandlungsvereinbarung (BV) und ist mit dem Verein Psychiatrieerfahrener (VPE) abgestimmt. Die Behandler/Behandlerinnen der Klinik wollen mit diesen Vereinbarungen die Erfahrung und die Selbstverantwortung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquat und individuell passgenau zu helfen.

Diese Behandlungsvereinbarung dient der **gegenseitigen Vertrauensbildung**. Die hier gemeinsam getroffenen Vereinbarungen **entsprechen Patientenverfügungen und sind damit rechtlich verbindlich**. Die in der Behandlungsvereinbarung enthaltenen Festlegungen des/der Psychiatrieerfahrenen zu bestimmten, von ihm/ihr gewollten oder abgelehnten ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen seines Gesundheitszustandes stellen der Sache nach eine Vorausverfügung des Patientenwillens zu einer Behandlung dar. Die gemeinsam getroffene Behandlungsvereinbarung bietet für die Betroffenen **die Chance, durch die konkreten Behandler/Behandlerinnen über die Behandlungsmöglichkeiten, deren Chancen und Risiken informiert zu werden** und Vorsorge für eine ihren Bedürfnissen gerechte Behandlung zu tragen. Mit Abschluss der gemeinsamen Behandlungsvereinbarung wird gleichzeitig die **Einwilligungsfähigkeit des/der Betroffenen zum Zeitpunkt der Vereinbarung bestätigt**.

**Die Klinik ist demnach verpflichtet:**

- ⇒ für die Einhaltung der Vereinbarungen konkret Sorge zu tragen. Die BV gilt auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- ⇒ auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen - insbesondere für den Fall, dass die Behandlungssituation nicht auf die voraus verfügte Situation zutrifft und sich daher ggf. andere Behandlungsnotwendigkeiten ergeben. Für alle Patientenverfügungen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Behandler/Behandlerinnen überprüfen müssen, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Situation passt. Nur dann ist sie rechtlich bindend.

Sollte die Behandlungssituation anders als in der BV beschrieben sein, muss der/die zuständige Oberarzt/Oberärztin eingeschaltet werden und über die Behandlungsmaßnahmen entscheiden bzw. wie vom Gesetzgeber vorgesehen, der vermutliche Patientenwille für die dann konkrete Situation erkundet werden.

Am Vereinbarungsgespräch vom            nahmen            teil.

## **Vereinbarungen**

Die Präambel ist Bestandteil dieser Vereinbarungen.

### **1. Aufnahme**

Die/der letzte(n) stationäre(n) Aufenthalt(e) erfolgte unter folgender Diagnose:

Im Falle einer Aufnahmesituation befinde ich mich erfahrungsgemäß in folgender Verfassung:

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

Bei Aufnahmen sollen unverzüglich            benachrichtigt werden.

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und ambulante Dienste sind

Mein gesetzlicher Betreuer ist:

Die Klinik verpflichtet sich, spätestens im Bedarfsfall dem rechtlichen Betreuer bzw. Bevollmächtigten eine Kopie der Behandlungsvereinbarung zur Verfügung zu stellen, da dieser nach dem Gesetz für die Umsetzung der darin enthaltenen Patientenverfügung verantwortlich ist.

Für die Aufnahme und Behandlung ist die Station            soweit wie möglich vorgesehen.

Falls eine sofortige Aufnahme auf der hier benannten Station nicht möglich ist, akzeptiere ich die vorübergehende Aufnahme auf einer anderen Station. Die Absprachen der Behandlungsvereinbarung gelten grundsätzlich für alle Stationen.

Als **Bezugspersonen** aus dem Stationsteam sind            gewünscht.

### **2. Behandlung**

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

1.

2.

3.

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich in folgenden Situationen (Unruhe, Schlafstörung, Aggressivität, manischer Angetriebenheit, depressiven Phasen, Suizidalität):

- 1.
- 2.
- 3.

Nicht geholfen haben

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

Ich lehne ausdrücklich die Einnahme von den oben genannten Medikamenten ab, auch wenn sich infolgedessen die Dauer der Unterbringung verlängert bzw. Ausgangsbeschränkung, eine Isolierung oder Fixierung notwendig wird.

Bei spezieller Indikationsstellung wird in der Klinik auch die Elektrokrampftherapie (EKT) angewendet. Sollte sich eine Behandlungsindikation für die EKT ergeben, so wird diese nur nach ausführlicher Aufklärung und der schriftlichen Einverständniserklärung des /der Betroffenen durchgeführt.

Gegen meinen ausdrücklichen Willen wird es keine EKT für mich geben.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgende:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe:

Besondere Vereinbarungen für die Behandlung (z.B. Umgang mit Diabetes, körperlichen Untersuchungen, therapeutische Vereinbarungen):

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit Gereiztheit, Umgang mit Entlassungswünschen, Umgang mit Sprachlosigkeit, Absprachefähigkeit):

### **3. Vereinbarungen für Krisenzuspitzungen**

In sich zuspitzenden Krisensituationen soll unbedingt Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Spaziergang mit
- Bad
- Gespräch
- Musik hören/Musik machen
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung durch Sitzwachen
- Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack)
- Essen anbieten
- 
- 
-

Falls Zwangsmaßnahmen nach Psych KG oder Betreuungsgesetz aus der Sicht der Behandler/ Behandlerinnen unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkung und Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, ggf. Festlegung der Reihenfolge):

Folgende Personen bitte ich im gegebenen Fall um Beteiligung an der Sitzwache:

Folgende Personen sollen auch im Falle einer Fixierung Zugang zu mir haben:

Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden:

Die von mir hier im Voraus verfüigten Untersuchungen oder Behandlungen sollen auch dann gelten, wenn ich später in einer konkreten Behandlungssituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, diese widerrufe.

#### **4. Kontakte**

In den ersten Tagen sollen folgende Personen viel Zeit mit mir verbringen:

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. Besuch durch die Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen oder Besuch eines Vertreters einer Religionsgemeinschaft):

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese von sich aus in die Klinik kommen:

#### **5. Soziale Situation**

Die Klinik wird, im Rahmen der Möglichkeiten der klinischen Sozialarbeit **überprüfen**, ob es in den nachfolgenden sozialen Angelegenheiten dringenden Handlungsbedarf gibt und **ggf. tätig** (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/dem Betreuer).

Bei mir ist folgendes zu klären:

##### ***- Wohnung -***

Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung/Nachbarn/Hausfrieden

Ist die Wohnung abgeschlossen/aufgebrochen?

Hausdienste

Licht  Gas  Wasser  Strom  Inventar  Pflanzen

Tiere

Ein Wohnungsschlüssel ist bei **Name**, **Tel.** aufbewahrt. Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z.B. bei Nichtöffnen der Wohnung, Suizidgefahr) die Polizei oder das Gesundheitsamt einzuschalten.

##### ***- Finanzen -***

Anstehende Ratenzahlungen

Rückgängigmachen von Kaufverträgen

Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank

##### ***- Fahrzeuge -***

Absichern und zwar  PKW  Motorrad  Mofa

**- Arbeitgeber/Schule -**

- Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“  
 Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

**- Kinder -**

- Ich habe folgende Kinder            im Alter von..... Jahren  
 Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:  
 Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:  
 Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z.B. Prüfungen für Ausbildung und Studium):

## **6. Sonstige Absprachen**

Diese Behandlungsvereinbarung soll alle zwei Jahre auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen. Die BV kann jederzeit einseitig gekündigt werden, wenn es keinen Konsens zwischen Patient und Klinik mehr gibt. Alternativ steht dann eine einseitig formulierte Patientenverfügung als Möglichkeit zur Verfügung.

### **Bielefeld , den**

---

|                         |                  |                           |
|-------------------------|------------------|---------------------------|
| Psychiatrie-Erfahrene/r | Vertrauensperson | Gesetzliche/r Betreuer/in |
|-------------------------|------------------|---------------------------|

---

|  |              |              |
|--|--------------|--------------|
| Ärztlicher Dienst<br>Behandlungsvereinbarung | Pflegedienst | Koordination |
|--|--------------|--------------|

### ***Weitere Hinweise und Erläuterungen können geben:***

Von Seiten der Klinik

Frau Dipl. Psych. Daniela Brandtner, ☎ 05 21 | 772 – 78 55 9

Sekretariat Herr Dr. Burdinski, ☎ 05 21 | 772 – 78 55 1

Weitere Information können geben:

Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V.:  
 Postfach 102 962, 33529 Bielefeld, ☎ 0521 | 3 84 79 41, [www.vpe-bielefeld.de](http://www.vpe-bielefeld.de)