

Behandlungsvereinbarung



Behandlungsvereinbarung

Krisen gehören zum Leben dazu,  
überwundene Krisen können sogar stärken.

Auch wenn Sie sich einen Alltag ohne psychischen Krisen wünschen, ist es sinnvoll, sich auf eine akute psychische Notlage vorzubereiten.

Die Behandlungsvereinbarung gibt Ihnen die Möglichkeit im Zustand geistiger Klarheit eine Erklärung abzugeben, die Sie in der akuten Krise nicht mehr formulieren können.

Die Behandlungsvereinbarung kann Ihnen und den behandelnden Personen, ÄrztInnen, PflegerInnen und TherapeutInnen eine Handlungsmöglichkeit eröffnen.

Diese Vereinbarung kann in einer Akutsituation helfen, diese zu entspannen und Ihre individuellen Bedürfnisse zur Sprache zu bringen.

Falls Ihnen diese Vereinbarung zu begrenzt erscheint, besteht zudem die Möglichkeit, sich beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Nordrhein-Westfalen e.V. über die „Bochumer Willenserklärung“ zu informieren.

Bitte besprechen Sie die Behandlungsvereinbarung mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ärztin und lassen Sie sich diese von Ihnen beglaubigen.

Wir wünschen Ihnen eine gute und gesunde Zeit  
Mit freundlichen Grüßen



Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener Essen e.V.  
Postfach 10 33 19  
45033 Essen  
Internet: [www.spe-selbsthilfe.de](http://www.spe-selbsthilfe.de)  
E-Mail: [kontakt@spe-selbsthilfe.de](mailto:kontakt@spe-selbsthilfe.de)

# Vorwort

Das Vorwort ist Bestandteil der Vereinbarung. Die „Essener Vereinbarung“ wurde in Anlehnung an bestehende Behandlungsvereinbarungen von der „Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener Essen e.V.“ auf Wünschen der Psychiatrie-Erfahrenen hin neu überarbeitet und ergänzt.

Diese Behandlungsvereinbarung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung und sie enthält wichtige Hinweise für eine individuell angemessene und gut abgestimmte Behandlung. Die getroffenen Vereinbarungen bilden jedoch keinen rechtlich einklagbaren Vertrag und bewirken keine haftungsrechtlichen Konsequenzen.

Die Klinik verpflichtet sich, für die Einhaltung der getroffenen Absprachen konkret Sorge zu tragen - auch bei einer Unterbringung im Rahmen des **Psychischkrankengesetz (PsychKG)** bzw. nach dem Betreuungsgesetz - die Behandlung zu dokumentieren.

Für Betroffene mit sprachbedingten Zugangsbarrieren bemüht sich die Klinik um muttersprachliches/fremdsprachliches Fachpersonal oder DolmetscherInnen.

Von der Vereinbarung darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die diensthabende Oberarzt/Oberärztin einbezogen wurde und zugestimmt hat. Abweichungen von Behandlungsabsprachen sollten in der Patientenakte eingehend dokumentiert werden und so bald wie möglich mit dem Patienten oder mit der Patientin besprochen werden.

Diese Erklärungen und Absprachen sind für Psychiatrie-Erfahrene sinnvoll, die sich im Vorfeld mit ihrer Krankheit und ihrer sozialen Situation auseinandersetzen wollen.

Sollten im Vorfeld einer stationären Aufnahme Veränderungen eintreten, liegt es in der Verantwortung der/des Betroffenen, dass diese in die Behandlungsvereinbarung aufgenommen werden.

# Behandlungsvereinbarung

Erklärungen und Absprachen für den Fall einer stationären Behandlung in der akuten Krise.

Die Behandlungsvereinbarung sollte dazu dienen, Zwangsbehandlungen zu vermeiden.  
Patient oder Patientin und Klinikpersonal vereinbaren im gegenseitigen Vertrauen, sich in der  
Krise nach bestem Vermögen Transparenz und Gewaltfreiheit entgegenzubringen.

Die Behandlungsabsprachen gelten für alle Stationen.

**Die Behandlungsvereinbarung wird geschlossen zwischen**

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

PLZ

---

Telefon

**und der Klinik**

## 1. Aufnahme und Behandlung

Zur Zeit behandelnde/r Psychiater/in und Therapeut/in sowie ambulante Dienste:

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Frau/Herr \_\_\_\_\_ möchte möglichst von gleichgeschlechtlichen MitarbeiterInnen aufgenommen und behandelt werden.

### 1.1 Bestehende Betreuung (BTG)

Bei bestehender Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BTG) oder freiwilligen betreutem Wohnen:

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ Amtsgericht/Institution: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten des Betreuers/der Betreuerin:

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Wirkungskreise:  Finanzen  gesundheitliche Fürsorge  Aufenthaltsbestimmungsrecht

In der Aufnahmesituation ist für Frau/Herrn \_\_\_\_\_ folgendes hilfreich:

---

---

---

---

## 2. Medikamente

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

Medikament:	morgens	mittags	abends	nachts	Erfahrungen:

## 2.1 Medikamenten-Erfahrung

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat Erfahrungen mit folgenden Medikamenten gemacht:

---

---

---

---

---

Unverträglich und nicht hilfreich waren:

Medikament/Begründung:

---

---

---

---

---

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzugt Herr/Frau \_\_\_\_\_ folgende Darreichungsform:

Tabletten     Tropfen     Spritze     Depotpräparat     nicht frisch gemörsert

Begründung:

---

---

---

In einer Krise waren folgende Medikamente oder alternative Behandlungsformen hilfreich:

kurzfristig zum Schlafen:

---

langfristig zur Stabilisierung:

---

## 2.2 Andere Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen (Schwerbehinderung):

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat folgende Erkrankungen und wird diesbezüglich mit genannten Medikamenten behandelt:

---

---

---

---

### 3. Nichtmedikamentöse Behandlungsformen

In einer Krise waren bisher folgende nichtmedikamentöse Behandlungsformen erfolgreich:

---

---

---

---

Frau/Herr \_\_\_\_\_ möchte in der Krise:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spaziergang in Begleitung | <input type="checkbox"/> Musiktherapie            | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie                |
| <input type="checkbox"/> Bewegungstherapie         | <input type="checkbox"/> außerstationäre Kontakte | <input type="checkbox"/> psychotherapeutische Gespräche |
| <input type="checkbox"/> Frische Luft ins Zimmer   | <input type="checkbox"/> Kunsttherapie            | <input type="checkbox"/> Ergotherapie                   |

### 4. Zwangsbehandlung

Falls Zwangsmaßnahmen aus ärztlicher Sicht unumgänglich sind, soll folgendes aufgrund der persönlichen Erfahrung beachtet werden und vorher versucht werden:

---

---

Bei Zwangsmaßnahmen sollen folgende Vertrauenspersonen benachrichtigt werden:

Name	Anschrift	Telefon
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen sollte im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam mit dem Patienten oder Patientin eingesehen und besprochen werden. Eine Traumatherapie sollte die Erfahrung aufarbeiten.

## 5. PsychKG/Betreuungsgesetz

Wenn Frau/Herr \_\_\_\_\_ in Folge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) oder dem Betreuungsgesetz (BTG) in die Klinik zwangseingewiesen wurde, kann ihr/ihm eine **Freiwilligkeitserklärung** vorgelegt werden. Damit wird die Krankheitseinsicht seitens des/der PatientIn bezeugt.

Bei Verweigerung von stationären Zwangsmaßnahmen, wie Fixierungen und Medikamenteneinnahmen sollte vorher ein „Psychiatrisches Testament“ bzw. eine notariell beglaubigte **Willenserklärung** beigefügt werden.

## 6. Soziale Situation

Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Sozialdienstes um die sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson bzw. dem BetreuerIn.

Sollte der Psychosoziale Dienst feststellen, dass bestimmte Angelegenheiten geregelt werden müssen und er selbst dies nicht leisten kann, hat er dafür Sorge zu tragen, dass andere Personen oder Dienste über die Bedarfslage informiert werden (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Essen, Wohnungsangelegenheiten, Finanzen).

Partnerin/Partner bzw. Ehefrau oder Ehemann soll in der Krise benachrichtigt werden:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

### 6.1 Kinder

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat folgende Kinder:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Frau/Herr \_\_\_\_\_ möchte, dass sich Verwandte oder Freunde um die Kinder kümmern:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------



## 6.2 Schule/Arbeitgeber

Name	Anschrift	Telefon
Name	Anschrift	Telefon
Name	Anschrift	Telefon

- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber/Schule soll wie folgt aufgenommen werden (z.B. durch eine Vertrauensperson am Arbeitsplatz)

---

---

---

---

## 7. Sonstige Absprachen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Im Rahmen einer Nachbesprechung soll die Dokumentation der Behandlung gemeinsam eingesehen und besprochen werden. Ambulante Behandlung sollte sichergestellt werden und entsprechende Kontakte hierzu auch während des Aufenthaltes in der Klinik aufgenommen und gepflegt werden können (z.B. regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen etc.).

## 8. Kontakte

Folgende Vertrauenspersonen ist/sind - soweit wie möglich - in jedem Fall unverzüglich zu benachrichtigen:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Folgende Personen sollen jederzeit Zugang zu Frau/Herrn \_\_\_\_\_ haben. Auch im Falle einer Fixierung/Isolierung:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

### 8.1 weitere Kontaktabsprachen

Mit folgenden Personen möchte Frau/Herr \_\_\_\_\_ **keinen Kontakt** haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünschen:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

### 8.2. Sonstige Absprachen und Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 9. Vertrauensperson - Persönliche Erklärung der/des Psychiatrie-Erfahrenen

Es ist hilfreich, eine Vertrauensperson zu benennen, aber keine Voraussetzung für den Abschluss dieser Absprachen und der Regelung der zukünftigen Behandlung.

Ich, \_\_\_\_\_, gebe folgende Erklärung ab, die jederzeit widerrufen werden kann.

Bitte im folgenden Gewünschten ankreuzen bzw. Entsprechendes eintragen:

Ich, \_\_\_\_\_, bevollmächtige hiermit meine Vertrauensperson,

---

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

alle Angelegenheiten, die ich nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen und für mich zu erledigen. Die Vertrauensperson ist auf jeden Fall unverzüglich über meine Aufnahme in die Klinik zu informieren. Sie soll von Anfang an hinzugezogen werden. Ihr gegenüber entbinde ich die Klinik von der Schweigepflicht und ermächtige die Vertrauensperson

- Daten weiterzugeben
- Daten von allen natürlichen und juristischen Personen, Institutionen, Behörden, Krankenhäusern, Geldinstituten und Sozialleistungsträgern abzufragen,
- für mich Akteneinsicht wahrzunehmen

Falls Frau/Herr

---

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

als Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll Frau/Herr

---

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

ihre/seine Vertretung übernehmen.

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden.  
Die Dauer der Absprachen gilt für drei Jahre.

Essen, den

---

Psychiatrie-Erfahrene/r	Vertrauensperson	Betreuer/In nach BGB (falls rechtlich bestellt)
-------------------------	------------------	--

---

Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Hausarzt/Hausärztin
-------------------	--------------	---------------------



Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener Essen e.V.  
Postfach 10 33 19  
45033 Essen

Internet: [www.spe-selbsthilfe.de](http://www.spe-selbsthilfe.de)  
E-Mail: [kontakt@spe-selbsthilfe.de](mailto:kontakt@spe-selbsthilfe.de)