

# Behandlungsvereinbarung

## für den Fall einer stationären Behandlung

### Absprachen zwischen

**Name / Vorname:**

Geburtsdatum:

Straße / Nr.

PLZ / Ort:

Telefon:

*Im Folgenden **ich** genannt.*

**und**

**Bezeichnung der Klinik:**

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

**Vertreten durch:**

Name / Vorname:

Funktion:

*Im Folgenden **Klinik** genannt.*

### Präambel

Diese Behandlungsvereinbarung dient dazu, Absprachen zwischen Patient\*innen und der psychiatrischen Klinik für den Fall einer zukünftigen stationären Behandlung zu erarbeiten und zu dokumentieren.

Die Behandlungsvereinbarung dient damit der gegenseitigen Vertrauensbildung, insbesondere für den Fall von Aufnahmen in akuten Krisensituationen. Sie enthält wichtige Informationen zu den bisherigen Erfahrungen mit stationären Behandlungen.

Die Behandlungsvereinbarung wurde von Vertreter\*innen des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V., aller Psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag für die

Region Hannover und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover gemeinsam erarbeitet.

Es ist möglich und erwünscht, wichtige Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mitzubringen bzw. über die getroffenen Absprachen zu informieren.

Die Klinik verpflichtet sich, für die Kenntnis und Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik im gemeinsamen Gespräch zu begründen und mit dem\* der\* Patient\*in zu besprechen. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag.

# 1. Wichtige Kontaktpersonen

---

Bei meiner Aufnahme sollen folgende Personen benachrichtigt werden:  
(Name, Telefonnummer)

Vertrauensperson / Bevollmächtigte:

Angehörige:

Rechtliche/r Betreuer\*in:

Sollte die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung erforderlich sein,  
schlage ich Frau / Herrn für diese Aufgabe vor:

Weitere wichtige Kontaktpersonen sind:

Zurzeit behandelnde/r Ärzt\*in oder Poliklinik/Institutsambulanz:

Hausärzt\*in:

Vertreter\*in einer Religionsgemeinschaft:

Folgende Personen sollen mich (auch im Fall von Zwangsmaßnahmen) unter Wahrung der  
Funktionsfähigkeit des Arbeitsbereichs besuchen dürfen:

Falls die Hinzuziehung eines\*iner Rechtsanwält\*in erforderlich ist, bitte die nachstehende  
Kanzlei benachrichtigen:

## 2. Aufnahme und Behandlung

---

Ich möchte auf folgender Station aufgenommen werden:

Als Bezugstherapeut\*in wünsche ich:

*(wenn möglich, von der gewünschten Station 2 Personen benennen)*

Soweit für mich wichtig, möchte ich von weiblichen männlichen  
Mitarbeiter\*innen betreut werden.

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

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich:

in Ruhe gelassen zu werden

möglichst nicht allein zu sein

Gespräche

Sonstiges:

(z. B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit Anspannung, mit Entlassungswünschen)

### 3. Medikamente

---

Eine medikamentöse Behandlung erfolgt in Absprache, nach Aufklärung und unter regelmäßiger Überprüfung.

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:  
(bitte **alle** Medikamente nennen)

Bisher waren folgende Medikamente hilfreich:  
(in der Akutbehandlung / in der langfristigen Behandlung)

Nicht geholfen haben:

Folgende Medikamente sollen nicht verabreicht werden (bitte kurz begründen):

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

Tabletten/Dragees      Tropfen      Spritzen (*Injektionen i.m. oder i.v.*)      Depot

Sonstiges:

Anmerkungen zur medikamentösen Behandlung:

### 4. Weitere spezifische Therapieverfahren

**nicht medikamentöse Therapien**  
(z.B. Elektrokrampftherapie, Schlafentzugstherapie, Lichttherapie...)

---

Bitte berücksichtigen Sie aus meiner Erfahrung Folgendes:

## 5. Hilfreiche Angebote

**z.B. bei Verwirrtheit, Angst, Gereiztheit oder anderen Unruhezuständen, um u.a. Zwangsmaßnahmen vorzubeugen:**

---

Vertrauensperson hinzuziehen

Spaziergang allein oder in Begleitung mit:

Gespräch mit:

Musik hören / Musik machen

Ergotherapie

Rückzug in reizarme Umgebung

Einzelbetreuung

Bewegung (z.B. Laufen, Tischtennis, Tanzen):

Essen, Getränke anbieten

Rauchen

Entspannungsbad

Kommunikation ermöglichen (Telefonieren, Internetzugang)

Sonstiges:

Meine Erfahrungen mit eingreifenden Maßnahmen wie Distanzierung, Separierung oder Fixierung auf freiwilliger Basis sind:

Falls diese Angebote nicht ausreichen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie z.B. Fixierung, beruhigende Medikamente etc. zur Abwehr akuter Gefahren fachlich unumgänglich sind, so haben diese unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Vorgaben und entsprechend den aktuellen medizinisch-pflegerischen Standards zu erfolgen.

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. *Erklärung zur Zwangsmedikation, Fixierung, Separierung, Distanzierung, Ausgangbeschränkung, ggf. Festlegung einer Reihenfolge, Ausschluss einer Maßnahme*):

Die vorhandene Dokumentation (Fixierbogen) über die Zwangsmaßnahme wird im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam (auf Wunsch auch mit der Vertrauensperson) eingesehen und besprochen werden.

## 6. Unterbringung gegen den eigenen Willen

nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) oder dem Betreuungsrecht (BGB § 1906)

---

Zur Abwendung/Aufhebung einer Unterbringung nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) oder nach dem Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) soll aufgrund meiner Erfahrungen Folgendes berücksichtigt werden:

Ich bin darüber informiert, dass meine freiwillige Zustimmung zur stationären Behandlung ggfs. eine zwangsweise Unterbringung nach NPsychKG oder Betreuungsrecht entbehrlich machen kann und dementsprechend soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

Sollte ich entgegen der Absprache unerwartet die Klinik verlassen, bitte ich, sofern dies ärztlich verantwortlich erscheint, keine Polizei zur Wohnung zu schicken (Gefahr des Verlustes der Wohnung, ...), sondern zunächst meine Vertrauensperson einzuschalten. Die Vertrauensperson sucht zunächst – wenn keine Gefahr im Verzuge ist - alleine die Wohnung auf.

## 7. Soziale Situation

---

Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen der Möglichkeiten des Sozialdienstes und in Zusammenarbeit mit dem\*der Bevollmächtigten bzw. Betreuer\*innen sowie den anderen genannten Vertrauenspersonen um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern.

**Bei mir könnte Folgendes wichtig sein:** (z.B. gefährdete Wohnsituation, Haustiere, aktuelle finanzielle Regelungen, Benachrichtigung von Ämtern oder Behörden, Einhaltung wichtiger Termine und Fristen)

Wohnung:

Finanzen (z.B. Job Center, Arbeitsamt):

Arbeit/Schule:

## 7. Soziale Situation (forts.)

---

Minderjährige/s Kind/er (vollständiges Geburtsdatum):

Sorgeberechtigt für das/die oben genannte/n Kind/er ist/sind:

Für folgende weitere Personen habe ich Verpflichtungen übernommen:

Sonstiges zur sozialen Situation (Haustiere u.ä):

## 8. Sonstige Absprachen

---

## 9. Wirksamkeit dieser Vereinbarung

---

An dem Vereinbarungsgespräch haben teilgenommen:

Die Vereinbarung gilt ab dem Tag der Unterzeichnung durch die Vereinbarungspartner\*innen. Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner\*innen grundlegende Dinge ändern, wird er/sie sich mit dem/der anderen in Verbindung setzen.

.....  
Patientin\*in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Mitarbeiter\*in der Klinik

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Für die ärztliche Leitung der Klinik

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Für die pflegerische Leitung der Klinik

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Die oben Genannten erhalten je ein Exemplar dieser Vereinbarung zur weiteren Verwendung und tragen Sorge dafür, dass das Dokument bei späteren Behandlungen zur Verfügung steht.

Sofern eine rechtliche Betreuung besteht, händige ich der / dem Betreuer\*in eine Kopie dieser Behandlungsvereinbarung aus.

---

**Erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Behandlungsvereinbarungen 2020“  
unter Beteiligung von Vertreter\*innen folgender Einrichtungen:**

Burghof-Klinik GmbH & Co. KG | Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover | Klinikum Warendorff GmbH | KRH-Psychiatrie Langenhagen | KRH-Psychiatrie Wunstorf | Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover | Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. und Genesungsbegleiter\*innen

**Hannover, November 2020**

