

**Aktuell in Überarbeitung !**  
**BEHANDLUNGSVEREINBARUNG**  
Erklärungen und Absprachen zwischen

**Frau/Herr** Vorname Name  
Straße, PLZ, Ort

Telefon  
geb.

und der

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel**  
Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, Tel. 0521-772-77115

für den Fall einer Behandlung

---

---

## Präambel

Seit Jahren bestehen positive regelmäßige Kontakte der Klinik zu Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener vor Ort. Mit diesen wurde das nachfolgende Rahmenpapier ausgearbeitet. Die Klinik will mit diesen Absprachen die Erfahrung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquater zu helfen. Psychiatrie-Erfahrene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten hiermit erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen dienen der **gegenseitigen Vertrauensbildung**. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessenere Behandlung. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag. Bei Nichtbeachtung bzw. unbegründeter Abweichung kann jedoch ggf. von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden.

Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Psychiatrie-Erfahrene den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer sozialen Situation (soziales Umfeld, Freundeskreis, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinander zu setzen.

Wer sich gegen eine Behandlung (generell oder gegen bestimmte psychiatrietytischen Behandlungsmethoden) in einer Psychiatrischen Klinik aussprechen will oder diese Absprachen für zu begrenzt hält, für den besteht die Möglichkeit, sich beim Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld über das Psychiatrische Testament zu informieren.

### **Die Klinik verpflichtet sich:**

- ⇒ für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, 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, in dem die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die/der zuständige Oberarzt/ Oberärztin bzw. der ärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik ausführlich zu begründen und mit der Patientin/dem Patienten zu besprechen, wenn diese/r es wünscht.

Am Vereinbarungsgespräch vom                    nahmen                    teil.

## Absprachen

**Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.**

### 1. 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:

### 2. Aufnahme und Behandlung

Bei Aufnahmen sollen unverzüglich \_\_\_\_\_ benachrichtigt werden.

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und ambulante Dienste sind \_\_\_\_\_

Ich wohne im Sektor Ost. Für die Aufnahme und Behandlung ist die Station \_\_\_\_\_ soweit wie möglich vorgesehen.

Falls kein reguläres Bett auf der Sektorstation frei ist, wird ein Notbett akzeptiert.

Diese Absprachen gelten grundsätzlich für alle Stationen.

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

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

Die/Der Patientin/Patient sollte möglichst von weiblichen/männlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aufgenommen und behandelt werden.

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit „Gereiztheit“, „Entweichungen“):

### 3. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

- 1.
- 2.
- 3.

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

- 1.
- 2.
- 3.

Nicht geholfen haben \_\_\_\_\_

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente.

Bei spezieller Indikationsstellung wird in der Klinik auch die Elektrokrampftherapie angewendet.

Ich möchte keine Elektrokrampftherapie erhalten.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

Tabletten/Dragees

Tropfen

Spritzen

Depot

Gründe:

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

#### **4. Zwangsmaßnahmen**

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher 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

Rauchen

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zur Ausgangsbeschränkung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung, Verlegung ins Beobachtungszimmer, ggf. Festlegung der Reihenfolge):

Zur Abwendung einer PsychKG soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden:

Im Falle einer Fixierung wünsche ich eine Sitzwache.

Folgende Personen bitte ich um Beteiligung an der Sitzwache:

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

Dies ist keine Zustimmung von mir im voraus zu diesen Maßnahmen. Eine Zustimmung im voraus ist auch rechtlich nicht zulässig.

Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden:

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

## **5. PsychKG**

- Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen (PsychKG) in die Klinik zwangseingewiesen werde, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

## **6. Soziale Situation**

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Psychosozialen Dienstes, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/dem Betreuer). 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 (Amt für Soziale Dienste, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungs- und Betreuungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege) diese Aufgaben übernehmen.

### **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  
  
  
 Sollte ich entgegen der Absprache unerwartet die Klinik verlassen, bitte ich keine Polizei zur Wohnung zu schicken.

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  
 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):

## **7. Sonstige Absprachen**

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen.

### **Bielefeld, den**

---

Psychiatrie-Erfahrene/r

Vertrauensperson

Gesetzliche/r BetreuerIn

---

Ärztlicher Dienst

Pflegedienst

Psychosozialer Dienst

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

#### Von Seiten der Klinik

Frau Daniela Brandtner

☎ 0521-772-78559

Sekretariat Herr Dr. Burdinski

☎ 0521-772-78551

#### 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)

Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld Stapenhorststr. 5, 33615 Bielefeld  
☎ 0521- 96 406 96  
[www.selbsthilfe-bielefeld.de](http://www.selbsthilfe-bielefeld.de)

#### Anlage:

Bevollmächtigung einer Vertrauensperson