

Siegener Behandlungsvereinbarung

zwischen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Straße _____

Mobil _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

und dem Zentrum für seelische Gesundheit der Kreisklinikum Siegen GmbH Weidenauer Str. 76, 57076 Siegen, www.klinikum-siegen.de

Präambel

Diese neue Version der Siegener Behandlungsvereinbarung wurde mit der Projektgruppe entwickelt und abgestimmt. Die Behandler/innen des Zentrums für seelische Gesundheit wollen mit diesen Vereinbarungen die Erfahrung und die Selbstverantwortung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquat und individuell zu helfen.

Die 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 Psychiatrie-Erfahrenen 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, mit den Behandler/innen über konkrete Behandlungsmöglichkeiten, deren Chancen und Risiken informiert zu werden und Vorsorge für eine ihren persönlichen Bedürfnissen gerecht werdende Behandlung zu treffen. Mit Abschluss der gemeinsamen Behandlungsvereinbarung wird gleichzeitig die Einwilligungsfähigkeit des/der Psychiatrie-Erfahrenen zum Zeitpunkt der Vereinbarung bestätigt.

Die Klinik verpflichtet sich:

- für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen. Die Behandlungsvereinbarung gilt auch bei einer Unterbringung im Rahmen des Psych-KG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen) oder des Betreuungsgesetzes.
- auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen – insbesondere für den Fall, dass die Behandlungssituation nicht auf die im Voraus verfügte Situation zutrifft und sich daher andere Behandlungsnotwendigkeiten ergeben. Für alle Patientenverfügungen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die BehandlerInnen überprüfen müssen, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Situation passt. Nur dann ist sie rechtlich bindend.

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

Aufnahmesituation

Der/die letzte(n) stationäre(n) Aufenthalt(e) erfolgte(n) in folgender Psychiatrischer Klinik und unter folgender Diagnose:

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

Von wem oder wie haben Sie von der Siegener Behandlungsvereinbarung erfahren?

Absprachen (Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.)

1. Kontakte

Diese Personen sollen in den ersten Tagen viel Zeit mit mir verbringen können:

Name/Telefon _____

Name/Telefon _____

2. Aufnahme und Behandlung

Bei Aufnahme sollen unverzüglich benachrichtigt werden:

Name/Telefon _____

Name/Telefon _____

Ich habe eine Vertrauensperson

Name/Telefon _____

Außerdem ist so bald wie möglich zu benachrichtigen:

Behandelnde/r Psychiater/in, Hausarzt/-ärztin und ambulante Dienste:

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

Frau/Herr _____ sollte möglichst von gleichgeschlechtlichen Mitarbeiter/innen 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. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

Nicht geholfen hat:

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

Ich lehne ausdrücklich die Einnahme der o.g. Medikamente ab, auch wenn sich infolge dessen die Dauer der Unterbringung verlängert bzw. Ausgangsbeschränkung, eine Isolierung oder Fixierung notwendig wird.

Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

Tabletten/Dragées Spritzen Tropfen Depot

Gründe:

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

4. Vereinbarung für Krisenzuspitzungen

In sich zuspitzenden Krisensituationen sollte unbedingt folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Bewegung, z.B. Spazieren gehen, Joggen, Sandsack
- Gespräche über _____
- Musik hören
- _____
- _____
- _____
- _____

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

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

Name/Telefon _____

- Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese mich besuchen möchten:

Name/Telefon _____

- Die von mir im Voraus verfügbaren Untersuchungen oder Behandlungen sollen auch dann gelten, wenn ich später in einer konkreten Behandlungssituation, in der ich mich einwilligungsfähig befinde, diese widerrufen.

5. Unterbringung nach Psych-KG oder Betreuungsgesetz

- Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen (Psych-KG) oder nach dem Betreuungsgesetz in die Klinik eingewiesen wurde, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

6. Soziale Situation

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

Bei mir ist folgendes zu klären:

Wohnung

- Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung/Nachbarn/Hausfrieden
- Ist die Wohnung abgeschlossen/aufgebrochen?
- Hausdienste
- Licht Wasser Strom Inventar Pflanzen Tiere
- _____

Ein Wohnungsschlüssel ist hinterlegt bei Frau/Herr _____ Telefon/Mobil _____

Finanzen

- Anstehende Ratenzahlungen Rückgängigmachen von Kaufverträgen
- Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank
- Fahrzeuge absichern, und zwar: PKW Motorrad Mofa _____

Eventuelle Schadensersatzansprüche sind nicht geltend zu machen.

Arbeitgeber/Schule

Name, Anschrift, Telefon: _____

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

Kinder

- Ich habe folgende Kinder (Name, Geburtsdatum):

- 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

Die Behandlungsvereinbarung soll alle zwei Jahre auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit den anderen in Verbindung setzen. Die Behandlungsvereinbarung kann jederzeit einseitig gekündigt werden, wenn es keinen Konsens zwischen Patient/in und Klinik mehr gibt.

Siegen, den _____

_____	_____	_____
Psychiatrie-Erfahrene/r	Vertrauensperson	Gesetzliche/r Betreuer/in
_____	_____	_____
Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Koordination

Weitere Hinweise und Erläuterungen können geben:

Jeanette Thomas

Dipl.-Sozialpädagogin
Zentrum für seelische Gesundheit

Telefon: 0271/705-609922
E-Mail: j.thomas@klinikum-siegen.de

Denise Schmal

Pflegedienstleitung
Zuständigkeit Zentrum für seelische Gesundheit

Telefon: 0271/705-601012
E-Mail: d.schmal@klinikum-siegen.de

PD Dr. med. Heiko Ullrich

Chefarzt
Zentrum für seelische Gesundheit

Telefon: 0271/705-1901
E-Mail: h.ullrich@klinikum-siegen.de

Stand: 26.05.2026