

# Kölner Behandlungsvereinbarung (Version 2022)

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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Nr.:

PLZ./ Wohnort:

Telefon:

Email:

und

- Alexianer-Krankenhaus Köln**  
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie  
Kölner Straße 64  
51149 Köln  
Tel: 02203 / 3691-10601
- Klinik Alteburger Straße**  
Gemeinnützige GmbH  
Alteburger Straße 8 - 12  
50678 Köln  
Tel: 0221/ 33940
- LVR-Klinik Köln**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln  
Wilhelm-Griesinger-Straße 23  
51109 Köln Merheim  
Tel.: 0221 / 8993 – 0
- St. Agatha Krankenhaus**  
Abteilung für seelische Gesundheit  
Feldgärtenstr. 97  
50735 Köln  
Tel.: 0221 / 7175 – 0
- Uniklinik Köln**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln  
Joseph-Stelzmann-Straße 9  
50931 Köln  
Tel: 0221 / 478 – 0

Station / Bereich:

## **Präambel**

In Anlehnung an die "Bielefelder Behandlungsvereinbarung" wurde in Köln mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Mitarbeiter/innen der ambulanten und komplementären Dienste und Mitarbeiter/innen der für die stationäre Versorgung zuständigen Kliniken, das folgende Rahmenpapier ausgearbeitet. Die o.g. Kliniken, ambulanten Dienste und komplementären Einrichtungen wollen mit diesen Absprachen die Erfahrungen der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um ihnen in Krisensituationen bedürfnisgerechter zu helfen.

Psychiatrie-Erfahrene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung verantwortlich und möchten hiermit erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen und mit der Einrichtung/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 und besser abgestimmte Behandlung.

Die Klinik verpflichtet sich, für die Einhaltung der getroffenen Absprachen konkret Sorge zu tragen - auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG NRW oder zivilrechtlich nach dem BGB - sofern begründbare medizinische Umstände dem nicht entgegenstehen, und die Behandlung entsprechend zu dokumentieren. Die Klinik stellt sicher, dass die Behandlungsvereinbarung in der Patientenakte dokumentiert ist und die behandelnden Mitarbeiter:innen auf die Vereinbarung zugreifen können.

Für die Betroffenen mit sprach- und kulturbedingten Zugangsbarrieren bemüht sich die Klinik um muttersprachliches/fremdsprachliches Fachpersonal oder Dolmetscher/innen.

Die Beachtung der Behandlungsvereinbarung ist Bestandteil einer ordnungsgemäßen und patientenorientierten Behandlung. Die Klinik verpflichtet sich damit, über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen. Die getroffenen Absprachen stellen jedoch keinen rechtlich einklagbaren Vertrag dar, sondern sollen eine gegenseitige Vereinbarung der Behandlung darstellen, von der nur in begründbaren Ausnahmefällen abgewichen werden darf. Hierzu bedarf es der Zustimmung der/des zuständigen Oberärztin/-arztes bzw. des ärztlichen Hintergrunddienstes, solange kein dringendes ärztliches Handeln notwendig wird. Für den Fall, in dem die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte, ist im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten dies ausführlich zu begründen und zu besprechen.

Diese Absprachen und Erklärungen sind für die Psychiatrie-Erfahrenen sinnvoll, die für sich im Vorfeld einer möglichen Krankheitsepisode Vorsorge treffen wollen (z.B. Berücksichtigung bisher gemachter Erfahrungen, Einbezug des sozialen Umfelds, Förderung der Eigenverantwortlichkeit).

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

Die Präambel ist Bestandteil der Absprachen.

Die Absprachen der Behandlungsvereinbarung gelten grundsätzlich für alle Stationen der Klinik.

## 1. Kontakte

Die Vertrauensperson/en ist/sind in jedem Fall zu benachrichtigen:

Dazu entbinde ich meine ärztlichen Behandler\*innen gegenüber der/den aufgeführten Person/en bezüglich Diagnose, Behandlungsumständen sowie möglichen Behandlungsmaßnahmen von der Schweigepflicht.

Name:	Vorname:	Tel.:
Straße:	Ort:	Geburtsjahr:

Name:	Vorname:	Tel.:
Straße:	Ort:	Geburtsjahr:

weitere:

.....

Es besteht eine gesetzliche Betreuung

### Betreuer\*in

Name:	Vorname:	Tel.:
Straße:	PLZ:	Ort:

AZ:	Amtsgericht:
-----	--------------

Wirkungskreise:

.....

Folgende Personen sollen Zugang zu mir haben (auch im Falle einer Fixierung/Isolierung):

Name:	Vorname:	Tel.:
Straße:	Ort:	Geburtsjahr:

Name:	Vorname:	Tel.:
Straße:	Ort:	Geburtsjahr:

weitere:

.....

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. gewünschter Besuch durch Selbsthilfegruppen oder Besuch eines Vertreters, einer Vertreterin einer Religionsgemeinschaft):

Funktion/Status:	Name:	Tel.:
------------------	-------	-------

Funktion/Status:	Name:	Tel.:
------------------	-------	-------

weitere:

.....

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünschen:

Funktion/Status :	Name :	Tel. :	
----------------------	-----------	-----------	--

Funktion/Status :	Name :	Tel. :	
----------------------	-----------	-----------	--

## 2. Aufnahme und Behandlung

Zurzeit behandelnde/r Psychiater\*in /Therapeut\*in und ambulante Dienste:

Name:	Vorname:	Tel.:	
Straße:	PLZ:	Ort:	

Name:	Vorname:	Tel.:	
Straße:	PLZ:	Ort:	

Komplementäre Einrichtung, z.B. SPZ, BeWo, Tagesstätte, Werkstatt, Wohnheim/besondere Wohnform

	Ansprechpartner/i n	Tel. :
--	------------------------	-----------

Meine hier aufgeführten, behandelnden Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen oder Ansprechpartner\*innen der komplementären Einrichtungen entbinde ich gegenüber den behandelnden Ärzt\*innen der Klinik bezüglich Diagnose, Behandlungsumständen sowie möglichen Behandlungsmaßnahmen von der Schweigepflicht.

Ich wohne im Stadtteil .....

und möchte bevorzugt auf die Station ..... aufgenommen und behandelt werden.

### Gewünschte Bezugsperson(en) auf der Station

Name:	Vorname:	Dienstbez.:
Name:	Vorname:	Dienstbez.:
Name:	Vorname:	Dienstbez.:

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes **hilfreich**:

--

(Hier können auch Hinweise auf die Muttersprache, wenn diese in der Krisensituation hilfreich ist, aufgeführt werden. Grundsätzlich bemühen sich die Kliniken auch in der Aufnahmesituation Sprachmittler\*innen oder Dolmetscherdienste hinzuzuziehen.)

### 3. Medikamente

Folgende Medikamente waren in früheren Krisensituationen hilfreich:

Medikament	Bemerkung

Unverträglich waren:

Medikament	Bemerkung

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente bzw. Medikamentengruppen ab:

Medikament	Begründung

Ich möchte die Therapie in der Klinik nutzen, jedoch keine Psychopharmaka einnehmen und erhalten, sofern nicht unmittelbares medizinisches Handeln aufgrund akuter Lebensgefahr bzw. erheblicher Gefahr für mich Selbst oder Andere (Eigen- bzw. Fremdgefährdung) vorliegt.

Sofern nach \_\_\_\_\_ Tag(en) keine Besserung eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Medikamente einzunehmen, weil sie in der Krise bisher **hilfreich** waren:

Medikament	Bemerkung

Ich möchte, dass in der Krise die Medikamenteneinnahme überwacht wird.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgende Darreichungsform(en):

Begründung:

### 3.1 Nichtmedikamentöse Behandlungsformen

Ich möchte in der Krise:

## 4. Zwangsbehandlung

Bevor Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden, sollte im Vorfeld unbedingt Folgendes versucht und aufgrund der persönlichen Erfahrungen beachtet werden, sofern nicht unmittelbares medizinisches Handeln aufgrund akuter Lebensgefahr bzw. erheblicher Gefahr für sich Selbst oder Andere (Eigen- bzw. Fremdgefährdung) notwendig ist:

Sofern ich mich in der Klinik befinde und extreme Gefahrensituationen (Eigen- oder Fremdgefährdung) auftreten, könnten aus ärztlicher Sicht folgende Maßnahmen notwendig sein:

- Bedarfsmedikation
- Verlegung auf eine geschützte (geschlossene) Station
- Isolierung in einem abgeschlossenen Raum
- Fixierung
- Sonstiges:

Die Behandlungsvereinbarung ist keine Zustimmung des/der Betroffenen im Voraus zu diesen Maßnahmen.

Sollte ich mangels Krankheitseinsicht in einer erneuten akuten Krankheitsphase die von den behandelnden Ärzt\*innen empfohlene und/oder früher hilfreiche Medikation (s.a. Punkt 3) ablehnen, möchte ich frühzeitig auch gegen meinen Willen medikamentös behandelt werden können, um eine längerfristige Unterbringung ohne spezifische Therapie zu vermeiden. Ich wünsche, dass mein hier vorausverfügter Wille in der richterlichen Entscheidung über eine mögliche Zwangsbehandlung entsprechenden Einfluss findet.

Bei Zwangsmaßnahmen sollte meine Vertrauensperson (siehe unter 1. Kontakte) benachrichtigt werden.

Alternativ soll folgende Person benachrichtigt werden:

Herr/Frau		Vorname :	Geburtsjahr:
Tel.:		E-Mail:	

Dazu entbinde ich meine ärztlichen Behandler der Klinik gegenüber den oben aufgeführten Personen bezüglich Diagnose, Behandlungsumständen sowie möglichen Behandlungsmaßnahmen von der Schweigepflicht.

## 5. Soziale Situation

Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Sozialdienstes um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson o. Betreuer\*in). Sollte der Sozialdienst feststellen, dass bestimmte Angelegenheiten geregelt werden müssen, und er selbst dies nicht leisten kann, hat er in angemessenem Rahmen Sorge dafür zu tragen, dass andere Personen oder Dienste (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Köln, Sozialpsychiatrisches Zentrum, Beratungs- und Betreuungsstellen) über die Bedarfslage informiert werden.

Im Zusammenhang mit meiner akuten psychischen Krise benötige ich voraussichtlich Hilfe bei:

**Wohnungsangelegenheiten** (z.B. Situation im Haus, Vermieter, drohende Kündigung, Nachbarn, Hausfrieden; Absicherung der Wohnung; Organisation des Hausdienstes (z.B. Treppenputzen); Regelung von Strom, Gas, Wasser, Post, Inventar, Pflanzen oder Haustiere)

**Finanziellen Angelegenheiten** (z.B. anstehende Zahlungsverpflichtungen, Rückgängigmachung von Kaufverträgen, Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank)

Über eine Kontovollmacht verfügt und soll im Krisenfall zur Klärung der finanziellen Situation hinzugezogen werden:

Herr/Frau		Vorname :	Geburtsjahr:
Tel.:		E-Mail:	

Sonstiges:

**Fahrzeuge absichern** (z.B. PKW, Motorrad, Mofa, andere:

### Arbeitgeber/Schule

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber/Schule (z.B. Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung/Krankmeldung), soll wie folgt aufgenommen werden (Vertrauensperson am Arbeitsplatz/in der Schule, Angehörige, ...):

--

Name Vertrauensperson			
Arbeitgeber/Schule		Tel.:	
Straße:	PLZ	Ort:	

### Kinder und/oder betreuungsbedürftige Angehörige

1	Name:	Vorname:	Geb.Dat:
2	Name:	Vorname:	Geb.Dat:
3	Name:	Vorname:	Geb.Dat:
4	Name:	Vorname:	Geb.Dat:

Ich möchte, dass sich folgende Person um die minderjährigen/betreuungsbedürftigen Kinder o. betreuungsbedürftigen Angehörigen kümmert:

Funktion/Status	Name:	Tel.:
-----------------	-------	-------

Oder, falls keine andere Lösung gefunden werden kann,

mit der Krankenkasse und/oder  mit dem Jugendamt weitere Hilfen zur Sicherstellung der Versorgung meiner minderjährigen/betreuungsbedürftigen Kinder o. betreuungsbedürftigen Angehörigen abgeklärt werden (z.B. bei Kindern <12. LJ Haushaltshilfe über §38 SGB V, bei Erwachsenen Kurzzeitpflege nach §42 SGB V).

Ansprechpartner\*in Jugendamt, falls bereits bestehend: \_\_\_\_\_

Kontakt Pflegedienst, im Fall von betreuungsbedürftigen Angehörigen: \_\_\_\_\_

### Haustiere

Ich habe folgende Haustiere, die während meines Krankenhausaufenthaltes versorgt werden müssen:

--

Ich möchte, dass sich folgende Person um meine Haustiere kümmert:

Name:	Tel.:
-------	-------

## 6. Sonstige Absprachen, Verpflichtungen, wichtige Termine und Ereignisse

(unter die sonstigen Absprachen fallen auch Vereinbarung zur Abwendung eines Beschlusses nach PsychKG/BTG und Vereinbarungen zum Vorgehen, wenn die betroffene Person entgegen der Absprache die Klinik unerwartet verlassen sollte).

Ich verpflichte mich in der Krise, nach bestem Vermögen die Behandler ausreichend zu informieren, mich der Gewalt gegen mich selbst und andere zu enthalten, und wenn ich dies nicht gewährleisten kann, mich rechtzeitig hilfesuchend an das Personal zu wenden.

Alle Absprachen können jederzeit von beiden Seiten auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden, d.h., es besteht ein jederzeitiges Widerrufsrecht. Sollten sich bei einer beteiligten Person grundlegende Dinge ändern, wird sie sich mit den anderen, an der Vereinbarung beteiligten Personen in Verbindung setzen.

Die Klinik wird sich zudem zur gemeinsamen Überprüfung der Aktualität der getroffenen Absprachen mit Ihnen alle 3 Jahre schriftlich in Verbindung setzen.

Köln, den

\_\_\_\_\_  
Psychiatrie-Erfahrene/r

\_\_\_\_\_  
Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
Betreuer\*in  
(falls rechtlich bestellt)

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Dienst

\_\_\_\_\_  
Pflegedienst

\_\_\_\_\_  
Sozialdienst

### Persönliche Erklärung

Es ist hilfreich, eine Vertrauensperson zu bevollmächtigen, 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 Gewünschtes ankreuzen bzw. Entsprechendes eintragen):

Ich, _____ <b>bevollmächtige hiermit meine Vertrauensperson,</b>		
Name:	Vorname:	Tel.:
Anschrift:		
unten aufgeführte Angelegenheiten für mich zu übernehmen und zu erledigen, wenn ich diese nicht selbst wahrnehmen kann. 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 bezüglich Diagnose, Behandlungsumständen sowie möglichen Behandlungsmaßnahmen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige die Vertrauensperson,		
<input type="checkbox"/>	persönliche Daten weiterzugeben,	
<input type="checkbox"/>	Daten von natürlichen und juristischen Personen, Institutionen, Behörden, Krankenhäusern, Geldinstituten und Sozialleistungsträgern abzufragen,	
<input type="checkbox"/>	für mich Einsicht in meine Patientenakte (§630g BGB, Patientenrechtegesetz) wahrzunehmen.	
Über die Möglichkeit, im Krankheitsfall meine Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung oder auch meine Angelegenheiten vollumfänglich über eine separat abzuschließende <b>Vorsorgevollmacht</b> regeln zu können (s.a. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz <a href="http://www.bmjv.de">http://www.bmjv.de</a> ), wurde ich informiert.		

Falls Herr / Frau _____ (als Vertrauensperson) nicht erreichbar ist, soll Herr / Frau		
Name:	Vorname:	Tel.:
Anschrift:		
ihre/seine Vertretung übernehmen.		

Zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Erklärung kann Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ die Inhalte und Tragweite dieser Behandlungsvereinbarung vollständig erfassen, das heißt, es bestehen aus Sicht des ärztlichen Dienstes keine Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit (Einsichts- und Steuerungsfähigkeit).

Köln, den

\_\_\_\_\_  
Psychiatrie-Erfahrene/r

\_\_\_\_\_  
Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Dienst