

# Münchener Behandlungsvereinbarung

Informationsblatt für Ärzte und Therapeuten

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

unsere therapeutischen Bemühungen sind ganz wesentlich daraufhin ausgerichtet, die Patienten und auch ihre Angehörigen möglichst umfassend über die Hintergründe ihrer Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen aufzuklären. Dieses „Recht auf Wahrheit und Klarheit“ ist zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Behandlungsalltags geworden, auch wenn die Verwirklichung dieses Anspruchs nicht immer gelingt. Probleme kann es vor allem geben bei Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, die ihre Erkrankung oft nicht realisieren und akzeptieren können. Sofern es nicht gelingt, die Betroffenen und ihre Angehörigen für die Behandlungschancen ihrer Erkrankung zu sensibilisieren, sind spätere Rückfälle vorprogrammiert mit all den negativen Auswirkungen auf die soziale Langzeitprognose.

Damit Patienten ihr „So-sein“ annehmen können und sich der Tatsache des Krankseins stellen, bedarf es eines behutsamen und taktvoll-sensiblen Heranführens an diese oft verdrängte Wahrheit. Dies erfordert viel Zeit, Geduld und Engagement. Während dieser Krankheitskonzeptbildung können Patienten vorübergehend verängstigt und verunsichert werden, vor allem dann, wenn ihnen bei Non-Compliance vorschnell mit einem Rückfall „gedroht“ wird. Eine patientengerecht aufbereitete Information sollte die Patienten stets entängstigen und ihnen Sicherheit vermitteln! Dann können Patienten wesentlich selbstbewußter und kompetenter die zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen in Anspruch nehmen und einen wesentlichen Beitrag zur eigenen Langzeitstabilisierung leisten.

Psychoedukative Interventionen können hierbei eine wesentliche Hilfestellung geben. Diese Maßnahmen sollten bereits während der stationären Behandlung begonnen und ambulant fortgesetzt werden, damit die Patienten von einer informierten Warte aus möglichst konstruktiv und pragmatisch mit ihren Behandlern die Bewältigung von späteren Krisenfällen besprechen können.

Wir möchten Sie deshalb bitten, Ihre Patienten zu ermuntern, diese Behandlungsvereinbarung gemeinsam mit Ihnen auszufüllen.

Es gibt auch ein Aufklärungsblatt für die Patienten, das Sie ihnen bitte aushändigen möchten. Diesem Schreiben ist ein Muster für die Behandlungsvereinbarung beigeheftet, in dem die wichtigsten Aspekte schriftlich fixiert werden sollen.

Ganz wesentlich wird das Zustandekommen einer Behandlungsvereinbarung davon abhängen, inwiefern es den Therapeuten gelingt, Vertrauen bei den Patienten zu wecken und sie für die entscheidenden Aspekte ihrer Erkrankung zu sensibilisieren.

Wir möchten uns bereits im voraus für Ihr Engagement und Ihren Einsatz bedanken! Bei Problemen etc. stehen wir jederzeit zur Beratung bereit!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Direktor der Klinik

Leitender Oberarzt

# Münchener Behandlungsvereinbarung

## Informationsblatt für Patienten und deren Angehörige

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr .....

Sie befinden sich seit ..... (befanden sich **von** ..... **bis**.....) in  
ambulanter / stationärer Behandlung **in der** Klinik .....  
wegen einer .....

Erfahrungsgemäß möchten viele Patienten nach dem Abklingen ihrer Beschwerden die Erkrankung möglichst rasch vergessen. So verständlich dieser Wunsch auch ist, so halten wir doch eine intensive Auseinandersetzung über die Hintergründe der Erkrankung sowie die notwendigen Behandlungsmaßnahmen für sehr wichtig. Nur so haben Sie die Chance, die für Sie beste Form der Krankheitsbewältigung zu finden.

Ihre behandelnden Ärzte/Therapeuten haben versucht, Sie möglichst umfassend zu informieren.

Wir möchten Sie ermuntern, auch künftig mit Ihren weiterbehandelnden Ärzten und Therapeuten regelmäßig über die aktuelle Therapie im Gespräch zu bleiben.

Bereits während der stationären Behandlung sollten Sie für den Fall Vorsorgen, daß Sie von einer akuten Erkrankung überrascht werden und nicht mehr in der Lage sind, die Ihrem Willen entsprechende Therapie zu veranlassen. Deshalb sollten Sie die beigeheftete Behandlungsvereinbarung zusammen mit Ihren behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten sorgfältig ausfüllen, damit eine gute und Ihren Wünschen entsprechende Behandlung rasch eingeleitet werden kann.

Wir raten dazu, auch Ihre Angehörigen oder andere vertraute Bezugspersonen über den Abschluß dieser Behandlungsvereinbarung zu informieren, damit Sie bei einer Wiedererkrankung in Ihrem Sinne tätig werden können.

Wir hoffen, diese Behandlungsvereinbarung kann dazu beitragen, daß eventuelle Wiedererkrankungen möglichst rasch und wirksam in Ihrem Sinne behandelt werden können.

Mit den besten Wünschen für Ihre weitere Zukunft!

Direktor der Klinik

Leitender Oberarzt

# Münchener Behandlungsvereinbarung

(Stand vom 10.5.2000)

## Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Mitarbeiter der Klinik,

diese Behandlungsvereinbarung soll bei künftigen Erkrankungen dazu beitragen, ein rasche und mit den Interessen der Patienten übereinstimmende Therapieform zu ermöglichen. Das praktische Vorgehen soll deshalb in Zeiten psychischer Stabilität festgelegt werden. Hierzu ist es wichtig, die nachfolgenden Punkte in Zusammenarbeit von Patient/Patientin, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal zu beraten und gemeinsam zu unterzeichnen. Mit dieser Vereinbarung wird dokumentiert, daß Patient/Patientin, Angehörige und Mitarbeiter der Klinik im Falle einer plötzlich auftretenden Akuterkrankung entsprechend vorgehen wollen, um eine individuelle und wirksame Akutbehandlung zu gewährleisten. Für Ihre Bemühungen bereits im voraus besten Dank!

**Direktor der Klinik**

**Name des Patienten/der Patientin:** \_\_\_\_\_

**Adresse:**

**Tel.:**

**Letzte stat. Behandig, von**                      **bis**                      **auf Stat.**                      **durch Arzt/Ärztin:**

### 1. Personen, die im Falle einer akuten Wiedererkrankung benachrichtigt werden sollen:

(Verwandte, Freunde, Ärzte, Therapeuten, Betreuer, SPDi-Mitarbeiter usw.)

Vor- und Zuname	Adresse	Telefon	Verwandtschafts- / Bekanntschftsgrad / Institution
-----------------	---------	---------	---

Sofern die oben genannten Personen nicht erreichbar sind, sollen die untenstehenden Personen benachrichtigt werden.

### 2. Beschwerden und Symptome, die bisher aufgetreten sind:

### 3. Bezeichnung der Erkrankung:

ICH-10-Diagnosenschlüssel: \_\_\_\_\_

(ICD-Nummer soll mit Einverständnis des Patienten eingetragen werden, gegebenenfalls streichen)

### 4. Allgemeine und therapeutische Maßnahmen, die sich bisher als sehr hilfreich und wirksam erwiesen haben:

### 5. Medikamente, die bisher gut vertragen wurden und bevorzugt zur Anwendung kommen sollten:

**6. Medikamente, die bisher nicht gut vertragen wurden und möglichst nicht verabreicht werden sollten:**

**7. Bei der Verabreichung der Medikamente sollte folgendes beachtet werden:**

(Tabletten, Tropfen, Spritzen, „ideales“ Medikament, ideale Dosierung, Zusatzmedikamente usw.)

**8. Um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, sind besonders folgende Punkte zu beachten:**

**9. Bewährtes Vorgehen aufgrund der bisherigen Erfahrungen des Patienten/der Patientin, falls nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten Zwangsmaßnahmen nicht vermeidbar sein sollten:** (Einwilligung in Zwangsmaßnahmen, welche Zwangsmaßnahmen sollen zum Einsatz kommen, Verständigung von Angehörigen, Bayer. UG, Betreuungsgesetz, usw.)

**10. Zusätzliche Informationen, Wünsche und Maßnahmen zur Regelung persönlicher Angelegenheiten** (Familie, Kinder, Wohnung, Haustiere, Pflanzen, Arbeits- und Ausbildungsstelle, AU-Bescheinigung, Bank, Post, wichtige Termine oder Verpflichtungen anderen gegenüber usw.)

### **Erklärung des Patienten/der Patientin:**

Im Falle einer Akuterkrankung bitte ich, die obenstehenden Punkte zu beachten. Bei fehlender Behandlungsbereitschaft sollte durch Geduld und Ausdauer versucht werden, mich unbedingt zur freiwilligen Aufnahme in die Klinik zu bewegen. Es sollen alle erforderlichen psychotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen rasch eingeleitet werden, damit ich möglichst bald wieder meine innere Stabilität erreichen kann.

Diese Vereinbarung kann nach gemeinsamer Absprache jederzeit geändert werden. Die Unterzeichnung dieser Vereinbarung stellt keine automatische Zustimmung zu später evtl. notwendigen Zwangsmaßnahmen dar.

### **Erklärung der Mitarbeiter der Klinik;**

Die unterzeichnenden Ärzte und Mitglieder des Pflegepersonals bzw. deren Vertreter verpflichten sich, diese Vereinbarung im Akutfall einzuhalten. Bei Abweichungen werden diese nach der Akutphase ausführlich begründet, gegebenenfalls auch schriftlich. Sollte kein Bett in der eigenen Klinik frei sein, wird Hilfestellung bei Aufnahme in eine andere Klinik geleistet.

**München, den**

**Patient/Patientin:**

Unterschrift:

**Vertrauensperson:**

Unterschrift:.

**Behandelnder Arzt/Ärztin:**

Unterschrift:.

**Vertreter des Pflegepersonals:**

Unterschrift:.

Die Unterzeichner dieser Vereinbarung garantieren Vertraulichkeit Sie erhalten eine Kopie, das Original befindet sich im Klinikarchiv.