

F1x.5 vs. F20

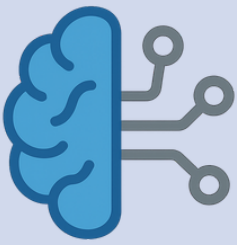
Substanzpsychose oder primäre Psychose?

Wie du im Akutzustand sicher entscheidest

Für Assistenzärzte in der Psychiatrie

#PsychiatrieDigital | Dr. Robert Trojak





Kernfrage

F1x.5: Psychose kausal durch
Substanzintoxikation/-entzug

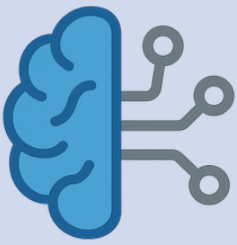
F20.x / F25.x: Primäre Psychose – unabhängig
von Substanz

Problem: Drogenscreening oft positiv bei F20-
Patienten

Entscheidend:

- Zeitlicher Zusammenhang mit
Substanzkonsum?
- Remission nach Abstinenz?
- Psychiatrische Vorgeschichte vor
Substanzgebrauch?





F1x.5 Kriterien

ICD-10 F1x.5 – Psychotische Störung:

- Auftreten während/unmittelbar nach Substanzintoxikation
- Nicht allein durch Intoxikationssyndrom erklärbar
- Halluzinationen, Wahn, psychomotorische Störungen
- Nicht länger als 6 Monate nach Substanzgebrauch

Subtypen:

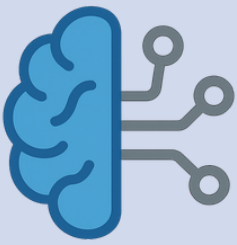
x.50 schizophreniform /

x.51 vorwiegend wahnhaft /

x.52 vorwiegend halluzinatorisch /

x.53 polymorphe Symptome



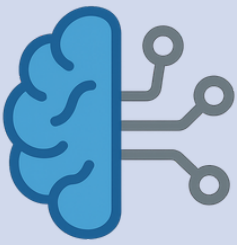


Substanzen

Häufige Auslöser substanzinduzierter Psychosen:

- Cannabis (F12.5) – besonders hochpotent/THC-reich
- Stimulanzen: Amphetamin (F15.5), Kokain (F14.5)
- Halluzinogene: LSD, Psilocybin (F16.5)
- Synthetische Cannabinoide / „Research Chemicals“
- Alkohol (F10.5) – selten, meist bei schwerem Entzug
- Methamphetamin (F15.5): ausgeprägte Paranoia





Zeitl. Verlauf

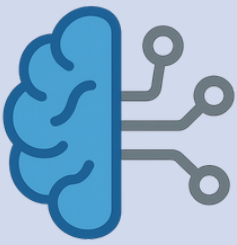
F1x.5 – Verlaufshinweise:

- Beginn zeitlich eng mit Konsum verknüpft (Stunden–Tage)
- Remission unter Abstinenz: meist innerhalb Tage–Wochen
- Persistenz >1 Monat: Übergangsd Diagnose F1x.5 überdenken
- Persistenz >6 Monate → Reklassifikation (F20.x / F22 / F25)



Achtung: Cannabis-Psychose kann Wochen persistieren!





Trennkriterien

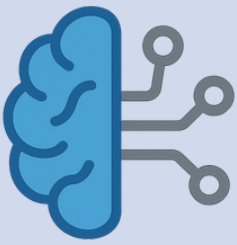
Hinweise auf primäre Psychose (F20/F25):

- Psychiatrische Prodromalsymptome vor Substanzgebrauch
- Psychotische Symptome auch in Abstinenzphasen
- Positive Familienanamnese für Psychose
- Negativsymptome (Affektverflachung, Alogie)
- Ich-Störungen, formale Denkstörung



Substanzpsychose: Negativsymptome selten, Verlauf kürzer





Doku-Fall 1

F12.5

19-jähriger Patient

Vorst.: Akuter Verfolgungswahn,
Stimmenhören nach intensivem
Cannabiskonsum (täglich, 3 Mon.)

Psych. Befund: Paranoia, akustische
Halluzinationen, keine Negativsymptomatik,
keine Ich-Störungen, kein Prodrom bekannt



Drogenscreening: THC positiv

Maßnahmen: Abstinenz, Olanzapin,
Verlaufsbeobachtung 4–6 Wo.





Diagnostik

Obligat im Akutzustand:

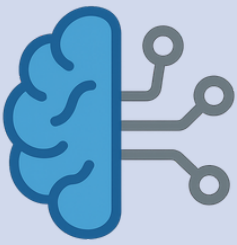
- Drogenscreening Urin + Blut (Cannabis, Amphetamine, Kokain, Opiate, BZD, Alkohol)
- Fremdanamnese: Konsummuster, Zeitverlauf

- Psychiatrische Anamnese:
Vorerkrankungen, Prodrom?

- Labor: BB, Elektrolyte, TSH, Glukose, Leber
- MRT bei atypischer Präsentation

Cave: Synthetische Cannabinoide im Standardscreening oft NICHT erfasst!





Doku-Fall 2

F15.5

28-jährige Patientin

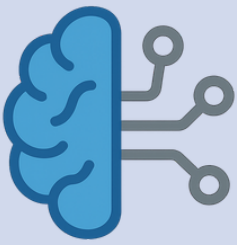
Vorst.: Floride Paranoia, visuelle Halluzinationen nach mehrtägigem Amphetaminkonsum

Psych. Befund: Agitiert, Verfolgungswahn, visuelle + akustische Halluzinationen, keine Negativsymptomatik, kein Prodrom

Drogenscreening: Amphetamin positiv

Maßnahmen: Haloperidol akut, Lorazepam, Abstinenz, Entlassung nach Remission (8 Tage)





Sonderfall

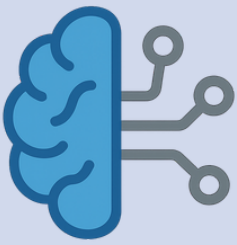
⚠ Methamphetamin / Crystal Meth (F15.5):

- Ausgeprägte paranoide Psychose, oft aggressiv
- Kann Wochen nach Konsum persistieren
- Schwer von F20.0 zu unterscheiden
- Negativsymptomatik möglich bei chronischem Konsum
- Hohe Komorbidität mit primärer Psychose



→ Verlaufsbeobachtung über Monate obligat!





Komorbidität

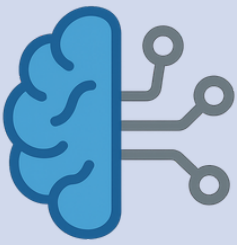
F20 + F1x.1 (Schizophrenie +
Substanzabhängigkeit):

- Häufige Konstellation – keine Ausschlussdiagnose
- Substanzkonsum als Auslöser von Rückfällen
- Primäre Psychose diagnostizieren wenn:
 - Psychose in Abstinenzphasen nachweisbar
 - Verlauf >6 Monate ohne Substanz
- Beide Diagnosen vollständig kodieren



Behandlung: Integrierter Ansatz – AP +
Suchttherapie





Doku-Fall 3

F20.0 + F12.1

31-jähriger Patient

Vorst.: Bekannte Schizophrenie,
Dekompensation nach Cannabiskonsum

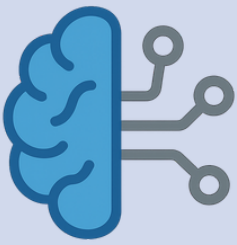
Psych. Befund: Ich-Störungen,
Stimmenhören, Gedankenausbreitung – auch
in früheren Abstinenzphasen dokumentiert



Drogenscreening: THC positiv

Maßnahmen: Risperidon erhöhen,
Suchtberatung, Depot-AP evaluieren





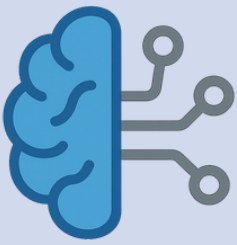
Akutmanag.

Akuttherapie substanzinduzierte Psychose:

- Ruhige Umgebung, De-Eskalation
- Benzodiazepine: Lorazepam (Agitation, Angst)
- Atypisches AP: Olanzapin, Haloperidol (kurz)
- Keine Langzeit-AP ohne Verlaufsdiagnostik!
- Abstinenz als zentrales therapeutisches Ziel
- Engmaschige ambulante Nachsorge nach Entlassung

Zwangsmedikation nach
kantonalen/länderspezifischen Regeln





Persistenz

Wann Reklassifikation auf F20/F22/F25?

- Psychotische Symptome >6 Monate trotz Abstinenz
- Symptomremission ausbleibt ohne AP
- Negativsymptome persistent
- Kognitive Defizite progredient

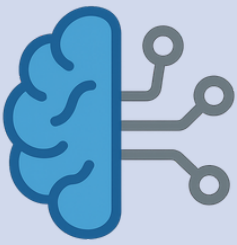


Vorgehen:

→ Diagnose F1x.5 als vorläufig dokumentieren

→ Reevaluation nach 6–12 Wochen Abstinenz planen





Doku-Fall 4

F20.0 (umklassifiziert aus F12.5)

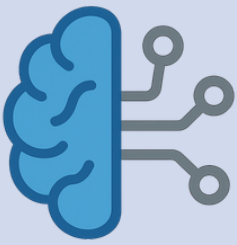
23-jährige Patientin

Vorgang: Aufnahme mit Cannabis-Psychose,
persistente Symptome nach 8 Wo. Abstinenz

Psych. Befund: Anhaltende Halluzinationen,
Ich-Störungen, Negativsymptomatik, kein
Konsum mehr

Verlauf: Reklassifikation auf F20.0,
Risperidon-Depot, Psychoedukation,
Eingliederungshilfe

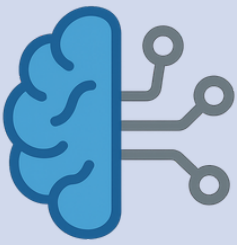




Synthetika

- ⚠ Synthetische Cannabinoide / NPS:
 - Standardscreening erfasst diese NICHT
 - Klinisch: intensivere Psychose als THC, Krampfanfälle
 - ICD-10: F19.5 (multiple Substanzen / andere)
 - Fremdanamnese + Klinik entscheidend
 - Erweitertes Screening oder Speziallabor nötig
 - Intensivmedizinische Komplikationen möglich



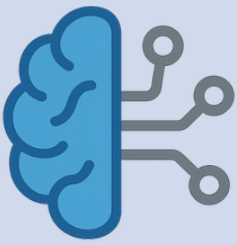


Dokumentation

Pflichtinhalte im Arztbrief bei F1x.5:

- ICD-10-Subcode (z.B. F12.50, F15.51)
- Substanz + Konsummuster + Zeitbezug dokumentiert
- Drogenscreening-Ergebnis inkl. Methode
- Begründung: warum F1x.5 und nicht F20
- Diagnose als vorläufig kennzeichnen
- Wiedervorstellungstermin / Verlaufsplan dokumentiert

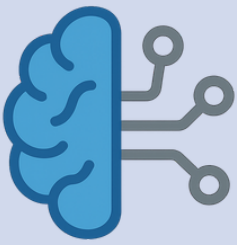




Häufige Fehler

- ✗ F20 bei positivem Drogenscreening ohne Verlauf kodieren
- ✗ F1x.5 nach 6 Mon. Persistenz nicht reklassifizieren
- ✗ Synthetische Cannabinoide im Standardscreen „ausgeschlossen“
- ✗ Langzeit-AP ohne Verlaufsdiagnostik verordnen
- ✗ Komorbidität F20 + F1x.1 nicht vollständig kodiert
- ✗ Kein Reevaluationstermin nach Entlassung geplant
- ✗ Fremdanamnese / Konsummuster nicht dokumentiert





Checkliste

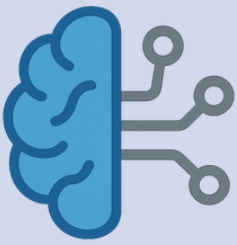
- Drogenscreening Urin + Blut abgenommen?
- Zeitlicher Zusammenhang Konsum-
Psychose dokumentiert?
- Prodrom / psych. Vorgeschichte vor
Substanzgebrauch?
- Synthetische Cannabinoide bedacht?
- Diagnose als vorläufig + Reevaluation
geplant?
- Beide Codes bei Komorbidität vergeben?



Faustregel: Positives Screening ≠
Substanzpsychose – Verlauf entscheidet!

#PsychiatrieDigital | Dr. Robert Trojak





[psychiatrie-digital.com](https://www.psychiatrie-digital.com)

Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt



Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com

