

psychiatrie-digital.com

Eintrittsdoku Borderline

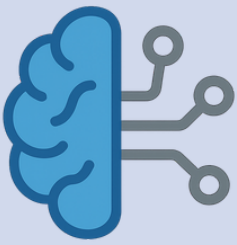
Eintrittsdokumentation: Borderline-Krise
Selbstverletzung, Suizidalität & ICD-10
korrekt erfassen

Für Assistenzärzte in der Psychiatrie
ICD-10-konform · S3/DGPPN/AWMF

#PsychiatrieDigital

Dr. med. univ. Robert Trojak





ICD-10 F60.3

ICD-10: F60.3 – Emotional instabile PS:

- F60.30 – Impulsiver Typ
- F60.31 – Borderline-Typ

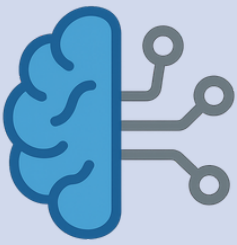
→ Borderline-Typ = klinisch relevante
Aufnahmediagnose

→ Mindestkriterien: Instabilität in Affekt,
Identität, Beziehungen

→ Störung durch DSM-5 / ICD-11 (6D11)
stärker differenziert

→ Kodierung nach ICD-10: F60.31 bei
typischem BPS-Bild





Diagnosekriterien

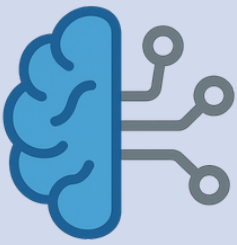
ICD-10 F60.31 – Borderline-Kriterien:

- Instabile, intensive Beziehungen
- Impulsivität (selbstschädigend)
- Affektive Instabilität
- Identitätsstörung, Selbstbildstörung
- Suizidale/selbstverletzende Handlungen
- Chronisches Gefühl der Leere
- Dissoziative Symptome unter Stress



→ Mindestens 3–4 Kriterien für Diagnose erforderlich





Krisenauslöser

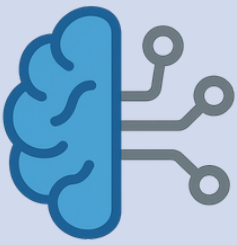
Typische Krisenauslöser bei BPS:

- Reale oder wahrgenommene Verlassenheit/Trennung
- Beziehungskonflikt, Kränkung, Beschämung
- Therapieabbruch oder Therapeutenwechsel
- Trauma-Trigger (Jahrestage, Orte, Gerüche)
- Substanzkonsum

→ Auslöser explizit in Anamnese erfassen & dokumentieren

→ Krise ≠ Manipulation – psychopathologisch einordnen





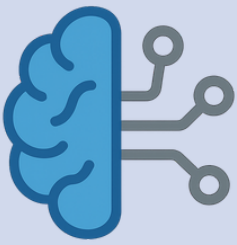
AMDP-Befund

AMDP bei BPS-Krise – obligat:

- Affekt: Dysphorie, Affektsturm, Leere, Labilität
- Antrieb: Agitiertheit, Impulsivität
- Suizidalität: Spektrum vollständig erheben
- Dissoziation: Depersonalisation, Derealisation
- Selbstverletzung: Art, Lokalisation, Intention
- Kognition: Dichotomes Denken (Splitting)

→ Dissoziative Symptome explizit dokumentieren





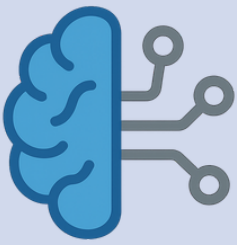
Selbstverletzung

Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) – dokumentieren:

- Methode: Schneiden, Brennen, Schlagen
- Lokalisation & Ausdehnung (ärztlicher Befund)
- Intention: Spannungsreduktion, Affektregulation
- Suizidale Absicht explizit abgrenzen – immer direkt erfragen
- Chronizität & Eskalationstendenz erfassen
- Vorherige Behandlung von Wunden dokumentieren

→ NSSV ≠ Suizidversuch – aber Suizidalität immer prüfen





Akute Krise

ICD-10: F60.31

Pat. 24 J., weiblich

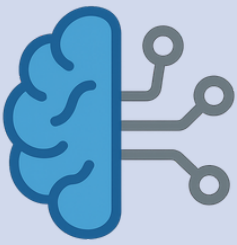
Fremdeinweisung nach Schnittverletzungen (Unterarme), Trennung vom Partner heute.

Psychopathologie: Affektsturm, Dysphorie, Impulsivität, dissoziative Derealisation. Suizidideen ohne konkreten Plan. Keine Psychose.



Maßnahmen:

- Wundversorgung, chirurgisches Konsil
- Krisenplan aktualisiert
- Lorazepam 1 mg p.b. bei anhaltender Agitation
- Freiwillige Aufnahme, DBT-Station angefragt



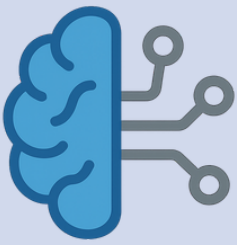
Suizidalität

Suizidalität bei BPS – differenziert erfassen:

- Suizidspektrum vollständig erheben
(Todeswunsch bis Plan)
- NSSV von suizidaler Handlung explizit abgrenzen
- Chronische vs. akute Suizidalität unterscheiden
- Impulsivität erhöht akutes Handlungsrisiko
- Schutzfaktoren: Ambivalenz, Beziehung, Krisenplan
- Z91.5 bei früherem Suizidversuch kodieren

→ „Immer suizidal“ ist keine Dokumentation
– Spektrum erfassen





Dissoziation

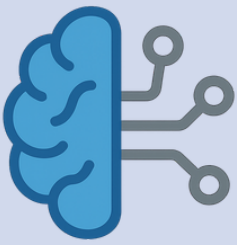
Dissoziation bei BPS – klinisch & AMDP:

- Depersonalisation: Fremdheit gegenüber eigenem Körper
- Derealisation: Umgebung unwirklich, traumartig
- Amnesie: Lücken im Handlungserleben
- Trigger: Stresssituationen, Trauma-Reiz
- DD: Epilepsie, Konversionsstörung (F44)
- Dissoziationsgrade dokumentieren (leicht/mittel/schwer)



→ Schwere Dissoziation → Exploration begrenzen, Stabilisierung zuerst





Komorbidität

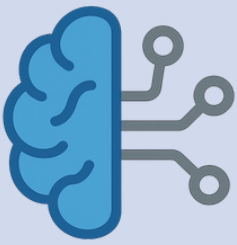
Häufige Komorbiditäten – vollständig kodieren:

- PTBS F43.1 – Prävalenz bei BPS sehr hoch
- Depressive Episode F32/F33 – schwer abgrenzbar in Krise
- Substanzabhängigkeit F1x.2 – als Komorbidität, nicht Ursache
- Essstörung F50 – bes. Bulimia nervosa
- ADHS F90 – Impulsivität als gemeinsames Merkmal



→ Komorbiditäten nach Krisenremission evaluieren

→ Akute Krise ≠ depressive Episode – Verlauf abwarten



Splitting

Splitting im Stationsalltag dokumentieren:

- Idealisierung: „Sie sind die einzige, die mich versteht“
- Entwertung: „Alle anderen sind inkompetent“
- Teamspaltung: unterschiedliche Berichte an verschiedene Personen

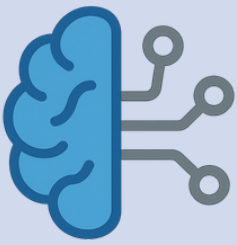


→ Beobachtung im Verlauf dokumentieren

→ Im AMDP: dichotomes Denken, Idealisierung/Entwertung

→ Teamkommunikation & Bezugspflege dokumentieren

→ Splitting ≠ bewusste Manipulation



Behandlungsplan

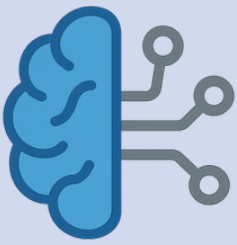
Behandlungsplan bei BPS-Krise:

- Krisenplan: Frühwarnzeichen, Bewältigungsstrategien
- Skills-Training (DBT) – Spannungstoleranz, Distress Tolerance
- Bezugspflege & klare Stationsregeln
- Medikation: symptomorientiert (kein Standard-Algorithmus)
- Weiterbehandlung: DBT-Programm, ambulanter Therapeut

→ Kein BZD langfristig (Abhängigkeitsrisiko, Impulsivität)

→ Krisenplan in Akte + Kopie an Patient





Medikamente

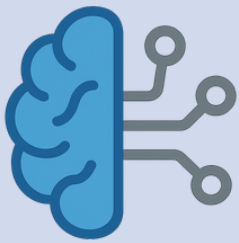
Medikation bei BPS-Krise:

- Keine spezifische pharmakologische Zulassung für BPS
- Symptomorientiert: Antidepressiva bei Dysphorie/Depression
- Niederpotente AP: Quetiapin, Aripiprazol bei Affektinstabilität
- Stimmungsstabilisierer: Lamotrigin bei Impulsivität
- Lorazepam: kurzfristig, p.b. – cave Abhängigkeit



→ Langfristige BZD-Verschreibung dokumentationspflichtig begründen

→ S3-Leitlinie: Psychotherapie (DBT) ist 1. Wahl



Unterbringung

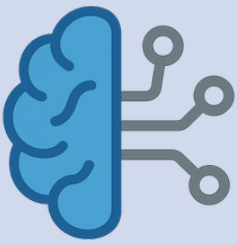
Unterbringung bei BPS-Krise –
Besonderheiten:

- Hohe Schwelle: kurzfristige stationäre Aufnahme oft kontraproduktiv
- Unterbringung nur bei akuter, konkreter Suizidalität
- Chronische Suizidalität = kein Unterbringungsgrund
- DE: PsychKG – akute Gefährdung konkret begründen
- AT: UbG · CH: FU – ZGB Art. 426 ff.



→ Längere Hospitalisierung kann
Regressionsdynamik verstärken

→ Krisenplan als Alternative zur
Unterbringung dokumentieren



Suizidversuch

ICD-10: F60.31, Z91.5

Pat. 19 J., weiblich

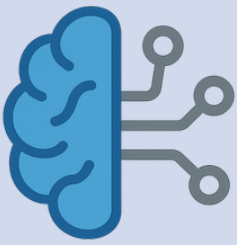
Suizidversuch: oberflächliche
Schnittverletzungen + 10 Tbl. Ibuprofen,
Auslöser: Therapieabbruch.

Psychopathologie: Affektsturm, akute
Suizidideen (kein Todesplan), Dissoziation,
Splitting im Team erkennbar.



Maßnahmen:

- Internistisches Konsil (Ibuprofen-Dosis klinisch irrelevant)
- Freiwillige Aufnahme, Unterbringung nicht indiziert
- Krisenplan erstellt, DBT-Skills besprochen
- Bezugstherapeut informiert



Fremdanamnese

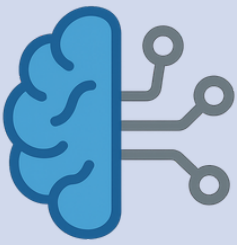
Fremdanamnese bei BPS-Krise:

- Verhaltensbeobachtung (Angehörige, Notarzt, Pflegedienst)
- Frühere Aufnahmen & Krisenverläufe
- Suizidversuche: Methode, Intention, Konsequenz
- Substanzkonsum beobachtet?
- Einwilligung dokumentieren

→ Vorakten & Krisenplan aus Vorophasen anfordern

→ Angehörige: Ressource UND Auslöser – differenziert dokumentieren





Chronische Krise

ICD-10: F60.31, F43.1, Z91.5

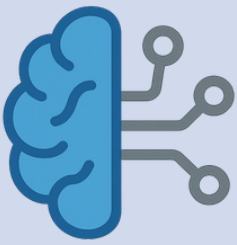
Pat. 31 J., weiblich

7. stationäre Aufnahme. Chronische Suizidalität, diesmal akute Zuspitzung nach Arbeitsverlust.

Psychopathologie: Chronischer Todeswunsch, akut konkreter Plan (Erhängen). Dissoziative Episoden. PTBS-Komorbidität.

Maßnahmen:

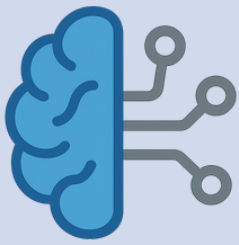
- Unterbringung eingeleitet (konkrete akute Gefährdung)
- PTBS & BPS explizit kodiert
- Krisenplan aktualisiert
- DBT-Intensivprogramm nach Stabilisierung beantragt



Häufige Fehler

- ✗ F60.31 ohne Subtyp (F60.30 vs. F60.31) kodiert
- ✗ NSSV und Suizidversuch nicht differenziert dokumentiert
- ✗ Suizidalität als „chronisch bekannt“ abgehakt – Spektrum fehlt
- ✗ Dissoziation nicht erhoben
- ✗ PTBS-Komorbidität nicht kodiert
- ✗ Krisenplan nicht erstellt oder nicht in Akte abgelegt
- ✗ BZD langfristig verschrieben ohne dokumentierte Begründung



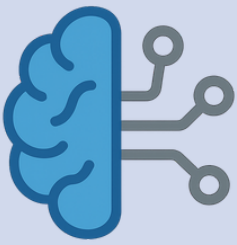


Checkliste

- ☐ F60.30 vs. F60.31 korrekt spezifiziert?
- ☐ NSSV und Suizidversuch explizit differenziert?
- ☐ Suizidspektrum vollständig erhoben (Plan, Mittel)?
- ☐ Dissoziative Symptome im AMDP erfasst?
- ☐ Krisenauslöser dokumentiert?
- ☐ Komorbiditäten (PTBS, F32, F1x.2) kodiert?
- ☐ Krisenplan erstellt & in Akte abgelegt?

Faustregel: Krise + BPS = Auslöser,
Suizidspektrum, NSSV-Differenzierung &
Krisenplan – immer alle vier.

#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

