

psychiatrie-digital.com

Eintrittsdoku Trauma & PTBS

Eintrittsdokumentation: Trauma & PTBS

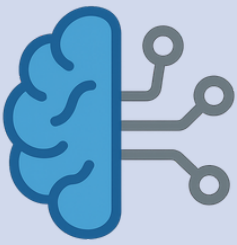
F43 korrekt erfassen, abgrenzen & dokumentieren

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

#PsychiatrieDigital

Dr. med. univ. Robert Trojak





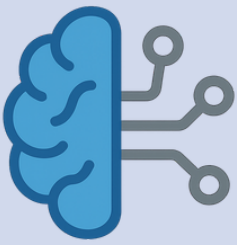
ICD-10 F43

ICD-10 – Reaktionen auf schwere Belastungen:

- F43.0 – Akute Belastungsreaktion (ABR)
- F43.1 – Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- F43.2 – Anpassungsstörung
- F43.20 – Kurze depressive Reaktion (<1 Monat)
- F43.21 – Längere depressive Reaktion (<2 Jahre)
- F43.25 – Gemischte Angst & depressive Reaktion

→ Zeitkriterium entscheidend für Subtyp-Kodierung





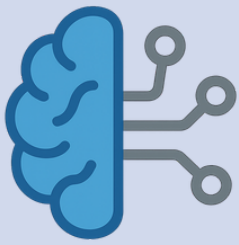
Zeitkriterien

Zeitkriterien F43 – klinisch entscheidend:

- F43.0 – ABR: beginnt innerhalb Stunden, klingt $\leq 48h$ ab
- F43.1 – PTBS: Symptombeginn innerhalb 6 Monate nach Trauma
- PTBS: Symptome mind. 1 Monat anhaltend
- F43.2 – Anpassungsstörung: binnen 1 Monat nach Stressor
- Chronische PTBS: Symptome >3 Monate (nicht in ICD-10, klinisch relevant)

→ Traumazeitpunkt & Symptombeginn immer dokumentieren





PTBS Kriterien

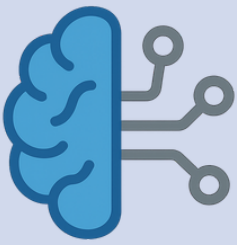
ICD-10 F43.1 – PTBS Diagnosekriterien:

- Belastendes Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung
- Wiedererleben: Flashbacks, Albträume, Intrusionen
- Vermeidung traumaassoziierter Reize
- Teilweise/vollständige Amnesie für Trauma
- Hyperarousalsymptome: Schlafstörung, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit



→ Alle 4 Symptomgruppen erheben & dokumentieren





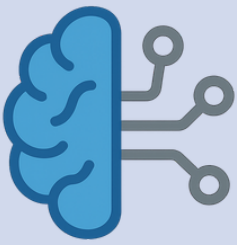
ABR Klinik

Akute Belastungsreaktion F43.0 – Klinik:

- Betäubungsgefühl, emotionale Stumpfheit
- Depersonalisation, Derealisation
- Dissoziativer Stupor möglich
- Agitiertheit, Angst, Panik
- Beginn innerhalb Stunden nach Trauma
- Abklingen typischerweise innerhalb 48–72h

→ Dokumentation: genaues Trauma, Uhrzeit, Symptombeginn



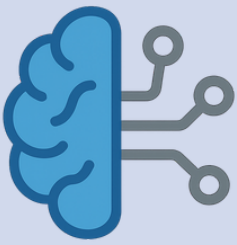


AMDP-Befund

AMDP bei PTBS/ABR – obligat:

- Dissoziation: Depersonalisation, Derealisation, Amnesie
 - Affekt: Taubheit, Dysphorie, Angst, Schreckhaftigkeit
 - Gedächtnis: Intrusionen, Flashbacks, Albträume
 - Antrieb: Vermeidungsverhalten, Rückzug
 - Hyperarousal: Schreckreaktionen, Hypervigilanz
 - Suizidalität: erhöht bei PTBS – immer prüfen
- Dissoziation & Intrusionen explizit erheben





Akute Belastungsreaktion

ICD-10: F43.0

Pat. 27 J., weiblich

Aufnahme 4h nach Verkehrsunfall mit
Todesopfer (Zeugin).

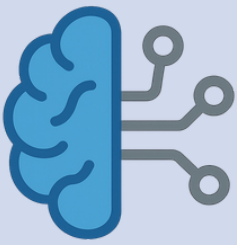
Psychopathologie: Emotionale Taubheit,
Derealisation, Agitiertheit, Weinen, Amnesie
für Unfallhergang. Keine Suizidalität.



Maßnahmen:

- Krisenintervention, Psychoedukation ABR
- Lorazepam 1 mg p.b. bei anhaltender Agitation
- Somatischer Ausschluss (SHT, Verletzungen)
- PTBS-Risiko-Aufklärung, Nachsorgetermin





Trauma-Anamnese

Traumaaanamnese – sensitiv & strukturiert:

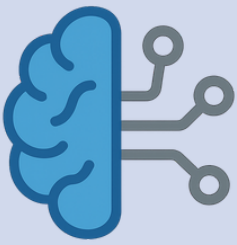
- Traumaart: Unfall, Gewalt, sexueller Übergriff, Krieg, Katastrophe
- Einmalig vs. wiederholt (komplexe PTBS)
- Zeitpunkt: akut vs. zurückliegend
- Frühere Traumatisierungen erfassen
- Dissoziation während des Traumas (peritraumatisch)



→ Nie Details forcieren – Stabilisierung vor Exploration

→ Einwilligung zur Traumaerhebung dokumentieren





Komplexe PTBS

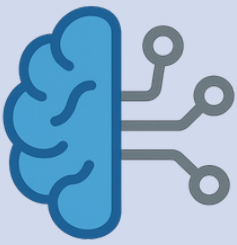
Komplexe PTBS – ICD-11 (6B41), klinisch relevant:

- Wiederholte/anhaltende Traumatisierung (Missbrauch, Gewalt)
- Zusätzlich: Affektregulationsstörung
- Negatives Selbstbild, Beziehungsstörungen
- In ICD-10 nicht kodierbar → F43.1 + F60.31 erwägen
- Häufig: BPS-Komorbidität (Überlappung)

→ ICD-10: F43.1 als Hauptdiagnose, Komorbiditäten ergänzen

→ Therapeutische Implikation: phasenbezogenes Trauma-Tx





Komorbidität

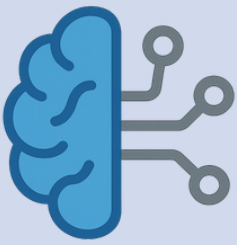
Komorbiditäten – vollständig kodieren:

- Depression F32/F33 – häufigste Komorbidität
- Substanzabhängigkeit F1x.2 – Selbstmedikation
- BPS F60.31 – komplexe PTBS-Überlappung
- Angststörung F40/F41 – Hyperarousal als Brücke
- Somatoforme Störung F45 – körperliche Trauma-Reaktion

→ Substanzkonsum als Trauma-Selbstmedikation immer erfragen

→ Suizidrisiko bei Komorbidität deutlich erhöht





Dissoziation

Dissoziation bei PTBS – dokumentieren:

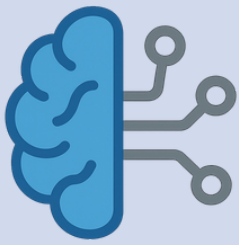
- Peritraumatische Dissoziation: während des Traumas
- Intrusiv: Flashbacks mit Realitätsverlust
- Depersonalisation: Fremdheit zum eigenen Körper
- Derealisation: Umgebung unwirklich
- Dissoziative Amnesie: Teilerinnerung an Trauma



→ DD: Epilepsie (EEG), Konversionsstörung (F44)

→ Schweregrad dokumentieren – Exploration erst nach Stabilisierung





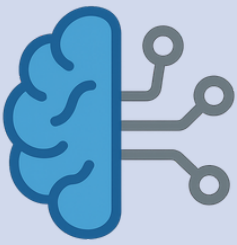
Suizidalität

Suizidalität bei PTBS – obligat erfassen:

- PTBS = erhöhtes Suizidrisiko, bes. bei Komorbidität
- Täterschaft: Schuld, Scham als Suizid-Verstärker
- Vergewaltigung/sexueller Missbrauch: besonders hohes Risiko
- Impulsivität bei ABR erhöht akutes Handlungsrisiko
- Direkte Fragen obligat – nie vom Trauma ablenken lassen
- Z91.5 bei früherem Suizidversuch dokumentieren

→ Krisenplan erst nach Stabilisierung erstellen





PTBS akut

ICD-10: F43.1, F32.1

Pat. 34 J., männlich

Aufnahme 3 Monate nach Raubüberfall,
zunehmende Symptomatik.

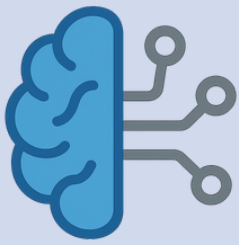
Psychopathologie: Nächtliche Albträume,
Flashbacks, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit,
Vermeidung öffentlicher Plätze. Depressive
Komorbidität. Suizidgedanken verneint.



Maßnahmen:

- SSRI eingeleitet (Sertralin)
- Traumafokussierte KVT geplant
- Psychoedukation PTBS
- Krisenplan erstellt





Medikamente

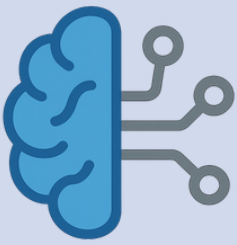
Pharmakotherapie bei PTBS:

- 1. Wahl: SSRI – Sertralin, Paroxetin (S3-Leitlinie)
- SNRI: Venlafaxin – Alternative bei SSRI-Versagen
- Prazosin: Alptraum-Behandlung (off-label)
- BZD: nicht empfohlen (Trauma-Verarbeitung gehemmt)
- Antipsychotika: nur bei Komorbidität, nicht als Monotherapie

→ Psychotherapie (EMDR, traumafokussierte KVT) = 1. Wahl

→ BZD-Verschreibung bei PTBS dokumentationspflichtig begründen





Rechtliches

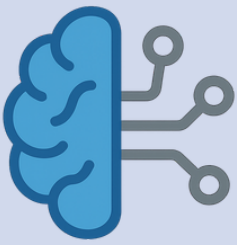
Rechtliche Aspekte bei Trauma-Aufnahme:

- Sexueller Übergriff: forensische Spurensicherung dokumentieren
- Einwilligung für Untersuchung & Spurensicherung
- Schweigepflicht: Anzeigepflicht nur bei Minderjährigen (abhängig von Land)
- Opferschutz-Institutionen: Dokumentation der Weiterleitung
- Täterschaft innerhalb Familie: Kinderschutz prüfen



→ Forensische Spurensicherung vor Waschen/Umkleiden

→ Einwilligung & Aufklärung schriftlich dokumentieren



Anpassungsstörung

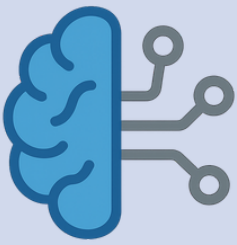
Anpassungsstörung F43.2 – Abgrenzung:

- Reaktion auf identifizierbaren Stressor (kein Extremtrauma nötig)
- Emotionale od. Verhaltenssymptome
- Beginn binnen 1 Monat, Dauer <6 Monate nach Stressorende
- F43.20: kurze depressive Reaktion · F43.21: längere Reaktion
- DD: depressive Episode F32 – Schweregrad & Dauer entscheidend

→ Stressor konkret benennen & kodieren

→ Spontanremission nach Stressorende häufig





Kompl. PTBS

ICD-10: F43.1, F60.31, F32.2

Pat. 38 J., weiblich

Jahrelanger Missbrauch in Kindheit, akute
Zuspitzung nach Jahrestag.

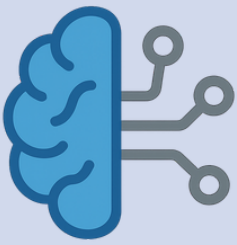
Psychopathologie: Flashbacks, Dissoziation,
Affektsturm, Selbstverletzung (NSSV),
passiver Todeswunsch. Schwere Depression.



Maßnahmen:

- Stabilisierungsphase vor Traumaexploration
- SSRI + Krisenplan
- PTBS & BPS & Depression explizit kodiert
- Stationäre traumafokussierte Therapie
beantragt

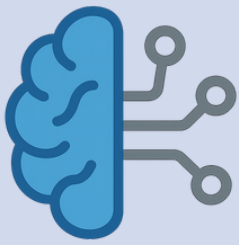




Häufige Fehler

- ✗ F43.0 und F43.1 verwechselt – Zeitkriterium nicht beachtet
- ✗ Traumazeitpunkt & Symptombeginn nicht dokumentiert
- ✗ Dissoziation nicht erhoben
- ✗ Suizidalität bei PTBS nicht erfragt
- ✗ BZD bei PTBS ohne Begründung verschrieben
- ✗ Forensische Spurensicherung bei sexuellem Übergriff nicht eingeleitet
- ✗ Komplexe PTBS-Komorbidität nicht kodiert



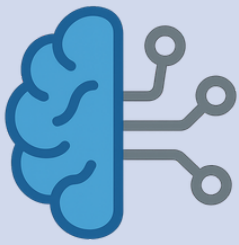


Checkliste

- ☐ F43.0 / F43.1 / F43.2 nach Zeitkriterium korrekt?
- ☐ Traumazeitpunkt & Symptombeginn dokumentiert?
- ☐ AMDP: Dissoziation, Intrusionen, Hyperarousal erfasst?
- ☐ Suizidalität vollständig erhoben?
- ☐ Komorbidität (F32, F60, F1x.2) kodiert?
- ☐ Stabilisierung vor Traumaexploration dokumentiert?
- ☐ Bei sexuellem Übergriff: Spurensicherung eingeleitet?

Faustregel: Trauma + Zeit +
Symptomgruppen = Subtyp. Stabilisierung
immer vor Exploration.





[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

