

Verlaufsdoku

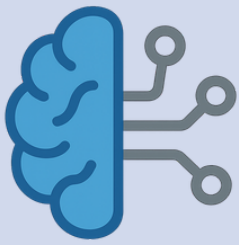
Verlaufsdokumentation: BPS-Krise
Suizidalität, Deeskalation & Krisenremission
dokumentieren

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

#PsychiatrieDigital

Dr. med. univ. Robert Trojak





Warum Verlauf?

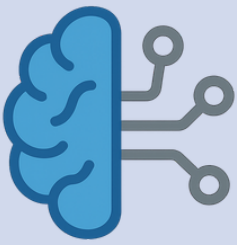
Verlaufsdokumentation BPS – klinische Relevanz:

- Suizidalität bei BPS fluktuiert stündlich
- NSSV im Verlauf: Art, Häufigkeit, Eskalation
- Dissoziation: Verlauf & Trigger dokumentieren
- Krisenauslöser & Bewältigungsstrategien erfassen
- Stationäre Regression: frühzeitig erkennen
- Medico-legale Absicherung bei Selbstverletzung



→ BPS-Verlauf = Krisenintensität täglich neu beurteilen





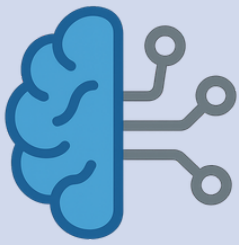
Struktur Verlauf

Pflichtinhalte BPS-Verlaufseintrag:

- Datum & Uhrzeit
- Affekt: Intensität, Labilität, Dysphorie
- Suizidalität: täglich explizit & vollständig erheben
- NSSV: Art, Lokalisation, Intention, Eskalation
- Dissoziation: Grad, Trigger, Dauer
- Krisenplan: bekannt/angewandt/wirksam?

→ Nie „Suizidalität wie gestern“ – täglich neu erheben





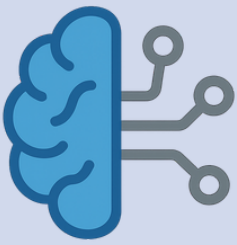
AMDP Verlauf

AMDP bei BPS-Krise – täglich:

- Affekt: Dysphorie, Affektsturm, Leere, Labilität
- Antrieb: Agitiertheit, Impulsivität, Rückzug
- Suizidalität: Todeswunsch, Ideen, Plan, Impuls
- Dissoziation: Depersonalisation, Derealisation
- Kognition: dichotomes Denken, Splitting
- Schlaf: Einschlafen, Alpträume

→ Affektintensität skalieren: 0–10
(Eigenrating dokumentieren)



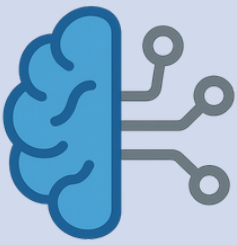


Suizidalität Verlauf

Suizidalität im BPS-Verlauf – täglich differenziert:

- Chronische vs. akute Suizidalität täglich unterscheiden
- Intensitätsverlauf dokumentieren (besser/gleich/schlechter)
- Akute Zuspitzung: Plan? Mittel? Zeitrahmen?
- Plötzliche Besserung: Entschluss-Warnsignal prüfen
- Schutzfaktoren: täglich aktuell prüfen
- Krisenplan: angewandt? Wirkung dokumentieren

→ „Chronisch suizidal“ = keine Dokumentation – täglich spezifizieren



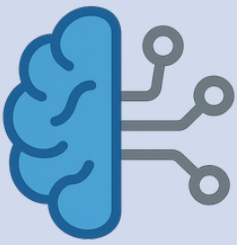
NSSV Verlauf

NSSV im Verlauf dokumentieren:

- Art: Schneiden, Brennen, Schlagen – täglich
- Lokalisation & Ausdehnung: ärztlicher Befund
- Intention: Spannungsreduktion, Bestrafung, Kontrolle
- Suizidale Absicht: täglich abgrenzen
- Eskalationstendenz:
rückläufig/gleich/zunehmend
- Wundversorgung: dokumentiert & datiert

→ NSSV-Häufigkeit im Verlauf quantifizieren





Krisentag 2

ICD-10: F60.31, Z91.5

Tag 2

Pat. 24 J., weiblich

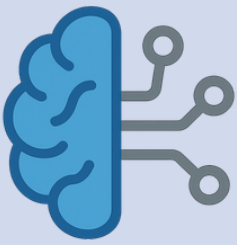
Psychopathologie: Affektsturm 3x heute, Dysphorie. Schnittverletzung Unterarm (3 Schnitte, oberflächlich) nach Telefonat mit Ex-Partner. Suizidideen, kein Plan.



Maßnahmen:

- Wundversorgung dokumentiert
- Krisenplan besprochen: Skills angewandt (Atemübung)
- Lorazepam 1 mg p.b. (einmalig)
- Einzelgespräch: Auslöser bearbeitet





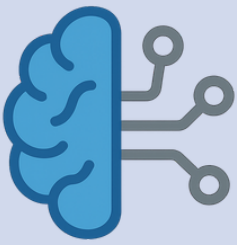
Splitting Verlauf

Splitting im Verlaufseintrag dokumentieren:

- Idealisierung: konkrete Patientenaussage zitieren
- Entwertung: konkretes Verhalten beschreiben
- Teamspaltung: unterschiedliche Berichte erfassen
- Verlauf: Splitting rückläufig/zunehmend
- Teamkommunikation: Fallbesprechung dokumentieren
- Bezugspflege: Kontinuität & Reaktion dokumentieren

→ Splitting wertfrei & phänomenologisch beschreiben





Dissoziation Verlauf

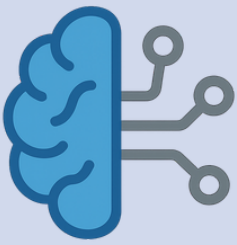
Dissoziation im Verlauf dokumentieren:

- Depersonalisation: Häufigkeit, Dauer, Trigger
- Derealisation: Intensität & Kontrollierbarkeit
- Amnesie: Lücken für Krisenhandlungen
- Grounding: angewandt? Wirkung dokumentieren
- Zunahme: Eskalationszeichen erkennen
- Schwere Dissoziation: Exploration unterbrechen



→ Dissoziationsgrad skalieren:
leicht/mittel/schwer





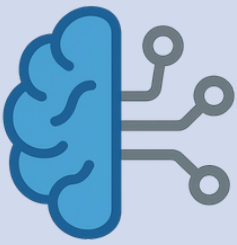
Regression Verlauf

Stationäre Regression erkennen & dokumentieren:

- Zunehmende Hilflosigkeit trotz Stabilisierung
- Stationäre Aufnahme als Krisenverstärker?
- NSSV-Häufigkeit nimmt unter Aufnahme zu?
- Abhängigkeitstendenz: übermäßige Kontaktsuche
- Entlassungsdatum: frühzeitig kommunizieren
- Regressionszeichen: sofort in Akte & Teamgespräch

→ Regression dokumentieren – Entlassplanung anpassen





Stabilisierung

ICD-10: F60.31, Z91.5

Tag 6

Pat. 24 J., weiblich

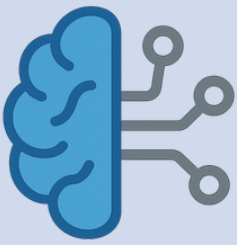
Psychopathologie: Affektsturm 1x heute, weniger intensiv. Kein NSSV seit gestern. Suizidideen rückläufig, kein Plan. Dissoziation leicht (1x kurz).



Maßnahmen:

- Krisenplan: Skills heute 2x angewandt (Atemübung wirksam)
- Ausgang begleitet erstmals gewährt
- Einzelgespräch: Entlassungsdatum besprochen
- Bezugstherapeutin informiert





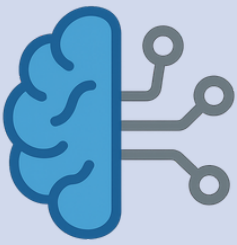
Skills-Dokumentation

DBT-Skills im Verlauf dokumentieren:

- Welcher Skill angewandt: Atemübung, Kältereiz, Musik
- Wirksamkeit: wirksam/teilwirksam/nicht wirksam
- Selbstanwendung vs. mit Begleitung
- Neue Skills: eingeführt, erklärt, geübt
- Krisenplan: aktualisiert & in Akte
- Kompetenzaufbau: dokumentieren als Verlaufsindikator

→ Skill-Anwendung = positiver Verlaufsmarker





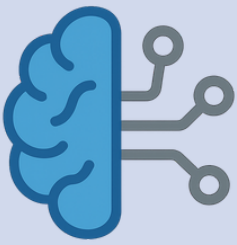
Medikation Verlauf

Medikamentöser Verlauf bei BPS dokumentieren:

- Bedarfsmedikation: Lorazepam – Häufigkeit prüfen
- Cave: Lorazepam-Frequenz täglich überwachen
- Stimmungsstabilisierer: Ansprechen dokumentieren
- Antipsychotikum: Dosis, NW, Wirkung
- BZD-Kumulation: Abhängigkeitsrisiko täglich prüfen
- Dosisänderungen: Begründung & Datum

→ Häufige BZD-Bedarfsgaben = Eskalationszeichen





NSSV-Eskalat.

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

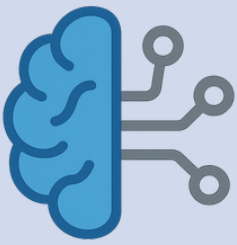
Tag 4

Pat. 31 J., weiblich

Psychopathologie: NSSV eskaliert (gestern 2, heute 5 Schnitte, tiefer). Suizidplan aufgetaucht (Erhängen). Dissoziation schwer. Trauma-Trigger: Jahrestag.

Maßnahmen:

- Beobachtungsgrad auf 1:1 erhöht
- Chirurgisches Konsil (Wundversorgung)
- Suizidalität vollständig erhoben, Krisenplan aktualisiert
- Traumaexploration unterbrochen (Stabilisierung zuerst)



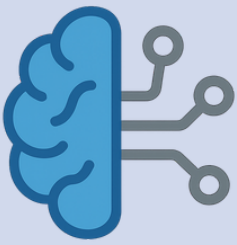
Unterbringung BPS

Unterbringung bei BPS-Krise dokumentieren:

- Chronische Suizidalität = kein Unterbringungsgrund
- Akute konkrete Suizidalität: Unterbringung prüfen
- Kurze stationäre Aufnahme: oft kontraproduktiv
- Unterbringung: konkrete Gefährdung beschreiben
- Verhältnismäßigkeit: ambulante Alternative geprüft?
- Krisenplan als dokumentierte Alternative

→ Jede Unterbringungsentscheidung individuell begründen





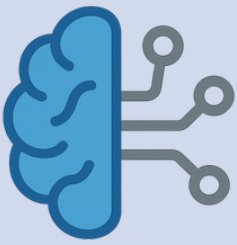
Beobachtungsgrad

Beobachtungsgrad im Verlauf dokumentieren:

- Level 0: Standard – 1x/Schicht
- Level 1: Engmaschig – stündlich
- Level 2: Erhöht – alle 30 Min.
- Level 3: 1:1-Beobachtung
- Änderung: Begründung & Zeitpunkt in Akte
- Reduzierung: klinische Begründung dokumentieren

→ Beobachtungsgrad-Änderung = klinische Entscheidung





Krisenremission

ICD-10: F60.31, Z91.5

Tag 9

Pat. 24 J., weiblich

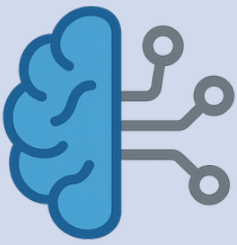
Psychopathologie: Kein Affektsturm heute. Kein NSSV seit 4 Tagen. Passiver Todeswunsch residual. Dissoziation remittiert. Krisenplan bekannt & angewandt.



Maßnahmen:

- Beobachtungsgrad Level 0 (Standard)
- Ausgang unbegleitet gewährt
- Krisenplan aktualisiert, Entlassdatum festgelegt
- Bezugstherapeutin ambulant kontaktiert

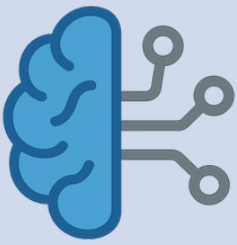




Häufige Fehler

- ✗ „Suizidalität chronisch bekannt" ohne tägliche Erhebung
- ✗ NSSV-Häufigkeit nicht quantifiziert
- ✗ Splitting nicht dokumentiert – Teamsplaltung unbemerkt
- ✗ Lorazepam-Bedarfshäufigkeit nicht überwacht
- ✗ Stationäre Regression nicht erkannt/dokumentiert
- ✗ DBT-Skills-Anwendung nicht als Verlaufsindikator
- ✗ Traumaexploration bei schwerer Dissoziation fortgeführt





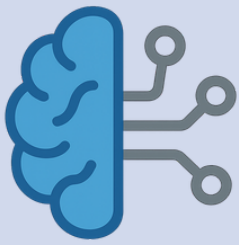
Checkliste

- ☐ Suizidalität täglich explizit & differenziert erhoben?
- ☐ NSSV: Art, Häufigkeit, Intention täglich dokumentiert?
- ☐ Dissoziation: Grad & Trigger erfasst?
- ☐ Splitting im Team dokumentiert?
- ☐ DBT-Skills: angewandt & Wirkung dokumentiert?
- ☐ Lorazepam-Bedarfshäufigkeit überwacht?
- ☐ Beobachtungsgrad täglich begründet?
- ☐ Regressionstendenz erkannt & dokumentiert?



Faustregel: BPS-Verlauf = Suizidalität differenziert + NSSV quantifiziert + Skills dokumentiert + Regression prüfen.





[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

