

Verlaufsdoku Depression

Verlaufsdokumentation: Depressives Syndrom

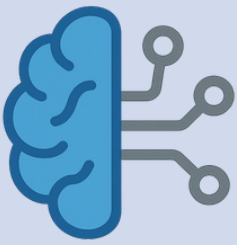
Therapieansprechen, Schweregrad & ICD-10 im Verlauf erfassen

Für Assistenzärzte in der Psychiatrie

ICD-10-konform · S3/DGPPN/AWMF

#PsychiatrieDigital | Dr. Robert Trojak





Warum Verlauf?

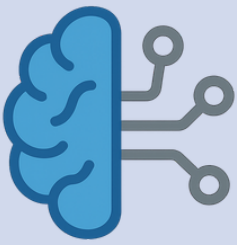
Verlaufsdokumentation – klinische Relevanz:

- Therapieansprechen frühzeitig erkennen
- Dosisanpassung evidenzbasiert begründen
- Suizidrisiko im Verlauf neu beurteilen
- Medico-legale Absicherung bei Verschlechterung
- Grundlage für Entlassentscheidung
- Übergabe & Weiterbehandlung sichern



→ Fehlende Verlaufseinträge = juristisches & klinisches Risiko





Struktur Verlauf

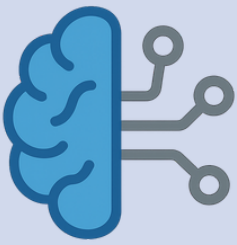
Pflichtinhalte psychiatrischer Verlaufseintrag:

- Datum & Uhrzeit
- Psychopathologischer Befund (AMDP-orientiert)
- Veränderung zum Voreintrag (besser/gleich/schlechter)
- Suizidalität: aktuell explizit erheben
- Medikation: aktuelle Dosis, Änderungen
- Maßnahmen & Interventionen



→ Nie nur „Zustand unverändert“ ohne Befundbeschreibung





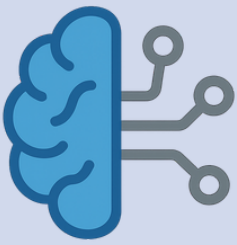
AMDP Verlauf

AMDP-Items bei depressivem Verlauf – täglich:

- Affekt: Qualität, Modulierbarkeit, Morgentief
- Antrieb: Hemmung, Erschöpfbarkeit, Aktivität
- Schlaf: Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen
- Appetit & Gewicht
- Suizidalität: Todeswunsch, Ideen, Plan, Impuls
- Kognition: Konzentration, Grübeln

→ Tageszeitvarianz explizit erfassen (Morgen vs. Abend)





Remissionsgrad

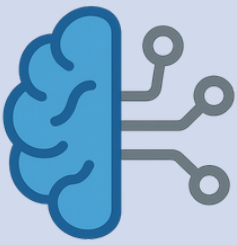
Remissionsgrad dokumentieren:

- Response: Symptomreduktion $\geq 50\%$ (HAMD/PHQ-9)
- Partielle Remission: Symptome unter Schwellenwert, aber noch vorhanden
- Vollremission: keine relevan. Symptome ≥ 2 Monate
- Rückfall: erneute Episode nach Vollremission
- Rezidiv: neue Episode nach vollständiger Erholung

→ Remissionsgrad beeinflusst Entlasszeitpunkt

→ PHQ-9 oder HAMD bei Aufnahme & wöchentlich wiederholen





Pharmako-Verlauf

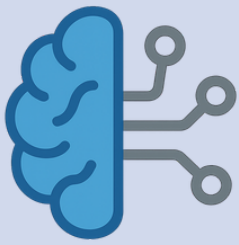
Medikamentöser Verlauf dokumentieren:

- Substanz, Dosis, Einnahmezeitpunkt täglich
- Dosisänderungen: Datum, Begründung, Zieldosis
- Wirklatenz: SSRI/SNRI 2–4 Wochen – Erwartungsmanagement
- Nebenwirkungen: Art, Schwere, Maßnahme
- Serumspiegelkontrollen: Datum, Wert, Zielbereich

Augmentation: Begründung & Zeitpunkt dokumentieren

→ Jede Dosisänderung mit Begründung in Akte





Woche 1

ICD-10: F32.2 | Tag 5 | Pat. 52 J., weiblich

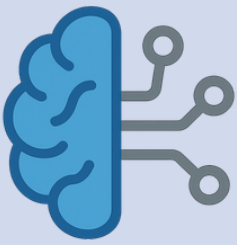
Psychopathologie: Schwere Antriebshemmung, Früherwachen, Morgentief persistierend. Affekt leicht modulierbar. Passiver Todeswunsch weiterhin. Kein konkreter Plan.

Medikation: Escitalopram 10 mg (Tag 5), Mirtazapin 15 mg z.N.

Maßnahmen:

- Beobachtungsgrad beibehalten
- Escitalopram auf 20 mg erhöht
- Einzelgespräch: Krisenplan aktualisiert





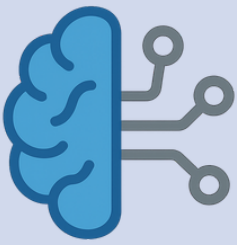
Suizidalität Verlauf

Suizidalität im Verlauf – täglich explizit erheben:

- Nie aus Vorverlauf übernehmen ohne Neuerhebung
- Tageszeitvarianz: Morgen (Morgentief!) vs. Abend
- Veränderung: besser/gleich/schlechter als Vortag
- Plötzliche Verbesserung nach Depression → Entschluss?
- Schutzfaktoren aktuell prüfen
- Krisenplan: bekannt? verfügbar? aktuell?

→ „Suizidalität wie gestern“ ist keine Dokumentation





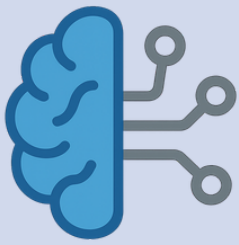
Ansprechen prüfen

Therapieansprechen – strukturiert beurteilen:

- PHQ-9 wöchentlich: Score, Veränderung, Interpretation
- HAMD: wöchentlich bei stationären Patienten
- Klinisch: Antrieb, Schlaf, Affekt als Frühzeichen
- Woche 2: erste Antriebszunahme vor Stimmung
- Woche 4: fehlende Response → Strategie überdenken
- Non-Response: Plasmaspiegelkontrolle, Adhärenz prüfen

→ Frühe Antriebszunahme ohne Stimmungsverbesserung = Suizidrisiko!





Therapieresistenz

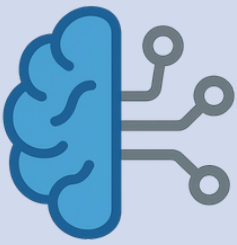
Therapieresistenz im Verlauf dokumentieren:

- Definition: Ausbleiben Response nach ≥ 2 AD (adäquat Dosis/Dauer)
- Plasmaspiegel: Einnahmetreue prüfen vor Wechsel
- Augmentation: Lithium, Quetiapin, Aripiprazol
- Kombination: SSRI + Mirtazapin (California Rocket Fuel)
- EKT-Indikation: bei schwerer therapieresistenter Depression

→ Jeden AD-Versuch mit Dosis, Dauer, Abbruchgrund dokumentieren

→ Therapieresistenz = eigenständige klinische Entscheidung





Woche 2–3

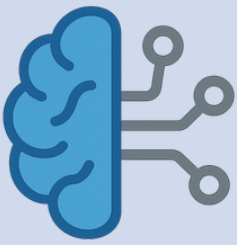
ICD-10: F32.2 | Tag 16 | Pat. 52 J., weiblich

Psychopathologie: Antrieb leicht gebessert (Morgenhygiene selbstständig), Stimmung weiterhin deprimiert. Früherwachen persistiert. Passiver Todeswunsch, kein Plan.

Medikation: Escitalopram 20 mg (Tag 11), Mirtazapin 15 mg z.N.

Maßnahmen:

- PHQ-9: 18 (Aufnahme: 24) – partielle Response
- Beobachtungsgrad reduziert
- Ergotherapie-Teilnahme begonnen



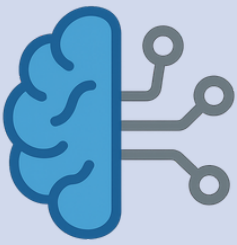
Psychother. Verl.

Psychotherapeutischer Verlauf
dokumentieren:

- Therapieform & Frequenz: Einzel/Gruppe, x/Woche
- Themen der Sitzung (ohne Inhalt zu detaillieren)
- Engagement & Compliance
- Kognitive Muster: Grübeln, Katastrophisieren (Verlauf)
- Aktivierungsplanung: umgesetzt? Feedback?
- Hausaufgaben: gegeben, besprochen, bewertet

→ Psychotherapie-Einheiten datieren & in Akte eintragen





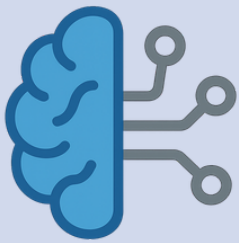
Soziale Faktoren

Soziale Faktoren im Verlauf erfassen:

- Angehörigenkontakt: Besuche, Telefonate, Qualität
- Konflikte & belastende Ereignisse während Aufnahme
- Arbeitsfähigkeit: Prognose, AU-Verlängerung
- Wohnsituation bei Entlassung: geklärt?
- Ambulantes Netz: Therapeut, Psychiater, Hausarzt
- Sozialdienst: Unterstützungsbedarf dokumentiert

→ Sozialer Rückzug im Verlauf =
Depressionsverstärker





Non-Response

ICD-10: F33.2 | Tag 28 | Pat. 61 J., männlich

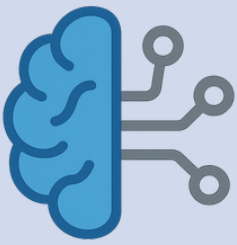
PHQ-9: 22 (Aufnahme: 26). Non-Response
nach 4 Wochen Escitalopram 20 mg.

Psychopathologie: Schwere
Antriebshemmung persistierend,
Hoffnungslosigkeit, passiver Todeswunsch.
Schlaf leicht gebessert.



Maßnahmen:

- Plasmaspiegel: Escitalopram 42 ng/ml
(therapeut. Bereich)
- Augmentation Lithium eingeleitet
(Zielspiegel 0,6–0,8)
- EKT-Konsil besprochen, Patient stimmt zu
- Suizidalität vollständig erhoben

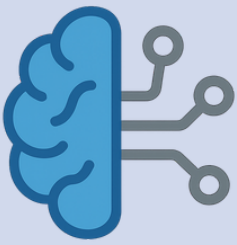


Verlaufsskalen

Skalen im Verlauf – strukturiert einsetzen:

- PHQ-9: 0–27 · wöchentlich, Selbstbeurteilung
- HAMD-17: Fremdbeurteilung, klinischer Goldstandard
- BDI-II: Selbstbeurteilung, kognitiv-affektiv
- Veränderung dokumentieren: Ausgangswert → aktuell
- Schwelle Response: $\geq 50\%$ Reduktion
- Schwelle Remission: $\text{HAMD} \leq 7$ / $\text{PHQ-9} \leq 4$
→ Skalenwert + Datum + Untersucher in Akte



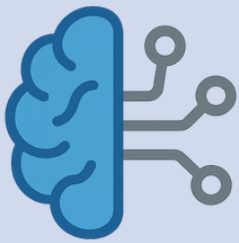


Entlassvorbereitung

Entlassvorbereitung im Verlauf dokumentieren:

- Remissionsgrad zum Entlasszeitpunkt (PHQ-9/HAMD)
- Medikation: Entlassdosis, Einnahmeschema, Aufklärung
- Krisenplan: aktuell, übergeben, besprochen
- Ambulanter Therapeut: Termin vereinbart
- Psychiater ambulant: Termin <2 Wochen nach Entlassung
- Angehörige: informiert, einbezogen (mit Einwilligung)

→ Entlassdatum & Entlassbedingungen dokumentieren



Vollremission

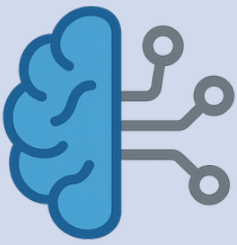
ICD-10: F32.2 | Tag 42 | Pat. 52 J., weiblich

Psychopathologie: Stimmung ausgeglichen, Antrieb normalisiert, Schlaf gut. Kein Todeswunsch, keine Suizidideen. Zukunftspläne vorhanden.

Medikation: Escitalopram 20 mg, Mirtazapin 15 mg | PHQ-9: 4 (Aufnahme: 24) – Vollremission

Maßnahmen:

- Beobachtungsgrad aufgehoben
- Entlassung geplant Tag 45
- Krisenplan übergeben
- Ambulanter Therapeut: Termin in 10 Tagen



Häufige Fehler

„Zustand unverändert" ohne
Befundbeschreibung

Suizidalität aus Voreintrag übernommen
ohne Neuerhebung

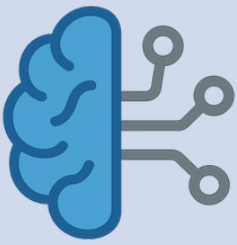
Frühe Antriebszunahme ohne Suizidrisiko-
Bewertung

PHQ-9/HAMD nicht regelmäßig dokumentiert

Dosisänderung ohne Begründung in Akte

Non-Response nicht erkannt – AD-Wechsel zu
spät

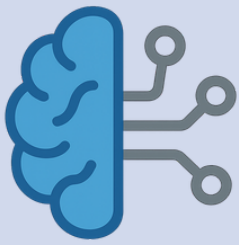
Entlassung ohne ambulanten Anschluss
dokumentiert



Checkliste

- ☐ Täglicher AMDP-Befund mit Tageszeitvarianz?
- ☐ Suizidalität täglich explizit neu erhoben?
- ☐ PHQ-9/HAMD wöchentlich dokumentiert?
- ☐ Dosisänderungen mit Begründung in Akte?
- ☐ Frühe Antriebszunahme → Suizidrisiko neu bewertet?
- ☐ Non-Response nach 4 Wochen erkannt & gehandelt?
- ☐ Entlassvorbereitung vollständig dokumentiert?

Faustregel: Verlauf = täglich Befund + Suizidalität + Skala wöchentlich + Dosisänderung begründen.



[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

