

Verlaufsdoku Psychose

Verlaufsdokumentation: Psychose

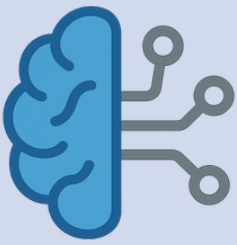
Symptomrückgang, Gefährdung & Therapie
im Verlauf erfassen

Für Assistenzärzte in der Psychiatrie

ICD-10-konform · S3/DGPPN/AWMF

#PsychiatrieDigital | Dr. Robert Trojak





Warum Verlauf?

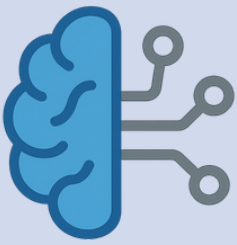
Verlaufsdokumentation Psychose – klinische Relevanz:

- Gefährdung täglich neu beurteilen
- Unterbringung rechtlich täglich begründen
- Antipsychotika-Ansprechen strukturiert erfassen
- Negativsymptome im Verlauf von Positivsymptomen trennen
- Krankheitseinsicht als Entlassindikator dokumentieren
- Medico-legale Absicherung bei Fremdgefährdung



→ Psychose = dynamischer Verlauf – täglich neu beurteilen





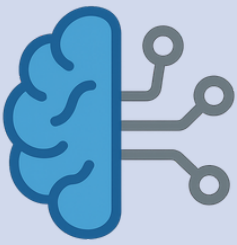
Struktur Verlauf

Pflichtinhalte psychotischer Verlaufseintrag: |

- Datum & Uhrzeit
- Psychopathologischer Befund (AMDP-orientiert)
- Positiv- & Negativsymptome getrennt dokumentieren
- Gefährdung: Fremd- & Selbstgefährdung neu beurteilen
- Krankheitseinsicht: aktueller Grad
- Medikation & Spiegel

→ Nie „Psychose unverändert“ ohne Symptombeschreibung





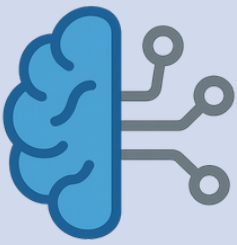
AMDP Verlauf

AMDP-Items bei psychotischem Verlauf – täglich:

- Halluzinationen: Modalität, Frequenz, Intensität, Imperativität
- Wahn: Überzeugungsgrad, Systematisierung, Rückgang
- Ich-Störungen:
vorhanden/rückläufig/remittiert
- Affekt: verflacht, inadäquat, modulierbar
- Antrieb: Hemmung, Agitiertheit, Eigeninitiative
- Krankheitseinsicht:
fehlend/partiell/vorhanden

→ Wahnrückgang quantifizieren:
Überzeugungsgrad 0–100%





Positivsympt. Verl.

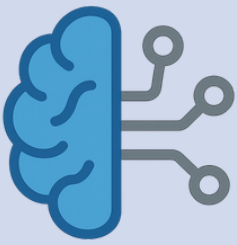
Positivsymptome im Verlauf dokumentieren:

- Halluzinationen: täglich Modalität & Frequenz
- Wahn: Überzeugungsgrad & Einfluss auf Verhalten
- Ich-Störungen: vorhanden vs. remittiert
- Imperatorische Stimmen: Gefährdungsrelevanz täglich prüfen
- Wahnwahrnehmung: aktuell aktiv oder distanziert?



→ Nicht „Wahn rückläufig“ – konkret:
„Überzeugungsgrad von 100% auf 60%“
→ Verhaltensänderung durch Wahn explizit dokumentieren





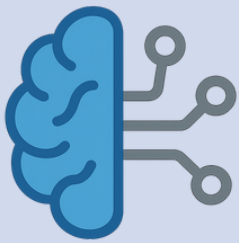
Pharmako-Verlauf

Medikamentöser Verlauf bei Psychose:

- Antipsychotikum: Substanz, Dosis, Applikationsweg
- Plasmaspiegel: Zeitpunkt, Wert, Zielbereich
- Ansprechen: Woche 2–4 klinisch beurteilen
- Non-Response: Spiegel prüfen vor Wechsel
- EKG: QTc-Kontrolle regelmäßig
- Bedarfsmedikation: Lorazepam – Uhrzeit, Dosis, Indikation

→ Jede Dosisänderung mit Begründung & Datum





Tag 3–7

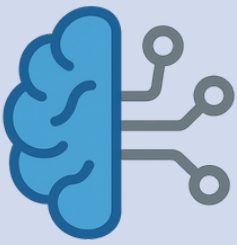
ICD-10: F20.0 Tag 5 Pat. 32 J., männlich

Psychopathologie: Verfolgungswahn persistierend (Überzeugungsgrad 95%), kommentierende Stimmen 3–4x/h, Agitation. Imperatorische Stimmen: Patient hält Impuls zurück. Keine Krankheitseinsicht.

Medikation: Olanzapin 20 mg (Tag 5)

Maßnahmen:

- Unterbringung weiterhin
- 1:1-Beobachtung beibehalten
- Lorazepam 2 mg p.o. (2x heute)
- Plasmaspiegel Tag 7 angeordnet



Gefährdung Verlauf

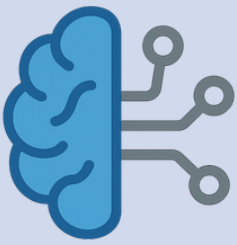
Gefährdung im Verlauf täglich dokumentieren:

- Fremdgefährdung: wahnmotiviert, konkrete Handlung benennen
- Imperative Stimmen: Inhalt & Befolgen dokumentieren
- Selbstgefährdung: Suizidalität, Weglauftendenz
- Selbstvernachlässigung: Essen, Trinken, Hygiene
- Anosognosie: Grad täglich erfassen

→ „Fremdgefährdung nicht auszuschließen“ reicht nicht

→ Konkretes Verhalten & Auslöser täglich benennen





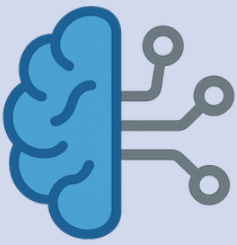
Unterbringung Verlauf

Unterbringungsverlängerung bei anhaltender Psychose:

- Begründung täglich neu – nie copy-paste
- Psychopathologie: Wahn/Halluzinationen aktiv & verhaltenswirksam
- Krankheitseinsicht: fehlend → freiwillige Behandlung unmöglich
- Konkrete Gefährdungshandlung oder -tendenz benennen
- AT: Patientenanwalt-Kontakt dokumentieren
- Richterlicher Beschluss: Datum & Aktenzeichen



→ Jeder Verlängerungstag = eigenständige rechtliche Begründung



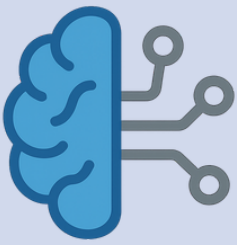
Ansprechen Psychose

Therapieansprechen bei Psychose beurteilen:

- PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale): Goldstandard
- PANSS bei Aufnahme & wöchentlich
- Response: $\geq 20-30\%$ PANSS-Reduktion
- Klinisch: Schlaf, Agitation, Halluzinationsfrequenz als Frühzeichen
- Woche 1–2: Sedierung & Agitation bessern zuerst
- Woche 4–6: Wahn & Halluzinationen

→ PANSS-Wert + Datum + Untersucher in Akte





Woche 2–3

ICD-10: F20.0 | Tag 16 | Pat. 32 J., männlich

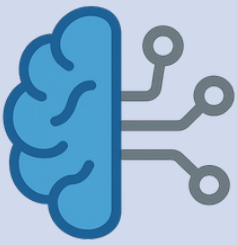
Psychopathologie: Verfolgungswahn rückläufig (Überzeugungsgrad 60%), Stimmen 1–2x/h, weniger imperatorisch. Agitation deutlich gebessert. Krankheitseinsicht partiell.



Medikation: Olanzapin 20 mg (Spiegel 38 ng/ml) | Maßnahmen:

- Unterbringung: Übergang freiwillig geprüft
- Ausgang begleitet erstmals gewährt
- PANSS: 68 (Aufnahme: 98)





Negativsympt. Verl.

Negativsymptome im Verlauf dokumentieren:

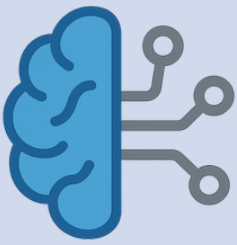
- Affektverflachung: unveränderlich vs. rückläufig
- Alogie: Spontansprache täglich beurteilen
- Abulie: Eigeninitiative, Freizeitaktivitäten
- Anhedonie: soziale Teilhabe, Genussfähigkeit
- Primär vs. sekundär: durch AP, Depression, Positivsymptome



→ Negativsymptome bleiben oft nach Positivsymptom-Remission

→ Separates Dokumentieren von Positiv- und Negativverlauf





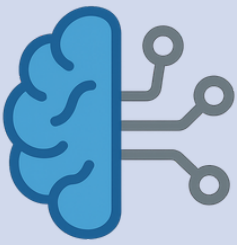
Suizidalität Psychose

Suizidalität im psychotischen Verlauf:

- Akute Psychose: wahnmotivierter Suizid möglich
- Postpsychotisch: Depression häufig – Suizidrisiko steigt
- Imperatorische Stimmen zum Suizid: täglich prüfen
- Krankheitseinsicht nimmt zu → Hoffnungslosigkeit möglich
- Direkte Fragen obligat – täglich
- F20.4: postpsychotische Depression kodieren

→ Suizidrisiko steigt oft mit Krankheitseinsicht





Postpsycho. Depression

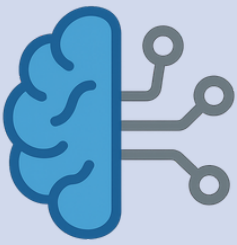
ICD-10: F20.0, F20.4 | Tag 28 | Pat. 32 J.,
männlich

Positivsymptome weitgehend remittiert.
Neue Symptomatik: Antriebsminderung,
Hoffnungslosigkeit, Suizidideen (passiv).

Psychopathologie: Wahn remittiert, Stimmen
selten. Affektverflachung, Dysphorie,
Todeswunsch.

Maßnahmen:

- F20.4 als Zusatzdiagnose kodiert
- Antidepressivum erwogen (Cave: AP beibehalten)
- Suizidalität vollständig erhoben, Krisenplan
- Beobachtungsgrad dokumentieren



Krankheitseinsicht

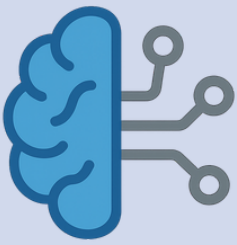
Krankheitseinsicht im Verlauf dokumentieren:

- Fehlend: Erkrankung vollständig verneint
- Partiiell: Behandlung akzeptiert, Diagnose nicht
- Vorhanden: Diagnose & Behandlungsnotwendigkeit erkannt
- Veränderung = wichtigster Entlassindikator
- Einwilligungsfähigkeit täglich bei Unterbringung prüfen
- Patientenaussage zitieren als Beleg



→ Krankheitseinsicht direkt mit Entlassentscheidung verknüpfen





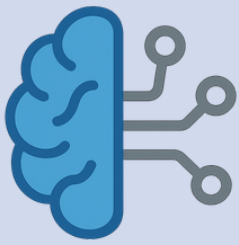
Non-Response

Non-Response bei Psychose dokumentieren:

- Definition: unzureichendes Ansprechen nach 4–6 Wochen
- Plasmaspiegel prüfen: Einnahmetreue & Metabolisierung
- AP-Wechsel: Begründung & Zeitpunkt dokumentieren
- Clozapin: bei therapieresistenter Schizophrenie (2 AP-Versuche)
- Clozapin-Einleitung: REMS-Monitoring, Leukozytenkontrolle
- EKT: Ergänzung bei therapieresistenter Psychose



→ Non-Response-Entscheidung mit Datum & Begründung



Remission

ICD-10: F20.0 | Tag 38 | Pat. 32 J., männlich

Psychopathologie: Wahn remittiert, Stimmen nicht mehr vorhanden. Affekt modulierbar. Krankheitseinsicht vollständig. Keine Gefährdung.

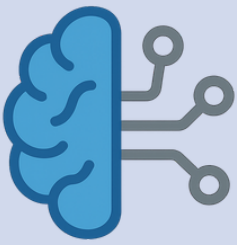
PANSS: 42 (Aufnahme: 98) – Response

Medikation: Olanzapin 15 mg (Reduktion), Depot-Einleitung besprochen

Maßnahmen:

- Freiwillige Behandlung seit Tag 22
- Ausgang unbegleitet
- Entlassvorbereitung begonnen
- Suizidalität erhoben: verneint





Häufige Fehler

Positiv- & Negativsymptome nicht getrennt dokumentiert

Unterbringungsverlängerung aus Voreintrag kopiert

PANSS nicht erhoben – Ansprechen nicht messbar

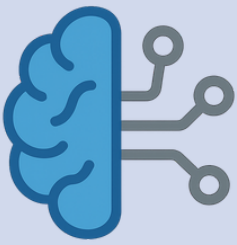
Imperatorische Stimmen ohne Gefährdungsbeurteilung

Postpsychotische Depression nicht erkannt/kodiert

Plasmaspiegel nicht zeitgerecht kontrolliert

Suizidalität bei zunehmender Krankheitseinsicht nicht erfragt



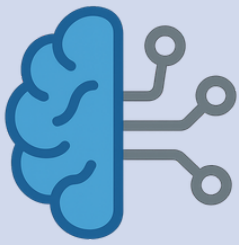


Checkliste

- ☐ Täglicher AMDP-Befund (Positiv & Negativ getrennt)?
- ☐ Gefährdung täglich konkret neu beurteilt?
- ☐ Unterbringung täglich neu begründet?
- ☐ PANSS wöchentlich dokumentiert?
- ☐ Plasmaspiegel zeitgerecht kontrolliert?
- ☐ Suizidalität täglich erhoben (bes. postpsychotisch)?
- ☐ Krankheitseinsicht im Verlauf dokumentiert?
- ☐ Non-Response nach 4–6 Wochen erkannt & gehandelt?



Faustregel: Psychose-Verlauf = Positiv + Negativ + Gefährdung + Krankheitseinsicht – täglich alle vier.



[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

