

psychiatrie-digital.com

Verlaufsdoku PTBS & Trauma

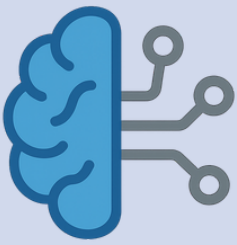
Verlaufsdokumentation: PTBS & Trauma
Stabilisierung, Intrusionen &
Therapiefortschritt dokumentieren

Für Assistenzärzte in der Psychiatrie

ICD-10-konform · S3/DGPPN/AWMF

#PsychiatrieDigital
Dr. Robert Trojak





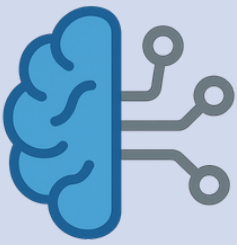
Warum Verlauf?

Verlaufsdokumentation PTBS – klinische Relevanz:

- Traumasymptome fluktuieren – täglich reassessieren
- Stabilisierungsphase: Fortschritt dokumentieren
- Dissoziative Episoden: Häufigkeit & Trigger erfassen
- Suizidalität bei PTBS täglich prüfen
- Traumaexploration: Phasendokumentation obligat
- Therapieansprechen: PCL-5 oder IES-R wöchentlich

→ Stabilisierung vor Exploration = Leitlinienprinzip dokumentieren





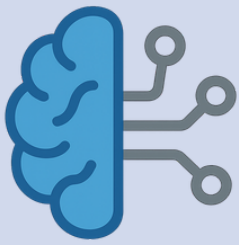
Struktur Verlauf

Pflichtinhalte PTBS-Verlaufseintrag:

- Datum & Uhrzeit
- Traumasymptome: Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal
- Dissoziative Episoden: Häufigkeit, Dauer, Trigger
- Suizidalität: täglich explizit erheben
- Therapiephase:
Stabilisierung/Exploration/Integration
- Medikation: Dosis, Ansprechen, NW

→ Therapiephase täglich dokumentieren –
nie implizit lassen





AMDP Verlauf

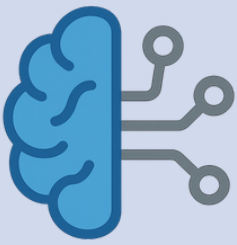
AMDP bei PTBS – täglich:

- Gedächtnis: Intrusionen (Häufigkeit, Intensität)
- Wahrnehmung: Flashbacks (Realitätsverlust ja/nein)
- Affekt: Taubheit, Dysphorie, Angst, Schreckhaftigkeit
- Antrieb: Vermeidungsverhalten, Rückzug, Aktivität
- Schlaf: Albträume, Einschlafstörung, Früherwachen
- Hyperarousal: Schreckreaktionen, Hypervigilanz



→ Intrusionshäufigkeit täglich quantifizieren:
0–10/Tag





Stabilisierung Verl.

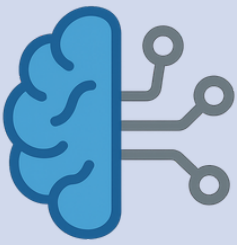
Stabilisierungsphase im Verlauf dokumentieren:

- Grounding-Techniken: angewandt, Wirkung
- Sicherer Ort: Übung durchgeführt?
- Ressourcenarbeit: identifiziert & dokumentiert
- Trigger: bekannt & im Krisenplan erfasst
- Dissoziationsstop-Techniken: geübt & wirksam?
- Stabilisierungsziele: erreicht/teilweise/nicht erreicht



→ Stabilisierungsziele explizit definieren & in Akte



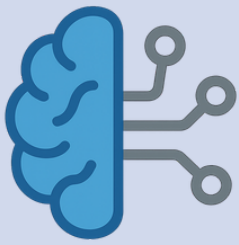


Pharmako-Verlauf

Medikamentöser Verlauf bei PTBS dokumentieren:

- SSRI: Wirklatenz 2–4 Wochen – Verlauf dokumentieren
- Sertralin/Paroxetin: Dosis, Ansprechen, NW
- Prazosin: Albträume – Wirkung täglich erfassen
- BZD: Häufigkeit täglich überwachen – cave PTBS
- Schlafmittel: Indikation, Dauer, NW
- Dosisänderungen: Datum, Begründung, Zieldosis

→ BZD bei PTBS: Traumaverarbeitung gehemmt – dokumentieren



ABR Tag 2

ICD-10: F43.0

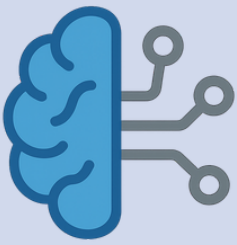
Tag 2

Pat. 27 J., weiblich

Psychopathologie: Derealisation rückläufig. Emotionale Taubheit persistiert. Agitiertheit abgeklungen. 1 Intrusion heute (gestern: 4). Schlaf 5h.

Maßnahmen:

- Grounding-Technik angewandt: wirksam (dokumentiert)
- Lorazepam 1 mg p.b. – nicht benötigt heute
- PTBS-Risiko-Aufklärung fortgeführt
- Suizidalität erhoben: verneint



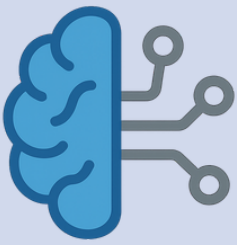
Intrusionen Verlauf

Intrusionen im Verlauf dokumentieren:

- Häufigkeit: Anzahl pro Tag/Nacht
- Art: Flashback mit Realitätsverlust vs. Erinnerung
- Inhalt: traumabezogen – kein Detail nötig, Bezug dokumentieren
- Trigger: identifiziert & dokumentiert
- Intensität: 0–10 Eigenrating
- Albträume: Häufigkeit & Schlafunterbrechung

→ Flashback ≠ Erinnerung – Realitätsverlust explizit prüfen





Dissoziation Verlauf

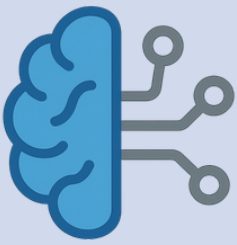
Dissoziation im Verlauf täglich erfassen:

- Depersonalisation: Häufigkeit, Dauer, Trigger
- Derealisation: Intensität & Kontrollierbarkeit
- Amnesie: Lücken für Krisenhandlungen
- Grounding: angewandt, wirksam, Technik benennen
- Eskalation: Exploration sofort unterbrechen
- Dissoziationsgrade: leicht/mittel/schwer täglich



→ Schwere Dissoziation = Exposition kontraindiziert





Therapiephasen

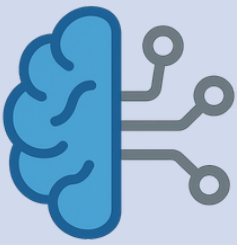
Traumatherapiephasen täglich dokumentieren:

- Phase 1: Stabilisierung – aktiv & abgeschlossen?
- Phase 2: Traumaexploration – Beginn begründen
- Phase 3: Integration – Fortschritt dokumentieren
- Übergang Phase 1→2: klinische Entscheidung in Akte
- Abbruch Exploration: Grund & Rückkehr zu Phase 1

→ Phasenübergang = eigenständige Dokumentationspflicht

→ Exploration ohne Stabilisierung = Kontraindikation





PTBS Woche 2

ICD-10: F43.1, F32.1

Tag 14

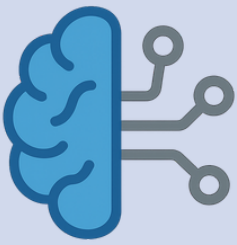
Pat. 34 J., männlich

Psychopathologie: Intrusionen 2x/Tag
(Aufnahme: 8x). Flashbacks ohne
Realitätsverlust. Hypervigilanz rückläufig.
Albträume 3x/Woche. Suizidideen verneint.
Medikation: Sertralin 100 mg (Tag 14)



Maßnahmen:

- IES-R: 42 (Aufnahme: 58) – Response
- Stabilisierungsziele erreicht – Exploration begonnen (Tag 12)
- EMDR: 2 Sitzungen – Dokumentation datiert
- Suizidalität vollständig erhoben



Suizidalität PTBS

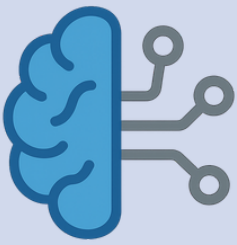
Suizidalität im PTBS-Verlauf täglich:

- PTBS = erhöhtes Suizidrisiko – täglich erheben
- Täterschaft: Schuld, Scham als Suizidverstärker
- Nach Traumaexploration: Suizidrisiko kurzfristig erhöht
- Dissoziation: Suizidhandlung in Amnesie-Episode möglich
- Direkte Fragen obligat – täglich
- Krisenplan: nach jeder Explorationssitzung prüfen



→ Nach EMDR/Traumaexploration:
Suizidrisiko neu erheben





EMDR Verlauf

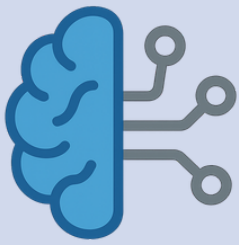
EMDR im Verlauf dokumentieren:

- Sitzung: Datum, Dauer, verarbeitetes Trauma (kein Inhalt)
- SUD (Subjective Units of Distress): Vor/Nach
- VOC (Validity of Cognition): Vor/Nach
- Reaktion nach Sitzung: Dissoziation, Erschöpfung
- Hausaufgaben: Stabilisierungsübungen nach EMDR
- Non-Response: nach 8–12 Sitzungen neu evaluieren



→ SUD & VOC-Verlauf = EMDR-
Qualitätsdokumentation





Komplexe PTBS

ICD-10: F43.1, F60.31

Tag 21

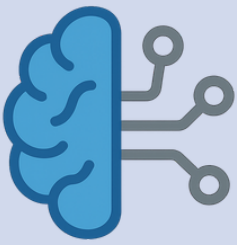
Pat. 38 J., weiblich

Psychopathologie: Intrusionen 1x/Tag.
Affektsturm nach Explorationssitzung. NSSV
(1x, oberflächlich) nach Trauma-Trigger auf
Station. Dissoziation mittelgradig.



Maßnahmen:

- Exploration unterbrochen → Stabilisierung (dokumentiert)
- NSSV: Wundversorgung, Intention erhoben (Spannungsreduktion)
- Suizidalität vollständig erhoben, Krisenplan aktualisiert
- Beobachtungsgrad Level 2



Komorbidität Verlauf

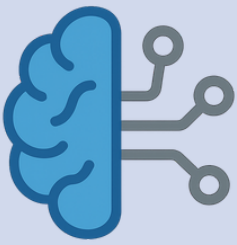
Komorbidität im PTBS-Verlauf dokumentieren:

- Depression F32/F33: wöchentlich PHQ-9
- Substanzkonsum: täglich erfragen & dokumentieren
- BPS F60.31: NSSV & Affektstürme im Verlauf
- Angststörung F40/F41: Verlauf parallel
- Schlafstörung F51: Albträume quantifizieren

→ Komorbidität beeinflusst Therapiephase & Tempo

→ Substanzkonsum als PTBS-Selbstmedikation täglich prüfen





Hyperarousal Verl.

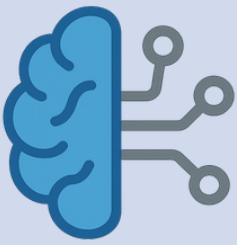
Hyperarousal im Verlauf dokumentieren:

- Schreckreaktionen: Häufigkeit & Auslöser
- Hypervigilanz: rückläufig/gleich/zunehmend
- Reizbarkeit: Intensität 0–10
- Konzentration: Verlauf täglich
- Schlaf: Einschlaf latenz & Durchschlafen
- Körperlich: Palpitationen, Schwitzen, Anspannung



→ Hyperarousal-Rückgang =
Verlaufsindikator Phase 1





ABR → PTBS

ICD-10: F43.0 → F43.1

Tag 32

Pat. 27 J., weiblich

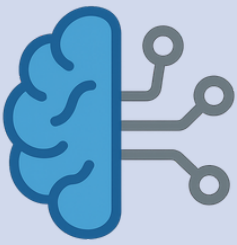
Diagnoseänderung: ABR → PTBS (Symptome >4 Wochen, alle Kriterien erfüllt).

Psychopathologie: Intrusionen 3x/Tag, Vermeidung, Hypervigilanz persistierend. Suizidideen verneint.



Maßnahmen:

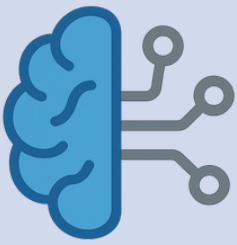
- ICD-10 angepasst: F43.0 → F43.1 (dokumentiert & begründet)
- Sertralin eingeleitet (zuvor abgewartet)
- Traumafokussierte KVT fortgeführt
- Psychoedukation PTBS-Diagnose erklärt



Häufige Fehler

- ✗ Intrusionshäufigkeit nicht quantifiziert
- ✗ Therapiephase (Stabilisierung/Exploration) nicht dokumentiert
- ✗ Traumaexploration ohne abgeschlossene Stabilisierung
- ✗ Suizidalität nach EMDR-Sitzung nicht neu erhoben
- ✗ Dissoziation nicht täglich erfasst
- ✗ ABR → PTBS Diagnoseänderung nicht dokumentiert
- ✗ BZD bei PTBS ohne Begründung fortgeführt





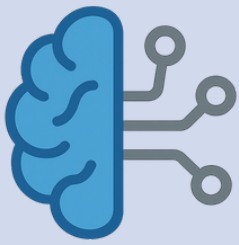
Checkliste

- ☐ Intrusionen täglich quantifiziert (Häufigkeit/Intensität)?
- ☐ Dissoziation: Grad & Trigger täglich erfasst?
- ☐ Therapiephase täglich dokumentiert?
- ☐ Suizidalität täglich erhoben (bes. nach Exploration)?
- ☐ IES-R/PCL-5 wöchentlich dokumentiert?
- ☐ EMDR: SUD & VOC dokumentiert?
- ☐ BZD-Häufigkeit täglich überwacht?
- ☐ Diagnoseänderung F43.0 → F43.1 dokumentiert?



Faustregel: PTBS-Verlauf = Intrusionen + Dissoziation + Therapiephase + Suizidalität – 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

