

Eintrittsdoku

Eintrittsdokumentation: Dissoziation & Konversion

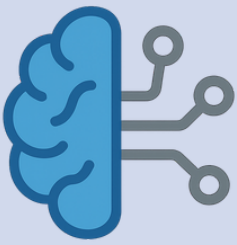
F44 korrekt erfassen, abgrenzen & dokumentieren

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

#PsychiatrieDigital

Dr. Robert Trojak





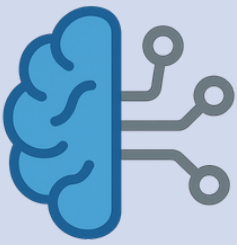
ICD-10 F44

ICD-10 – Dissoziative Störungen:

- F44.0 – Dissoziative Amnesie
- F44.1 – Dissoziative Fugue
- F44.2 – Dissoziativer Stupor
- F44.3 – Trance- und Besessenheitszustände
- F44.4 – Dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 – Dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 – Dissoziative Sensibilitäts-/Empfindungsstörung
- F44.7 – Dissoziative Störungen gemischt

→ Organische Ursache muss immer ausgeschlossen sein





Diagnosekriterier

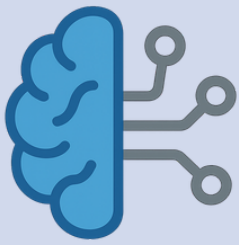
ICD-10 F44 – Allgemeine Kriterien:

- Keine organische Erkrankung nachweisbar
- Zeitlicher Zusammenhang mit Belastung/Konflikt
- Plausible psychologische Erklärung
- Ausschluss: Simulation, artifizielle Störung (F68.1)
- Symptome nicht besser durch andere Diagnose erklärbar

→ Positiver Nachweis psychologischer Ursache anstreben

→ Ausschlussdiagnose ist unzureichend – aktiv begründen





Dissoziative Amnesie

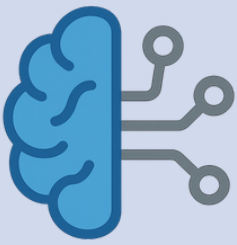
Dissoziative Amnesie F44.0:

- Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern
- Zu ausgedehnt für normale Vergesslichkeit
- Meist nach traumatischem Erlebnis
- Selektiv (trauma-spezifisch) vs. generalisiert
- DD: organische Amnesie, Demenz (F00–F03)
- EEG, Labor, cMRT obligat zum Ausschluss

→ Amnesie-Ausdehnung & Inhalte dokumentieren

→ Zeitpunkt des Beginns & möglicher Auslöser erfassen





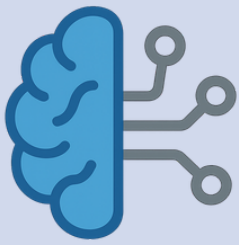
Dissoziative Anfälle

Dissoziative Krampfanfälle F44.5:

- Ähneln epileptischen Anfällen – neurologisch unauffällig
- Augen meist geschlossen (bei Epilepsie offen)
- Prolongierter Verlauf möglich, kein Zungenbiss
- Kein postiktaler Dämmerzustand
- Auslöser: emotionaler Stress, Trauma-Trigger
- Video-EEG: Goldstandard der Differenzierung

→ Neurologisches Konsil & EEG obligat
→ Nie ausschließlich als „Pseudoanfall“ dokumentieren





AMDP-Befund

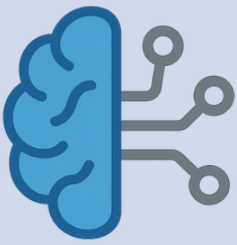
AMDP bei Dissoziation – obligat:

- Bewusstsein: Einengung, Dämmerzustand, Trance
- Gedächtnis: Amnesie (Art, Ausdehnung, Inhalt)
- Wahrnehmung: Depersonalisation, Derealisation
- Motorik: Lähmung, Tremor, Astasie-Abasie
- Sensibilität: Taubheit, Anästhesie (nicht dermatombezogen)
- Suizidalität: erhöht, bes. bei Trauma-Hintergrund



→ Alle dissoziativen Phänomene explizit dokumentieren





Dissoziative Amnesie

ICD-10: F44.0

Pat. 29 J., weiblich

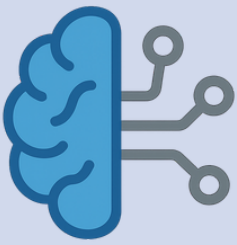
Aufnahme nach akutem Gedächtnisverlust für eigene Identität, Beginn nach Partnergewalt.

Psychopathologie: Vollständige Amnesie für persönliche Biografie, Orientierung erhalten. Keine Halluzinationen. Dissoziation.

Maßnahmen:

- cMRT, EEG, Labor: unauffällig
- Neurologisches Konsil
- Traumaanamnese behutsam begonnen
- Stabilisierung vor weiterer Exploration





Organische DD

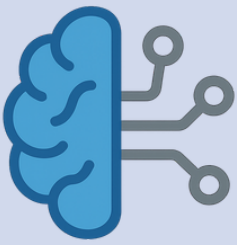
Organische DD – immer ausschließen:

- Epilepsie (bes. Temporallappenepilepsie) → EEG obligat
- Schlaganfall, TIA → cMRT/CT obligat
- Metabolisch: Hypoglykämie, Hyponatriämie
- Autoimmunenenzephalitis (NMDA-R-AK, LGI1)
- Multiple Sklerose, Hirntumor
- Intoxikation / Medikamentennebenwirkung

→ Neurologisches Konsil bei motorischen/sensiblen Symptomen

→ Bildgebung bei Erstmanifestation immer obligat





Bewegungsstörungen

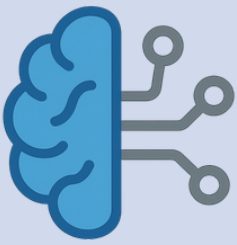
Dissoziative Bewegungsstörungen F44.4:

- Lähmungen: Mono-, Para-, Hemiplegie ohne organ. Korrelat
- Tremor, Dystonie, Myoklonus
- Astasie-Abasie: Unfähigkeit zu stehen/gehen
- Aphonie: Stimmlosigkeit ohne Laryngopathologie
- Hoover-Zeichen positiv (klinisches Zeichen)
- Symptom-Inkonsistenz bei Ablenkung

→ Neurologisches Konsil + EMG/NLG erwägen

→ Befund & Inkonsistenz wertfrei dokumentieren





Trauma-Kontext

Trauma-Hintergrund bei F44 – systematisch erfassen:

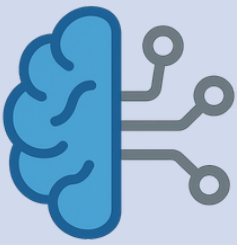
- Dissoziation = häufige Reaktion auf Trauma
- Aktuelle od. zurückliegende Traumatisierung erfragen
- Peritraumatische Dissoziation als Risikofaktor PTBS
- Komplexe Traumatisierung: wiederholte Ereignisse
- Belastende Lebensereignisse zeitlich korrelieren



→ Nie Details forcieren – Stabilisierung vor Exploration

→ Traumaanamnese + Einwilligung dokumentieren





Dissoziativer Anfall

ICD-10: F44.5, F43.1

Pat. 22 J., männlich

Aufnahme nach rezidivierenden

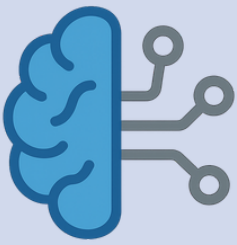
„Krampfanfällen“ (7x in 3 Monaten), EEG
ambulant unauffällig.

Psychopathologie: Augen geschlossen,
Bewegungen asynchron, kein Zungenbiss,
keine postiktale Phase. Trauma-
Vorgeschichte (Unfall).

Maßnahmen:

- Video-EEG eingeleitet
- Neurologisches Konsil
- PTBS-Diagnostik begonnen
- Antiepileptikum nicht indiziert –
dokumentiert





Komorbidität

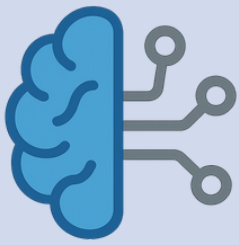
Komorbiditäten – vollständig kodieren:

- PTBS F43.1 – häufigste Assoziation
- Depression F32/F33 – sekundär, häufig
- BPS F60.31 – dissoziative Symptome als Leitsymptom
- Somatoforme Störung F45 – Symptomüberlappung
- Substanzabhängigkeit F1x.2 – Selbstmedikation

→ F44 + F43.1 häufige Kombi – beide kodieren

→ Komorbiditäten nach Stabilisierung vollständig evaluieren





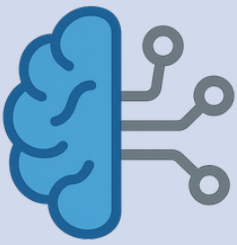
Suizidalität

Suizidalität bei F44 – obligat erfassen:

- Trauma-Hintergrund erhöht Suizidrisiko deutlich
- Dissoziative Amnesie: Suizidhandlung in Amnesie-Episode möglich
- Impulsivität bei Dissoziation erhöht akutes Risiko
- Suizidgedanken bei F44 häufig nicht spontan berichtet
- Direkte Fragen obligat
- Krisenplan nach Stabilisierung erstellen

→ Nie Suizidalität dem „dissoziativen Zustand“ zuschreiben





Medikamente

Pharmakotherapie bei F44:

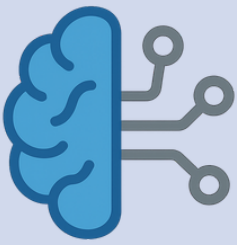
- Keine spezifische Zulassung für dissoziative Störungen
- SSRI bei depressiver od. PTBS-Komorbidität
- BZD: kurzfristig bei ausgeprägter Agitation – cave Amnesieverstärkung
- Antipsychotika: nur bei schwerer Dissoziation/Komorbidität
- Antiepileptika: nicht indiziert bei F44.5

→ Psychotherapie = 1. Wahl

(traumafokussiert, stabilisierend)

→ BZD-Amnesieverstärkung explizit dokumentieren





Behandlungsplan

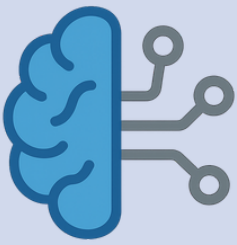
Behandlungsplan bei Dissoziation:

- Phase 1: Stabilisierung (Sicherheit, Grounding, Skills)
- Phase 2: Traumaexploration (erst nach Stabilisierung)
- Phase 3: Integration
- Grounding-Techniken dokumentieren
- Reizabschirmung auf Station
- Bezugspflege: Kontinuität wichtig

→ Konfrontation ohne Stabilisierung = Symptomverstärkung

→ Behandlungsphasen in Akte dokumentieren





Simulation / Artefakt

Abgrenzung Simulation & artifizielle Störung:

- Simulation: bewusste Vortäuschung mit erkennbarem Ziel
- Artifizielle Störung F68.1: bewusste Symptomerzeugung ohne klares Ziel
- F44: unbewusste Entstehung – klinisch entscheidend
- Inkonsistenz = nicht automatisch Simulation

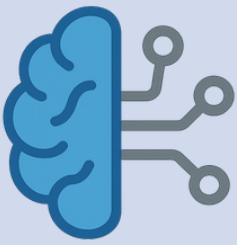


→ Nie „Simulant“ ohne psychiatrisches Konsil dokumentieren

→ Wertfreie, phänomenologische Beschreibung in Akte

→ Munchausen-by-proxy: Kinderschutz prüfen





Dissoziativer Stupor

ICD-10: F44.2, F43.1

Pat. 31 J., weiblich

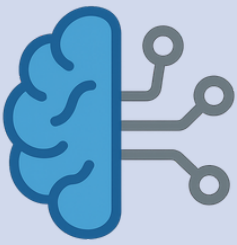
Aufnahme nach traumatischem Erlebnis (häusliche Gewalt), bewegungslos, stumm.

Psychopathologie: Dissoziativer Stupor, kein Mutismus (Bewusstsein erhalten), Augen offen, reagiert auf Ansprache minimal. Kein katatoner Befund.

Maßnahmen:

- Lorazepam-Test: partielle Remission (DD Katatonie)
- cMRT, EEG: unauffällig
- Stabilisierung, nonverbales Grounding
- Schutzmaßnahmen (häusliche Gewalt) eingeleitet

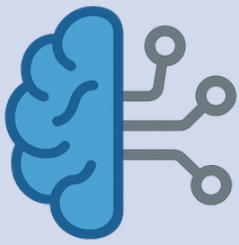




Häufige Fehler

- ✗ F44 als Ausschlussdiagnose ohne positiven psycholog. Befund
- ✗ Organische DD unvollständig – kein EEG, kein cMRT
- ✗ Dissoziative Anfälle mit Antiepileptika behandelt
- ✗ Trauma-Hintergrund nicht erfragt
- ✗ Suizidalität nicht erhoben
- ✗ Symptom als „Simulation“ dokumentiert ohne Konsil
- ✗ Traumaexploration ohne Stabilisierungsphase begonnen

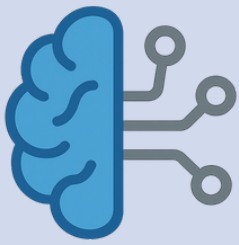




Checkliste

- ☐ F44 Subtyp korrekt spezifiziert?
- ☐ Organische DD ausgeschlossen (EEG, cMRT, Labor)?
- ☐ Neurologisches Konsil veranlasst?
- ☐ AMDP: Amnesie, Motorik, Sensibilität, Dissoziation?
- ☐ Trauma-Hintergrund behutsam erhoben?
- ☐ Suizidalität vollständig erfragt?
- ☐ Komorbiditäten (PTBS, F32, F60) kodiert?
- ☐ Stabilisierungsphase vor Exploration dokumentiert?

Faustregel: F44 = Organausschluss + psychologischer Auslöser + Stabilisierung 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

