



Tanja Sappok & Christian Schanze
(Hrsg.)

**ICD-11: Neues und Relevantes für das
Verständnis von Gesundheit und
Krankheit bei Menschen mit einer
kognitiven Beeinträchtigung**

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb
am 7. März 2025 in Kassel**

Materialien der DGSGb

Band 54

München 2025

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-55-4

® 2025 Eigenverlag der DGSGb, München

1. Aufl. 9/2025

Redaktion: wehmeyer@dgsgb.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGb (www.dgsgb.de).

ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 7. März 2025 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tanja Sappok & Christian Schanze Vorwort	4
Tanja Sappok ICD-11: Was gibt's an relevanten Veränderungen gegenüber der ICD-10?	5
Christian Schanze Entwicklungssensible Diagnostik – entwicklungslogische Maßnahme: Möglichkeiten eines Paradigmenwechsels in der psychiatrischen Behinderten- arbeit durch die ICD-11	17
Daniel Holzinger Sprachentwicklung und Intelligenz	26
Hauke Hermann Schizophrenien nach ICD-11 bei Menschen mit einer Störung der Intelligenz- entwicklung	30
Tobias Bernasconi Auswirkungen der ICD-11 auf die Teilhabe	38
PosterAbstracts	49
Autor:innen und Poster-Präsentierende	55
Impressum	56

Vorwort

Tanja Sappok & Christian Schanze

Zitierweise:

Sappok, T. & Schanze, C. (2025). Vorwort. In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGb, S. 4.

Mit der Einführung der ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision; deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision) vollzieht sich ein grundlegender Paradigmenwechsel in der Psychiatrie. Auch das Verständnis von psychischer Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung muss entsprechend neu gefasst werden. Die bisher in der ICD-10 verwendete Diagnose der „Intelligenzminderung“ wird durch den Begriff der „Störungen der Intelligenzentwicklung“ ersetzt. Dieser Wandel ist weit mehr als ein bloßer Austausch von Begriffen: Er bringt eine entwicklungsdynamische Ausrichtung mit sich, die den Blick auf Entwicklungsstörungen, Intelligenz, Aufmerksamkeit, Sprache und psychische Störungen neu justiert. In der ICD-11 werden verschiedene neuromentale Entwicklungsstörungen, aber auch einzelne psychiatrische Störungsbilder differenzierter betrachtet. So werden beispielsweise „Fütter- und Essstörungen“ oder die „Katatonie“ als eigenständige Diagnosen klassifiziert. Verhaltensstörungen sind nicht mehr als Teil der Intelligenzminderung aufgeführt, sondern werden im Kapitel 21 unter »Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert« codiert. Die entwicklungsdynamische Perspektive und ein dimensionales Verständnis psychischer Störungen werden ins Zentrum gestellt.

Der Tagungsband gibt einen umfassenden Überblick über die Neuerungen in der ICD-11, deren Bedeutung für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Auswirkungen auf die zukünftige medizinische Versorgung von Menschen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen. Tanja Sappok stellt in ihrem Beitrag die wichtigsten Neuerungen der ICD-11 vor. Im Vordergrund steht dabei die Ablösung der bisherigen psychiatrischen Diagnose der „Intelligenzminderung“ durch den neuen Begriff der „Störungen der Intelligenzentwicklung“ sowie die damit verbundenen paradigmatischen Verschiebungen im Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Im weiteren Verlauf beleuchtet Christian Schanze die Bedeutung einer entwicklungssensiblen Diagnostik und die sich daraus ergebenden entwicklungslogischen Maßnahmen. Dabei wird ein besonderer Fokus auf den Paradigmenwechsel in der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Pädagogik gelegt. Daniel Holzinger widmet sich dem Zusammenspiel von Sprachentwicklung und Intelligenz und zeigt auf, wie diese Faktoren im klinischen Alltag zu berücksichtigen sind. Hauke Hermann stellt die Neuerungen im Kapitel Schizophrenie und andere primär psychotische Störungen in der ICD-11 dar. Tobias Bernasconi geht dann auf die Auswirkungen der ICD-11 auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung ein.

Schlussendlich werden die von DGSGb-Mitgliedern eingereichten Posterbeiträge präsentiert. Wir danken allen Mitwirkenden für ihre Beiträge zu dieser ganz besonderen Fachtagung!

Tanja Sappok und Christian Schanze, im Juni 2025

ICD-11: Was gibt's an relevanten Veränderungen gegenüber der ICD-10?

Tanja Sappok

Zitierweise:

Sappok, T. (2025). ICD-11: Was gibt's an relevanten Veränderungen gegenüber der ICD-10? In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGb, S. 5-16.

Der Beitrag stellt relevante Kapitel aus dem folgenden Buch auszugsweise zusammen:

Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.) (2024) Störungen der Intelligenzentwicklung – Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik, und Therapie. Aktualisiert nach ICD-11. 3. Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta

Sowohl die Quellen als auch weitere Details finden sich im o.g. Buch.

Einleitung

Die ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) markiert einen bedeutenden Wandel in der Betrachtung entwicklungsassoziiert aufgetretener intellektueller Beeinträchtigungen. Der Begriff "Intelligenzminderung" wird durch "Störungen der Intelligenzentwicklung" (SIE) ersetzt, was mehr als nur eine terminologische Änderung darstellt. Dieser neue Ansatz repräsentiert einen fundamentalen Paradigmenwechsel in der medizinischen Perspektive auf angeborene bzw. früh erworbene kognitive Beeinträchtigungen und betont die entwicklungsdynamische Ausrichtung der Diagnosekriterien. Die ICD-11 berücksichtigt nun, dass sich die Symptomatik der intellektuellen Beeinträchtigung im Laufe des Lebens verändert und sich durch neue Herausforderungen Ressourcen und Lernmöglichkeiten ergeben. Die Störungen der Intelligenzentwicklung werden im Kapitel "Neuromentale Entwicklungsstörungen" eingeordnet, was sie nunmehr von psychischen Erkrankungen im engeren Sinne abgrenzt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Erweiterung des Begriffsverständnisses über die rein intellektuellen Fähigkeiten hinaus. Die ICD-11 bezieht nun auch adaptive Fähigkeiten in konzeptuellen, sozialen und praktischen Bereichen mit ein. Dies führt zu einer umfassenderen Beurteilung, die nicht mehr ausschließlich auf Intelligenztests basiert, sondern auch alltagsrelevante Fähigkeiten berücksichtigt und diesen gegenüber der kognitiven Leistungsdiagnostik sogar einen höheren Stellenwert beimisst. Die Schwere der Beeinträchtigung wird entwicklungsbasiert eingeteilt und berücksichtigt die jeweiligen intellektuellen (1/4) und adaptiven Fähigkeiten (3/4) entsprechend dem Entwicklungsalter. Dies erfordert eine differenziertere Diagnostik und die Ableitung entwicklungsbasierter therapeutischer Maßnahmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ICD-11 einen ganzheitlicheren und entwicklungsorientierteren Ansatz zur Beurteilung und Behandlung von Störungen der Intelligenzentwicklung bietet. Dies eröffnet neue Perspektiven für das Verständnis und die Unterstützung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung weisen eine erhöhte Prävalenz von Komorbiditäten und Multimorbidität auf. Eine repräsentative schottische Studie von Cooper et al. (2015) zeigte, dass viele Erkrankungen häufiger und früher im Leben auftreten und ein deutlich abweichendes Krankheitsprofil im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigen. Körperliche Komorbiditäten umfassen insbesondere Epilepsien (18,8% vs. 0,8%) und Obstipationen (14% vs. 2,5%), aber auch Sehbehinderungen, Hörstörungen, Ekzeme, Dyspepsie und Schilddrüsenerkrankungen. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen liegt mit 16% höher als in der Allgemeinbevölkerung (10%). Eine Metaanalyse von Mazza et al. (2020) ergab eine gepoolte Prävalenz von 33,6% für psychische bzw. schwere Verhaltensstörungen, wobei die Heterogenität der Ergebnisse betont wurde.

Die Abgrenzung zwischen psychischen Erkrankungen und entwicklungs- oder umfeldbedingten Verhaltensstörungen gestaltet sich bei dieser Personengruppe oft schwierig. Die Einführung neuer Klassifikationssysteme wie DSM-5 und ICD-11 könnte die Auftretenswahrscheinlichkeit der gestellten Diagnosen weiter erhöhen, da sie mehr für diese Gruppe typische Störungsbilder berücksichtigen (z. B. Pica, stereotype Bewegungsstörungen, Zwangsstörungen, Fütter- und Essstörungen, Katatonie, pragmatische Sprachentwicklungsstörung etc).

Das vermehrte Auftreten psychischer Störungen lässt sich durch das Vulnerabilitätskonzept erklären, welches das komplexe Zusammenspiel biologisch-genetischer, psychosozialer und entwicklungsbezogener Faktoren berücksichtigt. Die diagnostische Zuordnung erfolgt unter Berücksichtigung des emotionalen Entwicklungsstands, wobei einige Störungen ein bestimmtes Maß an Persönlichkeitsentwicklung voraussetzen, während andere häufiger in früheren Entwicklungsphasen auftreten.

Eine besondere Herausforderung in der Diagnostik stellt die mögliche andersartige Manifestation psychischer Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung dar, insbesondere bei Personen ohne Verbalsprache. Dies erfordert eine sorgfältige und angepasste diagnostische Herangehensweise, um eine adäquate Erfassung und Behandlung psychischer Erkrankungen in dieser vulnerablen Gruppe zu gewährleisten.

Die Diagnostik und Erfassung psychischer Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung stellt daher eine besondere Herausforderung dar. Bei Personen ohne Verbalsprache fehlen oft die für eine präzise Diagnose erforderlichen Informationen zum subjektiven Erleben. In solchen Fällen müssen Verhaltensäquivalente als diagnostische Zusatzkriterien herangezogen werden. Diese Äquivalente können beispielsweise bei halluzinatorischem Erleben Verhaltensweisen wie das Anstarren bestimmter Punkte im Raum, plötzliches Schreien oder Selbstgespräche umfassen. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass diese Verhaltensäquivalente lediglich Annäherungen darstellen und nicht als verbindliche Entsprechungen zu den in ICD oder DSM geforderten Symptomen zu verstehen sind.

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung steigt erheblich an, wenn man den Blick auf das Gesamtfeld erweitert. Insbesondere die Einbeziehung von Verhaltensstörungen führt zu einer deutlichen Zunahme. Das Royal College of Psychiatrists (2015) definiert herausforderndes Verhalten als solches, das durch seine Intensität, Häufigkeit oder Dauer die Lebensqualität oder körperliche Sicherheit der betroffenen Person oder anderer gefährdet. Studien zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen zeigen stark variierende Ergebnisse, was größtenteils auf das Fehlen eines einheitlichen Konzepts und unterschiedliche forschungsmethodische Ansätze zurückzuführen ist. Bevölkerungsbezogene

Studien, die psychometrisch evaluierte Instrumente verwenden, weisen auf Prävalenzraten von etwa 20-25% bei Erwachsenen hin, die psychiatrische oder medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen (Cooper et al. 2009; Bowring et al. 2017).

Die WHO betont in der ICD-11, dass psychische Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung als weitere Diagnosen zu verschlüsseln und nicht als Teil der kognitiven Beeinträchtigung im Sinne eines „diagnostic overshadowing“ misszuverstehen sind. Daher sollten psychische Störungen bei dieser Personengruppe in der Regel als primäre psychische Störungen diagnostiziert werden, unabhängig von der intellektuellen Beeinträchtigung.

Entwicklungsbasiertes Vorgehen in der medizinischen Behandlung

Entwicklungssensible Diagnostik und entwicklungslogische Therapie bilden einen zentralen Ansatz in der Behandlung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung. Die WHO betont in der ICD-11 die Notwendigkeit, neben soziokulturellen Aspekten auch den individuellen Entwicklungsstand der Person in der Diagnostik zu berücksichtigen, wobei der Fremdanamnese eine besondere Bedeutung zukommt. Die störungsspezifischen Kriterien der Diagnosesysteme sind an der intraindividuellen Normalität, also dem kognitiv-adaptiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstand auszurichten. Nur so kann eine sinnvolle Einschätzung von für die jeweilige Person entwicklungsgerechtem Verhalten und ggf. einer zusätzlichen psychischen Erkrankung erfolgen.

In der Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung sollten Maßnahmen ergriffen werden, die dem emotionalen Entwicklungsstand und der kognitiv-adaptiven Leistungsfähigkeit der Person angemessen sind. Die Therapie orientiert sich dabei an evidenzbasierten Leitlinien, wie den NICE Guidelines (2016) oder den S2-Leitlinien der AWMF (2021). Diese Behandlungsansätze sind an die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Person anzupassen. Hierbei sind allgemeine didaktische Erkenntnisse aus der Arbeit mit Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung zu berücksichtigen, wie die Verwendung leichter Sprache, kurze Zeiteinheiten, Ritualisierung von Abläufen, häufige Wiederholungen und multisensorisches Lernen. Spezielle Therapieverfahren wie Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH), Picture Exchange Communication System (PECS), Basale Stimulation oder Unterstützte Kommunikation (UK), sollten in den therapeutischen Gesamtplan integriert werden. Dabei ist besonders auf den Entwicklungsstand hinsichtlich der Theory of Mind (Fähigkeit zum Perspektivwechsel) zu achten. Bei Personen mit einem emotionalen Referenzalter bis zum 4. Lebensjahr steht bei herausfordernden Verhaltensweisen zur situativen Deeskalation die Arbeit mit Bezugspersonen im Vordergrund, während bei Personen ab einem emotionalen Referenzalter von vier Jahren, und damit verbunden der Fähigkeit zur Selbstreflexion, modifizierte Varianten standardisierter Psychotherapiemanuale angewandt werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine entwicklungssensible Diagnostik zu entwicklungslogischen therapeutischen Maßnahmen führt. Unabhängig vom emotionalen Referenzalter sind systemische Ansätze inklusive der Einbeziehung von Bezugspersonen für alle Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und Gesundheitsproblemen von zentraler Bedeutung.

Störungen der Intelligenzentwicklung

Die ICD-11 führt mit dem Kapitel "Störungen der Intelligenzentwicklung" (6A00) einen Paradigmenwechsel in der Klassifikation intellektueller Beeinträchtigungen ein. Dieses veränderte Verständnis von "Intelligenzminderung" betont den entwicklungsdynamischen Aspekt und ordnet diese Störungen den neuromentalen Entwicklungsstörungen zu. Die Störungen der Intelligenzentwicklung werden in vier Schweregrade unterteilt: leichtgradig (6A00.0), mittelgradig (6A00.1), schwergradig (6A00.2) und tiefgreifend (6A00.3). Zusätzlich wurden die Kategorien "Vorläufige Störung der Intelligenzentwicklung" (6A00.4) für Kinder unter vier Jahren und "Störungen der Intelligenzentwicklung, nicht näher bezeichnet" (6A00.Z) eingeführt.

Ein zentraler Aspekt der neuen Klassifikation ist die Berücksichtigung sowohl intellektueller als auch adaptiver Fähigkeiten. Die intellektuellen Fähigkeiten beziehen sich auf das kognitive Leistungspotenzial, während die Adaptationsfähigkeit die praktische Anwendung dieser Fähigkeiten im Alltag beschreibt. Letztere wird in drei Bereiche unterteilt: Konzeptualisierungsfähigkeiten, soziale Fähigkeiten und alltagspraktische Fähigkeiten. Die ICD-11 legt besonderen Wert auf eine entwicklungssensible Diagnostik, indem sie die Symptompräsentation in drei Entwicklungsperioden unterscheidet: (1) frühe Kindheit, (2) späte Kindheit und (3) Jugendalter sowie Erwachsenenalter. Dies ermöglicht eine differenziertere Beurteilung der Störung über die Lebensspanne hinweg.

Zur Diagnosestellung empfiehlt die WHO den Einsatz standardisierter Testverfahren. Falls diese nicht anwendbar sind, bietet die ICD-11 detaillierte Verhaltensindikatoren für die klinische Einschätzung. Der diagnostische Schwellenwert für eine leichtgradige Störung der Intelligenzentwicklung liegt beispielsweise bei zwei bis drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts in der intellektuellen Leistungsfähigkeit und mindestens zwei der drei adaptiven Verhaltensdomänen.

Diese Neuausrichtung in der ICD-11 verändert unser Verständnis der Störungen der Intelligenzentwicklung und ermöglicht eine präzisere, entwicklungsorientierte Diagnostik und Behandlungsplanung.

Verhaltensstörungen

In der ICD-11 werden Verhaltensstörungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung neu strukturiert und präziser definiert. Während in der ICD-10 Verhaltensauffälligkeiten unter der Kategorie F7x.1 (Intelligenzminderung) subsumiert wurden, entfällt diese Subgruppe in der ICD-11. Stattdessen wurden spezifische Diagnosegruppen geschaffen, die unterschiedliche Verhaltensweisen wie impulsives oder aggressives Verhalten, stereotype Bewegungen, selbstverletzendes Verhalten oder besondere Essverhaltensweisen unabhängig von der Diagnose einer Störung der Intelligenzentwicklung abbilden. Beispiele hierfür sind:

- Stereotype Bewegungsstörungen (6A06.0 und 6A06.1)
- Körperfokussierte repetitive Verhaltensstörungen (6B25)
- Fütter- und Essstörungen (6B80 bis 6B85)
- Disruptives Verhalten und dissoziale Störungen (6C60 und 6C61)
- Störungen der Impulskontrolle (6C70 bis 6C73)

Diese neuen Kategorien enthalten spezifische diagnostische Kriterien und Differenzialdiagnosen, die auch auf Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung oder Autismus-Spektrum-Störungen anwendbar sind. Drei zentrale differenzialdiagnostische Überlegungen sind dabei zu berücksichtigen:

1. Das Verhalten darf nicht besser durch die Diagnose "Störung der Intelligenzentwicklung" oder "Autismus-Spektrum-Störung" erklärt werden.
2. Es darf nicht entwicklungsbedingt sein, also z. B. „trotziges Verhalten“ bei einem emotionalen Entwicklungsstand von 3 Jahren oder Selbstverletzung bei einem emotionalen Entwicklungsstand von unter einem Jahr.
3. Die Intensität und Häufigkeit des Verhaltens können nicht durch andere psychische Erkrankungen erklärt werden.

Zusätzlich beschreibt die ICD-11 im Kapitel 21 ("Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert") Verhaltensweisen, die klinisch relevant sein können, jedoch keinen Krankheitswert im engeren Sinne besitzen. Diese Symptome können zusätzlich zur Diagnose einer Störung der Intelligenzentwicklung verschlüsselt werden. Beispiele hierfür sind aggressives Verhalten (MB23.0), antisoziales Verhalten (MB23.1), sozialer Rückzug (MB23.Q) oder nichtsuizidale Selbstverletzung (MB23.E).

Die Neustrukturierung in der ICD-11 ermöglicht eine präzisere Diagnostik und eine bessere Abgrenzung von Verhaltensstörungen im Kontext von Störungen der Intelligenzentwicklung. Dies schafft eine Grundlage für gezielte therapeutische Maßnahmen, einschließlich funktionaler Analysen und Deeskalationstechniken, die individuell auf die Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen abgestimmt werden können.

Autismus-Spektrum-Störungen

Die ICD-11 verändert die Struktur der Klassifikation von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Unter dem Code 6A02 werden ASS nun als Subgruppe der "Neuromentalen Entwicklungsstörungen" (6A0) eingeordnet. Diese Änderung verändert das Störungsverständnis von einem kategorialen Ansatz der ICD-10 hin zu einem mehrdimensionalen Störungsverständnis in der ICD-11.

Im Gegensatz zur früheren Differenzierung zwischen frühkindlichem Autismus, Asperger-Syndrom, atypischem Autismus und Rett-Syndrom ermöglicht die ICD-11 eine nuanciertere Beschreibung. Ähnlich den sog. "Specifiern" im DSM-5 können ASS nun anhand zweier Hauptdimensionen spezifiziert werden: dem Vorhandensein oder Fehlen einer Störung der Intelligenzentwicklung sowie dem Grad der Beeinträchtigung der funktionalen Sprache. Diese neue Klassifikation ermöglicht eine differenziertere Diagnostik und Beschreibung von ASS, die den individuellen Ausprägungen und Bedürfnissen der Betroffenen besser gerecht wird. Sie reflektiert den aktuellen Forschungsstand und fördert ein ganzheitlicheres Verständnis des Autismus-Spektrums.

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind durch zwei Hauptmerkmale (Domänen) gekennzeichnet:

1. Schwierigkeiten in der wechselseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation
2. Eingeschränkte, repetitive und unflexible Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten

Eine weitere Neuerung ist die Einbeziehung sensorischer Auffälligkeiten in der zweiten Domäne.

ASS manifestieren sich typischerweise in der frühen Kindheit und haben Auswirkungen auf persönliche, familiäre, soziale und berufliche Lebensbereiche. Es ist wichtig zu betonen, dass ASS mit einem breiten Spektrum intellektueller Fähigkeiten und Sprachfertigkeiten einhergehen können. Die Diagnose basiert auf einer klinischen Beurteilung der Symptomkonstellation.

Ein zentraler Aspekt der aktuellen Definition ist die Erkenntnis, dass ASS sowohl mit als auch ohne eine Störung der Intelligenzentwicklung auftreten können. Falls eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt, muss diese zusätzlich und separat diagnostiziert und verschlüsselt werden. Dies ermöglicht eine präzisere und individuellere Beschreibung des Störungsbildes und trägt der Heterogenität innerhalb des Autismus-Spektrums Rechnung. Diese differenzierte Betrachtungsweise fördert ein umfassenderes Verständnis von ASS und bildet die Grundlage für maßgeschneiderte Unterstützungs- und Therapieansätze.

Stereotype Bewegungsstörung

Die ICD-11 strukturiert die Klassifikation von stereotypen Bewegungsstörungen neu. Diese werden nun als eigenständige Untergruppe der "Neuromentalen Entwicklungsstörungen" unter dem Code 6A06 aufgeführt. Im Gegensatz zur ICD-10 werden sie nicht mehr nach dem Zeitpunkt ihrer Erstmanifestation kategorisiert, sondern als Störungsbild definiert, das in allen Altersgruppen auftreten kann.

Die ICD-11 unterscheidet drei Subtypen:

1. Stereotype Bewegungsstörung ohne Selbstverletzung (6A06.0)
2. Stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzungen (6A06.1)
3. Stereotype Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet (6A06.Z)

Stereotype Bewegungsstörungen sind durch anhaltende, freiwillige, sich wiederholende, scheinbar zwecklose Bewegungen gekennzeichnet, die während der frühen Entwicklungsphase auftreten. Sie beeinträchtigen normale Aktivitäten deutlich oder führen zu selbst zugefügten Körperversetzungen. Beispiele umfassen Körperschaukeln, Kopfschlagen, In-die-Augen-Bohren und Beißen in Körperteile. Die ICD-11 betont neben dem charakteristischen repetitiven und meist rhythmischen Ablauf der Bewegungen die funktionalen Einschränkungen als wesentliches diagnostisches Kriterium. Besonders häufig treten diese Störungen bei Kindern mit Störungen der Intelligenzentwicklung und/oder Autismus-Spektrum-Störungen auf.

Differenzialdiagnostisch sind stereotype Bewegungsstörungen von anderen Zuständen wie Autismus-Spektrum-Störungen, Zwangsstörungen, Ticstörungen und extrapyramidalen Symptomen abzugrenzen. Die ICD-11 erlaubt jedoch eine zusätzliche Diagnose der stereotypen Bewegungsstörung, wenn diese einen besonderen Schwerpunkt in der klinischen Symptomatik darstellt, insbesondere bei stereotypen Selbstverletzungen.

Stereotype Selbstverletzungen werden als absichtliche, sich wiederholende und anhaltende, gegen den eigenen Körper gerichtete Verhaltensweisen definiert, die zu körperlichen Verletzungen führen können. Sie sind von suizidalen Handlungen zu unterscheiden und können in ihrer Schwere variieren, was eine differenzierte therapeutische Herangehensweise erfordert.

Diese Neukonzeptualisierung in der ICD-11 ermöglicht eine präzisere Diagnostik und ein besseres Verständnis stereotyper Bewegungsstörungen über die gesamte Lebensspanne hinweg.

Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens

Die ICD-11 bringt mit der Kategorie "Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung" (6A01) eine differenzierte Klassifikation, die sowohl Sprech- als auch Sprachstörungen umfasst. Diese Entwicklungsstörungen werden unter die neuromentalen Entwicklungsstörungen eingeordnet und in mehrere Subtypen unterteilt:

- 6A01.0: Entwicklungsstörung der Lautbildung
- 6A01.1: Entwicklungsstörung des Sprechflusses (z. B. Stottern, Poltern)
- 6A01.2: Entwicklungsstörung der Sprache, untergliedert in:
 - Rezeptive und expressive Sprachentwicklungsstörung (6A01.20)
 - Expressive Sprachentwicklungsstörung (6A01.21)
 - Pragmatische Sprachentwicklungsstörung (6A01.22)
 - Sprachentwicklungsstörung mit sonstigen näher bestimmten Sprachproblemen (6A01.23)
- 6A01.Y: Sonstige näher bezeichnete Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung
- 6A01.Z: Nicht näher bezeichnete Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung

Diese Klassifikation berücksichtigt, dass Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung häufig auch sprachliche bzw. kommunikative Einschränkungen aufweisen, unabhängig von ihrem Alter. Sprachliche Besonderheiten betreffen sowohl das Sprachverständnis als auch die expressive Sprache sowie den funktionalen Einsatz sprachlicher und nichtsprachlicher Signale in der Kommunikation.

Die diagnostische Einordnung von Sprech- oder Sprachstörungen bei Menschen mit Intelligenzentwicklungsstörungen bringt neue Perspektiven mit sich. Die ICD-11 betont, dass die Beurteilung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen – unabhängig von ihrer Modalität (oral, gebärdet, schriftlich) – ein wesentlicher Bestandteil der Diagnostik ist. Dabei wird die Diagnose vergeben, wenn die Schwierigkeiten über die aufgrund des Alters oder des Grades der kognitiven Beeinträchtigung erwartbare Variabilität hinausgehen und nicht besser durch diese erklärt werden können.

Eine wichtige Neuerung ist die Einführung der pragmatischen Sprachentwicklungsstörung (6A01.22), die soziale Kommunikationsprobleme beschreibt und einen starken Prädiktor für emotionale und Verhaltensprobleme darstellt. Zudem erlaubt die ICD-11 erstmals bei einer Störung der Intelligenzentwicklung die gleichzeitige Codierung von Sprech- und Sprachstörungen sowie deren Kombination mit anderen Diagnosen wie Autismus-Spektrum-Störungen oder genetischen Grunderkrankungen. Sprachstörungen stellen einen erheblichen Risikofaktor für eingeschränkte soziale Partizipation, psychische Gesundheitsprobleme und Lernschwierigkeiten dar. Besonders Einschränkungen im Sprachverständnis erhöhen dieses Risiko deutlich. Gleichzeitig können soziale Kommunikationskompetenzen einen Schutzfaktor darstellen, selbst bei ungünstigen familiären Bedingungen. Die ICD-11 bietet mit der Kategorie "Sekundäres Sprech- oder Sprachsyndrom" (6E60.0) eine Möglichkeit zur Codierung organisch

bedingter sprachlicher Probleme, etwa durch Hirnverletzungen oder genetische Syndrome wie das Down-Syndrom. Dies ermöglicht eine gezielte Diagnostik und Intervention bei komplexen Kommunikationsproblemen.

Insgesamt bringt die ICD-11 durch ihre differenzierte Klassifikation erhebliche Fortschritte in der Diagnostik und Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen, insbesondere bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung, und legt den Grundstein für individuell angepasste Fördermaßnahmen.

Katatonie

Die ICD-11 führt mit der Kategorie "Katatonie" (6A4) eine weitere bedeutende Neuerung ein, indem sie diesem Syndrom erstmals eine eigenständige Diagnose zuweist. Diese Neuklassifikation spiegelt ein erweitertes Verständnis der Katatonie wider und löst sie von ihrer früheren engen Verbindung zur Schizophrenie.

Die ICD-11 unterscheidet nun vier Subtypen der Katatonie:

1. Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung (6A40)
2. Katatonie durch Substanzen oder Medikamente (6A41)
3. Sekundäres katatones Syndrom (6E69)
4. Katatonie, nicht näher bezeichnet (6A4Z)

Diese differenzierte Klassifikation ermöglicht eine präzisere Diagnose und berücksichtigt verschiedene Ätiologien des katatonen Syndroms. Im Gegensatz zur ICD-10, die Katatonie hauptsächlich als Subtyp der Schizophrenie oder als Folge hirnorganischer Störungen betrachtete, erkennt die ICD-11 an, dass katatone Syndrome bei einer Vielzahl psychischer Störungen, als Folge von Substanz- oder Medikamentenwirkungen, bei organischen Hirnveränderungen oder ohne klare Ursache auftreten können.

Katatonie wird als psychomotorisches Syndrom definiert, das durch deutliche Veränderungen sowohl einfacher als auch komplexer Bewegungen charakterisiert ist. Zusätzlich können Störungen der Willensbildung und des vegetativen Nervensystems auftreten. Das klinische Bild ist vielfältig und reicht von leichter Bewegungshemmung bis hin zur potenziell lebensbedrohlichen malignen Katatonie. Besonders gefürchtet sind vegetative Dysregulationen wie Tachykardie, Schwitzen und Hyperthermie, die auf einen ungünstigen Verlauf hindeuten können.

Diese Veränderung in der ICD-11 wird voraussichtlich zu einer häufigeren Erkennung und Diagnostizierung katatoner Syndrome führen und damit den Weg für gezieltere Behandlungsansätze ebnen.

Stress-assoziierte Störungen

Auch das Kapitel "Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind" (6B4) ist in der ICD-11 neu strukturiert. Diese Kategorie fasst Störungsbilder zusammen, die einen direkten ätiologischen Bezug zu Stressereignissen aufweisen. Im Gegensatz zur ICD-10, wo diese Störungen unter "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" eingeordnet waren, erhalten sie nun ein eigenständiges Kapitel.

Die Kategorie umfasst folgende Störungsbilder:

- Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)
- Anhaltende Trauerstörung (6B42)
- Anpassungsstörung (6B43)
- Reaktive Bindungsstörung (6B44)
- Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (6B45)

Neu in dieser Gruppe sind die reaktive Bindungsstörung und die Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten, die zuvor im Kapitel für Störungen des Kindes- und Jugendalters verortet waren.

Charakteristisch für alle Störungen dieser Gruppe ist das Vorliegen eines oder mehrerer belastender oder bedrohlicher Ereignisse als auslösender Faktor. Die Intensität dieser Ereignisse kann dabei stark variieren - von alltäglichen Belastungen bis hin zu extrem bedrohlichen Situationen. Wichtig ist, dass ohne ein solches Ereignis die Störungen nicht auftreten würden, auch wenn nicht jede Person, die solche Ereignisse erlebt, zwangsläufig eine Störung entwickelt. Bei Menschen mit einer SIE ist insbesondere die komplexe PTBS z. B. durch Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung oder Unterlegenheit, bei gleichzeitig eingeschränkten Bewältigungsstrategien ein bedeutsames Thema im Sinne von Entwicklungsstraumatisierungen.

Diese Veränderung in der ICD-11 trägt dem wachsenden Verständnis für die Rolle von Stress und belastenden Lebensereignissen in der Entstehung psychischer Störungen Rechnung und ermöglicht eine differenziertere Diagnostik und Behandlungsplanung.

Zwangsstörungen

Die ICD-11 führt eine neue Gruppe von Störungsbildern ein: "Zwangsstörung oder verwandte Störungen". Diese Kategorie umfasst sechs Hauptdiagnosen:

1. Zwangsstörung (6B20)
2. Körperdysmorphie Störung (6B21)
3. Eigengeruchswahn (6B22)
4. Hypochondrie (6B23)
5. Pathologisches Horten (6B24)
6. Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (6B25)

Bei den ersten fünf Kategorien kann zusätzlich zwischen "mäßiger bis guter Krankheitseinsicht" und "schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht" unterschieden werden. Dies ermöglicht die Diagnosevergabe auch bei Personen, die keine Auskunft geben können, ob sie Einsicht in die Sinnhaftigkeit einer Handlung haben. Für alle sechs Hauptkategorien gibt es zudem eine Restkategorie "nicht näher bezeichnet".

Dies stellt eine bedeutende Änderung gegenüber der ICD-10 dar, wo die Zwangsstörung noch zu den "Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen" gehörte. Die ICD-11

berücksichtigt nun auch substanzinduzierte sowie sekundäre Zwangssyndrome, die auf andere Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind. Die Störungsbilder in dieser Gruppe teilen ähnliche Erscheinungsformen, insbesondere verschiedene Zwangsphänomene. Man geht davon aus, dass ihnen ähnliche ätiologische oder pathogenetische Mechanismen zugrunde liegen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie erheblichen Leidensdruck verursachen und die Lebensqualität in verschiedenen Bereichen stark beeinträchtigen können.

Dieses veränderte Grundverständnis in der ICD-11 ermöglicht ein differenzierteres Verständnis und eine präzisere Diagnostik von Zwangsstörungen und verwandten Störungsbildern.

Fütter- und Essstörungen

"Fütter- und Essstörungen" (6B8) werden in der ICD-11 neu strukturiert. Diese Kategorie fasst nun problematisches Essverhalten über alle Entwicklungsstufen hinweg zusammen und berücksichtigt dabei sowohl Ess- als auch Fütterstörungen.

Die Hauptkategorien umfassen:

- Anorexia nervosa (6B80)
- Bulimia nervosa (6B81)
- Binge-Eating-Störung (6B82)
- Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID: Avoidant/restrictive food intake disorder) (6B83)
- Pica (6B84)
- Ruminations-Regurgitationsstörung (6B85)

Neu aufgenommen wurden die Binge-Eating-Störung, das Pica-Syndrom und die Ruminations-Regurgitationsstörung, die besonders bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung häufig auftreten. Auch die ARFID wurde neu hinzugefügt, eine Störung, die vor allem bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen beobachtet wird. Während Essstörungen sich auf den selbstständigen Nahrungsaufnahmeprozess beziehen, fokussieren Fütterstörungen auf die Nahrungsvorbereitung und den interaktiven Prozess der Darreichung. Letztere sind typisch für das frühe Kindesalter und das hohe Alter, können aber bei schweren Entwicklungsstörungen lebenslang bestehen. Studien zeigen, dass Kinder mit Störungen der Intelligenzentwicklung signifikant häufiger Still- und Fütterungsprobleme aufweisen. Bei schwergradigen Störungen der Intelligenzentwicklung oder Mehrfachbehinderungen treten in bis zu 80% der Fälle sogenannte „Fütterprobleme“ auf. Für Erwachsene mit Störungen der Intelligenzentwicklung geben aktuelle repräsentative Studien Prävalenzen von 8,1-11,5% für Essstörungen an.

Diese veränderte Sichtweise in der ICD-11 ermöglicht eine differenziertere Diagnostik und Behandlungsplanung von Fütter- und Essstörungen über die gesamte Lebensspanne hinweg, insbesondere für Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung oder Autismus-Spektrum-Störungen.

Persönlichkeitsstörungen

Auch die Kriterien für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (6D10/6D11) haben sich grundlegend verändert. Statt der früheren kategorialen Einteilung, die in der ICD-10 spezifische Persönlichkeitsstörungen wie z. B. paranoide Persönlichkeitsstörungen definierte, verfolgt die ICD-11 auch hierbei einen dimensionalen Ansatz. Dieser Paradigmenwechsel ermöglicht eine flexiblere und individuellere Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen.

Zunächst wird geprüft, ob die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind. Diese umfassen anhaltende Probleme in der Funktionsweise des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Selbststeuerung) und/oder im zwischenmenschlichen Bereich (z. B. Aufbau und Aufrechterhaltung enger Beziehungen, Umgang mit Konflikten). Die Störung muss über mindestens zwei Jahre bestehen und sich in maladaptiven Mustern des Denkens, Fühlens und Verhaltens äußern, die nicht durch soziale oder kulturelle Faktoren erklärbar sind.

Anschließend erfolgt eine Einteilung in drei Schweregrade:

1. Leichtgradige Persönlichkeitsstörung (6D10.0)
2. Mittelgradige Persönlichkeitsstörung (6D10.1)
3. Schwergradige Persönlichkeitsstörung (6D10.2)

Zusätzlich können spezifische Persönlichkeitsmerkmale (6D11) beschrieben werden, die auf fünf Trait-Domänen basieren: negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus (Zwanghaftigkeit). Diese Merkmale orientieren sich am Big-Five-Modell der Persönlichkeit und dienen dazu, die individuelle Ausprägung der Störung genauer zu charakterisieren. Optional kann ein Borderline-Muster als Qualifizierungsmerkmal hinzugefügt werden, um spezifische Behandlungsoptionen zu sichern.

Eine weitere Neuerung ist die Möglichkeit, sekundäre Persönlichkeitsänderungen (6E68) zu codieren, die auf andere Erkrankungen oder Störungen zurückzuführen sind.

Diese dimensional ausgerichtete Klassifikation bietet eine differenzierte Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen und legt den Fokus auf das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen sowie die individuellen Merkmale der Betroffenen. Dadurch wird nicht nur die Diagnostik präziser, sondern auch die Therapie individueller planbar.

Platons Höhlengleichnis: Die Schatten an der Wand

Platons Höhlengleichnis lässt sich auf diagnostische Manuale wie die ICD-11 übertragen, indem es die Spannung zwischen diagnostischen Kategorien und der komplexen Realität psychischer Gesundheit verdeutlicht. Die Kategorien der ICD-11 sind wie die Schatten angeleuchteter Figuren an der Wand – vereinfachte Modelle komplexer psychischer Zustände, die nicht die volle Realität abbilden. Klinisch und wissenschaftlich Tätige, die sich ausschließlich auf diese Kategorien verlassen, gleichen den Gefangenen in der Höhle, die lediglich die Schatten, nicht aber die hinter ihnen befindliche Lichtquelle noch die beleuchteten Figuren sehen können. Ein Ausbruch aus dieser Perspektive erfordert das Erkennen der Grenzen diagnostischer Manuale und die Einbeziehung individueller, kultureller und sozialer Faktoren, um die wahre Komplexität psychischer Gesundheit zu verstehen. Dieses Bewusstsein ermöglicht eine differenziertere Diagnostik und Behandlung, die über die standardisierten Kriterien hinausgeht.

Fazit: Ein Plädoyer für mehr Demut in der Diagnosestellung

Die ICD-11 ist wie die Höhlenwand in Platons Gleichnis: ein notwendiges, aber unvollkommenes Werkzeug. Die wahre Herausforderung liegt darin, zwischen Struktur und Flexibilität zu balancieren – ähnlich wie Platons Philosoph zwischen Höhle und Erkenntnis pendelt. Wer die Grenzen des Manuals erkennt, kann die Person wirklich *sehen*, nicht nur ihre "Schatten".

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021). S2k-Praxisleitlinie Intelligenzminderung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-042>. Zugriff 17-9-2025
- Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S. & Griffith, G. M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1): 16–32.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D. & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3): 217–232.
- Cooper, S. A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F. & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16: 110.
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G. & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2): 126–138.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016). NICE Guideline. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. www.nice.org.uk/guidance/ng54. Zugriff 06.03.2024.
- Royal College of Psychiatrists (2015). NICE Guideline. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. www.nice.org.uk/guidance/ng11. Zugriff 06.03.2024.

Entwicklungssensible Diagnostik – entwicklungslogische Maßnahme: Möglichkeiten eines Paradigmenwechsels in der psychiatrischen Behindertenarbeit durch die ICD-11

Christian Schanze

Zitierweise:

Schanze, C. (2025). Entwicklungssensible Diagnostik – entwicklungslogische Maßnahme: Möglichkeiten eines Paradigmenwechsels in der psychiatrischen Behindertenarbeit durch die ICD-11. In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGB, S. 17-25.

Entwicklung und dimensionale Ausrichtung der ICD-11

Nach jahrelangen Vorbereitungen wurde die 11. Auflage der ICD (International Classification of Diseases, 11. Revision) im Jahr 2019 von der WHO vorgestellt und ist nun seit 01.01.2022 gültig. In der ICD-11 wurden im Vergleich zur 10. Auflage vor allem im Fachgebiet „Psychiatrie“ umfassende und tiefgreifende Veränderungen vorgenommen. Dabei beschreitet die WHO konzeptuell einen Weg, der dem nordamerikanischen Klassifikationssystem DSM-5 sehr viel näher ist als ihr Vorgänger ICD-10 (Döpfner & Banaschewski 2022).

Die ICD-11 wurde durch die WHO von Anfang an als digitales, „lebendes Dokument“ konzipiert, wodurch zukünftig eine höhere Durchlässigkeit für die Erkenntnisse aus ihrer praktischen Anwendung und für neue Forschungsergebnisse gewährleistet wird (Sartorius 2010).

Die ersten Fachkommentare aus dem deutschen Sprachraum sind sich in ihrer Einschätzung einig: Die Veränderungen in der neuen ICD-11 gehen weit über ein bloßes Update hinaus (z.B. Weber et al. 2025, Gaebel 2023, Sievers 2021). Vor allem der weitgehenden Abkehr von einer kategorialen Sicht hin zu einem dimensionalen Verständnis psychischer Störungen wird eine hohe Bedeutung für die zukünftige psychiatrische Arbeit beigemessen (Herpertz & Hölzel 2024, Broich et al. 2024, Gaebel 2021; 2023).

Ob die Veränderungen der ICD-11 insgesamt oder zumindest für Teilbereiche (v.a. das Kapitel zu „Persönlichkeitsstörungen“) als Paradigmenwechsel in der Psychiatrie einzuordnen sind (z. B. Pan & Wang 2024, Chan et al. 2024, Teren 2024, Krasnov 2021, Fiorillo & Falkai 2021), wird international unterschiedlich rezipiert.

So kann die dimensionale Sicht von psychischen Störungen über die ganze Lebensspanne des Menschen hinweg zwar auch als konsequente Weiterführung der ICD-10 interpretiert werden. Die Aufweichung der in der praktischen Anwendung der ICD-9 und ihrer vorigen Versionen oft starren und individualgeschichtlich unflexiblen psychiatrischen Kategorien wurde bereits bei ihrer Veröffentlichung 1994 durch die Abkehr vom bisher üblichen Krankheitsbegriff, der traditionell in der Medizin mit einer kategorialen Symptomstabilität verbunden ist, ersichtlich (Gaebel 2023, Tyrer 2023). Doch die dimensionale Sicht der ICD-11 und ihr Bezug auf die Veränderbarkeit der Symptomatik von psychischen Störungen über die gesamte Lebensspanne des Menschen hinweg (sog. „lifespan-approach“, WHO 2023) macht deutlich, dass sich eine kategoriale Klassifikation bei psychischen Störungen eigentlich verbietet. Dies kommt letztlich – trotz der gewissen Tradition zur ICD-10 – einem Paradigmenwechsel sehr nah. Außerdem

sind viele diagnostische Kategorien zu Gunsten einer dimensionalen Beschreibung der Symptomatik, des Verlaufs und der Funktionsfähigkeit aufgegeben worden. Besonders deutlich wird dies in den Kapiteln der Persönlichkeitsstörungen, der primär psychotischen Störungen (Schizophrenie) und der Autismus-Spektrum-Störung. Auch die Streichung des bisherigen Kapitels „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ und deren Subsummierung in den Kapiteln der einzelnen neuronalen und psychiatrischen Störungsbilder macht die grundsätzlich entwicklungsdynamische Perspektive in der ICD-11 klar erkennbar. Dies wird auch an der konzeptionellen Architektur des Psychatriekapitels (ICD-11, Kapitel 06) deutlich. So steht der Beginn der Individualgeschichte mit dem Wirksamwerden neuromentaler Entwicklungsstörungen (Störungen der Intelligenzentwicklung, Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung, Autismus-Spektrum-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung und stereotype Bewegungsstörung mit/ohne Selbstverletzung und Ticstörungen) jetzt auch am Anfang und die lebensgeschichtlich spät auftretenden neurokognitiven Störungen sind am Ende des Kapitels zu finden (Hölzel 2025).

Das bisherige Kapitel „Intelligenzminderung“ wird begrifflich in „Störungen der Intelligenzentwicklung“ (SIE) umbenannt und signalisiert mit seiner Begrifflichkeit (Intelligenzentwicklung) bereits die lebenslange Veränderbarkeit der Symptomatik. Während in den psychiatrischen Störungsbildern in der ICD-11 spezielle Hinweise auf Besonderheiten in verschiedenen Lebensperioden des Menschen gegeben werden, wird der Entwicklungsaspekt der Symptomatik bei den Störungen der Intelligenzentwicklung (SIE) in Altersclustern zusammengefasst:

- Frühes Kindesalter
- Spätes Kindes- und Jugendalter
- Erwachsenenalter

Darüber hinaus basiert die SIE, in Annäherung an das DSM-5, nicht mehr allein auf dem Assessment der kognitiven Defizite, sondern neben den intellektuellen Funktionen werden gleichrangig auch die Möglichkeiten und Begrenztheiten der jeweiligen adaptiven Fähigkeiten (konzeptuell, sozial und praktisch) in ihrer jeweils alterstypischen Ausprägung eingeschätzt (s. Abbildung 1).

Hiermit entfernt sich die Diagnose der SIE deutlich von der bisherigen Fokussierung auf standardisierte Leistungstests und den IQ und schenkt beobachtbarem, alltagsrelevantem, adaptivem Verhalten mehr Beachtung. Das Fähigkeitsprofil kann sich durch den Erwerb von Kompetenzen und Bewältigungsstrategien mit Hilfe einer für Menschen mit SIE geeigneten Didaktik im Laufe des Lebens verändern und damit für die jeweilige Person auch höhere Entwicklungsphasen erschließen. Dadurch verringert sich auch die individuelle Vulnerabilität für psychische Störungen und Resilienzfaktoren können aufgebaut werden.

In der psychiatrischen Diagnostik spielt der Aspekt der Entwicklung sowohl anamnestisch rückblickend als auch prognostisch vorausschauend eine entscheidende Rolle. Einerseits repräsentiert sich im aktuellen Zustandsbild eines Menschen das Ergebnis von individuellen Entwicklungsprozessen in den Dimensionen Motorik, Sensorik, Kognition, Emotion und Sprache.

Schweregrad	Intellektuelle Funktionen			Adaptives Verhalten								
	frühe Kindheit	spätere Kindheit - Jugendalter	Erwachsenenalter	frühe Kindheit	sozial	praktisch	konzeptuell	sozial	praktisch	konzeptuell	sozial	praktisch
leicht-gradig												
mittel-gradig												
schwer-gradig												
tief-greifend												

Abb.1 Störungen der Intelligenzentwicklung gemäß ICD-11 (Sappok & Schanze 2024)

Andererseits wirken in der Individualgeschichte jedes Menschen (Ontogenese) permanent Umwelteinflüsse ein. Einerseits kommen in den geschilderten Entwicklungsdimensionen genetische Anlagen zur Geltung (Genotypus) und sind in ihrer Entfaltung zeitlich aufeinander abgestimmt. Andererseits kommt es von Anfang an in der menschlichen Entwicklung durch einwirkende Umweltfaktoren zu einer kontinuierlichen phänotypischen Veränderung des Genotypus (z.B. Friedman et al. 2021, Nicoglou & Merlin 2017, Davidson 2014, Orock et al. 2021).

Im Zusammenwirken dieser beiden Prozesse vollzieht sich die Gesamtheit der menschlichen Entwicklung. Im Genotypus realisieren sich die „homo-sapiens-typischen“, phylogenetisch fundierten Merkmale. Im Phänotypus realisieren sich die individualtypischen Wirkphänomene von Genetik und Umwelt zusammen.

Die Entwicklungsprozesse sind dabei durch vier Grundprinzipien charakterisiert:

- Wachstum (z. B. körperlich),
- Reifung (z. B. emotional, sozial),
- Lernen (z. B. Prägung, Wahrnehmung und Erkennung von Mustern, Erfahrung),
- Abbauprozesse (z. B. Vergessen, Atrophierung).

Anlagebedingt, aber auch durch akute Ereignisse (z.B. Unfälle, aber auch spontane Störungen der Zellteilung und intrauterine Schädigungen) können die zeitlich aufeinander bezogenen Entwicklungsprozesse in ihrer Entfaltung und ihren umweltbezogenen Veränderungen und Erweiterungen erschwert, behindert, blockiert oder gar unmöglich gemacht werden. So können *Wachstums*prozesse verändert oder eingeschränkt sein und dadurch z. B. die Entwicklungsdimension der Motorik beeinflusst werden; die *Reifung* kann behindert sein und die Entwicklung sozio-emotionalen Fähigkeiten dadurch verlangsamt oder gar blockiert werden oder das *Lernen* kann erschwert sein und der Erwerb von Kompetenzen und Bewältigungsstrategien sowie die für die selbständige Erledigung alltäglicher Anforderungen notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten deshalb unvollständig bleiben. Abbauprozesse begleiten die menschliche Entwicklung und überwiegen während des Prozess des Alterns aufbauende Prozesse zunehmend. In welchem Maße die jeweiligen Entwicklungsprinzipien hervortreten oder zurückbleiben, ist vom Zusammenwirken genetischer Anlagen und umweltbezogener Einflussfaktoren (intrauterin, perinatal, postnatal, lebensgeschichtlich) abhängig.

Unser Verhalten in und zu der Welt ist geprägt durch das Spektrum der individuell von uns erreichten Entwicklung. Im Verhalten verwirklicht sich also das Mögliche unseres Geworden-Seins (Ontogenese); es ist das Abbild unseres alle Lebensbereiche umfassenden Entwicklungsprofils. Was nun auffälliges Verhalten von Menschen mit SIE angeht, so ist dieses ebenfalls das Ergebnis unseres „In-der- Welt-Seins“. Es ist das dialogische Produkt davon, wie wir die Welt wahrnehmend und handelnd erschließen und wie wir von unserem lebendigen Gegenüber, unserem sozialen Umfeld selbst erschlossen werden. Wird dieses handelnde und kommunikative Miteinander aus unterschiedlichen Gründen (genetische Syndrome, intrauterine Beeinträchtigungen, perinatale Schädigungen, postpartale Unfälle oder Erkrankungen) und auf unterschiedliche Art (motorisch durch körperliche Einschränkungen wie z. B. zerebrale Spastiken; sensorisch durch Einschränkungen der Wahrnehmung wie z. B. Blindheit) beeinflusst bzw. beeinträchtigt, so ist unser Empfinden und Tun in der Welt entsprechend verändert und andersartig; unser Verhalten wird vom sozialen Umfeld als auffällig und abweichend eingestuft und entsprechend beantwortet (z. B. irritiert, verständnislos, verängstigt, ablehnend, bestrafend, ausgrenzend). Verhaltensstörungen sind also ohne Verständnis dieses ontogenetischen „Geworden-Seins“, ohne Feststellung der Möglichkeiten und Begrenztheiten, die unsere Entwicklung hervorgebracht und zu unseren persönlichen Aktions- und Reaktionsmustern geführt haben, diagnostisch nicht zu entschlüsseln und verstehen. Dabei vermischt sich, wie oben geschildert, unser Genotypus mit den individuellen Umwelteinflüssen, aus denen wir hervorgebracht werden und in diesem Prozess unser Persönliches (frühe Kindheit) und schließlich unsere Persönlichkeit (Jugend- und Erwachsenenalter) entwickeln.

Eine umfassende Entwicklungsdiagnostik beinhaltet also nicht nur das Verständnis unserer persönlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Beeinträchtigungen und Notwendigkeiten, sondern muss immer auch die Bedingungsfaktoren (historisch, soziokulturell, gesellschaftlich, ökonomisch) von „neuronalen Entwicklungsstörungen und psychischen Störungen“ mitberücksichtigen. Eine rein genetisch-deterministische bzw. biologistische Sicht bleibt deshalb immer verkürzt und das Verstehen unvollständig. Die Diagnostik wäre dann auf dem einen Auge kurz-sichtig für das „Gewordene“ (Genetik, Umwelt) und auf dem anderen Auge blind für die Bedingungsfaktoren des zukünftig „Werdenden“ (aktueller Status, Umwelt, Ressourcen, Hemmnisse). In der diagnostische Beurteilung muss aber beides in den Blick genommen werden.

Das Bindeglied zwischen diesen Entwicklungssträngen ist die Feststellung der Auswirkungen psychischer Störungen und Auffälligkeiten auf die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Individuums. Die funktionale Dimension verbindet Vergangenes mit unserem jeweils aktuellen Empfinden und Handeln im und mit unserem sozialen Umfeld und weist prospektiv auf das zukünftig Mögliche hin. Eine solche, dem „lifespan-approach“ der ICD-11 verpflichtete Diagnostik schlägt den bislang brüchigen Bogen von der psychiatrischen Diagnose zur International Classification of Functioning, Disability and Health, der ICF. In der ICD-11 wird diese Verknüpfung durch neu definierte Schnittstellen zur belastbaren Brücke. Es können nun für die jeweiligen Störungsbilder durch die Angabe ihres individuellen Schweregrades und ihres Verlaufs eventuelle Funktionseinschränkungen beschrieben werden. Der Schweregrad kann jeweils in den Störungsbildern durch die Angabe von sogenannten X-Codes als Spezifikator („spezifier“) diagnostiziert werden. Außerdem gibt es im ergänzenden Kapitel V zur Einschätzung der Funktionsfähigkeit unterschiedliche, psychische und organspezifische V-Codes, mit denen die Diagnosen ergänzt werden können und so konzeptuell auf die ICF-Systematik abgestimmt sind. Dafür wurden auch die bisherigen begrifflichen Widersprüche bzw. Ungereimtheiten von ICD und ICF beseitigt und die Terminologie kompatibel gemacht.

Störungsspezifische ICF-Core-Sets konnten von der WHO leider nicht rechtzeitig zur Veröffentlichung im Jahr 2022 fertiggestellt werden und blieben bislang unveröffentlicht. Sie sollen nach Aussagen von Mitarbeiter:innen der WHO in der praktischen Anwendung der ICD-11 entwickelt und später nachgereicht werden.

Die psychiatrische Arbeit muss insofern sensibel für menschliche Entwicklungsprozesse und die jeweilige Individualgeschichte werden. Dies beinhaltet nicht nur das Vorhalten eines sensitiven Instrumentariums (z. B. Screeningverfahren, standardisierte Tests) für das Assessment des aktuellen Entwicklungsstands, sondern insgesamt eine Sensibilität für das prozesshaft Gewordene von Verhalten und das prozesshaft sich Entwickelnde. Beides zusammen führt zu einem individualisierten Störungs-Ansatz, der die gesamte Lebensspanne umschließt („lifespan-approach“). Eine entwicklungssensible Diagnostik wird dadurch zum erkenntnistheoretischen Bezugs- und Referenzpunkt psychiatrischen Arbeitens. Diagnose, Prognose und Therapie/Maßnahme sind systemisch und soziokulturell in einen historischen gesellschaftlichen Kontext eingebunden. Diese verknüpfenden Aspekte müssen für die Beurteilung einer individuellen Symptomatik bedacht und in der Therapie berücksichtigt werden.

Es stellt sich eben nicht nur die allgemeine, phylogenetisch geprägte Frage „Was braucht der Mensch?“, sondern „Was braucht dieser Mensch für seine persönliche Entwicklung?“!

Entwicklungslogische Maßnahmen bzw. therapeutische Adaption

Der Begriff der „Entwicklungslogik“ wurde von Georg Feuser vor gut vier Jahrzehnten in den Diskurs zur Didaktik in die Pädagogik eingeführt. In seiner im Jahr 1989 erschienenen Schrift *„Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik“* stellte er sein Konzept vor und wollte es als Fundament einer „Allgemeinen Pädagogik“ verstanden wissen. Sein Ziel war es, der Integrationsbewegung, die bis zum damaligen Zeitpunkt didaktische Fragestellungen vernachlässigt hatte (Feuser 2021), eine Grundlage für „eine Schule für alle“ zu geben. Für den Integrationsprozess sieht er folgende Gedanken als konstituierend:

- Kooperation am „Gemeinsamen Gegenstand“
- Innere Differenzierung durch Individualisierung

Das heißt, dass in einer Allgemeinen Pädagogik anhand eines „gemeinsamen Gegenstandes“¹ durch ein individualisiertes Erarbeiten eine Differenzierung der Didaktik erfolgt. In der inhaltlichen Vermittlung und praktischen Unterstützung bei (schulischen) Aufgaben, Projekten, offenen, problemorientierten Lernformen erfolgt eine didaktische Binnendifferenzierung. Das didaktische Vorgehen orientiert sich dabei am jeweiligen Entwicklungsstand der Schüler:innen. Die Didaktik ist insofern entwicklungslogisch, sie folgt der inneren Differenziertheit der Schüler:innen (individuelle Entwicklungsprofile in den verschiedenen Entwicklungsdimensionen) durch eine konsequente Individualisierung. In diesem individualisierenden und didaktischen Sinne ist auch Anton Došen zu verstehen, wenn er von Stimulation der Entwicklung spricht. Dadurch wird es möglich, dass die betroffene Person mit SIE ein höheres Funktionsniveau erreicht (vergl. Vygotskys Konzept der „nächsten Entwicklungszone“). Auf diese Weise kann die Persönlichkeitsentwicklung angestoßen werden, was zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires führt (Došen & Hennicke 2010, S. 95).

Feuser beschreibt dies für den schulischen Bereich folgendermaßen: „Wenn (...) „Allgemeine Pädagogik“ bedeutet, dass alle Kinder und Schüler(:innen) in Kooperation miteinander auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau – nach Maßgabe ihrer Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen – in Orientierung auf die „nächste Zone ihrer Entwicklung“ (Vygotsky) an und mit einem „Gemeinsamen Gegenstand“ spielen, lernen und arbeiten können, impliziert dies, dass alle Kinder und Schüler(:innen) alles lernen dürfen, jedes Kind und jeder Schüler (/jede Schülerin) auf seine (ihre) Weise lernen darf und alle die erforderlichen Hilfen bekommen, derer sie bedürfen.“ (Feuser 2021, S.151 f). Durch die gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe an der Bildung auf der Basis einer entwicklungslogischen Didaktik kann Integration erreicht und eine inklusive Gesellschaft schrittweise umgesetzt werden.

Wenn wir nun das Konzept einer entwicklungslogischen Didaktik auf den neuen Ansatz der dimensional und entwicklungs-dynamischen Sicht der ICD-11 übertragen, so wird deutlich, dass Diagnostik und Therapie an die „innere Differenzierung“ von Verhalten und psychischen Störungen des jeweiligen Menschen angepasst werden müssen. Die in einer individualisierten, entwicklungssensiblen Diagnostik gewonnenen Erkenntnisse ergeben, bezogen auf Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung, ein Entwicklungsprofil intellektueller und adaptiver Fähigkeiten mit ganz spezifischen Möglichkeiten, Bedürfnissen, Begrenzungen und Notwendigkeiten. Die Transformation der entwicklungssensiblen Diagnose in therapeutische Maßnahmen knüpft unmittelbar an diese Erkenntnisse an. Förderung und/oder Therapie werden in ihrer Ausrichtung entwicklungslogisch und verstehbar. Hierbei muss dem dynamischen Entwicklungsprozess einerseits und dem oft heterogenen Entwicklungsprofil jedes Menschen andererseits auch begrifflich Rechnung getragen werden. So ist es in einer entwicklungssensiblen Betrachtung nicht sinnvoll, von Entwicklungsstufen zu sprechen, wodurch in kategorialer Weise unterstellt wird, dass Phasen der Entwicklung auf der nächsthöheren Stufe qualitativ transformiert und abgeschlossen sind; sinnvoller ist es im Sinne L. Vygotsky von „Entwicklungszone“ oder allgemein von Entwicklungsphasen zu sprechen. Durch beide Begriffe wird der dynamische Aspekt von Entwicklung mit fließenden Übergängen begrifflich besser gefasst (Vygotsky 2021; Original 1934 erschienen).

¹ Feuser verweist in diesem Zusammenhang auf Wolfgang Klafkis Konzept der „epochaltypischen Schlüsselprobleme“ aus dem Jahr 1998. Diese betreffen für den Menschen relevante Themenfelder, aus denen sich Strukturprobleme von übergeordneter transkultureller und transnationaler Bedeutung ergeben, wie z.B. Krieg und Frieden, Umweltfragen oder interkulturelle Kooperation und Verständigung.

Die entwicklungslogischen Maßnahmen/Therapien umfassen nicht nur Aspekte der individualisierten Förderung (Entwicklungsstimulation für das Erreichen der nächsten Entwicklungszonen), die Entwicklung adaptierter oder speziell entwickelter Therapieverfahren, sondern auch die Infrastruktur der medizinisch-psychiatrischen Versorgung und die milieugestalterische Umsetzung dieser Versorgungsangebote. Der Begriff der Milieugestaltung umfasst dabei z.B.:

- die personelle Ausstattung bei erhöhtem Betreuungsaufwand;
- erforderliche, besondere Qualifizierungsmaßnahmen zur Professionalisierung der Mitarbeiter:innen;
- die konsequent barrierefreie Umsetzung sozial-kommunikativer Methoden;
- die räumliche Ausstattung;
- im Besonderen die pädagogische Haltung der Assistierenden bzw. Begleitenden in der Familie und/oder der Mitarbeitenden in den versorgenden bzw. medizinischen Einrichtungen.

Pharmakologische und nicht-pharmakologische Therapien bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung müssen daran ausgerichtet werden. D.h., dass gerade bei Verhaltensstörungen der Menschen mit SIE neben dem kognitiven v.a. das sozio-emotionale Entwicklungsprofil berücksichtigt werden muss, prägt dieses doch das Verhalten jedes Menschen in der Auseinandersetzung mit Umwelt sowie deren alltägliche Anforderungen (Sappok et al. 2022 & 2014). Unser Verhalten stellt sich als ontogenetische, entwicklungstypische Antworten auf Anforderungen der sozialen Kommunikation und Interaktion mit unseren Mitmenschen dar. Der Stellenwert einer psychopharmakologischen Behandlung kann insofern nur in einer begleitenden, symptomatischen Linderung und keineswegs in einer ursächlichen Behandlung gesehen werden. Die therapeutischen Maßnahmen sollten insofern vor allem durch den Erwerb von Kompetenzen und Bewältigungsstrategien ein persönliches Wachsen in die individuell nächste Entwicklungszone unterstützen (Entwicklungsstimulation durch entwicklungslogische Maßnahmen/Therapien).

In der psychopharmakologischen Behandlung von Menschen mit SIE müssen in diesem Sinne aber auch entwicklungsbedingte Unterschiede in der Pharmakodynamik (z.B. zentrale Vulnerabilität, Komorbiditätsfaktoren) und Pharmakokinetik (z.B. Resorptionsprobleme bei häufig auftretenden Obstipationen) und spezielle interaktive und kommunikative Aspekte berücksichtigt werden (Schanze 2024).

Diese entwicklungsbezogene Sicht muss mit der ICD-11 nicht nur in die Psychiatrie, sondern allgemein in die Medizin integriert bzw. an deren Integration gearbeitet werden, um auch Inklusion in der medizinischen Versorgung umsetzen zu können.

Transdisziplinäre Zusammenarbeit – Eine neue Chance durch die neue ICD-11?

Die neue, entwicklungsdynamische Perspektive der ICD-11 („lifespan-approach“) eröffnet nicht nur ein neues Feld für die psychiatrische Diagnostik und Therapie, sie wird auch die transdisziplinäre Zusammenarbeit der Medizin, v.a. der Psychiatrie, mit anderen Fachgebieten, z.B. mit der Psychologie und der Pädagogik, verändern. Mit der in wenigen Jahren zu erwartenden, verbindlichen Einführung dieses tiefgreifend umgestalteten Klassifikationssystems wird der „Gemeinsame Gegenstand“ der Betrachtung (Individualgeschichte/Ontologie und psychische

Gesundheit) durch eine konsequente Entwicklungsperspektive neu definiert. Dadurch entsteht die Möglichkeit, die fachspezifische Segregation in der Diagnostik und Therapie zu überwinden und die Basis einer Kooperation auf Augenhöhe zu erstellen bzw. zu erweitern.

„Es bleibt also abzuwarten, in welchem Maße die bislang vielerorts biomedizinisch orientierte Psychiatrie eine entwicklungssensible Sichtweise auf psychische Störungen allgemein und auf Störungen der Intelligenzentwicklung im Besonderen (mit und ohne psychische Auffälligkeiten) in ihre Arbeit aufnehmen wird. Die 11. Revision des Klassifikationssystems ICD schafft mit ihren Neuerungen zumindest einen Raum, der für eine Annäherung der beiden Disziplinen Psychiatrie und Pädagogik genutzt werden kann. Suchen wir also in einer gemeinsamen Anstrengung das „Richtige“ [Entwicklungssensibilität, Anm. Autor] und tun das „Richtige“ [Entwicklungslogik, Anm. Autor] – das wird unsere Herausforderung in den kommenden Jahren sein!“ (Schanze & Markowetz 2024)

Literatur

- Broich, K., Callhoff, J., Kaskel, P., Kowalski, C., Malzahn, J., Mundlos, C. & Schöbel, C. (2024). ICD-11 Einführung in Deutschland: Gemeinsam die Chance nutzen. *Das Gesundheitswesen*, 86(4), 290-298.
- Chan, G. C., Saunders, J. B., Stjepanović, D., McClure-Thomas, C., Connor, J., Hides, L. & Leung, J. K. (2024). The Gaming Disorder Identification Test (GADIT)—A screening tool for Gaming Disorder based on ICD-11. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(3), 729-741.
- Davidson, R. J. (2014). One of a kind: the neurobiology of individuality. In: *Cerebrum: the Dana forum on brain science* (Vol. 2014). New York: Dana Foundation.
- Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2022). Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51-53.
- Došen, A. & Hennicke, K. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Feuser, G. (2021). Entwicklungslogische Didaktik: Eine Conditio sine qua non einer humanen und demokratischen Schule ohne Ausgrenzung. In: Resch, K., Lindner, K.T., Streese, B., Proyer, M. & Schwab, S. (Hrsg.): *Inklusive Schule und Schulentwicklung: Theoretische Grundlagen, empirische Befunde und Praxisbeispiele aus Deutschland, Österreich und der Schweiz*, 207-214.
- Fiorillo, A. & Falkai, P. (2021). The ICD-11 is coming to town! Educational needs, paradigm shifts and innovations in mental health care practice. *European Psychiatry*, 64(1), e73.
- Friedman, N. P., Banich, M. T. & Keller, M. C. (2021). Twin studies to GWAS: there and back again. *Trends in cognitive sciences*, 25(10), 855-869.
- Gaebel, W. (2023). ICD-11 zwischen Entwicklung und Implementierung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 91(10), 394-396.
- Gaebel, W. (2021). Auf dem Weg zur ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 413-415.
- Herpertz, S. C. & Hölzel, L. P. (2024). Persönlichkeitsstörungen in ICD-11: Was sich geändert hat. *Verhaltenstherapie*, 34(2), 75-84.
- Hölzel, L. (2025). Innovationen der ICD-11. In: Hölzel, L. & Berger, M. (Hrsg.): *ICD-11–Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 15-33.
- Klafki, W. (1998). Schlüsselprobleme der modernen Welt und die Aufgaben der Schule—Grundlinien einer neuen Allgemeinbildungskonzeption in internationaler/interkultureller Perspektive.

- In: Gogolin, I., Krüger-Potratz, M. & Meyer, M.A. (Hrsg.): *Pluralität und Bildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 235-249.
- Krasnov, V. N. (2021). ICD-11 as a paradigm shift phase in the classification of mental disorders. *Consortium Psychiatricum*, 2(2), 72.
- Nicoglou, A. & Merlin, F. (2017). Epigenetics: A way to bridge the gap between biological fields. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 66, 73-82.
- Orock, A., Louwies, T., Ligon, C. O., Mohammadi, E. & Greenwood-Van Meerveld, B. (2021). Environmental enrichment prevents stress-induced epigenetic changes in the expression of glucocorticoid receptor and corticotrophin releasing hormone in the central nucleus of the amygdala to inhibit visceral hypersensitivity. *Experimental Neurology*, <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2021.113841>
- Pan, B., & Wang, W. (2024). Practical implications of ICD-11 personality disorder classifications. *BMC psychiatry*, 24(1), 191.
- Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A., & Diefenbacher, A. (2014). The missing link: Delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 786-800.
- Sappok, T., Zepperitz, S., & Hudson, M. (2022). *Meeting emotional needs in intellectual disability: The developmental approach*. Göttingen: Hogrefe.
- Sartorius, N. (2010). Revision of the classification of mental disorders in ICD–11 and DSM–V: work in progress. *Advances in psychiatric treatment*, 16(1), 2-9.
- Schanze, C. (2024). Psychopharmakotherapie. In: Schanze, C., Sappok (Hrsg.): *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der Psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie* (3. Aufl.). Stuttgart: FK Schattauer, 73-89.
- Schanze, C. & Markowetz, R. (2024). Pädagogik und Psychiatrie. In: Schanze, C., Sappok, T. (Hrsg.): *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der Psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer, 109-133.
- Sappok, T. & Schanze, C. (2024). Störungen der Intelligenzentwicklung. In: Schanze, C., Sappok (Hrsg.): *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der Psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer, 176-183.
- Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. Gesundheitswesen aktuell. Berlin: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung.
- Teren, K. (2024). Depathologization of trans* experience in ICD-11: Suggestions for context-sensitive psychotherapeutic work. *Behavioral Sciences & the Law*, 42(5), 607-619.
- Tyrer, P. (2023). *Making sense of the ICD-11: for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Vygotsky, L.S. (2021). Early Childhood. In: L.S. Vygotsky's Pedological Works. Volume 2. Perspectives in Cultural-Historical Research, Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-16-1907-6_8
- Weber, S., Gaebel, W., & Broich, K. (2025). Implikationen der ICD-11 für das deutsche Gesundheitswesen. In: Hölzel, B. & Berger, M. (Hrsg.): *ICD-11–Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3-14.
- World Health Organization (WHO) (2023). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/en>. Zugriff 01.05.2025

Sprachentwicklung und Intelligenz

Daniel Holzinger

Zitierweise:

Holzinger, D. (2025). Sprachentwicklung und Intelligenz. In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGb, S. 26-29.

Die ICD-11 [1] bietet hinsichtlich der Einordnung von Störungen der Sprech- und Sprachentwicklung bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) aus mehrerer Hinsicht relevante Neuerungen. Eine SIE inkludiert in jedem Fall Besonderheiten der sprachlich-kommunikativen Fertigkeiten. Dies zeigt sich etwa an den Verhaltensindikatoren für die diversen Schweregrade einer SIE, die sich auf das Sprachverständnis oder die expressiven funktionalen Kommunikationsfertigkeiten (bzw. -einschränkungen) beziehen. Darüber hinaus gelten nunmehr als Voraussetzung der Diagnose einer SIE nicht nur Einschränkungen der intellektuellen, sondern auch der adaptiven Funktionen. Zu den letzteren zählt wiederum die adaptiv konzeptuelle Dimension, die erlernte Fertigkeiten wie Lesen oder Schreiben und ganz grundlegend kommunikative Fertigkeiten einschließt. Somit erfordert die Diagnosestellung einer SIE ein Erfassen der sprachlich-kommunikativen Fertigkeiten, sowohl expressiv als auch rezeptiv.

Eine weitere und geradezu fundamentale Neuerung der ICD-11 für den Umgang mit Sprach- und Kommunikationseinschränkungen bei Menschen mit SIE besteht darin, dass die Diagnose einer Störung der Sprech- oder Sprachentwicklung (6A01) bei Vorliegen einer SIE – anders als in der ICD-10 – nicht mehr ausgeschlossen ist. Eine Kodierung hat dann zu erfolgen, wenn die Ausprägung der Sprech- oder Sprachschwierigkeiten über die angesichts des Alters und des nonverbalen intellektuellen Entwicklungsstands erwartbare Variabilität hinausgeht. Die Stärke dieser Diskrepanz wird in der ICD-11 nicht konkretisiert. Angelehnt an die AWMF-S3-Leitlinien zu umschriebenen Lernstörungen empfiehlt es sich, von 1-1,5 Standardabweichungen auszugehen. Auszuschließen sind zugrundeliegende organische Erkrankungen (z.B. Hirnverletzungen, Epilepsie, sensorische oder strukturelle Anomalie). Hier bietet sich die Diagnose eines sekundären Sprech- oder Sprachsyndroms (6E60.0) an, die ebenso auf die Berücksichtigung sprachlich-kommunikativer Bedarfe bei der Interventionsplanung hinweist. Auszuschließen sind zudem selektiver Mutismus und Autismus-Spektrum-Störungen. Für letztere stehen eigene Kodierungen je nach Einschränkung der funktionellen Sprache zur Verfügung.

Auch die Subklassifikation in Störungen der Sprech- und der Sprachentwicklung stellt eine Weiterentwicklung der ICD-10 dar (Abbildung 1). *Sprechstörungen* umfassen Störungen der Lautbildung und des Sprechflusses (Stottern und Poltern). *Sprachstörungen* werden in Störungen der strukturellen Sprache (bezogen auf Wortschatz, Wort- und Satzbau) und Störungen der Verwendung von Sprache in der zwischenmenschlichen Kommunikation (Pragmatische Sprachentwicklungsstörung) unterteilt. Erstere werden weiterhin in expressive und rezeptive Formen untergliedert. Expressive Sprachentwicklungsstörungen beziehen sich ausschließlich auf Schwierigkeiten der aktiven Sprachverwendung, wohingegen rezeptive Sprachstörungen das Verstehen von Sprache (und in Folge die expressive Sprachentwicklung) einschließen. Die Einführung pragmatischer Sprachentwicklungsstörungen durch die ICD-11 lenkt besondere

Aufmerksamkeit auf die Funktionalität von Sprache (z.B. Einsatz von Sprache, um die Aufmerksamkeit eines Gegenübers zu bekommen, um Hilfe oder Wiederholung zu bitten, um sich zu entschuldigen, zu fragen, zu erklären, etwas abzulehnen oder zu erzählen) sowie die Beherrschung von Regeln der Konversation (z.B. flüssiges Turn-taking, Reparaturstrategien bei eingeschränktem Verstehen oder Verstandenwerden, Strategien, um Gespräche zu beginnen, aufrecht zu erhalten oder zu beenden).

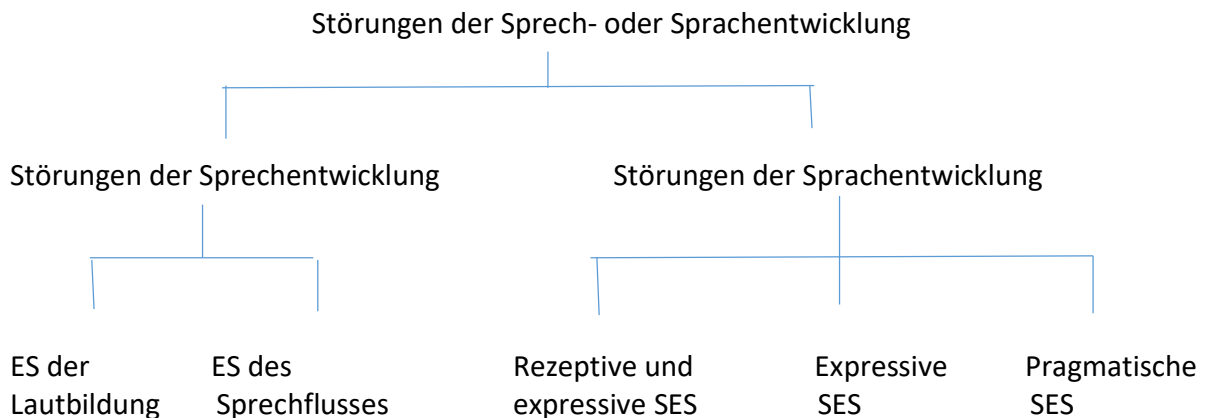


Abb. 1: Klassifikation der Störungen der Sprech- und der Sprachentwicklung nach ICD-11 [ES: Entwicklungsstörung SES: Sprachentwicklungsstörung]

Störungen der Sprachentwicklung verdienen höchste Aufmerksamkeit, stellen sie doch einen erheblichen Risikofaktor für nachteilige Entwicklungsverläufe dar. Dies betrifft insbesondere psychische Gesundheitsprobleme (emotionale und Verhaltensprobleme), Einschränkungen der sozialen Partizipation, Einschränkungen des Weltwissens und alltagspraktischer Fertigkeiten und somit anhaltend eingeschränkte Lebensqualität [2,3,4]. Hierbei sind es wiederum die oftmals wenig beachteten und unterschätzten rezeptiven Sprachschwierigkeiten und die pragmatischen Sprachentwicklungsstörungen [5], die mit einem deutlich höheren Risiko psychosozialer Folgeprobleme als die leichter erkennbaren expressiven Sprachentwicklungsstörungen verbunden sind.

Im deutlichem Gegensatz zu den Standards in der ICD-11 steht die aktuelle Praxis der Diagnostik von Sprech-, Sprach- und Kommunikationsfertigkeiten bei Menschen mit SIE. Systematische Beurteilungen fehlen zumeist – auch in Folge eines Mangels an praktikablen und validen Testinstrumenten. Unstrukturierte Einschätzungen führen häufig dazu, dass das Sprachverstehen unbeachtet bleibt oder deutlich überschätzt wird. Die soziale Verwendung von Sprache findet sich ebenso selten oder unsystematisch in medizinischen Befunden. Entwicklungsdiskrepanzen zwischen Sprachfertigkeiten und dem intellektuellen Entwicklungsstand, aber auch zwischen den rezeptiven und expressiven Fertigkeiten, werden nicht erkannt, was nicht zuletzt zu einer Fehleinschätzung des kommunikativen Potenzials und Interventionsbedarfs bei Menschen mit SIE führt. Auch unangepasste Interventionen, wie z.B. der Einsatz symbolbasierter unterstützter Kommunikation bei Menschen auf einer nicht-symbolischen Entwicklungsstufe, können zu Frustration und Nichtverwendung assistiver Technologien führen. Systematische Kommunikationsassessments sind erforderlich, um zum einen das Sprachniveau der Umgebung an das Sprachverständnis der Person mit SIE zu adaptieren, zum anderen zur individuellen Anpassung der sozialen Kommunikationsstrategien, für die Auswahl

angepasster Kommunikationsmittel und -modalitäten (Unterstützte Kommunikation). Letztlich dient ein systematisches Assessment der Verbesserung der funktionalen Kommunikation mit entsprechenden Effekten auf die psycho-soziale Gesundheit und Lebensqualität.

Das Multidimensionale Assessment der Kommunikation bei Menschen mit SIE (MAC-SIE) [6, 7] bietet in Anlehnung an die Klassifikation der ICD-11 die Möglichkeit einer raschen Ermittlung expressiver, rezeptiver und sozialer Kommunikationskompetenzen, insbesondere bei Menschen mit tiefgreifender oder schwergradiger SIE. Sechs Entwicklungsstufen orientieren sich an der physiologischen Entwicklung.

- Auf der *prä-intentionalen Stufe* werden eher reflexartig und somit noch nicht zielgerichtet Befindlichkeiten ausgedrückt und von einer Bezugsperson interpretiert. Sprachverständnis ist nicht vorhanden und soziale Kommunikation erfolgt körper-sprachlich.
- Auf der *intentionalen Entwicklungsstufe* sind Verhaltensweisen bereits absichtsvoll und auf ein Gegenüber hin gerichtet. Die Kommunikation erfolgt hierbei jedoch noch nicht über Symbole, sondern über Körpersprache oder reale Gegenstände. Vorgesprachliche Wechselseitigkeit (Hin- und Her) von Körperbewegungen oder Lautierungen tritt auf. Einige wenige Wörter (oder andere Symbole) werden verstanden.
- Auf den *symbolischen Entwicklungsstufen (I und II)* werden einzelne Symbole (noch keine Symbolfolgen) wie Wörter, Gebärden oder Bildsymbole eingesetzt und verstanden. Sozial-kommunikative Funktionen wie ein Bitten um Gegenstände, um Hilfe oder Kommentieren von Dingen oder Aktivitäten sind zu beobachten.
- Auf den *syntaktischen Entwicklungsstufen (I und II)* werden die sprachlichen Formen, die eingesetzt und verstanden werden, zunehmend komplexer. Das gilt auch für die kommunikativen Funktionen und die Konversationsfertigkeiten (soziale Kommunikation).

Der MAC-SIE soll Fachleuten in der Entwicklungsmedizin – unabhängig vom professionellen Hintergrund – eine rasche Einschätzung der Entwicklungsstufe innerhalb von drei Domänen (expressive, rezeptive und soziale (pragmatische) Kommunikation) erlauben. Hierbei werden Daten sowohl über die gezielte Befragung von Bezugspersonen mit Bezugnahme auf konkret beobachtetes Kommunikationsverhalten im Alltag (anhand von Deskriptoren der Items) als auch mittels direkter Verhaltensbeobachtung der Person mit SIE in einem interaktiven Setting (insbesondere zur Beobachtung des Sprachverstehens und der sozialen Kommunikation) erhoben.

Als Resultat ergibt sich ein Profil bezüglich der erreichten Entwicklungsstufen innerhalb der Kommunikationsdomänen (expressiv, rezeptiv und sozial). Ausgehend davon können die geeigneten Kommunikationsmedien (z.B. Körpersprache, reale Objekte, Fotos, Gesten, Gebärden, Bildsymbole) ausgewählt und Interaktions- und Förderstrategien der Umgebung (z. B. synchrones Verhalten, Strukturieren der Umgebung, Aufbau und Unterbrechung von Routinen zur Förderung der Intentionalität, Benennen des Aufmerksamkeitsfokus, korrekatives Feedback oder Erweiterungen der Äußerungen) empfohlen werden. Aktuell wird eine multi-zentrische Studie zur Überprüfung der klinischen Umsetzbarkeit als auch Validität und Reliabilität des MAC-SIE durchgeführt.

Zusammenfassend stellt die ICD-11 für das Verständnis von Sprach- und Kommunikationsproblemen bei Menschen mit einer SIE sowie die daraus abgeleitete diagnostische Praxis in

mehrerlei Hinsicht eine Neuerung dar. Schon für die Diagnose einer SIE ist die Beachtung der sprachlich-kommunikativen Fertigkeiten erforderlich. Hierbei gilt es für den Bereich der Sprache, neben den expressiven Kompetenzen auch das Sprachverständnis und die soziale Anwendung von Sprache (Pragmatik) zu erfassen. Als Ergebnis dieser Diagnostik kann nunmehr eine Störung der Sprech- oder Sprachentwicklung separat kodiert werden, sofern sich die sprachlich-kommunikativen Schwierigkeiten nicht durch den intellektuellen und adaptiven Entwicklungsstand erklären lassen. Diese Diagnose wiederum weist auf die Erforderlichkeit von spezifischen, auf die Sprache und Kommunikation bezogenen Interventionsmaßnahmen, ob nun personen- oder umfeldzentriert, hin. Sprache und Kommunikation sind Gesundheitsthemen!

Literatur

- [1] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025). ICD-11 in Deutsch – Entwurffassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (Zugriff 2.9.2025).
- [2] Lindsay, G., Dockrell, J. E., & Strand, S. (2007). Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: Child and contextual factors. *British Journal of Educational Psychology*, 77(4), 811-828.
- [3] Law, J., Rush, R., Schoon, I., & Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), pp. 1401–1416.
- [4] Schoon, I., Parsons, S., Rush, R., & Law, J. (2010). Children's language ability and psychosocial development: A 29-year follow-up study. *Pediatrics*, 126(1), e73-e80.
- [5] Dall, M., Fellingner, J., & Holzinger, D. (2022). The link between social communication and mental health from childhood to young adulthood: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 944815.
- [6] www.mac-sie.at
- [7] Holzinger, D., & Fellingner J. (2024). Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung (ICD-11 6A01). In C. Schanze & T. Sappok (Hrsg.): Störungen der Intelligenzentwicklung. Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. S. 184-221.

Schizophrenie nach ICD-11 bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung

Hauke Hermann

Zitierweise:

Hermann, H. (2025). Schizophrenie nach ICD-11 bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGB, S. 30-37.

Einleitung

Die Diagnose einer Schizophrenie zählt zu den komplexeren Aufgaben innerhalb der Psychiatrie. Bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) gewinnt diese zusätzliche Tiefe. Die Kombination aus kognitiven Einschränkungen, sprachlichen Barrieren, mangelnden spezifischen diagnostischen Instrumenten und Versorgungsstrukturen sowie einer häufig unzureichenden ärztlichen oder psychotherapeutischen Erfahrung führt zu erheblichen diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten. Ziel dieses Kapitels ist es, die aktuellen Kriterien der ICD-11-Diagnose der Schizophrenie in Bezug auf Menschen mit SIE darzustellen, die wichtigsten Herausforderungen zu benennen sowie differenzialdiagnostische und therapeutische Aspekte zu erläutern. Ein besonderer Fokus liegt auf praxisrelevanten Implikationen und der Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Die Definition der Schizophrenie in der ICD-11

Mit der Einführung der ICD-11 durch die WHO wurde die Klassifikation psychischer Störungen grundlegend überarbeitet. Die Schizophrenie ist unter dem Code 6A20 erfasst. Eine der wesentlichsten Neuerungen besteht im Wegfall der klassischen Subtypen (wie paranoid, hebephren oder kataton), die in der ICD-10 noch enthalten waren. Stattdessen orientiert sich die ICD-11 stärker an einem dimensionsbasierten und verlaufsorientierten Modell:

- 6A20.0: Erste Episode
- 6A20.1: Multiple Episoden (remittierend oder nicht-remittierend)
- 6A20.2: Kontinuierlicher Verlauf

Der Fokus liegt nun auf dem klinischen Bild und der funktionalen Beeinträchtigung. Für die Diagnose müssen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat mindestens *zwei der folgenden sieben Symptome* bestehen, wobei mindestens eines aus den Symptomen a bis d stammen muss:

- a. Anhaltende Wahnüberzeugungen
- b. Anhaltende Halluzinationen (insbesondere akustisch)
- c. Desorganisiertes Denken (z. B. Gedankensprünge, Inkohärenz)
- d. Erleben von Fremdbeeinflussung (z. B. Gedankenentzug, -ausbreitung)
- e. Deutliche Negativsymptomatik (Affektverflachung, sozialer Rückzug)
- f. Auffälliges, desorganisiertes Verhalten
- g. Psychomotorische Symptome (z. B. Katatonie)

Zusätzlich erlaubt die ICD-11 die Codierung nach symptomatischer Dominanz (6A25.x), wodurch positive, negative, depressive, manische, katatone oder kognitive Schwerpunkte kenntlich gemacht werden können. Neu in der ICD-11 ist das Katatonie-Syndrom. Bei Erfüllung der Kriterien sollte die zusätzliche Diagnose einer "Katatonie im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung" vergeben werden. Eine *Schweregradskala* (leicht-, mittel-, schwergradig) ergänzt die klinische Beurteilung.

Epidemiologie und Besonderheiten bei SIE

Menschen mit SIE sind in mehrfacher Hinsicht eine vulnerable Bevölkerungsgruppe. Während die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 0,5-1% liegt, wird sie für Menschen mit SIE deutlich höher geschätzt (3-4%). Studien zeigen, dass psychotische Symptome bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger auftreten, was auch durch Komorbiditäten, sensorische Defizite, Traumata und neurologische Erkrankungen beeinflusst wird. Zudem erhalten bis zu 70% dieser Patientengruppe Antipsychotika, wobei die Indikationsstellung häufig unspezifisch bleibt. Aus der Medikation mit einem Antipsychotikum kann somit nicht auf das Vorliegen einer Schizophrenie geschlossen werden. Viele Menschen mit einer SIE erhalten ein Antipsychotikum außerhalb der Leitlinien mit primär sedierender Indikation. Es besteht also eine Versorgungspraxis, die nicht unbedingt einer validen Diagnose entspricht (Aman et al., 2016; Vaquerizo-Serrano et al., 2022).

Diagnostische Herausforderungen

Bei der Diagnostik psychotischer Störungen bei Menschen mit SIE bestehen methodische Limitationen und Interpretationsrisiken:

- *Kommunikative Einschränkungen* führen dazu, dass subjektive Symptome wie Wahn-erleben oder Halluzinationen oft nicht adäquat explorierbar sind.
- *Verhaltensauffälligkeiten* können fälschlicherweise als psychotische Symptome interpretiert werden.
- *Fehlattributionen* sind häufig, etwa wenn z.B. stereotype Bewegungen als Ausdruck von Katatonie oder sprachliche Besonderheiten als desorganisiertes Denken gedeutet werden.
- *Rückschlüsse von der Medikation auf die Diagnose* sind nicht zulässig, werden aber in der Praxis häufig vorgenommen.

Die konsequente Erhebung einer *Fremdanamnese* und die *längerfristige Verhaltensbeobachtung* sind deshalb essenziell. Diagnostische Klarheit kann nur durch den Vergleich mit dem individuellen Funktionsniveau und durch Berücksichtigung von Kontextfaktoren erlangt werden.

Diagnostisches Vorgehen

Fremdanamnese und Beobachtung

Der diagnostische Prozess beginnt mit einer multiperspektivischen Anamnese, die folgende Elemente umfassen sollte:

- Entwicklungsverlauf und soziobiografische Eckdaten

- Frühere psychiatrische Diagnosen und Interventionen
- Veränderungen in der emotionalen, sozialen oder kommunikativen Funktion
- Konkrete Auslöser oder Lebensereignisse
- Schul- und Arbeitsbiografie, inklusive betreuender Institutionen
- Dezierte Medikamentenanamnese

Ein zentraler referenzial-diagnostischer Aspekt ist das *Zeitkriterium*, insbesondere in Bezug auf den Erkrankungsbeginn. Auch bei Menschen mit SIE manifestiert sich eine Schizophrenie typischerweise im jungen Erwachsenenalter. Allerdings ist der zeitliche Verlauf häufig verzögert oder verläuft schleicher als bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Ein „Bruch“ in der Biografie kann dabei ein wesentlicher anamnestischer Hinweis sein. Bezugspersonen berichten dann etwa, dass die betroffene Person zunehmend ihre Eigenständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens verliert, im Verhalten desorganisiert wirkt oder sich bizarr verhält. Solche Beobachtungen gewinnen besondere diagnostische Bedeutung, wenn sie sich klar vom bisherigen individuellen Funktionsniveau abheben und über längere Zeiträume hinweg bestehen bleiben. Zusammenfassend kann gesagt werden: Insbesondere wenn eine Verhaltensänderung neu, nicht situativ erklärbar oder deutlich bizarr erscheint, sollte eine schizophrene Psychose in Betracht gezogen werden.

Klinisch-neurologische und somatische Abklärung

Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung haben oftmals reduzierte Möglichkeiten in der Interaktion und Kommunikation. Subjektives Erleben lässt sich häufig nur eingeschränkt erfassen, wodurch der klinische Eindruck stärker durch Beobachtung und Fremdanamnese geprägt ist. Dies erhöht das Risiko von Fehldiagnosen. Daher gilt: Vor der Vergabe einer psychiatrischen Diagnose – insbesondere Schizophrenie – müssen organische Ursachen sorgfältig ausgeschlossen werden.

Die somatische Diagnostik umfasst folgende wesentliche Bestandteile:

- *Körperliche und neurologische Untersuchung* zur Abklärung von Hinweisen auf systemische oder fokale-neurologische Erkrankungen
- *Basislabor, inkl. TSH* zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion (endokrin bedingte psychische Veränderungen)
- *Fakultativ erweiterte Labordiagnostik*: rheumatologisches Labor, Eisen- und Kupferstoffwechsel, Vitamin B1, B6, B12, Borrelien-Serologie, Infektionsparameter (HIV, Hepatitis, Lues u. a.)
- *Drogenscreening im Urin*, insbesondere bei Verdacht auf akuten oder chronischen Substanzkonsum
- *Bildgebende Verfahren*, vorrangig kraniale MRT (cMRT) zur Beurteilung struktureller Veränderungen (z. B. Tumoren, Enzephalitis, Hydrozephalus)
- *EEG, ggf. ergänzt durch Liquordiagnostik*, insbesondere bei Verdacht auf entzündliche, neurodegenerative oder autoimmune Enzephalopathien
- Erweiterte Diagnostik bei unklaren Beschwerden oder persistierender Symptomatik, z. B. zur Abklärung chronischer Schmerzen oder somatischer Komorbiditäten

Diese somatische Basisabklärung ist essenziell, da viele körperliche Erkrankungen ein psychoseähnliches Erscheinungsbild im Sinne einer organisch wahnhaften Störung hervorrufen können. Sie bildet daher einen unverzichtbaren Bestandteil der differenzialdiagnostischen Klärung und trägt dazu bei, Fehldiagnosen und inadäquate Behandlungsversuche zu vermeiden.

Differenzialdiagnostik

Die Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen oder neuromentalen Entwicklungsstörungen ist oftmals herausfordernd, insbesondere bei Personen mit eingeschränkten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. Psychotisch wirkende Symptome können sich auch aus anderen Kontexten ergeben.

Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Die Unterscheidung zwischen ASS und Schizophrenie ist oftmals klinisch schwierig, da sich Symptome überschneiden oder ähnlich präsentieren können. Folgende Aspekte können zu Fehldiagnosen führen:

- *Negativsymptome* wie Apathie, sozialer Rückzug oder mangelnde Motivation können fälschlich als autistische Merkmale gewertet werden – oder umgekehrt.
- *Sprachliche Auffälligkeiten*, etwa Idiosynkrasien oder Echolalien, werden gelegentlich als formale Denkstörungen (z. B. Neologismen) oder gar als Wahnideen missverstanden.
- *Kommunikations- und Interaktionsprobleme* bei ASS können mit desorganisiertem Verhalten im Rahmen einer Schizophrenie verwechselt werden.

Für die differenzialdiagnostische Einschätzung lohnt es sich für Untersuchende, drei zentrale Fragen zu stellen:

1. Wie sicher ist die ASS-Diagnose? (Wurde sie umfassend und fachgerecht gestellt?)
2. Wie ist der zeitliche Verlauf der Symptomatik? (ASS beginnt typischerweise frühkindlich, Schizophrenie meist im jungen Erwachsenenalter.)
3. Remittiert das Verhalten durch Reizreduktion? (Autistische Menschen profitieren häufig deutlich von Reizabschirmung, psychotische Symptome persistieren hingegen meist unabhängig davon.)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Flashbacks, *Dissoziationen* oder *intrusive Erinnerungen* an traumatische Erlebnisse können Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ähneln. Besonders das *Hyperarousal* und Alpträume, die oft mit PTBS einhergehen, können fälschlicherweise als psychotische Symptome gedeutet werden. Die Trauma-Anamnese spielt hier eine zentrale Rolle, um zwischen einer posttraumatischen Belastungsreaktion und einer psychotischen Störung zu unterscheiden (Kildahl & Jørstad, 2022).

Angststörungen

Starke Angst kann als wahnassoziiert missverstanden werden. Bei Angststörungen kommt es häufig zu *Wahrnehmungsverzerrungen*, die in die Nähe psychotischer Erfahrungen rücken, aber in der Regel mit einer angstassoziierten Wahrnehmung verbunden sind. Hier hilft eine genaue Betrachtung der situativen Auslöser der Symptome.

Affektive Störungen

Schwierigkeiten bereitet die Unterscheidung zwischen depressiver *Anhedonie*, *Antriebsminderung* und einer psychotischen Negativsymptomatik. Gerade bei Depressionen ohne psychotische Merkmale ist es manchmal schwer, zwischen einer depressiven Episode mit *sozialem Rückzug* und einer Schizophrenie mit ähnlich aussehender Negativsymptomatik zu differenzieren. Auch hier kann eine detaillierte Anamnese, die frühere affektive Episoden einbezieht, zur Klärung beitragen.

Zwangsstörungen

Die Abgrenzung von *Zwangshandlungen* und Wahngedanken ist eine häufige Herausforderung. Zwangshandlungen können manchmal als produktiv-psychotische Symptome (z. B. Ritualisierungen) missinterpretiert werden. Insbesondere bei wahnhafter Überzeugung ist die Unterscheidung zu *Zwangsgedanken* schwierig, da die Grenze zwischen Zwangsgedanken und Wahnvorstellungen fließend sein kann. Antipsychotika (insbesondere Clozapin) können zudem Zwangssymptome auslösen, was die Diagnose weiter erschwert.

Emotionale Entwicklung

Ein besonders wichtiger differenzialdiagnostischer Aspekt betrifft die emotionale Entwicklung der Betroffenen. Häufig lassen sich unerklärlich erscheinende Verhaltensweisen besser verstehen, wenn das emotionale Entwicklungsalter berücksichtigt wird. Es stellt sich z. B. die Frage:

- Handelt es sich um *nachgeahmtes Verhalten* von externen Rollenmodellen?
- Sind sogenannte „*imaginäre Freunde*“ oder *grenztestendes Verhalten* Ausdruck entwicklungspsychologischer Dynamiken?
- Liegt eine verzögerte oder disharmonische Entwicklung der *emotionalen Regulation* vor?

Zur systematischen Einschätzung hilft hier die Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED-2) (Sappok et al., 2023). Die Ergebnisse dieser Diagnostik sollten immer ätiologisch differenzialdiagnostisch mitberücksichtigt werden. Besonders bei Patient:innen, die der SEED-Stufe 4 zugeordnet werden (z. B. Phantasiespiel im Rahmen der Identitätsentwicklung), ist eine sorgfältige Abwägung zwischen entwicklungsbedingtem Verhalten und psychotischer Symptomatik geboten. Verhalten, das auf den ersten Blick bizarr oder wahnhaft wirkt, kann Ausdruck innerpsychischer Reifungsprozesse sein – nicht Ausdruck einer Schizophrenie.

Pharmakotherapie

Antipsychotika (AP) stellen die Therapie der Wahl bei gesicherter Schizophrenie dar, auch bei Menschen mit einer SIE (AWMF, 2021; Deb et al., 2022). Die Behandlung folgt grundsätzlich den allgemeinen Leitlinien für Personen ohne SIE, muss jedoch an die individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten der betroffenen Personen angepasst werden.

- *Individuelle Anpassung der Medikation*: Die Auswahl und Dosierung von AP sollte aufgrund der kognitiven Einschränkungen sowie der möglichen Komorbiditäten (z. B. Epilepsie oder körperliche Erkrankungen) angepasst werden. Bei Patient:innen mit SIE kann eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Medikamenten bestehen.

- Wenn die Diagnose Schizophrenie auf Verhaltensbeobachtungen basiert (z. B. aufgrund von Kommunikationsbarrieren oder fehlender Selbstwahrnehmung), sollte die Medikation als *individueller Heilversuch* betrachtet werden. Dies bedeutet, dass die Behandlung mit einer regelmäßigen Reevaluierung der Symptome verbunden sein sollte.
- *Diagnostische Implikationen durch Medikation:* Ein positives Ansprechen auf Antipsychotika kann in manchen Fällen richtungsweisend für die Diagnose einer Schizophrenie sein.
- *Partizipative Entscheidungsfindung:* Auch bei Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen sollte eine partizipative Entscheidungsfindung angestrebt werden. Hierbei sollten Angehörige oder (rechtliche) Betreuungspersonen ggf. aktiv beteiligt werden, um den Entscheidungsprozess im Sinne der betreffenden Person zu unterstützen.

Unerwünschte Medikamentenwirkungen und Besonderheiten bei SIE

Bei der Behandlung der Schizophrenie bei Menschen mit SIE ist es besonders wichtig, unerwünschte Medikamentenwirkungen zu beachten. Diese können insbesondere im Hinblick auf metabolische Syndrome, multimedikamentöse Behandlung und kommunikative Herausforderungen problematisch sein.

- *Metabolisches Syndrom:* Ein ungesunder Lebensstil, reduzierte Aktivität durch körperliche Einschränkungen und genetische Faktoren (z. B. bei Prader-Willi- oder Down-Syndrom) können das Risiko für metabolische Störungen bei Patient:innen mit SIE zusätzlich erhöhen.
- *Multimedikation:* Menschen mit SIE erhalten häufiger abseits von Leitlinien eine Polypharmazie. Hierbei ist es wichtig, die additiven Effekte und Wechselwirkungen der Medikamente zu berücksichtigen.
- *Gewichtszunahme:* Eine signifikante Gewichtszunahme von mehr als 7 % des Körpergewichts kann bei der Behandlung mit Antipsychotika auftreten. In solchen Fällen kann Metformin als Option zur Gewichtsreduktion in Betracht gezogen werden.
- *Tardive Dyskinesien und motorische Stereotypien:* Tardive Dyskinesien, eine mögliche Nebenwirkung langjähriger Antipsychotikabehandlung, sind oft schwer von motorischen Stereotypien zu unterscheiden.
- *Akathisie:* Eine häufige Nebenwirkung von Antipsychotika ist Akathisie, eine psychomotorische Unruhe, verbunden mit einem nicht-bezwingbarem Bewegungsdrang. Diese kann leicht mit Angst oder psychotischen Unruhezuständen verwechselt werden.
- *Geschlechtsspezifische Unterschiede:* In der Praxis zeigen Frauen häufiger metabolische Nebenwirkungen und einen Prolaktinanstieg, der mit menstruellen Störungen oder Galaktorrhoe einhergehen kann. Männer neigen dagegen häufiger zu Frühdyskinesien.
- *Kommunikative Schwierigkeiten:* Ein großes Problem bei Patient:innen mit SIE ist die Schwierigkeit, Nebenwirkungen zu kommunizieren. Symptome wie z.B. Müdigkeit oder Libidoverlust können oft nicht klar mit den Betroffenen besprochen werden.

Psychosoziale Interventionen

Neben der pharmakologischen Therapie spielen psychosoziale Interventionsmöglichkeiten eine zentrale Rolle im Behandlungskonzept von Schizophrenie, auch bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE). Die Leitlinien der DGPPN und andere psychotherapeutische Empfehlungen bieten wertvolle Anhaltspunkte für die Therapiegestaltung. Jedoch gibt es im praktischen Alltag zahlreiche Herausforderungen, die die Umsetzung dieser Konzepte erschweren, insbesondere bei Menschen mit SIE.

Ein Blick auf die Leitlinie der DGPPN (2019, S. 120ff) zeigt folgende Grad-A-Empfehlung:

- *Psychoedukation* im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen (...). Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.
- Menschen mit einer Schizophrenie soll eine *KVT [Kognitive Verhaltenstherapie]* angeboten werden.
- Familien mit Menschen mit ersten psychotischen Episoden soll eine spezifische auf erste Episoden ausgerichtete *psychotherapeutische Familienintervention (...)* angeboten werden.
- Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv soll die *psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie* oder Vertrauenspersonen/ Bezugspersonen stattfinden.
- Bei (...) Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein *Training Sozialer Fertigkeiten* angeboten werden.“
- *Kognitive Remediation* soll bei Menschen mit Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) (...) angeboten werden.

Doch wie stellen sich psychosoziale Interventionsmöglichkeiten im Alltag dar? Hier bestehen oftmals besondere Herausforderungen. Trotz der Bedeutung psychosozialer Interventionen sind störungsspezifische Angebote für Menschen mit SIE und Schizophrenie in der Praxis kaum vorhanden. Dies liegt unter anderem daran, dass die meisten Programme für Menschen mit SIE nicht speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychotischen Erkrankungen ausgerichtet sind. Eine Behandlung, die sowohl die psychotischen Symptome als auch die kognitiven Einschränkungen berücksichtigt, wird nur selten angeboten. Ein weiteres Problem stellt der Mangel an spezifischen Therapiemanualen für Erwachsene mit SIE und Schizophrenie dar. Während es für die allgemeine Schizophreniebehandlung umfangreiche Leitlinien und Manuale gibt, fehlen solche spezifischen Materialien für die Therapie von Menschen mit SIE. Dies macht es für Therapeut:innen schwierig, eine adäquate und evidenzbasierte Behandlung zu gewährleisten. Ein besonders kritischer Punkt ist der eingeschränkte Zugang zu ambulanten Psychotherapieplätzen. In vielen Regionen ist es nur schwer möglich, für Menschen mit SIE und Schizophrenie zeitnahe Therapieplätze zu bekommen. Dies liegt zum einen an der ohnehin bestehenden hohen Bedarf an Psychotherapie und zum anderen an der mangelnden Spezialisierung auf diese Patientengruppe. Oft werden solche Plätze eher nachrangig vergeben, was dazu führt, dass die Behandlung verzögert oder unzureichend ist.

Fazit und Ausblick

Die Behandlung von Menschen mit SIE und komorbider Schizophrenie erfordert ein hohes Maß an diagnostischer Sorgfalt, interdisziplinärer Kooperation und individueller Anpassung. Die ICD-11 bietet mit ihrem flexibilisierten, symptomorientierten Ansatz eine sinnvolle Grundlage, deren Anwendung jedoch spezifisches Wissen über die Besonderheiten der Zielgruppe voraussetzt. Neben einer fundierten somatischen und differenzialdiagnostischen Abklärung braucht es vor allem strukturelle Verbesserungen in der Versorgung: geschultes Fachpersonal, niedrigschwellige therapeutische Angebote und inklusive Strukturen. Für Forschung und Praxis bleibt die Frage offen, wie sich psychotherapeutische und psychopharmakologische Standards weiterentwickeln lassen, um der Vielfalt neurodivergenter Lebensrealitäten gerecht zu werden.

Literatur

- Aman, H., Naeem, F., Farooq, S., & Ayub, M. (2016). Prevalence of nonaffective psychosis in intellectually disabled clients: systematic review and meta-analysis. *Psychiatric genetics*, 26(4), 145-155.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021). S2k-Praxisleitlinie Intelligenzminderung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-042>. Zugriff 17.9.2025
- Deb, S., Perera, B., Krysta, K., Ozer, M., Bertelli, M., Novell, R., ... & Sappok, T. (2022). The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry*, 36(1), 11-25.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.10.002>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie, AWMF-Register-Nr. 038-009.
https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009/S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (Zugriff 2.9.2025).
- Kildahl, A. N., & Jørstad, I. (2022). Post-traumatic stress disorder symptom manifestations in an autistic man with severe intellectual disability following coercion and scolding. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(2), 190-194.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1995930>
- Sappok, T., Zepperitz, S., Morisse, F., Barrett, B.F., Dosen, A. (2023). Die Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2 (SEED-2). Bern: Hogrefe.
- Vaquerizo-Serrano, J., de Pablo, S. D., Singh, J., & Santosh, P. (2022). Autism spectrum disorder and clinical high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(4), 568–1586. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05046-0>

Auswirkungen der ICD-11 auf die Teilhabe von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung

Tobias Bernasconi

Zitierweise:

Bernasconi, T. (2025). Auswirkungen der ICD-11 auf die Teilhabe von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. In: Sappok, T. & Schanze, C. (Hrsg.): ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 7. März 2025 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 54. München: Eigenverlag der DGSGB, S. 38-48.

Einleitung

Mit der Revision der ICD hin zur Versionsnummer 11 hat die WHO eine umfassende und in vielen Teilen überfällige Überarbeitung der Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen vorgenommen. In Deutschland gilt die 11. Revision seit dem 1. Januar 2022. Bindend ist sie jedoch erst nach einer Übergangsfrist von 5 Jahren, bis dahin gilt weiterhin die ICD-10.

Der folgende Beitrag liefert einen Blick auf die spezifischen Veränderungen und sich daraus ergebenden Fragen hinsichtlich der Definition und Diagnose von intellektuellen Beeinträchtigungen. Dabei wird deutlich, dass die Veränderungen der ICD-11 nicht nur formaler Art sind, sondern vor allem den Entwicklungshintergrund intellektueller Beeinträchtigungen und die Auswirkungen dieser stärker aufgreifen und gewichten. Damit rückt das Thema der Teilhabe für die jeweiligen Menschen stärker in den Vordergrund. Als ergänzende Klassifikation wird die Nutzung der ICF(-CY) empfohlen. Aus diesem Grund wird die Komplementarität der beiden Klassifikationen zum Ende des Beitrags konzeptualisiert.

Veränderungen in der ICD-11 mit Blick auf Störungen der Intelligenzentwicklung

In der ICD-11 wird mit Blick auf die Definition von vormalig ‚geistiger Behinderung‘ eine Veränderung vorgenommen, die sich vor allem darin äußert, dass nicht vordergründig die starke Fokussierung auf den Intelligenzwert bzw. die intellektuellen Fähigkeiten besteht. Mit der begrifflichen Änderung von ‚geistiger Behinderung‘ hin zu *Störungen der Intelligenzentwicklung* wird nicht nur der von z. B. der Selbstvertretung zum Teil als diskriminierend wahrgenommene Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ vermieden; die ICD-11 entspricht damit auch mehr den derzeitigen internationalen Fachtermini (z. B. Schalock, 2010; AAIDD, 2019) und ist anschlussfähig z. B. an das DSM-V der American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen; Falkai & Wittchen, 2025).

Unter dem Code 6A00 werden in der ICD-11 Störungen der Intelligenzentwicklung (Disorders of intellectual development - DID) als eine „Gruppe ätiologisch unterschiedlicher Zustände, die während der Entwicklungsperiode entstehen“ (BfArM, 2022) beschrieben. Diese zeichneten sich zwar weiterhin prägnant durch eine signifikant unterdurchschnittliche intellektuelle Funktionsfähigkeit aus; daneben wird aber gleichwertig benannt, dass ein signifikant unterdurchschnittliches (sozial-)adaptives Verhalten vorliegt (vgl. ebd.) – und zwar um zwei oder

mehr Standardabweichungen, bezogen auf angemessen genormte und individuell durchgeführte standardisierte Testverfahren. Ein weiterer wichtiger Zusatz im Kontext der Messung der Leistungen im Bereich der Intelligenz sowie des adaptiven Verhaltens ist, dass sich die Diagnose auch auf klinische Beurteilungsverfahren stützen darf, die sich auf die angemessene Einschätzung vergleichbarer Verhaltensindikatoren gründen, v.a. wenn keine standardisierten Testverfahren vorliegen (WHO, 2023). Diese Verhaltensindikatoren werden in verschiedenen Tabellen für die jeweiligen Altersgruppen und Schweregrade konkretisiert.

Die grundsätzliche Unterteilung in Schweregrade mit Bezug zum Intelligenzquotient (IQ, vgl. Tabelle 1) wird zwar weiterhin aufrechterhalten, es werden aber gleichwertig dazu Sekundärstörungen oder Folgen der Störungen der Intelligenzentwicklung benannt, die sich wie folgt äußern können:

- Beeinträchtigen im Spracherwerb und -verständnis sowie im Bereich der Lern- und Bildungsprozesse,
- Möglicherweise auftretende zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen, die mit umfangreicher Betreuung und Versorgung einhergehen können. In diesem Kontext wird betont, dass bei intensiver Anleitung diese Tätigkeiten mehr und mehr selbst übernommen werden können,
- Verhaltensstörungen als Sekundär- oder Begleitstörungen werden nicht mehr als typische, sondern als mögliche weitere Begleiterscheinungen beschrieben,
- Doppeldiagnosen werden nunmehr insbesondere mit Blick auf psychiatrische Störungen zugelassen (Girimaji & Pradeep, 2018).

Tab. 1: Einteilung nach ICD-11: 6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung

Code der ICD-11	Beschreibung	IQ-Referenzbereich
6A00.0	leichtgradige Störung der Intelligenzentwicklung	etwa zwei bis drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert
6A00.1	mittelgradige Störung der Intelligenzentwicklung	drei bis vier Standardabweichungen unter dem Mittelwert
6A00.2	schwergradige Störung der Intelligenzentwicklung	vier oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert
6A00.3	tiefgreifende Störung der Intelligenzentwicklung	vier oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert

Hinsichtlich der Unterscheidung von schwergradigen und tiefgreifenden Störungen der Intelligenzentwicklung kommentiert die ICD-11, dass diese „ausschließlich auf der Grundlage von Unterschieden im Anpassungsverhalten unterschieden [werden], da die vorhandenen standardisierten Intelligenztests keine zuverlässige und gültige Unterscheidung zwischen Personen mit einer intellektuellen Leistungsfähigkeit unterhalb der 0,003 Perzentile ermöglichen“ (BfArM, 2022). Auch wird auf mögliche Einflussfaktoren psychometrischer Testergebnisse hin-

gewiesen, wie z. B. Testbedingungen, Bildungsniveau, mögliche zusätzliche sensorische Beeinträchtigungen, psychosoziale Benachteiligung oder kulturelle Aspekte, die allesamt Auswirkungen auf den letztlich ermittelten Intelligenzwert haben können.

Insgesamt unterstreicht die ICD-11 mit der veränderten Terminologie und den damit zusammenhängenden Definitionskriterien die Fokussierung auf die Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen *und* des adaptiven Verhaltens; der übergeordneten Fokus stellt die Funktionsfähigkeit des Menschen dar. Hier betont die ICD-11 die Rolle des Umfelds, von unterstützenden Kontextfaktoren und einem System, in dem bereits frühzeitige Interventionen und bedarfsorientierte Angebote zur Verbesserung der funktionalen Bereiche, wie z. B. der Selbstversorgung, umgesetzt werden. In diesem Zusatz wird die Unterscheidung zwischen Schädigung und Behinderung bedeutsam, die sich auch in vielen anderen Klassifikationen und Definitionen von Störungen der Intelligenzentwicklung findet. Die ICD-11 geht demnach „bei der Identifizierung von Menschen mit Behinderungen eher von einem Gesundheitszustand oder einer Störung aus als von einem behinderungszentrierten Ansatz. Man könnte den ICF-Rahmen verwenden, um die Behinderung bei DID [disorders of intellectual development] zu bewerten“ (Eser, 2022, S. 21).

Die Auswirkungen der potenziellen Einschränkungen einer Person können demnach nicht direkt mit der ICD-11 beurteilt werden, sondern – analog zur Logik der Klassifikationen der WHO – mit der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, WHO 2005). Während die ICD-11 Störungen vornehmlich auf Krankheitsebene klassifiziert, können mit der ICF die tatsächlichen Folgen dieser Störungen mit Blick auf die Funktionsfähigkeit einer Person sowie die individuelle Lebenssituation des Menschen beschrieben werden.

Seitdem die WHO bereits in 2005 mit der ICF eine Neujustierung der Sichtweise auf Behinderung vorgenommen hat, fungiert „Behinderung“ nicht als Störung, sondern als allgemeiner Oberbegriff, der ein mehrdimensionales Phänomen bezeichnet, welches aus der Interaktion von Menschen und ihrer materiellen und sozialen Umwelt resultiert (DIMDI 2005). Der beschreibende Begriff in der ICF lautet ‚functioning‘, womit „alle Aspekte der funktionalen Gesundheit, und zwar sowohl bezogen auf körperlich-organisatorische Strukturen und Funktionen wie auch auf Aktivitäten bzw. Kompetenzen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ (Fischer, 2003, S. 304, vgl. Abbildung 1) gemeint sind.

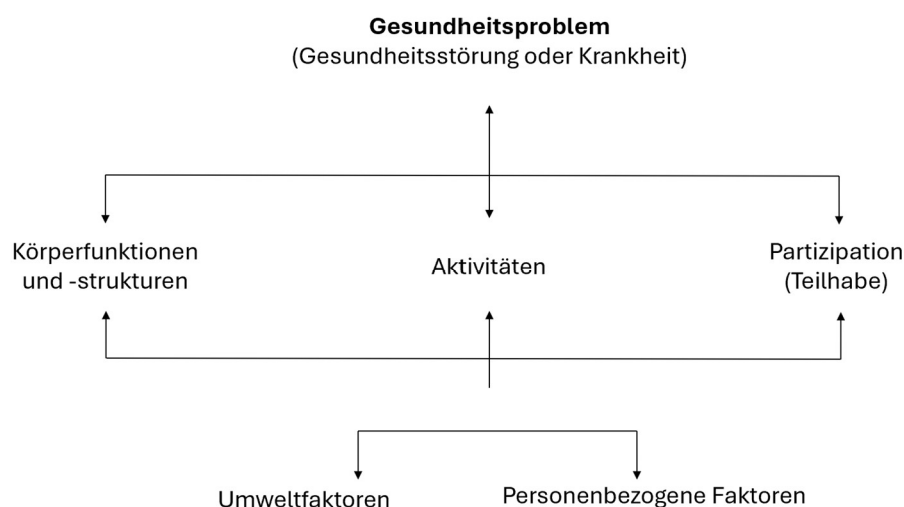


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung der ICF (DIMDI, 2005)

Die Funktionsfähigkeit eines Menschen im Sinne von Möglichkeiten zur Partizipation ist dabei abhängig von der gegenseitigen Beeinflussung möglicher Gesundheitsprobleme und den Kontextfaktoren im Lebensumfeld einer Person (DIMDI, 2005, S. 23). Diese Wechselwirkung ist bio-psycho-sozial zu verstehen, sie verweist auf das Zusammenspiel von körperlichen, psychologischen und sozial-gesellschaftlichen Faktoren. Die Möglichkeiten zu Aktivitäten und Teilhabe eines Menschen unter Berücksichtigung seiner Körperfunktionen und -strukturen werden dabei als wesentliche Faktoren für eine mögliche Behinderung betrachtet. Umgekehrt entsteht aus fehlender Teilhabe und Einschränkung der Aktivitätsmöglichkeiten Behinderung (Bernasconi, 2022).

Seit ihrer Veröffentlichung wurde die ICF in kurzer Zeit in unterschiedlichen Bereichen implementiert. In Deutschland kommt ihr eine zunehmend wichtige Rolle zu, z. B. im Rahmen der Planung von Fördermaßnahmen in der Frühförderung (Kraus de Camargo & Simon, 2013; Pretis, 2019), der Beantragung von Hilfsmitteln, Rehabilitationsleistungen oder Eingliederungshilfen (Boenisch & Kamps, 2019) sowie der Interventionsplanung im therapeutischen Rahmen (Wolf, Berger & Allwang, 2016) oder auch in spezialisierten Einsatzfeldern wie im Kontext der Unterstützten Kommunikation (Bernasconi & Sachse, 2019). Zudem taucht die ICF an unterschiedlichen Stellen im deutschen Rechtssystem auf (z.B. BGG, BTHG) (BGBl, 2002; BGBl, 2016).

Die ICD-11 wurde in enger Verzahnung zur ICF (und zur ICHI - International Classification of Health Interventions) entwickelt, wenngleich die Klassifikationssysteme auch unabhängig voneinander verwendet werden können. Mit Blick auf ICD-11 und ICF stimmen dabei die Symptome in der ICD mit den Körperfunktionen in der ICF „und die „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ [...] mit den Kontextfaktoren der ICF überein“ (Sievers, 2021, S. 118). Zur Beurteilung der Auswirkungen der Veränderungen in der ICD-11 wird im Folgenden auf zwei zentrale, bereits genannte Aspekte geblickt, deren Integration in die ICD-11 letztlich das Verständnis von Störungen der Intelligenzentwicklung maßgeblich verändert.

Angepasste Kriterien der ICD-11 mit Blick auf intellektuelle Beeinträchtigungen

Adaptives Verhalten

Unter adaptiven Verhaltensweisen werden alle Strategien, Techniken und Kompetenzen verstanden, die es einem Menschen ermöglichen, in allgemeinen Lebensvollzügen mit anderen Menschen und bei alltäglichen Aufgaben erfolgreich zu handeln: „Adaptive behavior is defined as behavior that has been learned and is performed to meet society’s expectation across living settings, including the home, school, work, and other community settings (Tassé, 2017, S. 3).

Adaptives Verhalten ist damit ein Sammelbegriff für unterschiedliche kognitive und soziale Fähigkeiten. Die kognitiven Funktionen bestimmen dabei neben den sozialen Fähigkeiten und den sozialen Entwicklungsbedingungen maßgeblich das adaptive Verhalten. Adaptives Verhalten wird oftmals mit Blick auf ein bestimmtes Entwicklungsalter beschrieben, wie Tassé (2017, S. 3) betont: „Adaptive behavior is indexed on chronological age because as a society, we have different expectations of all members of our community as they age“. Anzumerken ist, dass Entwicklung nicht primär altersabhängig, sondern kontextabhängig gedacht wird. Erfolgreiches adaptives Verhalten bezeichnet dann vor allem Prozesse, die die Handlungskompetenz des Menschen ermöglichen.

In der ICD-11 werden für die Beurteilung des adaptiven Verhaltens von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung folgende Kernkriterien benannt:

- *Konzeptualisierungsfähigkeit*: Anwendung von Wissen (z. B. Lesen, Schreiben, Rechnen, Problemlösung, Entscheidungsfindung) und Kommunikation.
- *Soziale Fähigkeiten*: Gestalten der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, soziale Verantwortung, Befolgen von Regeln und Gesetzen, Vermeiden von Viktimisierung.
- *Alltagspraktische Fähigkeiten* in den Gebieten der Selbstversorgung, Gesundheit und Sicherheit, berufliche Fähigkeiten, Erholung, Umgang mit Geld, Mobilität und Transport, Nutzen von Haushaltsgeräten und technischen Geräten.

Die tabellarisch ergänzend aufgeführten Verhaltensindikatoren sollen dabei Kliniker:innen bei der Beurteilung von Störungen der Intelligenzentwicklung und vor allem auch bei der Einteilung der Schweregrade helfen sowie als Orientierung dienen, wenn standardisierte Tests nicht oder nur eingeschränkt einsetzbar sind (BfArM, 2022).

Der Verweis auf das adaptive Verhalten in der ICD-11 kann dabei als wichtige Veränderung beurteilt werden hin zu einem mehrdimensionalen Verständnis von Störungen der Intelligenzentwicklung. Auch in der (internationalen) Fachdiskussion im Kontext von Störungen der Intelligenzentwicklung besteht bereits seit Längerem Einigkeit, dass der Aspekt des adaptiven Verhaltens leitend bei der Diagnose und Bewertung von Störungen der Intelligenzentwicklung sein sollte und nicht ausschließlich der IQ-Wert. In den letzten Jahren finden sich hier auch in der deutschsprachigen Diskussion rund um Fragen der Definition von Störungen der Intelligenzentwicklung vermehrt Bezüge zum adaptiven Verhalten (z. B. Bernasconi, 2024; Dworschak & Kölbl, 2022).

Teilhabe

Der Hinweis in der ICD-11 auf die Beurteilung der individuellen Möglichkeiten zur Funktionsfähigkeit im Sinne der Teilhabe öffnet die Tür zu einer umfassenden, ganzheitlichen Betrachtung der Lebenssituation eines Menschen. Teilhabe ereignet sich dabei grundsätzlich immer im Spannungsfeld zwischen Möglichkeitsstrukturen in der Gesellschaft und individuellen Voraussetzungen einer Person und findet in verschiedenen Lebensbereichen, z. B. Arbeit, Freizeit, Bildung etc. statt. Teilhabe ist dabei kein eindeutig definierter Begriff, sondern er existiert in unterschiedlichen Kontexten (z. B. als sozialpolitisch genutzter Begriff (vgl. Bartelsheimer, 2007), der Gesundheitsförderung (Wright et al., 2010) oder der sozialen Arbeit (von Kardorff, 2014).

Begrifflich meint Teilhabe zunächst die Möglichkeit, an etwas teilzunehmen. Und *teilnehmen* gliedert sich wiederum auf in ‚dabei sein‘, ‚sich beteiligen‘ und auch ‚sich zugehörig fühlen‘. Teilhabe ist entsprechend auf unterschiedlichen Ebenen zu denken:

- auf der Ebene des *Dabeiseins*, also der physischen oder topologischen Teilhabe,
- auf der Ebene des *Einbringens* von eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten,
- auf einer emotionalen Ebene, der Ebene des *sich zugehörig Fühlens*.

Als Referenz für die Beschreibung und Bestimmung von Teilhabe kann in Ergänzung zur ICD-11 die ICF genutzt werden. In der englischsprachigen Version wird der Begriff der Partizipation genutzt, definiert als *Einbezogenheit in eine Lebenssituation* („involvement in a life situation“)

(Hollenweger, 2019, S. 51). Dabei geht es übergreifend um die Frage, in welchem Maß eine Person an Alltagssituationen (daily activities) teilhaben kann und aus welchen Gründen eine Teilhabe nicht möglich ist. Das Grundverständnis der ICF besagt hier, dass letztlich die (materielle und personelle) Beschaffenheit der Umwelt die Funktionsfähigkeit und die Partizipation eines Menschen beeinflusst.

Entsprechend wird hier ein Partizipationsbegriff verwendet, der nicht nur ‚dabei sein‘ meint, sondern eine aktive Beteiligung und Mitbestimmung im individuellen Lebensumfeld.

Zusammenführung von ICD-11 und ICF

Um Auswirkungen mit Blick auf die Teilhabe genauer zu beschreiben, können die Kriterien aus der ICD-11 zur Bestimmung und Beschreibung von Störungen der Intelligenzentwicklung durch Merkmale aus der ICF ergänzt und konkretisiert werden.

Es wird deutlich, dass die Kriterien der ICD-11 durchaus hilfreich sind, mit Blick auf die konkrete Bewertung jedoch noch zu unspezifisch und vor allem zu wenig am Alltag der jeweiligen Person orientiert sind. Hier kann die ICF unterstützend wirken, indem durch die aus dem Bereich der *Aktivitäten* (daily activities) entnommenen Merkmale und Beschreibungen eben diese Konkretisierung mit Blick auf die *Teilhabe im Alltag* (participation) vorgenommen werden kann. In einer ersten groben Gegenüberstellung ergibt sich dabei für den Bereich des adaptiven Verhaltens eine Komplementarität, die in Tabelle 2 näher illustriert wird.

Tab. 2: Gegenüberstellung von ICD-11 und ICF im Hinblick auf adaptive Kompetenzen allgemein

Indikatoren für adaptives Verhalten in der ICD-11	Entsprechung im Bereich der Aktivitäten („daily activities“) in der ICF
Konzeptionelles / Begriffliches (Denken, Planen, Organisieren, Lesen, Schreiben, Gedächtnis, symbolische/interne Darstellung, Kommunikationsfähigkeit)	D1: Lernen und Wissensanwendung D2: Allgemeine Anforderungen
Soziales (zwischenmenschliche Kompetenzen, z.B. Beziehungsaufbau, soziales Urteilsvermögen, Emotionsregulation)	D2: Allgemeine Anforderungen D3: Kommunikation
Praktische Fähigkeiten (Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Beschäftigung, Gesundheit und Sicherheit, Transport)	D4: Mobilität D5: Selbstversorgung D6: Häusliches Leben

Die einzelnen Unterkapitel der ICF ermöglichen eine differenzierte Beschreibung der unterschiedlichen Aktivitäten, welche mit Blick auf die Teilhabe beurteilt werden können und die darüber wiederum Aufschluss über den Grad der Beeinträchtigung im Bereich des adaptiven Verhaltens geben können (s. Tabelle 3).

Tab. 3: Gegenüberstellung von ICD-11 und ICF im Hinblick auf einzelne Indikatoren der Teilhabe

Indikatoren der ICD-11	Indikatoren der ICF (Auswahl)
Konzeptionelles / Begriffliches (Denken, Planen, Organisieren, Lesen, Schreiben, Gedächtnis, symbolische/interne Darstellung, Kommunikationsfähigkeit)	d110: zuschauen d111: zuhören d140: Lesen lernen; d145: schreiben lernen d155 sich Fertigkeiten aneignen d161: seine Aufmerksamkeit lenken d163: denken und sich etwas vorstellen d175: Probleme lösen d220: eine Mehrfachaufgabe lösen d230: die tägliche Routine durchführen d240: mit Stress und seelischen Anforderungen umgehen d140: lesen lernen; d145: schreiben lernen d155: sich Fertigkeiten aneignen d166: Lesen; d179: schreiben
Soziales (zwischenmenschliche Kompetenzen, z.B. Beziehungsaufbau, soziales Urteilsvermögen, Emotionsregulation)	d177: Entscheidungen treffen d310: Gesprochenes verstehen d315: Gesichtsausdruck oder nicht-sprachliche Informationen verstehen d320: Gebärden verstehen d330: Sprechen d335: Gesten und die eigene Körpersprache einsetzen d240: mit Stress und seelischen Anforderungen umgehen d350: ein Gespräch führen d710: einfache Beziehungen mit anderen eingehen und gestalten d730: mit Fremden umgehen
Praktische Fähigkeiten (Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Beschäftigung, Gesundheit und Sicherheit, Transport)	d510: sich waschen, d520 seine Körperteile pflegen d530: die Toilette benutzen d550: essen, d560: trinken d570: auf die eigene Gesundheit achten d6: Häusliches Leben (d610: Wohnraum beschaffen, d620 Waren beschaffen) d630: Mahlzeiten zubereiten d910: am Gemeinschaftsleben teilnehmen

	d920: an Erholung und Freizeit teilnehmen
--	---

Dies ist nur eine Auswahl von Entsprechungen und sinnvollen Zuordnungsmöglichkeiten, um das adaptive Verhalten diagnostisch sowie mit Blick auf Unterstützungsbedarfe besser zu beurteilen und einzuschätzen.

Gleiches ist auch im Bereich der intellektuellen Funktionen möglich. Hier muss allerdings auf den Bereich der Körperfunktionen („body functions“) und -strukturen aus der ICF zurückgegriffen werden (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Gegenüberstellung von ICD-11 und ICF im Hinblick auf intellektuelle Funktionen

ICD-11 Indikatoren für „intellektuelle Funktionen“	Entsprechung im Bereich der ‚body functions‘ in der ICF (Auswahl)
Intellektuelle Funktionen	b1: Geistige Funktionen (z.B. b110: Wach sein und die Umgebung wahrnehmen; b117: Intelligenz; b140: Aufmerksam sein; b156: Wahrnehmen) b2: Seine Sinne einsetzen und Schmerz wahrnehmen b3: Stimme und Sprechen

Teilhabeorientierte Konzeptionalisierung

Durch die gemeinsame Nutzung der veränderten Kriterien der ICD-11 sowie der Beschreibungen aus der ICF ergibt sich die Möglichkeit, bei der Bewertung und Beschreibung von Störungen der Intelligenzentwicklung eine neue, erweiterte und am aktuellen fachlichen Diskurs orientierte Sichtweise einzunehmen. Ergänzend zu den diagnostischen Einschätzungen im Bereich der Schädigung sowie der Körperfunktionen und -strukturen werden die Ressourcen, Kompetenzen und Einschränkungen mit Blick auf den individuellen Alltag der Personen beurteilt und analysiert. Als Gradmesser für die Frage nach dem Schweregrad der Einschränkungen dient dabei die Teilhabe, entsprechend der Logik und Philosophie der ICF. Gleichzeitig werden durch den fokussierten Blick auf die Teilhabe im tatsächlichen Alltag auch die Beschreibungen von adaptivem Verhalten und intellektuellen Funktionen plastischer und individueller. Dies führt mitunter dazu, dass ähnliche Ausgangsschädigungen im Bereich der Körperfunktionen bzw. auf der Ebene der Schädigung bzw. des Gesundheitsproblems durchaus unterschiedliche Auswirkungen auf die individuelle Teilhabe haben. So kann das gleiche Intelligenzniveau beispielsweise im Falle eines gut unterstützenden und früh intervenierenden Umfelds geringere Teilhabebeeinträchtigungen mit sich bringen. Diese beeinflussen oftmals wiederum die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten und stehen demnach in einem komplementären Entwicklungszusammenhang.

Aus all dem ergibt sich eine differenzierte und teilhabeorientierte Beschreibung von Störungen der Intelligenzentwicklung, die sowohl körperlich-organische Ursachen (intellektuelle Funktionen sowie Sekundärstörungen) als auch deren Auswirkungen mit Blick auf die Handlungsfähigkeiten (adaptives Verhalten) im individuellen Alltag („daily activities“) berücksichtigt (siehe Abbildung 2).

Einschränkend ist anzumerken, dass die ICF zwar nicht die Diagnosestellung ersetzt, dass die umfangreichen ICF-Kriterien jedoch insbesondere für präzise Beschreibungen der Aktivitäten und der Lebenssituation einer Person herangezogen werden können.

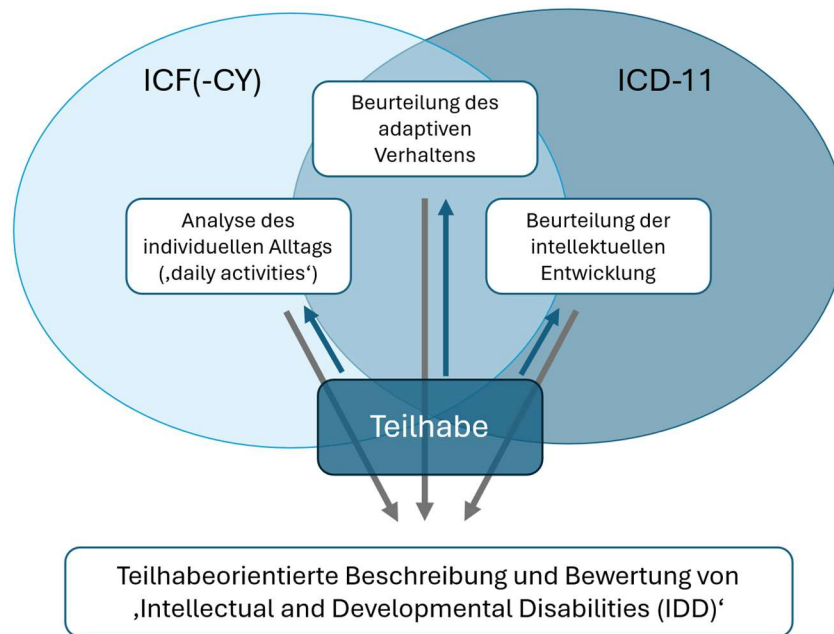


Abb. 2: Teilhabeorientierte Konzeptionalisierung von Störungen der Intelligenzentwicklung (engl.: IDD)

Fazit

Aus der Neufassung der ICD in der 11. Revision ergeben sich folgende übergreifende Veränderungen:

1. Die Verhaltensindikatoren zur Bestimmung des Schweregrads der Beeinträchtigungen beinhalten neben den intellektuellen Funktionen nun gleichwertige Kriterien zur Beurteilung des adaptiven Verhaltens. Damit wird der Blick umfassender auf die Person in ihrem Lebenskontext gelenkt.
2. Als Grundlage einer Diagnose dienen damit immer *Mehrfachkriterien* und nicht nur der Intelligenzfaktor. Die ICD-11 ist damit anschlussfähig an weitere Diagnose- und Klassifikationssysteme sowie den aktuellen fachlichen Diskurs in der Sonderpädagogik und den Rehabilitationswissenschaften.
3. Mit dem Blick auf die *individuelle Teilhabe* des Menschen im Alltag wird die Zielperspektive einer Diagnose direkt integriert. Es geht dann weniger darum, lediglich die Einschränkungen zu beschreiben, sondern gleichsam den Blick auf teilhabeförderliche und -hemmende Faktoren einer Person in ihrem konkreten Alltag und Umfeld zu lenken und so für eine Verbesserung der individuellen Teilhabesituation und Lebensqualität zu sorgen. Gleichsam werden so Frühinterventionen und Entwicklungsmöglichkeiten unterstützt.

Die ICD-11 kann demnach als wichtige Veränderung in der Sichtweise von Störungen der Intelligenzentwicklung angesehen werden, aber auch in der Art, wie künftig Störungen der Intelligenzentwicklung beschrieben und beurteilt werden sollten.

Literatur

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2019). *Tell me About ID: Making the Definition of Intellectual Disability Accessible Around the World*. AAIDD International Interest Network.
- Bartelsheimer, P. (2007). „Politik der Teilhabe“. Ein soziologischer Beipackzettel. *Arbeitspapiere zum Fachforum gesellschaftliche Integration*, (1), 1-31.
- Bernasconi, T. (2024). *Pädagogik und Rehabilitation bei geistiger Behinderung*. München: Reinhardt.
- Bernasconi, T. (2022). ICF-orientierte Förderplanung. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.): *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik* (S. 733-748). Regensburg: Universitätsbibliothek.
- Bernasconi, T. & Sachse, S. K. (2019): Kommunikative Kompetenz, Teilhabe und ICF-CY -Perspektive in der Unterstützten Kommunikation. Grundlagen einer systematischen Interventionsplanung. *Frühförderung interdisziplinär* (3), 127-136.
- Boenisch, J. & Kamps, N. (2019). Rechtliche Grundlagen der UK-Versorgung. In: J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompodium Unterstützte Kommunikation* (S. 357-364). Stuttgart: Kohlhammer.
- BfArM – Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). *ICD-11 in Entwurfsfassung*. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- BGBI (2002): Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 28: Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG), vom 27. April 2002, ausgegeben zu Bonn am 30. April 2002, 1467 – 1482.
- BGBI (2016): Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 66: Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz-BTHG), ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016, 3234-3341.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.
- Dworschak, W. & Kölbl, S. (2022). Adaptives Verhalten. Zur Bedeutung eines (zu) wenig beachteten Konstrukts im Kontext geistiger Behinderung aus diagnostischer Sicht. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik* (S. 175-190). Regensburg: Universitätsbibliothek.
- Eser, K.H. (2022). Lernbehinderung im Spiegel der neuen ICD-11. *Lernen Fördern* (3), 19-24.
- Fischer, E. (2003). *Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung*. Oberhausen: Athena.
- Girimaji, S. C. & Pradeep, A. J. (2018). Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34 (Suppl S1), 68 – 74.
- Hollenweger, J. (2019). ICF als gemeinsame konzeptuelle Grundlage. In R. Luder, A. Kunz & C. Müller Bösch (Hrsg.), *Inklusive Pädagogik und Didaktik* (S. 30-54). Bern: hep.
- Kraus de Camargo, O. & Simon, L. (2013). *Die ICF-CY in der Praxis*. Bern: Huber.

- Pretis, M. (2019). *ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung*. München: Reinhardt.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsg.) (2025). Diagnostische Kriterien DSM-5-TR®. Göttingen: Hogrefe.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tasse, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2010), *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support* (11th ed.). AAIDD.
- Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. In U. Repschläger, C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.). *Gesundheitswesen aktuell 2021*. Barmer. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/publikationen/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2021>
- Tassé, M. (2017). Adaptive Behavior. In: K. A. Shogren, M. L. Wehmeyer, & N. N. Singh (eds.), *Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities: Translating Research into Practice*. New York: Springer
- von Kardorff, E. (2014). Partizipation im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs – Anmerkungen zur Vielfalt eines Konzepts und seiner Rolle in der Sozialarbeit. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, (2), 4-15.
- Wolf, H.-G., Berger, R. & Allwang, N. (2016). Der Charme der ICF-CY für die interdisziplinäre Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 35, 127-137.
- World Health Organisation (WHO) (2005). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2023). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/en>
- Wright, M. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.

Die Behandlung komplexer distaler Humerusfrakturen bei Non-Compliance aufgrund geistiger Behinderung: Fallvergleich mit und ohne Botulinumtoxin (Poster)

Dirk Wähnert¹, Julia Evers¹, Nathalie Schillians², Niklas Grüneweller¹,
Burkhard Gess³, Jens Lohmaier¹, Thomas Vordemvenne¹

¹) Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum OWL, Evangelisches Klinikum Bethel, Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Bielefeld, Deutschland

²) Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum OWL, Evangelisches Klinikum Bethel, Krankenhaus Mara, Bielefeld, Deutschland

³) Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum OWL, Evangelisches Klinikum Bethel, Universitätsklinik Neurologie, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund

Die unfallchirurgische Behandlung von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung ist mit Besonderheiten verbunden. Häufig ist es notwendig, von der etablierten Norm abzuweichen und sehr individuelle Konzepte zu etablieren, um therapeutische Erfolge zu erzielen. In dieser Arbeit soll ein Fallvergleich zweier komplexer distaler Humerusfrakturen vorgestellt werden. Beide Patientinnen wiesen aufgrund ihrer Begleiterkrankungen eine extreme Non-Compliance und Verhaltensstörungen auf.

Methodik

Die Behandlung der Patientinnen erfolgte an einem universitären Haus mit einem Zentrum für Inklusive Medizin in einem interdisziplinären Team.

Patientin 1 (54 Jahre) erlitt bei einem Sturzereignis eine AO 13 A3.3 Fraktur. Es handelt sich um eine Patientin mit schwergradiger Intelligenzminderung mit der Neigung zu selbstverletzendem Verhalten, fokaler Epilepsie bei tuberöser Sklerose.

Patientin 2 (46 Jahre) erlitt ebenfalls im Rahmen eines Sturzereignisses eine AO 13 C2.2 Fraktur. Es handelt sich um eine Patientin mit paranoider Schizophrenie, dissoziativer Störung, Intelligenzminderung, Benzodiazepinabhängigkeit mit Entzugsanfällen, Adipositas und Hirsutismus.

Ergebnisse

Beide Osteosynthesen wurde vom selben erfahrenen Unfallchirurgen durchgeführt. In beiden Fällen wurde die Fraktur mittels Doppelplattenostesynthese versorgt. Bei Pat. 2 war aufgrund des intraartikulären Frakturverlaufes eine Olecranon-Osteotomie erforderlich, welche mittels Zuggurtung versorgt wurde. Bei Patientin 1 kam es im frühen postoperativen Verlauf trotz additiver Ruhigstellung in einer Schiene aufgrund extremer Non-Compliance zu einer ausgeprägten Implantatlockerung, die im weiteren Verlauf zur kompletten Implantatentfernung und einer Pseudarthrosensituation mit Dauerschienenbehandlung führte.

In Kenntnis dieses komplikationshaften Verlaufes wurde bei Patientin 2 in Kooperation mit der Klinik für Neurologie eine gezielte Injektion von Botulinumtoxin Typ A (BoNT-A) in den Musculus brachii (50 E), Musculus brachioradialis (10 E) und den Musculus triceps brachii (40 E) mit dem Ziel einer temporären Muskelschwächung durchgeführt. Die Kombination aus Botulinumtoxin-Injektion und konsequenter Ruhigstellung des Ellenbogens mittels gespaltenem Oberarmgips konnte die osteosynthetische Rekonstruktion des Ellenbogens effektiv schützen. Es zeigte sich keine sekundäre Dislokation.

Schlussfolgerung

Für eine erfolgreiche Therapie sind oft unkonventionelle Lösungen und das Ausschöpfen sämtlicher Möglichkeiten wichtig. Dabei ist die stationäre Behandlung langwierig, personalintensiv und häufig nur in spezialisierten Einrichtungen mit spezifisch ausgebildeten Pflegekräften und Therapeut:innen möglich.

Drittmittel/Sponsoren

keine

Interessenkonflikt

kein

FRiMeL: Forschungsprojekt zur Realisierung inklusiver Medizin- Lehre: Entwicklung eines Curriculums für Inklusive Lehr-Assistenz in medizinischer Hochschullehre (Poster)

Felix Gorny¹, Mareike Müller-Cleve¹, Anika Grohmann¹, Saskia Wirtz¹,
Silke Bleckert¹, Carsten Hirsch¹, Dominik Urbanczyk¹, Antonia von
Reden¹, Christian Brandt², Tanja Sappok¹

¹ Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL, Krankenhaus Mara, Universitätsklinik für Inklusive Medizin

² Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL, Krankenhaus Mara, Universitätsklinik für Epileptologie

Einleitung

In einem inklusiven und interdisziplinären Forschungsteam erarbeitet und erprobt „FRiMeL“ ein Curriculum zur Ausbildung für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Die ausgebildeten Inklusiven Lehrassistentierenden (ILA) sollen als Co-Dozierende die universitäre, medizinische Lehre unterstützen und damit erste Berührungspunkte für angehende Mediziner:innen im Kontakt zum Klientel der Inklusiv-Medizin schaffen.

Methodik

Das auf zwei Jahre angelegte Forschungsprojekt wird mit einem Mixed-Methods-Design beforscht. Auf einer Mikroebene sollen Wirksamkeitsfragen quantitativ untersucht werden. In einer Online-Befragung werden Akzeptanz und Praktikabilität erhoben. Ergänzend werden alle weiteren Stakeholder des Projektes (die angehenden ILA, Dozierende und Studierende) zu Umsetzbarkeit, Herausforderungen und Mehrwert der inklusiven Unterrichtsformen mit befragt. Zusätzlich sollen qualitative Interviews auf Meso- und Makroebene geführt werden, welche die Machbarkeit untersuchen. Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung in die bestehenden, universitären Strukturen sollen analysiert werden.

Ergebnisse

Erste Faktoren konnten bereits ausgemacht werden. In der inklusiven Projektarbeit zeigt sich eine starke Orientierung der angehenden ILA an sozialen Normen. Schamgefühle und Zurückhaltung beim Anzeigen von Kommunikationshürden und inhaltlichen Verständnisproblemen erscheinen hierbei von vorrangiger Bedeutung. Hingegen erwies sich eine explorative ILA-Einbindung in verschiedenen Lehrformaten bereits als konstruktiv und erkenntnisgewinnend.

Schlussfolgerungen

Inklusive Zusammenarbeit und Co-Produktion in Forschung und Lehre erfordern besondere Orientierung an den individuellen Bedarfen und Befähigungen der angehenden ILA. Entsprechende Formate (Vorbesprechung, Reflexion, Supervision, Betreuungskapazitäten) müssen bei der Konzeptionierung und Implementierung etwaiger Maßnahmen vorrangig betrachtet werden.

Wenn Gewürze töten können – Intellektuelle Beeinträchtigung, Verhaltensstörung und lebensbedrohliche Erkrankung: Eine Fallvignette (Poster)

Susanne Pilz, Stefan Möller, Petra Born, Beate Eusterschulte

Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie, Gießen

Einleitung

Forensische Klient/-innen mit einer Intelligenzminderung zeichnen sich häufig durch Störungen in den Emotionen und in der sozialen Gegenseitigkeit aus. Das Niveau der emotionalen Entwicklung liegt meist deutlich unterhalb des kognitiven Leistungsniveaus. Gering ausgeprägte soziale Fertigkeiten behindern nicht nur die allgemeine soziale Anpassungsfähigkeit, sondern untergraben das individuelle Vermögen zum Eingehen freundschaftlicher Beziehungen. Dies ist ein Prädiktor für delinquentes Handeln.

Die Hauptprinzipien, auf denen eine Straftäterbehandlung basieren sollte, sind das *Risikoprinzip*, bei dem die intensiveren Behandlungsangebote den Hochrisikofällen vorbehalten sind, das *Bedürfnisprinzip*, d.h. der Fokus liegt auf den kriminogenen Merkmalen, und das *Ansprechbarkeitsprinzip*, wonach die verwendeten therapeutischen Methoden an die Fähigkeiten des Patienten oder der Patientin angepasst werden (RNR-Prinzip).

Sog. „Systemsprenger“ fallen nicht nur durch alle Raster der o. g. Behandlungs-Prinzipien, sondern es gibt seltene Fälle, bei denen die Arbeit an den eigentlichen Vollzugszielen nicht gelingen kann. Dies sind Patient/-innen mit schweren körperlichen Erkrankungen, die Behandelnde vor elementare juristische und ethische Fragen stellen.

Methodik

In einer Kasuistik wird die Situation eines Patienten dargestellt, bei dem eine Kombination aus intellektueller Beeinträchtigung, schweren Verhaltensstörungen und lebensbedrohlicher Erkrankung vorliegt. Im Sinne einer Priorisierung der Behandlungsziele muss hier an erster Stelle das Überleben des Patienten sichergestellt werden („No psychotherapy is effective with a dead patient.“). An zweiter Stelle steht die körperliche Unversehrtheit der Mitpatient/-innen und Mitarbeitenden. Untergeordnet sind sowohl die Prinzipien der Straftäterbehandlung als auch spezielle therapeutische Ansätze zur Behandlung von forensischen Patient/-innen mit Intelligenzminderung.

Ergebnis

Es wird gezeigt, dass die „alte“ kognitiv-behaviorale Therapiekonzeption von Linehan für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach wie vor sehr geeignet ist, die lebensbedrohlichen Krisen in den Fokus der Therapie zu rücken und gleichzeitig auch hilfreiche Anstöße für die Überprüfung der eigenen Haltung zu liefern.

Analyse psychiatrischer Komorbiditäten in der Somatik bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (Poster)

Hauke Hermann Tanja Sappok

Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL, Krankenhaus Mara, Universitätsklinik für Inklusive Medizin

Hintergrund

Eine Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) geht sehr häufig einher mit somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten sowie herausfordernden Verhaltensweisen. Die Behandlung dieser verschiedenen Erkrankungen und Störungsbilder erfordert einen ganzheitlichen, interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für diese spezifische Patient:innengruppe gewährleisten zu können. Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Bedarf an interdisziplinärer Behandlung in einem Akutkrankenhaus für Personen mit SIE zu ermitteln.

Methodik

In der Universitätsklinik für Inklusive Medizin (UKIM) der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums OWL wurden die Abrechnungsdiagnosen aller Patient:innen der somatischen Stationen mit einer SIE ($N = 213$) erfasst. Somatische Haupt- und psychiatrische Nebendiagnosen aus dem Zeitraum 3/2023 bis 5/2023 wurden retrospektiv ausgewertet und in einer deskriptiven Datenanalyse kategorisiert. Die Verteilung der Schweregrade der Intelligenzminderung nach ICD-10 sowie die Prävalenzraten für herausfordernde Verhaltensweisen wurden analysiert.

Ergebnisse

Im Erfassungszeitraum wurden 213 Personen mit SIE am UKIM stationär behandelt, die meisten zeigten eine mittel- bis schwergradige Intelligenzminderung (F71.X: 30,1%; F72.X: 32,4%). Bei 69,5% der Patient:innen bestand eine Verhaltensstörung, wobei diese bei Patient:innen mit schwerer Intelligenzminderung (F72.X) am häufigsten auftraten (39,2%). Im breiten Spektrum der erfassten somatischen Diagnosen traten Erkrankungen des Verdauungstrakts, Verletzungen sowie onkologische/immunologische und respiratorische Erkrankungen gehäuft auf. Bei 69% aller Patient:innen mit SIE bestand eine psychiatrische Komorbidität, wobei mit 24% am häufigsten Entwicklungsstörungen (einschließlich Autismus-Spektrum-Störungen) erfasst wurden. Bei 12% fanden sich organisch psychische Störungen und bei jeweils 8% lag eine schizophrene bzw. affektive Erkrankung vor.

Schlussfolgerung

Der große Anteil an Patient:innen mit psychiatrischen Komorbiditäten und herausfordernden Verhaltensweisen zeigt den Bedarf an pädagogischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Mitbehandlung auf den somatischen Stationen auf. Im UKIM wurden multiprofessionelle interdisziplinäre Visiten etabliert, in welchen sich ein fachärztliches Team der Disziplinen Psychiatrie, Innere Medizin, Chirurgie sowie Pädagoginnen und Psychotherapeut:innen wöchentlich zum differentialdiagnostischen und therapeutischen Vorgehen austauscht. Interdisziplinäre Visiten können ein hilfreiches Instrument zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit SIE sein.

Drittmittel/Sponsoren

keine

Interessenkonflikt

Hauke Hermann: keine; Tanja Sappok erhält Tantiemen von verschiedenen Verlagen, z.B. Hogrefe und Kohlhammer.

Autor:innen (Vortragende)

Tobias Bernasconi, Prof. Dr., Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Hauke Hermann, FA für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Mara gGmbH – Universitätsklinik für Inklusive Medizin, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel, Bielefeld

Daniel Holzinger, PD Dr., Klinischer Linguist, Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, Konventhospital Barmherzige Brüder Linz, Klinisches Forschungsinstitut für Entwicklungsmedizin, Johannes Kepler Universität Linz

Tanja Sappok, Prof. Dr., FÄ für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Mara gGmbH – Universitätsklinik für Inklusive Medizin, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel, Bielefeld

Christian Schanze, Dr., FA Psychiatrie und Psychotherapie, MA Pädagogik, Leitung des Fortbildungsinstituts fobiport GbR, Schwifting

Posterpräsentierende

Dirk Wähnert, PD Dr. med., Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum OWL, Evangelisches Klinikum Bethel, Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Bielefeld

Mareike Müller-Cleve, Kommunikations-Wissenschaftlerin, Heilpädagogin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin. Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL, Krankenhaus Mara, Universitätsklinik für Inklusive Medizin, Bielefeld

Silke Bleckert, Genesungsbegleiterin, Inklusive Lehr-Assistentin. Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL, Krankenhaus Mara, Universitätsklinik für Inklusive Medizin, Bielefeld

Susanne Pilz & Stefan Möller, Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie Gießen

Impressum

Die „Materialien der DGSGB“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen und Rückmeldungen an die Redaktion sind erwünscht.

Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung e. V.

Geschäftsstelle:

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Tel: 0521/ 772-77300

E-Mail: geschaefsstelle@dgsgb.de

Website: www.dgsgb.de

Redaktion

Dr.ⁱⁿ Meike Wehmeyer, Dipl. Psych.

80802 München

Tel. 08131/310 66 58

wehmeyer@dgsgb.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.



Hintergrund

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Inklusion beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet, insbesondere niedergelassene Nervenärzt:innen und Psychotherapeut:innen sowie die stationäre Psychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten,
- von Standards ihrer psychosozialen Versorgung,
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen. Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der in dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Vereinsaktivitäten werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Prof.ⁱⁿ. Dr. Tanja Sappok, Bielefeld (Vorsitzende)
 Dr.ⁱⁿ Meike Wehmeyer, München (Stv. Vorsitzende)
 Markus Bernard, Höchberg (Stellv. Vorsitzender, Schriftführer)
 Dr. Björn Kruse, Berlin (Schatzmeister)
 Veronika Hermes, Geltendorf
 Prof. Dr. Tobias Bernasconi, Bergisch-Gladbach
 Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Berlin

Geschäftsstelle

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität
 Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel
 Maraweg 21, 33617 Bielefeld
 Tel: 0521/ 772-77 30 0
 E-Mail: geschaeftsstelle@dgs gb.de
 IBAN: DE77476501300106110935
 BIC: WELADE3LXXX
 StNr: 61018/10510
 Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg