

1 Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen und Autismusbegriff: historische Entwicklung und moderne Nosologie

Ludger Tebartz van Elst, Monica Biscaldi-Schäfer und Andreas Riedel

Nach der 2022 in Kraft getretenen ICD-11 werden die *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)* verstanden als heterogene Gruppe von Störungsbildern, die charakterisiert sind durch qualitative Einschränkungen der sozialen Interaktion, Probleme in der zwischenmenschlichen Kommunikation, einem eingeschränkten Verhaltensrepertoire, dem Hang zu repetitiven stereotypen Verhaltensmustern, eingeschränkten, stark fokussierten Interessensgebieten sowie sensorischen Besonderheiten. Dabei wurden die autistischen Subtypen des frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom), des atypischen Autismus und des Asperger-Syndroms, die in der noch immer in Deutschland zur Anwendung kommenden ICD-10 beschrieben werden, in der ICD-11 abgeschafft. Hans Asperger (1906–1980) selber sprach von der „autistischen Psychopathie“, Grunja E. Ssucharewa (1891–1981) von einer „schizoiden Psychopathie“ und Leo Kanner (1894–1981) von einem „frühkindlichen Autismus“. Sie beschrieben dabei ähnliche Phänotypen. Seit DSM-5 und ICD-11 wird der Begriff *ASS* favorisiert. Diese Vielfalt an unterschiedlichen Begriffen für inhaltlich sehr ähnliche gemeinte Sachverhalte zeigt, wie sehr das Denken über psychische Besonderheiten immer auch in die Konzepte der Zeitgeschichte eingebunden ist. Sie machen auch klar, dass die Annahmen der Gegenwart auf einer Ideengeschichte und Theoriebildung der Vergangenheit aufbauen. Diese soll Gegenstand dieses einleitenden Kapitels sein.

1.1 Historie der Begrifflichkeiten und Konzeptentwicklung

Als Hans Asperger 1944 in seiner Habilitationsschrift das später nach ihm benannte Asperger-Syndrom ausführlich beschrieb, benutzte er dafür den Begriff der „autistischen Psychopathie“. Grunja E. Ssucharewa beschrieb bereits 1926 ein recht ähnliches klinisches Bild und nannte es „schizoide Psychopathie“. Hier klingen die zentralen Begriffe der *Psychopathie*, des *Schizoiden* und des *Autismus* an, die zunächst verstanden werden müssen.

Der Begriff *Autismus* (aus dem Griechischen von αὐτός „selbst“) wurde von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857–1939) geprägt und beschreibt den sozialen Rückzug und ein Zurückweichen in die eigene Gedankenwelt bei immer spärlicherer Kommunikation bei Menschen mit schizophreiformen Störungen.

Der Begriff der *Schizoidie* geht auf Ernst Kretschmer (1888–1964) zurück. Im Rahmen seiner Theorie führte er den Begriff des *schizoiden Temperamentes* ein, wobei er eine Nähe zur Schizophrenie postulierte (Kretschmer 1921).

Der Begriff der *Psychopathie* hat in den letzten Dekaden einen Bedeutungswandel erlebt. Ursprünglich in der von Asperger gebrauchten Bedeutung ist er nach heutigem Sprachgebrauch am ehesten als *Persönlichkeitsstörung* zu übersetzen. Gemeint sind damit zeit- und situationsstabile Eigenschaften einer Person wie etwa Extrovertiertheit, Introvertiertheit, emotionale Stabilität, Impulsivität, Ängstlichkeit, Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung und Anteilnahme etc. (vgl. Tebartz van Elst 2008). Das

Konzept der Persönlichkeitsstörungen geht davon aus, dass sich solche Merkmale als erkennbare, träge Eigenschaftscluster in der Kindheit oder Jugend herausbilden, im Weiteren stabil sind und aufgrund charakteristischer und immer wiederkehrender Verhaltens- und Erlebensmuster zu relevanten Beeinträchtigungen und zu Leiden bei den Betroffenen und/oder Dritten führen.

Zu Zeiten Aspergers war der Begriff der *Persönlichkeitsstörungen* in dieser Form noch nicht üblich und wurde konzeptuell am ehesten durch den Psychopathiebegriff repräsentiert. Unter *Psychopathie* wurden also, ebenso wie heute unter dem Begriff der *Persönlichkeitsstörung*, zeit- und situationsstabile Muster im Wahrnehmen, Erleben, Denken und Handeln von Menschen verstanden (Aschoff 1968).

Ähnlich wie heute im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen die Abgrenzung von Normalität oder nicht, reaktiver Psychogenese oder schicksalhafter organischer Verursachung intensiv diskutiert wird (Tebartz van Elst 2008, 2018, 2022), war dies auch beim Psychopathiebegriff in der Vergangenheit der Fall (Remschmidt u. Kamp-Becker 2006).

Der heutige Alltagssprachliche, wissenschaftliche und kriminologisch-forensische Psychopathiebegriff hat dagegen einen Bedeutungswandel erfahren. Nun versteht man darunter besonders schwere Formen der dissozialen und antisozialen Persönlichkeitsstörung, die mit reduzierter sozialer Angst, antisozialen oder kriminellen Verhaltensweisen in einen Zusammenhang gebracht werden.

Werden die Texte Aspergers oder Ssucharewas mit diesem modernen Psychopathiebegriff im Kopf gelesen, so kann es durchaus zu Missverständnissen kommen.

Übersetzt in die moderne Sprache kann man also pointiert festhalten, dass Asperger mit seiner Begriffswahl eine Art autistische Persönlichkeitsstörung mit Beginn im frühen Kindesalter beschrieb.

1.2 Asperger-Syndrom und Kanner-Syndrom

Entscheidend für die Entwicklung des Autismusbegriffs waren auch die Fallbeschreibungen von Hans Asperger und Leo Kanner (1894–1981).

Asperger beschrieb 1944 in seiner Habilitation vier Jungen im Alter von 6–8 Jahren, die deutliche Kontaktschwierigkeiten hatten, sich sozial in die Bezugsgruppen nicht integrieren konnten, Kommunikationsprobleme aufwiesen und im emotionalen Erleben und Ausdrucksverhalten auffielen. Ebenso fielen eine motorische Ungeschicklichkeit und ein seltsames Sprachverhalten sowie ein eigenartiger Umweltbezug auf. Die Gemeinsamkeiten dieser vier Kinder fasste Asperger unter sechs Kategorien zusammen, die die wesentlichen Kriterien des später nach ihm benannten Syndroms beinhalteten.

Es sei aber noch einmal darauf hingewiesen, dass schon 1926 von Grunja E. Ssucharewa ein ähnliches klinisches Bild bei sechs Kindern im Alter von 10–12 Jahren beschrieben worden war (Ssucharewa 1926). Ihrer in deutscher Sprache veröffentlichten Schrift erging es ähnlich wie der von Hans Asperger und Leo Kanner: sie wurden über Jahrzehnte ignoriert. Während Aspergers Arbeit erst nach einer Referenz in einer Fallserie von Lorna Wing (1981) international beachtet wurde, geschah dies im Falle von Ssucharewas Beschreibung erst durch eine späte Übersetzung ins Englische von Susan Wolff (1996).

1 Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen und Autismusbegriff

Leo Kanner beschrieb 1943 acht Jungen und drei Mädchen, bei denen ihm schon sehr früh in der Entwicklung die fehlende Fähigkeit, emotionale Beziehungen aufzunehmen, aufgefallen war (Kanner 1943). Drei der Kinder sprachen gar nicht und die meisten der anderen wiesen Auffälligkeiten der Sprache auf. Beziehungen wurden eher zu Objekten, aber weniger zu Menschen aufgenommen. Die meisten Kinder waren geräuschempfindlich, konzentrierten ihre Aufmerksamkeit auf kleine Teile oder Teilaspekte von komplexeren Dingen. Ihre Verhaltensweisen waren rigide und stereotyp und sie erwiesen sich als extrem empfindlich im Hinblick auf Veränderungen der Umwelt und Tagesabläufe. Schon Kanner (wie auch Asperger) bemerkte, dass auch einige der Eltern teilweise verwandte Eigenschaften aufwiesen.

Damit war in Form dreier vergleichsweise kleiner Fallserien im Wesentlichen der Rahmen gesteckt für die konzeptuelle Entwicklung des Autismus bzw. der Autismus-Spektrum-Störungen der heutigen großen Klassifikationssysteme DSM und ICD.

1.3 Klassifikation nach ICD-10

Im Kapitel 84 der ICD-10 werden sechs Formen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen beschrieben, von denen drei (frühkindlicher Autismus F84.0, atypischer Autismus F84.1, Asperger-Syndrom F84.5) bei der Differenzialdiagnose hochfunktional-autistischer Syndrome von besonderer Bedeutung sind. Bei den übrigen Formen handelt es sich um das Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters und die hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypen (s. Tab. 1). Letztere spielt insbesondere im Kontext hochfunktional-autistischer Syndrome keine wesentliche Rolle.

Tab. 1 Kurzcharakterisierung anderer tiefgreifender Entwicklungsstörungen, die mit autistischen Syndromen einhergehen

ICD-10 Name	Kurzbeschreibung	Anmerkung
Rett-Syndrom F84.2	auf wahrscheinlich weitgehend unauffällige frühe Entwicklung folgt meist zwischen 7 und 24 Monaten eine autistische Entwicklung (autistische Regression) und ein Verlust erworbener Fähigkeiten im Gebrauch von Händen und Sprache, Handstereotypien, häufig Rumpfataxie, Apraxie, epileptische Anfälle; gelegentlich gewisse Erholung neurokognitiver Funktionen im Verlauf	X-chromosomal-dominante Erkrankung, Mutation des MECP2-Gens auf dem X-Chromosom, tritt nur bei Mädchen auf
andere desintegrative Störung des Kindesalters F84.3 (synonym: Heller Syndrom, kindliche Demenz)	gesicherte normale Entwicklung bis ins 3. Lebensjahr, dann Verlust erworbener neurokognitiver und motorischer Fähigkeit, Entwicklung affektiver Symptome (Angst, Agitiertheit) und eines autistischen Syndroms im Sinne einer autistischen Regression	gelegentlich klare neurologische Ursachen wie Enzephalitis, Enzephalopathie erkennbar, meist bleibt die konkrete Ursache unklar
hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien F84.4	Kombination aus mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung, entwicklungsbezogen unangemessen schwere Hyperaktivität und motorische Stereotypien	schlecht definierte Störung, unklarer nosologischer Status

1.4 Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) nach DSM-5

In der seit Mai 2013 gültigen fünften Version des DSM (DSM-5) ergeben sich folgende Änderungen (APA 2013, 2015, 2018):

1.4.1 Das Konzept der neuronalen Entwicklungsstörungen wird konsequent weiterentwickelt und neu geordnet

Im DSM-5 werden folgende Störungsbilder unter der Kategorie „neuronale Entwicklungsstörungen“ zusammengefasst: i. Intelligenzminderung, ii. Kommunikationsstörungen inklusive Sprachstörungen und Störung der sozialen (pragmatischen) Kommunikation, iii. Autismus-Spektrum-Störung, iv. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, v. spezifische Lernstörungen, vi. Störungen der Motorik inklusive Tic-Störungen und Tourette-Syndrom. Hier wird also der frühe Beginn eines klar identifizierbaren symptomatischen Musters in der ersten Dekade als gemeinsames Merkmal der genannten Störungsbilder konsequent zur Definition der Störungsgruppe herangezogen (Tebartz van Elst et al. 2023).

1.4.2 Das Konzept kategorialer autistischer Subtypen wird zugunsten eines Spektrums-Konzepts aufgegeben

Da sich die autistischen Hauptkategorien „Frühkindlicher Autismus“ und „Asperger-Syndrom“ nicht valide voneinander trennen ließen (Lord et al. 2012), wurde im DSM-5 der seit Langem erkennbare Trend aufgegriffen, diese kategoriale Unterscheidung zugunsten eines dimensionalen Ansatzes fallen zu lassen (APA 2013, 2015; 2018, <http://www.dsm5.org>). Dieses Vorgehen wurde unterstützt durch die klinische Beobachtung fließender Übergänge zwischen den bisherigen Unterkategorien des Autismus, zwischen den verschiedenen neuronalen Entwicklungsstörungen insgesamt, zwischen typischer und atypischer Entwicklung und schlussendlich auch zwischen psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung (Rutter 2011, Tebartz van Elst 2018, 2022). So konnte nachgewiesen werden, dass nicht erkrankte Verwandte autistischer Patienten ähnliche aber weniger stark ausgeprägte autistische Persönlichkeitsmerkmale aufwiesen (Constantino 2011). Dies ist wahrscheinlich einer gemeinsamen, komplexen genetischen Prägung für „autistische Persönlichkeitsmerkmale“ von Gesunden ebenso wie von Erkrankten geschuldet (Robinson et al. 2011). Zur Abgrenzung von nicht krankheitswertigen Zuständen dienen im DSM-5 die Kriterien der Domäne C (Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein – aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten) – und der Domäne D (Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren) (s. Tab. 3).

1.4.3 Die autistische Kernsymptomatik der sozialen Interaktions- und Kommunikationsstörungen wird in einem Kriterium („A-Kriterium“) zusammengefasst

Da sich die beiden Hauptkriterien der ICD-10, soziale Interaktion und Kommunikation, nicht valide voneinander trennen ließen, wurden die beiden zu einem Kriterium „fusioniert“. Dieses wird wie folgt definiert:

„Andauernde Defizite der Kommunikation und sozialen Interaktion in mehreren Kontexten, die aktuell oder anamnestisch vorhanden sind und nicht durch eine generelle Entwicklungsverzögerung besser erklärt werden können.“

1.4.4 Das Kriterium der begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten wird als „B-Kriterium“ aufgewertet und ausgeweitet

Unter dem neuen B-Kriterium werden nicht nur die klassischen repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen und Interessenmuster geführt, sondern auch sensorische Besonderheiten wie etwa eine Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung, welche im alten Autismus-Konzept gemäß DSM-IV noch unberücksichtigt blieben (s. Tab. 2). Im Sinne einer Verschärfung der Diagnosekriterien werden nun mindestens zwei Symptome (und nicht nur ein einziges Symptom) aus diesem Bereich gefordert, um die Diagnose stellen zu können.

1.4.5 Eine Diversifizierung der Diagnose wird über Komorbiditäten möglich

Der Unterschiedlichkeit der individuellen Fälle im klinischen Alltag kann nach DSM-5 dadurch besser Rechnung getragen werden, dass eine größere Breite von Zusatzdiagnosen zugelassen wird. Dies trifft insbesondere für eine ADHS-Diagnose zu, die nach DSM-IV und ICD-10 bei Autismus bislang ausgeschlossen war (Rommelse et al. 2011). Insbesondere für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist dies sehr zu begrüßen, da der wechselseitige Ausschluss beider Diagnosen in der Vergangenheit häufig zu Problemen führte.

Tab.2 Definition der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 und ICD-11 (modifiziert nach Tebartz van Elst u. Ebert 2024)

DSM-5	ICD-11 (zitiert nach WHO 2024, übersetzt von den Autoren)
A. Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren:	Anhaltende Defizite bei der Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Kommunikation und gegenseitiger sozialer Interaktionen, die angesichts des Alters und des intellektuellen Entwicklungsniveaus des Individuums außerhalb des erwarteten Bereichs typischer Funktionen liegen. Spezifische Manifestationen dieser Defizite variieren je nach chronologischem Alter, verbalen und intellektuellen Fähigkeiten und Schweregrad der Störung. Manifestationen können Einschränkungen in den folgenden Bereichen umfassen:

I Grundlagenwissen

DSM-5	ICD-11 (zitiert nach WHO 2024, übersetzt von den Autoren)
<p>1. Defizite der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit (z.B. Probleme Sozialkontakte aufzunehmen, eine Small-Talk-Konversation zu führen, auf emotionale Reize angemessen zu reagieren etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis, Interesse oder unangemessene Reaktionen auf die verbale oder nonverbale soziale Kommunikation anderer. • Integration der gesprochenen Sprache mit typischen komplementären nonverbalen Hinweisen wie Blickkontakt, Gestik, Mimik und Körpersprache. Diese nonverbalen Verhaltensweisen können auch in Häufigkeit oder Intensität reduziert sein.
<p>2. Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion (z.B. Probleme mit dem Blickkontakt, Mimik, Gestik, situative Kommunikation etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis und Gebrauch von Sprache in sozialen Kontexten und Fähigkeit, wechselseitige soziale Gespräche zu initiieren und aufrechtzuerhalten.
<p>3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, entsprechend dem Entwicklungsstand (ausgenommen solcher zu Bezugspersonen) (z.B. altersentsprechende Fähigkeit zu Mitschülern, Mitsstudenten, Kollegen, Freunden Beziehungen aufzubauen oder zu halten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Bewusstsein, das zu einem Verhalten führt, das dem sozialen Kontext nicht angemessen angepasst ist. • Fähigkeit, sich die Gefühle, emotionalen Zustände und Einstellungen anderer vorzustellen und darauf zu reagieren. • wechselseitige Interessenteilung • Fähigkeit, typische Peer-Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten
<p>B. Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessenmuster, oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens 2 der folgenden Bereiche manifestieren:</p>	<p>Anhaltende eingeschränkte, sich wiederholende und unflexible Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten, die für das Alter und den soziokulturellen Kontext des Individuums eindeutig atypisch oder übertrieben sind. Dazu können gehören:</p>
<p>1. Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen, oder Gebrauch von Objekten (wie z.B. einfache motorische Stereotypen, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Objekten, oder idiosynkratische Phrasen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Anpassungsfähigkeit an neue Erfahrungen und Umstände mit damit verbundenem Stress, der durch triviale Veränderungen in einer vertrauten Umgebung oder als Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse hervorgerufen werden kann. • Unflexible Einhaltung bestimmter Routinen; Diese können beispielsweise räumlich sein, z.B. vertrauten Routen folgen, oder ein genaues Timing wie Essenszeiten oder Transport erfordern.
<p>2. Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens, oder exzessiver Widerstand gegen Veränderung (wie z.B. behaviorale Rituale, Bestehen auf gleicher Wegstrecke, gleiches Essen, repetitive Fragen oder extremer Stress durch kleine Änderungen, detailliertes Vorausplanen von Tagesabläufen, rigides Festhalten an immer gleichen Tagesabläufen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Übermäßige Einhaltung von Regeln (z.B. beim Spielen). • Übermäßige und anhaltende ritualisierte Verhaltensmuster (z.B. Beschäftigung mit dem Aufstellen oder Sortieren von Objekten), die keinem offensichtlichen äußeren Zweck dienen. • Repetitive und stereotype motorische Bewegungen, wie Ganzkörperbewegungen (z.B. Schaukeln), atypischer Gang (z.B. Gehen auf Zehenspitzen), ungewöhnliche Hand- oder Fingerbewegungen und Haltungen. Diese Verhaltensweisen treten besonders häufig in der frühen Kindheit auf.
<p>3. Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die unnormal in Hinblick auf Intensität oder Thema sind (wie z.B. starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingeeengte oder perseverierende Interessen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beharrliche Beschäftigung mit einem oder mehreren speziellen Interessen, Objektteilen oder bestimmten Arten von Reizen (einschließlich Medien) oder eine ungewöhnlich starke Bindung an bestimmte Objekte (ausgenommen typische Bettdecken).

1 Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen und Autismusbegriff

DSM-5	ICD-11 (zitiert nach WHO 2024, übersetzt von den Autoren)
4. Hyper-oder hypo-Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung (wie z.B. offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz/Hitze/Kälte, starke überempfindliche Reaktion auf spezifische Geräusche oder Texturen, exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination von Lichtern oder sich bewegenden Objekten)	<ul style="list-style-type: none"> Lebenslange übermäßige und anhaltende Überempfindlichkeit oder Hyposensitivität gegenüber sensorischen Reizen oder ungewöhnliches Interesse an einem sensorischen Reiz, der tatsächliche oder erwartete Geräusche, Licht, Texturen (insbesondere Kleidung und Lebensmittel), Gerüche und Geschmäcker, Hitze, Kälte oder Schmerzen umfassen kann.
C. Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten)	Der Beginn der Störung tritt während der Entwicklungsphase auf, typischerweise in der frühen Kindheit, aber charakteristische Symptome können sich erst später vollständig manifestieren, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten überschreiten.
D. Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren.	Die Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, pädagogischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Einige Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sind in der Lage, in vielen Kontexten durch außergewöhnliche Anstrengungen angemessen zu funktionieren, sodass ihre Defizite für andere möglicherweise nicht offensichtlich sind. Eine Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung ist in solchen Fällen immer noch angebracht.
E. Die Symptome können nicht besser durch andere Krankheiten oder eine Intelligenzminderung erklärt werden.	

1.4.6 Der Schweregrad wird operationalisiert

Dem Konzept eines dimensionalen Krankheitsmodells folgend wurde die diagnostische Einordnung um eine Einteilung in Schweregrade erweitert (s. Tab. 3).

1.4.7 Das Konzept einer von den ASS separierten sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung (social communication disorder) wird eingeführt

Die Diagnose einer sozialen Kommunikationsstörung (social [pragmatic] communication disorder) wurde als neue Kategorie eingeführt. Sie ist weitgehend in Analogie zum A-, C- und D-Kriterium der ASS konzipiert, wobei Symptome im Sinne des B-Kriteriums nicht gefordert werden und eine ASS ausgeschlossen sein soll.

Tab. 3 Schweregrad der ASS (modifiziert nach APA 2013, 2015, 2018)

Schweregrad	soziale Kommunikation	restriktive, repetitive Verhaltensweisen
Stufe 3 „sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich“	Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen beträchtliche Beeinträchtigungen im Funktionsniveau; minimale Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und minimale Reaktion auf soziale Angebote im Umfeld.	Inflexibilität des Verhaltens. Extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere repetitive, restriktive Verhaltensweisen mit ausgeprägter Funktionsbeeinträchtigung in allen Bereichen. Großes Unbehagen bzw. große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Stufe 2 „Umfangreiche Unterstützung erforderlich“	Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit. Soziale Beeinträchtigungen auch mit Unterstützung deutlich erkennbar; reduzierte Initiierung sozialer Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen.	Inflexibilität des Verhaltens. Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere repetitive, restriktive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein. Funktionsbeeinträchtigung in einer Vielzahl von Kontexten. Unbehagen bzw. Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Stufe 1 „Unterstützung erforderlich“	Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele für unübliche oder erfolglose Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer. Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen.	Inflexibilität des Verhaltens führt zu Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen. Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln. Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbständigkeit.

1.5 Autismus-Spektrum-Störungen nach ICD-11

Seit Januar 2022 ist die ICD-11 in Kraft getreten und hat damit offiziell die ICD-10 abgelöst, die allerdings in Deutschland noch bis auf weiteres zur Anwendung kommt. Dabei ergeben sich auch für die Psychiatrie einige Neuerungen (First et al. 2021; WHO 2025; Tebartz van Elst u. Ebert 2024). Im Hinblick auf das Autismus-Thema folgt die ICD-11 dabei weitgehend den Grundentscheidungen des DSM-5. Wie dort werden die großen Störungsbilder der Autismus-Spektrum-Störungen, der ADHS und Intelligenzminderungen aus verschiedenen Kapiteln der ICD-10 nun zum ersten Kapitel der Störungen der „neurodevelopmental disorders“ zusammengefasst (wohingegen die Tic-Störungen wiederum bei den neurologischen Störungen klassifiziert wurden). Auch hier werden die Unterscheidungen der ICD-10 in frühkindlichen Autismus, atypischen Autismus und des Asperger-Syndroms zugunsten des dimensional Begriffs der Autismus-Spektrum-Störungen fallengelassen. Aus dem A- und B-Kriterium des DSM-5 werden nun das 1. und 2. Hauptkriterium nach ICD-11 (s. Tab. 2). Bei der Ausformulierung der diagnostischen Algorithmen ist die ICD-11 aber weniger streng als das DSM-5. So werden bei letzterem etwa für die Erfüllung des A-Kriteriums alle der folgenden Symptome A.1–3 gefordert (s. Tab. 2), während die ICD-11 weniger scharf operationalisiert in Form der diagnostischen Vorschrift „Manifestationen kön-

1 Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen und Autismusbegriff

Tab. 4 Kriterien der „social communication disorder“ modifiziert nach DSM-5 (APA 2013, 2015)

A. Andauernde Schwierigkeiten im sozialen Gebrauch verbaler und nonverbaler Kommunikation, die sich in allen folgenden Merkmalen zeigen:
1. Defizite im Gebrauch von Kommunikation für soziale Zwecke, beispielsweise beim Grüßen oder beim Austauschen von Informationen in einer dem sozialen Kontext angemessenen Weise.
2. Beeinträchtigung der Fähigkeit, den Kommunikationsstil an den Kontext oder die Bedürfnisse des Zuhörers anzupassen, beispielsweise in unterschiedlicher Weise im Klassenzimmer oder auf dem Spielplatz zu sprechen, anders mit einem Kind als mit einem Erwachsenen zu reden oder die Anwendung übermäßig formaler Sprache zu vermeiden.
3. Schwierigkeiten, Regeln für Konversationen und beim Erzählen zu beachten, beispielsweise den Gesprächspartner bei Unterhaltungen auch zu Wort kommen zu lassen, bei Missverständnissen eine andere Formulierung zu wählen oder verbale und nonverbale Signale zur Regulation von Interaktionen einzusetzen.
4. Schwierigkeiten im Verständnis von nichtexpliziten Botschaften (z.B. Schlussfolgerungen zu ziehen) und von nicht wörtlicher oder mehrdeutiger Sprache (z.B. bei Redewendungen, Humor, Metaphern, mehrdeutigen Begriffen, deren Bedeutung vom Kontext abhängt).
B. Diese Schwierigkeiten führen zu funktionellen Beeinträchtigungen in der effektiven Kommunikation, bei der sozialen Teilhabe, in sozialen Beziehungen, in der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit (einzeln oder in jeglicher Kombination).
C. Der Beginn der Störung liegt in der frühen Entwicklungsphase (Schwierigkeiten können sich aber erst voll manifestieren, wenn die Anforderungen an die soziale Kommunikation die begrenzten Fähigkeiten überschreiten).
D. Die Symptome können nicht auf einen anderen medizinischen oder neurologischen Krankheitsfaktor oder auf zu gering ausgeprägte Fähigkeiten in der Wortbildung und der Grammatik zurückgeführt werden. Sie können nicht besser durch eine Autismus-Spektrum-Störung, eine intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung), eine allgemeine Entwicklungsverzögerung oder eine andere psychische Störung erklärt werden.

nen folgende Symptome beinhalten“ („manifestations may include the following“), wobei eine Liste mit verschiedenen Symptomen folgt (vgl. First et al. 2021).

Beim B-Kriterium dominieren bei der Auflistung beispielhafter Symptome im DSM-5 solche, die bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und gleichzeitiger intellektueller Beeinträchtigung häufig gesehen werden (z.B. stereotypier, repetitiver Gebrauch von Objekten, exzessives Beriechen oder Berühren von Objekten, Echolalie), während in der ICD-11 auch Symptome aufgelistet werden, die bei autistischen Menschen ohne geistige Behinderung häufig beobachtet werden (First et al. 2021). Während DSM-5 wieder mindestens zwei Symptome aus einer Liste von sieben Beispielen für eine Diagnose verlangt, stellt die ICD-11 eine Liste von sieben Auffälligkeiten nur als Beispiele vor.

Stärker hervorgehoben wird in der ICD-11 nun auch die Rolle der Kompensation. So wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Symptome verschleiert sein können, wenn die sozialen Anforderungen nicht hoch sind und erst später in der Entwicklung zum Vorschein kommen können, wenn die sozialen Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten (Tebartz van Elst u. Ebert 2024). Die Kategorie der sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung wird auch im ICD-11 unter dem Titel der „Pragmatischen Sprachentwicklungsstörung; (pragmatic) communication disorder“ aufgegriffen (Brehm et al. 2024). Hier wird sie konzeptuell nicht mehr den ASS zugeordnet, sondern als Unterkategorie der Sprachentwicklungsstörungen

geführt. Außerdem wird sie deutlich unschärfer operationalisiert, weshalb hier die entsprechenden Kriterien nach DSM-5 präsentiert wurden (s. Tab. 4). Erstmals benennt die ICD-11 allerdings (wie bereits Kanner und Asperger) sprachpragmatische Symptome differenziert und detailliert als Symptome von ASS.

Die Besonderheiten des Intelligenzniveaus sowie der Entwicklung der Sprache werden klarer als eigene – kodierbare – Dimensionen beschrieben, wodurch alltagsrelevante Aspekte des Funktionsniveaus berücksichtigt werden. Auch werden Abgrenzungen zu anderen Entwicklungsstörungen, aber auch zu anderen psychiatrischen Störungen differenzierter behandelt. Schließlich wird auch das Thema des Autismus als Normvariante („broader autism phenotype“) thematisiert und Besonderheiten wie die autistischen Stressreaktionen beschrieben. Zu guter Letzt werden auch Phänomene wie die autistische Regression (d. h. dem plötzlichen Auftreten autistischer Besonderheiten vor dem Hintergrund einer bis dato unauffälligen Entwicklung), der Zusammenhang von Autismus und Epilepsie und andere denkbare Kausalursachen thematisiert, was einen Fortschritt zur ICD-10 und DSM-5 darstellt.

1.6 Bewertung der Entwicklungen im DSM-5 und ICD-11

Die Weiterentwicklung des Begriffs der *neuronalen Entwicklungsstörungen* auf den Bereich von ADHS, Störungen der Lern-, Sprech- und Sprachentwicklung sowie motorischen Störungen erscheint sinnvoll und plausibel, nicht zuletzt weil diese Störungen das Charakteristikum des frühen Beginns einer qualitativ auffälligen Entwicklung gemeinsam haben und es zahlreiche Überlappungen und Grenzfälle gibt (Tebartz van Elst et al. 2023, Tebartz van Elst 2024). Ferner ist zu begrüßen, dass auch Doppeldiagnosen von ASS und ADHS möglich geworden sind, da dies der klinischen Erfahrung entspricht und Behandlungsversuche erleichtert. Auch die Vereinheitlichung der bislang kategorial gefassten autistischen Störungen zum dimensional gefassten Konzept eines „Autismus-Spektrums“ ist sinnvoll, da die bisherigen Subkategorien in der Tat fließend ineinander übergehen, prognostisch weitgehend bedeutungslos sind und auch therapeutisch weniger Bedeutung haben als z. B. die intellektuelle Leistungsfähigkeit oder der Gebrauch funktioneller Sprache (Cederlund et al. 2008; Howlin et al. 2004). Die Unterscheidung von sekundären Varianten von ASS (z. B. im Rahmen eines fragilen-X-Syndroms) und „primären“ ASS-Varianten (Aitken 2010; Tebartz van Elst et al. 2018, 2022) fand dagegen noch keinen Eingang in das DSM-5, während in der ICD-11 die sekundären autistischen Syndrome klarer abgegrenzt werden (Tebartz van Elst u. Runge 2024). Die in der Literatur verbreitete (dimensionale) Unterscheidung von niederfunktionalen (mit Störung der funktionellen/funktionaler Sprache und mit beeinträchtigter Intelligenz) und hochfunktionalen Formen wurde zumindest in der ICD-11 Klassifikation aufgegriffen. Eine Operationalisierung des Schweregrads des Funktionsniveaus findet sich dagegen nur im DSM-5.

Unabhängig von ihrer Klassifikation bleibt abschließend darauf hinzuweisen, dass momentan in Deutschland vor allem daran gearbeitet werden muss, dass auch leichtere Varianten des Autismus überhaupt erkannt und in ihrer Bedeutung für sich daraus entwickelnde sekundäre psychiatrische Störungsbilder richtig eingeordnet werden (Tebartz van Elst et al. 2013; Riedel und Clausen 2024; Tebartz van Elst 2018, 2022; Tebartz van Elst et al. 2023; Tebartz van Elst u. Ebert 2024). Denn dies ist Voraussetzung für ein adäquates, akzeptanzförderndes Krankheits- bzw. Strukturverständnis durch die betroffenen Personen und ihre Angehörigen und für eine angemessene Therapie- und Lebensplanung.