



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

Christian Schanze | Tanja Sappok (Hrsg.)

# Störungen der Intelligenzentwicklung

Grundlagen der psychiatrischen Versorgung,  
Diagnostik und Therapie

Aktualisiert nach ICD-11

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

Dr. med. Christian Schanze  
christian.schanze@fobiport.de

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Tanja Sappok  
tanja.sappok@mara.de

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das vorliegende Buch ist die komplett überarbeitete und erweiterte Neuauflage von:  
Schanze, C. (Hrsg.) (2007/2014). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2007/2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © sturti/iStock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Marion Drachsel, Berlin

Projektmanagement: Ulrike Albrecht

ISBN 978-3-608-40083-0

E-Book ISBN 978-3-608-12238-1

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20654-8

Dritte, überarbeitete und erweiterte Auflage

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen National-

bibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

### **Eugenio Abela**

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)  
Klinik für Konsiliar-, Alters-, und Neuro-  
psychiatrie  
Königsfelderstr. 1  
5210 Windisch  
Schweiz  
eugenio.abela@pdag.ch

### **Trine Lise Bakken**

Oslo University Hospital  
National Advisory Unit on Mental Health  
in ID  
Oslo  
Norwegen  
uxtlba@ous-hf.no

### **Thomas Bergmann**

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisa-  
beth Herzberge gGmbH  
Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
(BHZ)  
Herzbergstr. 79  
10365 Berlin  
bergmann.t@t-online.de

### **Corinna Bonaccorso**

Oberärztin  
Zentrum für Menschen mit geistiger  
Behinderung, Autismus und anderen  
Entwicklungsstörungen  
Ringstr. 16  
85540 Haar  
corinna.bonaccorso@kbo.de

### **Dagmar Brosey**

Technische Hochschule Köln  
Fakultät für Angewandte Sozialwissen-  
schaften  
Gustav-Heinemann-Ufer 54  
50968 Köln  
dagmar.brose@th-koeln.de

### **Iancu Bucurenciu**

Epilepsiezentrum Kork  
Séguin-Klinik  
Landstr. 1  
77694 Kehl-Kork  
ibucurenciu@Diakonie-Kork.de

### **Daniela Calvano**

Forensisch-Therapeutische Ambulanz  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Seidelstr. 38  
13507 Berlin  
daniela.calvano@charite.de

### **Marieke Conty**

Stiftung Bethel, Bethel.regional  
Regionalleitung Bielefeld-Nord  
Herbergsweg 10  
33617 Bielefeld  
marieke.conty@bethel.de

### **Ulrich Elbing**

Steinäcker 10  
73527 Schwäbisch Gmünd  
info@dr-u-elbing.de

### **Samuel Elstner**

Praxis-Elstner  
Reichenberger Str. 3  
13055 Berlin  
Praxis-Elstner-mail@t-online.de

**Johannes Fellingner**

Institut für Sinnes- und Sprachneurologie  
Bischofstr. 11  
4021 Linz  
Österreich  
Johannes.Fellingner@bblinz.at

**Dan Georgescu**

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)  
Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuro-  
psychiatrie  
Königsfelderstr. 1  
5210 Windisch  
Schweiz  
dan.georgescu@pdag.ch

**Hauke Hermann**

Krankenhaus Mara gGmbH – Universitäts-  
klinik für Inklusive Medizin  
Medizin für Menschen mit Behinderungen  
Universitätsklinikum OWL der Universität  
Bielefeld  
Campus Bielefeld-Bethel  
Maraweg 21  
33617 Bielefeld  
hauke.hermann@mara.de

**Veronika Hermes**

Türkendelder Str. 8e  
82269 Geltendorf  
supervision@veronika-hermes.de

**Kim Hinkelmann**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Medizinische Klinik Psychosomatik  
Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30  
12203 Berlin  
kim.hinkelmann@charite.de

**Knut Hoffmann**

LWL-Universitätsklinik Bochum  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Präventivmedizin  
Alexandrinenstr. 1  
44791 Bochum  
knut.hoffmann@lwl.org

**Daniel Holzinger**

Barmherzige Brüder Konventhospital Linz  
Institut für Sinnes- und Sprachneurologie  
Zentrum für Kommunikation und Sprache  
Seilerstätte 2  
4021 Linz  
Österreich  
daniel.Holzinger@bblinz.at

**Marie Ilic**

Krankenhaus Mara gGmbH  
Universitätsklinik für Inklusive Medizin  
Maraweg 19–21  
33617 Bielefeld  
marie.ilic@mara.de

**Andrew Jahoda**

Institute of Health and Wellbeing  
Gartnavel Royal Hospital  
1055 Great Western Road  
Admin Building  
Glasgow G12 0XH  
United Kingdom  
Andrew.Jahoda@glasgow.ac.uk

**Arvid Nikolai Kildahl**

a.n.kildahl@psykologi.uio.no  
UXARVK@ous-hf.no

**Annika Kleischmann**

Universität Witten/Herdecke  
Zentrum für psychische Gesundheit und  
Psychotherapie  
Alfred-Herrhausen-Str. 44  
58455 Witten  
Annika.Kleischmann@uni-wh.de

**Stefan Koch**

Röthenbachstr. 33  
86984 Prem  
s.koch@kiba-conma.de

**Markus Kosel**

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)  
Département de Psychiatrie  
Chemin du petit Bel-Air 2  
1226 Thônex  
Schweiz  
markus.kosel@hcuge.ch

**Björn Kruse**

Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
Evangelisches Krankenhaus Königin  
Elisabeth Herzberge  
Herzbergstr. 79  
10365 Berlin  
b.kruse@keh-berlin.de

**Reinhard Markowetz**

Evereststr. 26  
81825 München  
markowetz@lmu.de

**Peter Martin**

Séguin-Klinik  
Epilepsiezentrum Kork  
Landstr. 1  
77694 Kehl-Kork  
pmartin@epilepsiezentrum.de

**Birgit Mayer**

Leiterin Agogik/Fachdienst  
Alleestr. 51C  
8462 Rheinau  
Schweiz  
birgit.mayer@sa.zh.ch

**Paula Moritz**

Johannes Kepler Universität Linz  
Forschungsinstitut für Entwicklungs-  
medizin  
Bischofstr. 11  
4020 Linz  
Österreich  
paula.moritz@jku.at  
Universität Wien  
Institut für Klinische und Gesundheits-  
psychologie  
Renngasse 6–8/Wächtergasse 1  
1010 Wien  
Österreich  
paula.moritz@univie.ac.at

**Emma Poynton-Smith**

7 Ludlow Close  
Beeston, Nottingham, NG9 3BY  
United Kingdom  
emma.poynton-smith@nhs.net

**Peggy Rösner**

Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
Evangelisches Krankenhaus Königin  
Elisabeth Herzberge  
Herzbergstr. 79  
10365 Berlin  
p.roesner@keh-berlin.de

**Philipp Sand**

Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Heilpädagogik  
Bezirkskliniken Schwaben  
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren  
Kemnater Str. 16  
87600 Kaufbeuren  
philipp.sand@bkh-kaufbeuren.de

**Tanja Sappok**

Krankenhaus Mara gGmbH  
Universitätsklinik für Inklusive Medizin  
Maraweg 21  
33617 Bielefeld  
tanja.sappok@mara.de

**Christian Schanze**

Facharzt f. Psychiatrie und Psychotherapie,  
MA Pädagogik, Psychologie, Soziologie  
Landsberger Str. 6a  
86940 Schwifting  
christian.schanze@fobiport.de

**Corina Schnitzler**

Epilepsiezentrum Kork  
Séguin-Klinik  
Landstr. 1  
77694 Kehl-Kork  
cschnitzler@Diakonie-Kork.de

**Michael Seidel**

Milser Str. 13  
33729 Bielefeld  
seidelm2@t-online.de

**Rohit Shankar**

Peninsula Medical School  
Faculty of Health  
University of Plymouth  
Devon PL4 8AA  
United Kingdom  
rohit.shankar@plymouth.ac.uk

**Martin Sobanski**

Praxis für Psychotherapie und Psycho-  
analyse  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
-psychotherapie  
Wörthstr. 14  
81667 München  
Praxis-Sobanski@gmx.de

**Carolin Steuwe**

Universitätsklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Remterweg 69–71  
33617 Bielefeld  
Carolin.Steuwe@evkb.de

**Jörg Stockmann**

Hollensiek 16  
33619 Bielefeld  
Stockmann@evk-haspe.de

**Marlene Tergeist**

Universitätsklinik für Inklusive Medizin  
Maraweg 21  
33617 Bielefeld  
marlene.tergeist@mara.de

**Samuel Tromans**

George Davies Centre  
Room 3.48  
15 Lancaster Road  
Leicester, LE1 7HA  
United Kingdom  
st386@leicester.ac.uk

**Ratnaraj Vaidya**

39 Bexley Street  
Sunderland, SR47TL  
United Kingdom  
ratnarajvaidya97@gmail.com

**Joanneke van der Nagel**

Tactus Verslavingszorg  
Keulenstraat 3  
7418 ET Deventer  
Niederlande  
j.vandernagel@tactus.nl

**Saskia van Horsen**

Tactus Verslavingszorg  
Keulenstraat 3  
7418 ET Deventer  
Niederlande  
s.vanhorsen@tactus.nl

**Leen Vereenooghe**

Baanhofstraat 35  
8400 Oostende  
Belgien  
leen.vereenoooghe@gmail.com

**Marcus Vogel**

Schopketalweg 77  
33689 Bielefeld  
marcus.vogel@mara.de

**Tatjana Voß**

Forensisch-Therapeutische Ambulanz  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Seidelstr. 38  
13507 Berlin  
tatjana.voss@charite.de

**Sebastian Walther**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Würzburg  
Margarete-Höppel-Platz 1  
97080, Würzburg  
sebastian.walther@upd.unibe.ch

**Lance Vincent Watkins**

Epilepsy Specialist Service  
Ty Penfro  
Canton  
Cardiff  
CF5 1QQ  
United Kingdom  
lance.watkins@wales.nhs.uk

**Germain Weber**

Georg Siglgasse 12/19  
1090 Wien  
Österreich  
germain.weber@univie.ac.at

**Martin Zenker**

Universitätsklinikum, Institut für Human-  
genetik  
Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg  
martin.zenker@med.ovgu.de

**Sabine Zepperitz**

Heinrich-Roller-Straße 24  
10405 Berlin  
S.Zepperitz@keh-berlin.de

## Vorwort 1

Im Januar 2021 hat der Klett-Cotta Verlag Kontakt mit mir aufgenommen und angefragt, ob ich an der Herausgabe einer 3. Auflage meines Buches »Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung« interessiert sei. Das Buch war erstmals 2007 beim Schattauer-Verlag erschienen, und dieser ist 2018 zum Imprint des Klett-Cotta Verlags geworden.

Die Anfrage klang für mich sehr verlockend. Damit würde sich am Ende meiner beruflichen Laufbahn die Chance ergeben, aktualisiertes Wissen mit meinen Erfahrungen aus drei Jahrzehnten der psychiatrischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung zusammenfließen zu lassen.

Darüber hinaus sollte 2021 die neue ICD-11 erstmals öffentlich vorgestellt werden, und es war zu überlegen, in der geplanten Neuaufgabe auf die zu erwartenden dortigen Änderungen einzugehen. Ich selbst hatte in meiner ersten Anstellung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren die Systematik der ICD-9 im Jahr 1988 kennengelernt und dann den Übergang zur ICD-10 mitbekommen. Ich kann mich gut an die Skepsis vieler, v. a. älterer Kolleginnen und Kollegen erinnern, die mit der neuen Konzeption der WHO und mit dem so sperrigen »Störungsbegriff« als Ersatz für den bisher verwendeten Begriff der »Krankheit« nicht so recht einverstanden waren. Ganz zu schweigen von der Abschaffung der so etablierten nosologischen Kategorien wie z. B. der endogenen Depression oder der Umbenennung der Oligophrenie in Intelligenzminderung. »Da warten wir doch lieber mal ab, da wird sicherlich noch einiges geändert!«, meinten viele im Kollegenkreis bei der Einführung des neuen Klassifikationssystems im Jahr 1994. In der Tat gab es später

auf nationaler Ebene noch einige Ausdifferenzierungen, aber im Grundsatz wurde nichts geändert. Nach einigen Jahren war die ICD-10 etabliert und die 9. Auflage vergessen. Nur einige Nostalgiker murrten noch, dass früher alles besser gewesen sei, und sie konnten (oder wollten) sich mit der neuen deskriptiv-phänomenologischen Ausrichtung der Diagnostik und der »Degradierung« der Ätiologie in Unterdiagnosen nicht anfreunden.

Ich habe aus dieser Zeit für mich die Lehre gezogen, dass es gut ist, sich frühzeitig intensiv mit der Gedankenwelt der überarbeiteten Klassifikationssysteme – sei es ICD oder DSM – auseinanderzusetzen und nicht einfach nur abzuwarten, bis die neue Systematik verpflichtend eingeführt wird und dann die neue Diagnostik ohne tieferes Verständnis von heute auf morgen angewendet werden muss.

Als im Juni 2021 die ICD-11 vorgestellt wurde und in den ersten fachlichen Kommentaren die fundamentalen Änderungen gegenüber der ICD-10 rezipiert wurden, wurden mir zwei Dinge klar:

1. Die Neuerungen bringen für meinen fachlichen Schwerpunkt (psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung und Autismus) äußerst interessante und wichtige Änderungen mit sich.
2. Die ICD-11 kann in einer neuen Auflage des Buches nicht einfach in einem Kapitel abgehandelt werden, sondern erfordert eine komplette Überarbeitung, ja Neufassung.

Der damit zu erwartende Umfang einer fachlich adäquaten Berücksichtigung der ICD-11

machte mir schnell deutlich, dass ich allein den zu erwartenden Arbeitsaufwand nicht würde bewältigen können. Es galt einen Co-Herausgeber zu finden. Wobei diese Frage für mich ganz einfach zu klären war. Es kam nämlich eigentlich nur eine Person in Frage: Tanja Sappok. Sie verbindet hohe wissenschaftliche Expertise und internationales Netzwerken mit profunder klinischer Erfahrung, und ich hatte sie aus anderen gemeinsamen Arbeitskreisen und Projekten als äußerst kooperativ kennengelernt. Jedoch, sie war und ist auch heute noch in unzählige fachliche Aktivitäten involviert und so war nicht sicher, ob sie sich für ein so umfangreiches Buchprojekt die Zeit nehmen würde können. Als sie jedoch nach kurzer Bedenkzeit glücklicherweise ihre Teilnahme als Co-Herausgeberin zugesagt hatte, konnte die gemeinsame Arbeit beginnen.

In regelmäßigen Videokonferenzen mit den Vertreterinnen und Vertretern des Klett-Cotta Verlags kristallisierte sich bald heraus, dass dieses Buch an den gesamten deutschsprachigen Raum adressiert sein sollte. Einerseits sollte sich dies in der Zusammensetzung der Autorenteam widerspiegeln und andererseits durch drei ausführliche Kapitel zur psychiatrischen Versorgungssituation in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland ein fachliches Fundament erhalten. Darüber hinaus sollten die Texte, wenn erforderlich bzw. möglich, dezidiert auf nationale Studien, fachliche Erfahrungen und besondere rechtliche Rahmenbedingungen dieser drei Länder Bezug nehmen.

Außerdem brauchte das Buch natürlich einen neuen Titel, da der alte Begriff der Intelligenzminderung in der ICD-11 verlassen und durch »Störungen der Intelligenzentwicklung« ersetzt wurde. Da dieser neue Terminus so weitreichende Veränderungen mit sich bringt, entschieden wir uns für den programmatischen Titel »Störungen der Intelligenzentwicklung – Grundlagen der psychia-

trischen Versorgung, Diagnostik und Therapie«.

Der nächste Schritt war die Zusammenstellung der Autorenteam. Wir wollten hier internationale und Fachkompetenz aus den drei deutschsprachigen Ländern zusammenführen. Dabei erwies sich die hervorragende fachliche Vernetzung von Tanja Sappok als überaus hilfreich, und so konnten für die Neufassung des Buches schnell geeignete Teams zusammengestellt werden.

Wir haben in der Zusammensetzung dieser Teams auch darauf geachtet, junge engagierte Mitarbeitende aus verschiedenen psychiatrischen Versorgungsbereichen und Einrichtungen der Behindertenhilfe und aus unterschiedlichen Berufsgruppen zu integrieren, um ihnen so die Chance zu geben, an der Erstellung eines länderübergreifenden Fachbuchs mitzuwirken und Erfahrungen zu sammeln.

Die über 50 Autorinnen und Autoren mussten sich in ihrer Arbeit ganz neu in die Systematik der ICD-11 einfinden, und erschwerend kam hinzu, dass in der Erstellungszeit unseres Buches nur eine verkürzte und vorläufige Übersetzung der ICD-11 ins Deutsche vorlag. Das war nicht immer einfach, und wir bitten alle Leserinnen und Leser um Verständnis, falls sich in der endgültigen deutschen Version der ICD-11 noch etwas begrifflich geändert haben sollte und eventuell Begrifflichkeiten nicht genau übereinstimmen. Wir haben dabei als Herausgeberteam nach bestem Wissen und Gewissen die bereits übersetzten Termini verwendet und die noch nicht offiziell übersetzten Passagen fachlich und sprachlich korrekt eingearbeitet.

Wir Herausgeber und der Verlag sind davon überzeugt, dass trotz aller Einschränkungen die frühzeitige Berücksichtigung der ICD-11-Einteilung und -Terminologie dem Fachbereich der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Störungen der Intelligenz-

entwicklung sehr zugute kommen wird und das Buch damit zu einer wichtigen Differenzierung der psychiatrischen Arbeit beitragen kann. Die sich daraus ergebende neue fachliche Perspektive könnte unter folgendes Motto gestellt werden: »Entwicklungssensible Diagnostik und daraus entwicklungslogisch abgeleitete therapeutische Maßnahmen«.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern eine anregende Lektüre und hoffen, dass sie durch die aktualisierte Fachlichkeit und durch die neue entwicklungs-dynamische Sicht der ICD-11 viele Impulse für ihren Arbeitsalltag erhalten.

Ihr  
Christian Schanze mit Tanja Sappok

## Vorwort 2

Am 3. November 2021 erreichte mich – kurz nach dem EAMHID Kongress in Berlin – folgende E-Mail:

Liebe Tanja, ich habe aber noch eine wichtige Frage an dich, die mir schon eine ganze Zeit lang durch den Kopf geht. Du warst während des Kongresses so beschäftigt, dass ich dich nicht damit belästigen wollte. Es geht um »mein« Buch bei Schattauer bzw. jetzt bei Klett-Cotta. Es ist für 2022 eine neue Ausgabe geplant, und ich möchte die einzelnen Kapitel doch nochmal genauer unter die Lupe nehmen und das Buch fit für die nächsten Jahre machen. Dazu bräuchte ich jedoch eine Ko-Herausgeberin/einen Ko-Herausgeber. Natürlich habe ich dabei sofort an dich gedacht, denn sowohl unter fachlichen, wie auch unter persönlichen, kooperativen Gesichtspunkten warst du für mich von Anfang an die erste Wahl ... Da meine berufliche Laufbahn ganz kurz vor ihrem Ende steht, heißt es für mich mein Buch-Baby auch auf die Reise in die Zukunft zu schicken, damit es, unabhängig von meiner Person, weiter seine Position als Fachbuch im Bereich der psychiatrischen Diagnostik und Therapie von Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen ausfüllen kann. Und das ist letztlich nicht nur eine fachliche Frage, sondern hat etwas mit Vertrauen zu tun! Und damit bin ich wieder bei dir! Es gibt aus meiner Sicht niemanden, dem ich dieses Buch lieber überantworten würde als dir! Das klingt jetzt alles etwas pathetisch, aber wenn es um etwas geht, das mit Herzblut zu tun hat, dann ist man ganz automatisch mittendrin im Pathos!

Also: Hättest du Lust mit mir das Buch gründlich zu überarbeiten und neu herauszugeben?

Überleg dir die Sache doch bitte mal! Wenn du die Aufgabe reizvoll findest und dir dafür Zeit nehmen willst bzw. kannst, würde ich mich sehr, sehr freuen!

...

Ich bin gespannt auf deine Antwort!

Dein

Christian

Diese Einladung war für mich eine große Ehre. Christian Schanze ist aus meiner Sicht einer der Pioniere in dem Feld der Medizin für Menschen mit Behinderungen und einer der Menschen, die maßgeblich meine Entscheidung beeinflusst haben, mich diesem Fachgebiet näher zuzuwenden. Neben der fachlichen Fundiertheit und mitreißenden Vortragsweise war ich auch immer beeindruckt von seiner persönlichen Tiefe, Nachdenklichkeit und Nahbarkeit. Trotzdem musste ich in der Tat zunächst in mich gehen – wissend um die gewaltige Arbeit, die mit so einem Buchprojekt verbunden ist, insbesondere vor dem Hintergrund meiner schon damals sich abzeichnenden beruflichen Veränderung. Am Ende überwog dann aber die Dankbarkeit, von diesem Wegbereiter für unser Fach eingeladen worden zu sein, und so habe ich es als Geschenk empfunden, dieses Opus magna gemeinsam mit Christian konzipieren und umsetzen zu können. Und so trug es sich zu, dass wir am 1. Dezember 2021 unser erstes Arbeitstreffen hatten, dem noch zahlreiche folgen sollten.

Als wir mit der Arbeit begannen, lag noch nicht einmal die Übersetzung der ICD-11-»Kurzversion« vor, und schnell wurde uns klar, dass wir in vielen Bereichen absolutes Neuland betreten und Störungsbilder darstellen müssen, die in der Form bis dato in der klinischen Praxis nicht diagnostiziert wurden, wie z.B. die Fütter- und Essstörungen oder die Katatonie als eigenständiges, von der Schizophrenie unabhängiges Krankheitsbild. Darüber hinaus war es uns ein Anliegen, konsequent die Entwicklungsperspektive mitzudenken und die jeweiligen Störungsbilder vor dem Hintergrund der neuronalen Entwicklungsstörung durchzudeklinieren. Hier haben wir unserem Autorenteam viel abverlangt, schlussendlich aber Lösungen erarbeitet, die Sie in diesem Buch lesen können!

Etwa zweieinhalb Jahre nach der oben zitierten Mail ist es vollbracht, und unser gemeinsames Buch-Baby darf nun in die Welt

hinaus! Die Arbeit daran war mir eine Freude, und ich bin nach wie vor dankbar für den intellektuellen Austausch, das gemeinsame Ringen und die vielen, vielen heiteren Begegnungen in dieser Zeit. Ein herzliches Dankeschön auch an die Lektorinnen des Klett-Cotta-Verlags, die uns auf diesem Weg stets geduldig und konstruktiv unterstützt und immer wieder »eingefangen« haben!

Und nun wünsche ich Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine spannende und hier und da vergnügliche Lektüre. Wir freuen uns über Ihr Interesse für diesen Personenkreis, der eine große Bereicherung für uns und die Welt, in der wir leben, darstellt. Und wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen – gleich welcher Art!

Ihre  
Tanja Sappok mit Christian Schanze

# Inhalt

## I. GRUNDLAGEN

<b>1</b>	<b>Psychische Gesundheit bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung</b> .....	34
	CHRISTIAN SCHANZE & TANJA SAPPOK	
1.1	Ein Paradigmenwechsel .....	34
1.2	Psychische Gesundheit .....	36
1.3	Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell .....	40
1.4	Entwicklungssensible Diagnostik – Entwicklungslogische Therapie .....	41
1.5	Fazit .....	42
<b>2</b>	<b>Grundlagen der Diagnostik</b> .....	44
	TANJA SAPPOK, MARCUS VOGEL, MARIE ILIC & MARTIN ZENKER	
2.1	Allgemeines .....	44
2.2	Leistungsdiagnostik .....	45
2.2.1	Hinweise zur Gestaltung einer Testsituation .....	45
2.2.2	Erfassung der intellektuellen Leistungsfähigkeit .....	46
2.2.3	Erfassung des adaptiven Verhaltens .....	48
2.2.4	Rückmeldung der Ergebnisse .....	51
2.3	Entwicklungsdiagnostik .....	51
2.4	Psychopathologische Diagnostik .....	53
2.4.1	Die psychopathologische Befunderhebung .....	53
2.4.2	Methodische Besonderheiten bei der Befunderhebung .....	55
2.4.3	Das AMDP-System .....	56
2.5	Genetische Diagnostik .....	61
2.5.1	Formen kausaler genetischer Veränderungen .....	62
2.5.2	Humangenetische diagnostische Verfahren .....	64
2.5.3	Identifikation und Bewertung genetischer Varianten .....	67
2.5.4	Indikation für eine humangenetische Diagnostik .....	69
2.5.5	Hinweise zur Veranlassung einer genetischen Diagnostik .....	70
2.5.6	Gesetzliche Bestimmungen .....	70
<b>3</b>	<b>Grundlagen der Therapie</b> .....	73
	CHRISTIAN SCHANZE, REINHARD MARKOWETZ, ANNIKA KLEISCHMANN, VERONIKA HERMES, TRINE LISE BAKKEN, THOMAS BERGMANN & STEFAN KOCH	
3.1	Psychopharmakotherapie <sup>6</sup> .....	73
	CHRISTIAN SCHANZE	
3.1.1	Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka .....	73
3.1.2	Psychopharmakologische Ordnungs- und Behandlungspraxis .....	75

3.1.3	Besonderheiten in der psychopharmakologischen Behandlung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung .....	79
3.1.4	Unterschiede in der Pharmakokinetik .....	87
3.1.5	Fazit .....	89
3.2	Gesprächsführung, Beratung und personenzentrierte Gesprächstherapie .....	90
	CHRISTIAN SCHANZE	
3.2.1	Einleitung .....	90
3.2.2	Multiprofessionelle Diagnostik .....	91
3.2.3	Kommunikation mit Angehörigen, gesetzlichen Betreuenden und Mitarbeitenden der Behindertenhilfe .....	92
3.2.4	Effektivierung der Kommunikation .....	92
3.2.5	Personenzentrierter Ansatz .....	97
3.2.6	Beratungsgespräch und Gesprächstherapie .....	98
3.2.7	Fazit .....	100
3.3	Psychotherapie .....	100
	ANNIKA KLEISCHMANN & VERONIKA HERMES	
3.3.1	Einleitung .....	100
3.3.2	Versorgungsstrukturen .....	102
3.3.3	Anpassung psychotherapeutischer Techniken .....	103
3.3.4	Berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen .....	107
3.3.5	Fazit .....	108
3.4	Pädagogik und Psychiatrie .....	109
	CHRISTIAN SCHANZE & REINHARD MARKOWETZ	
	Vorbemerkung .....	109
3.4.1	Psychiatrie und Pädagogik im praktischen Versorgungsalltag .....	109
3.4.2	Paradigmenwechsel durch die ICD-11? .....	111
3.4.3	Person und Ich-Entwicklung .....	115
3.4.4	Entwicklung und Diagnostik – die Norm und das Spezielle .....	117
3.4.5	Psychische Störungen und Störungen der Ich-Funktionen .....	120
3.4.6	Entwicklungspädagogisches Arbeiten .....	121
3.4.7	Pädagogisches und therapeutisches Arbeiten .....	129
3.4.8	Resonante Beziehungsarbeit und Kompetenzförderung .....	130
3.4.9	Die UN-Behindertenrechtskonvention, Recovery und Entwicklungslogik .....	132
3.4.10	Fazit .....	133
3.5	Psychische Gesundheitspflege .....	134
	TRINE LISE BAKKEN & CHRISTIAN SCHANZE	
3.5.1	Einleitung .....	134
3.5.2	Beobachtung der Symptome – Verhaltensäquivalente .....	135
3.5.3	Symptomsensitive Kommunikation .....	137
3.5.4	Teilnahme an der Einzeltherapie .....	139
3.5.5	Das vulnerable Gehirn: sensorische Dysfunktion und kognitive Überlastung .....	139
3.5.6	Emotionale Entwicklung .....	140
3.5.7	Die Perspektive der Patienten .....	141
3.5.8	Pflege von Menschen mit vielfältigen, komplexen Bedürfnissen .....	142

3.5.9	Spezifische Therapeutenfähigkeiten: Schaffung eines guten emotionalen Klimas . . .	142
3.5.10	Fazit . . . . .	143
3.6	Künstlerische Therapien . . . . .	144
	THOMAS BERGMANN	
3.6.1	Einleitung . . . . .	144
3.6.2	Kunst in Therapie und Förderung . . . . .	145
3.6.3	Kunsttherapie . . . . .	145
3.6.4	Musiktherapie . . . . .	147
3.6.5	Tanz- und Bewegungstherapie . . . . .	152
3.6.6	Dramatherapie . . . . .	154
3.6.7	Eklektische Ansätze . . . . .	155
3.6.8	Fazit . . . . .	156
3.7	Deeskalation und Wut-Management . . . . .	157
	CHRISTIAN SCHANZE & STEFAN KOCH	
3.7.1	Aggressives Verhalten . . . . .	157
3.7.2	Verlauf von aggressivem Verhalten . . . . .	158
3.7.3	Zwei therapeutische Ansätze . . . . .	159
3.7.4	Deeskalationstechniken . . . . .	160
3.7.5	Behinderungsform, emotionale Reife und Deeskalation . . . . .	164
3.7.6	Krisenmanagement . . . . .	165
3.7.7	Individuelle Krisenpläne . . . . .	166
3.7.8	Fazit . . . . .	171

## II. ICD-11-STÖRUNGSBILDER

### II.A NEURONALE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

4	Störungen der Intelligenzentwicklung (ICD-11 6A00) . . . . .	176
	TANJA SAPPOK & CHRISTIAN SCHANZE	
4.1	Die Codierung von Störungen der Intelligenzentwicklung in der ICD-11 . . . . .	176
4.2	Definition . . . . .	178
4.3	Schweregradeinteilung . . . . .	178
4.4	Prävalenz . . . . .	181
4.5	Ätiologie . . . . .	181
4.6	Diagnostik . . . . .	182
5	Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung (ICD-11 6A01) . . . . .	184
	DANIEL HOLZINGER & JOHANNES FELLINGER	
5.1	Die Codierung von Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung in der ICD-11 . . . . .	184
5.2	Entwicklungsstörungen der Lautbildung (ICD-11 6A01.0) und des Sprechflusses (ICD-11 6A01.1) . . . . .	187
5.3	Entwicklungsstörung der Sprache (ICD-11 6A01.2) . . . . .	189
5.3.1	Diagnostik von Sprachstörungen . . . . .	192
5.3.2	Unterstützende Maßnahmen . . . . .	195
5.4	Fazit . . . . .	198

<b>6</b>	<b>Autismus-Spektrum-Störungen (ICD-11 6A02)</b> .....	199
	TANJA SAPPOK, THOMAS BERGMANN & MARIEKE CONTY	
6.1	Die Codierung von Autismus-Spektrum-Störungen in der ICD-11 .....	199
6.2	Definition .....	200
6.3	Ätiologie .....	200
6.4	Diagnostik .....	201
6.5	ICD-11-Störungsbilder bei neuronalen Entwicklungsstörungen .....	203
6.5.1	Autismus-Spektrum-Störungen ohne Störungen der Intelligenzentwicklung (ICD-11 6A02.0 bzw. 6A02.2) .....	203
6.5.2	Autismus-Spektrum-Störungen mit Störungen der Intelligenzentwicklung (ICD-11 6A02.1, 6A02.3, 6A02.5) .....	214
<b>7</b>	<b>Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-11 6A05)</b> .....	222
	TANJA SAPPOK & MARTIN SOBANSKI	
7.1	Die Codierung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11 .....	222
7.2	Definition .....	222
7.3	Epidemiologie .....	223
7.4	Ätiologie .....	224
7.5	Diagnostik .....	224
7.6	Differenzialdiagnostik .....	225
7.7	Komorbiditäten .....	226
7.8	Therapie .....	227
7.8.1	Psychopharmakotherapie .....	227
7.8.2	Nicht-medikamentöse Verfahren .....	229
7.9	Prognose und Verlauf .....	230
<b>8</b>	<b>Stereotype Bewegungsstörung mit/ohne Selbstverletzung; Primäre Tics oder Ticstörungen</b> .....	231
	CHRISTIAN SCHANZE & PETER MARTIN	
8.1	Stereotype Bewegungsstörung mit/ohne Selbstverletzung (ICD-11 6A06) .....	231
	CHRISTIAN SCHANZE & PETER MARTIN	
8.1.1	Die Codierung von stereotypen Bewegungsstörungen in der ICD-11 .....	231
8.1.2	Definition .....	231
8.1.3	Epidemiologie und Verlauf .....	238
8.1.4	Ätiologie und Pathogenese .....	240
8.1.5	Diagnostik .....	242
8.1.6	Therapie .....	243
8.1.7	Fazit .....	250
8.2	Ticstörungen (ICD-11 8A05.0) .....	251
	CHRISTIAN SCHANZE	
8.2.1	Die Codierung von Ticstörungen in der ICD-11 .....	251
8.2.2	Definition .....	251
8.2.3	Prävalenz .....	252
8.2.4	Ätiologie .....	253

8.2.5	Diagnostik	255
8.2.6	Verlauf	257
8.2.7	Therapie	257
8.2.8	Fazit	261

## II.B PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

<b>9</b>	<b>Schizophrenie (ICD-11 6A20)</b>	<b>264</b>
	TRINE LISE BAKKEN, HAUKE HERMANN & ARVID NIKOLAI KILDAHL	
9.1	Die Codierung von Schizophrenie in der ICD-11	264
9.2	Definition	264
9.3	Prävalenz	266
9.4	Ätiologie	266
9.5	Diagnostik	267
9.5.1	Assessment	267
9.5.2	Identifizierung von Kernsymptomen	268
9.5.3	Diagnostisches Vorgehen	271
9.6	Differenzialdiagnostik	272
9.7	Interventionen	274
9.7.1	Pharmakotherapie	274
9.7.2	Unerwünschte Nebenwirkungen	275
9.7.3	Psychosoziale Interventionen	276
9.7.4	Psychotherapie	276
9.7.5	Familieninterventionen	277
9.7.6	Psychiatrische Gesundheitspflege	277
9.7.7	Gemeinschaftsdienste	278
9.8	Fallbeispiel und abschließende Bemerkungen	279
<b>10</b>	<b>Katatonie (ICD-11 6A4)</b>	<b>280</b>
	SEBASTIAN WALTHER	
10.1	Die Codierung der Katatonie in der ICD-11	280
10.2	Definition	281
10.3	Prävalenz	281
10.4	Ätiologie	281
10.5	Diagnostik	282
10.5.1	Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung (ICD-11 6A40)	284
10.5.2	Katatonie durch Substanzen oder Medikamente (ICD-11 6A41)	284
10.5.3	Sekundäres katatonies Syndrom (ICD-11 6E69)	284
10.5.4	Katatonie, nicht näher bezeichnet (ICD-11 6A4Z)	285
10.6	Differenzialdiagnostik	285
10.7	Katatonie bei neuronalen Entwicklungsstörungen in der ICD-11	285
10.8	Therapie	287
10.8.1	Grundprinzipien der Behandlung der Katatonie	287
10.8.2	Spezifische Behandlung bei Störungen der Intelligenzentwicklung	287

10.9	Verlauf .....	288
10.10	Fazit .....	289
<b>11</b>	<b>Affektive Störungen: bipolare und depressive Störungen</b> .....	<b>290</b>
	ANDREW JAHODA, LEEN VEREENOOGHE & PHILIPP SAND	
11.1	Bipolare oder verwandte Störungen (ICD-11 6A6) .....	290
	PHILIPP SAND	
11.1.1	Die Codierung von bipolaren oder verwandten Störungen in der ICD-11 .....	290
11.1.2	Neuerungen in der Definition bipolarer Störungen .....	290
11.1.3	Prävalenz .....	291
11.1.4	Ätiologie .....	292
11.1.5	Diagnostik .....	292
11.1.6	Therapie .....	293
11.1.7	Verlauf und Prognose .....	295
11.1.8	Fazit .....	296
11.2	Depressive Störungen (ICD-11 6A7) .....	297
	ANDREW JAHODA, LEEN VEREENOOGHE & PHILIPP SAND	
11.2.1	Die Codierung von depressiven Störungen in der ICD-11 .....	297
11.2.2	Definition .....	298
11.2.3	Prävalenz .....	298
11.2.4	Ätiologie .....	300
11.2.5	Diagnostik .....	301
11.2.6	Therapie .....	305
11.2.7	Verlauf und Prognose .....	311
11.2.8	Fazit .....	312
<b>12</b>	<b>Angst- oder furchtbezogene Störungen (ICD-11 6B0)</b> .....	<b>313</b>
	SAMUEL ELSTNER & CORINNA BONACCURSO	
12.1	Die Codierung von Angst- oder furchtbezogenen Störungen in der ICD-11 .....	313
12.2	Definition .....	314
12.3	Prävalenz .....	315
12.4	Ätiologie .....	316
12.5	Diagnostik .....	317
12.6	Therapie .....	319
12.7	ICD-11-Störungsbilder bei Angst- oder furchtbezogenen Störungen .....	321
12.7.1	Generalisierte Angststörung (ICD-11 6B00) .....	321
12.7.2	Panikstörung (ICD-11 6B01) .....	321
12.7.3	Agoraphobie (ICD-11 6B02) .....	322
12.7.4	Spezifische Phobie (ICD-11 6B03) .....	322
12.7.5	Soziale Angststörung (ICD-11 6B04) .....	323
12.7.6	Trennungsangststörung (ICD-11 6B05) .....	323
12.7.7	Selektiver Mutismus (ICD-11 6B06) .....	324

<b>13</b>	<b>Zwangsstörung oder verwandte Störungen</b> .....	326
	MICHAEL SEIDEL	
13.1	Die Codierung der Gruppe Zwangsstörung oder verwandte Störungen in der ICD-11 .....	326
13.2	Allgemeines .....	327
13.3	ICD-11-Klassifikation Zwangsstörung oder verwandte Störungen .....	327
13.3.1	Zwangsstörung (ICD-11 06B20) .....	327
13.3.2	Körperdysmorphie Störung (ICD-11 06B21) .....	334
13.3.3	Eigengeruchswahn (ICD-11 06B22) .....	335
13.3.4	Hypochondrie (ICD-11 06B23) .....	335
13.3.5	Pathologisches Horten (ICD-11 6B24) .....	337
13.3.6	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (ICD-11 6B25) .....	339
13.3.7	Sekundäre Zwangs- oder verwandte Störungen (ICD-11 6E64) .....	340
13.3.8	Substanzinduzierte Zwangs- oder verwandte Störungen .....	341
13.4	Fazit .....	341
<b>14</b>	<b>Spezifisch Stress-assoziierte Störungen (ICD-11 6B4)</b> .....	342
	ULRICH ELBING & BIRGIT MAYER	
14.1	Die Codierung von spezifisch Stress-assoziierten Störungen in der ICD-11 .....	342
14.2	Definition .....	342
14.3	Prävalenz .....	343
14.4	Ätiologie .....	344
14.5	Diagnostik .....	344
14.6	ICD-11-Störungsbilder bei spezifisch Stress-assoziierten Störungen .....	345
14.6.1	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11 6B40) .....	345
14.6.2	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11 6B41) .....	354
14.6.3	Anhaltende Trauerstörung (ICD-11 6B42) .....	356
14.6.4	Anpassungsstörung (ICD-11 6B43) .....	357
14.6.5	Reaktive Bindungsstörung (ICD-11 6B44) .....	357
14.6.6	Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (ICD-11 6B45) .....	361
<b>15</b>	<b>Dissoziative Störungen (ICD-11 6B6)</b> .....	362
	KIM HINKELMANN & SABINE ZEPPERITZ	
15.1	Die Codierung von dissoziativen Störungen in der ICD-11 .....	362
15.2	Definition .....	363
15.3	Prävalenz .....	363
15.4	Ätiologie .....	364
15.5	Diagnostik .....	365
15.6	ICD-11-Störungsbilder bei dissoziativen Störungen .....	366
15.6.1	Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen (ICD-11 6B60) .....	366
15.6.2	Dissoziative Amnesie (ICD-11 6B61) .....	369
15.6.3	Trance-Störung (ICD-11 6B62) .....	369
15.6.4	Besessenheits-Trance-Störung (ICD-11 6B63) .....	370
15.6.5	Dissoziative Identitätsstörung (ICD-11 6B64) und Partielle dissoziative Identitätsstörung (ICD-11 6B65) .....	370
15.6.6	Depersonalisations- oder Derealisationsstörung (ICD-11 6B66) .....	371

15.7	Therapie dissoziativer Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung .....	372
<b>16</b>	<b>Fütter- oder Essstörungen (ICD-11 6B8)</b> .....	<b>375</b>
	CHRISTIAN SCHANZE	
16.1	Die Codierung von Fütter- oder Essstörungen in der ICD-11 .....	375
16.2	Definition .....	376
16.3	Prävalenz .....	376
16.4	Ätiologie .....	377
16.5	Diagnostik .....	378
16.6	ICD-11-Störungsbilder bei Fütter- und Essstörungen .....	379
	16.6.1 Anorexia nervosa (ICD-11 6B80) .....	379
	16.6.2 Bulimia nervosa (ICD-11 6B81) .....	381
	16.6.3 Binge-eating-Störung (ICD-11 6B82) .....	382
	16.6.4 Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ICD-11 6B83) .....	384
	16.6.5 Pica (ICD-11 6B84) .....	387
	16.6.6 Ruminations- oder Regurgitationsstörung (ICD-11 6B85) .....	390
16.7	Zusammenfassung .....	393
<b>17</b>	<b>Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte (ICD-11 6C4 und 6C5)</b> .....	<b>394</b>
	JOANNEKE VAN DER NAGEL & SASKIA VAN HORSEN	
17.1	Die Codierung von Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte in der ICD-11 .....	394
17.2	Definition .....	395
17.3	Prävalenz .....	396
17.4	Ätiologie .....	397
17.5	Diagnostik .....	399
	17.5.1 Anzeichen .....	399
	17.5.2 Substanzkonsum besprechen .....	400
	17.5.3 Psychiatrische, psychologische und somatische Diagnostik .....	401
17.6	ICD-11-Störungsbilder bei Substanzgebrauchsstörungen oder Verhaltenssuchten .....	403
	17.6.1 Störungen durch Substanzgebrauch – Störungen durch Alkohol (ICD-11 6C40) ...	403
	17.6.2 Störungen durch Verhaltenssuchte .....	409
17.7	Therapie .....	411
	17.7.1 Entgiftung .....	411
	17.7.2 Psychotherapie .....	413
17.8	Fazit .....	414
<b>18</b>	<b>Verhaltensstörungen</b> .....	<b>415</b>
	TANJA SAPPOK, HAUKE HERMANN & CHRISTIAN SCHANZE	
18.1	Die Codierung von Verhaltensstörungen in der ICD-11 .....	415
18.2	Definition .....	417
18.3	Epidemiologie .....	418
18.4	Ätiologie .....	419
18.5	Diagnostik .....	420

18.6	Differenzialdiagnostik .....	423
18.7	Therapie .....	423
18.8	Fazit .....	426
<b>19</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale (ICD-11 6D10/6D11) .....</b>	<b>427</b>
	TANJA SAPPOK, CAROLIN STEUWE, MARLENE TERGEIST & CHRISTIAN SCHANZE	
19.1	Die Codierung von Persönlichkeitsstörungen und zugehörigen Persönlichkeitsmerkmalen in der ICD-11 .....	427
19.2	Definition .....	428
19.3	ICD-11-Klassifikation Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale .....	429
	19.3.1 Persönlichkeitsstörung (ICD-11 6D10) .....	430
	19.3.2 Zugehörige Persönlichkeitsmerkmale (ICD-11 6D11) .....	431
19.4	Ätiologie .....	434
	19.4.1 Borderline-Muster (6D11.5) .....	435
	19.4.2 Dissozialität (6D11.2) .....	435
	19.4.3 Anankasmus (6D11.4) .....	435
	19.4.4 Andere Konzepte der Persönlichkeitsstörungen .....	436
19.5	Diagnostik .....	436
	19.5.1 Selbstbeurteilungsmaße .....	437
	19.5.2 Diagnostische Interviews .....	438
	19.5.3 Diagnostik bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung .....	438
19.6	Therapie .....	440
	19.6.1 Medikamentöse Therapie .....	440
	19.6.2 Psychotherapeutische Behandlung .....	441
19.7	Fazit .....	442

## II.C SOMATISCHE KRANKHEITSBILDER

<b>20</b>	<b>Neurokognitive Störungen (ICD-11 6D7) .....</b>	<b>446</b>
	BJÖRN KRUSE & PEGGY RÖSNER	
20.1	Die Codierung von neurokognitiven Störungen in der ICD-11 .....	446
20.2	Definition .....	446
20.3	ICD-11-Störungsbilder bei neurokognitiven Störungen .....	447
	20.3.1 Delir (ICD-11 6D70) .....	447
	20.3.2 Leichte neurokognitive Störung (ICD-11 6D71) .....	448
	20.3.3 Amnestische Störung (ICD-11 6D72) .....	448
	20.3.4 Demenz (ICD-11 6D8x) .....	449
<b>21</b>	<b>Schlaf-Wach-Störungen (ICD-11 07) .....</b>	<b>460</b>
	PETER MARTIN & CORINA SCHNITZLER	
21.1	Die Codierung von Schlaf-Wach-Störungen in der ICD-11 .....	460

21.2	Definition .....	460
21.3	Epidemiologie .....	461
21.4	Ätiologie .....	461
21.5	Diagnostik .....	461
21.5.1	Erhebung der Anamnese .....	462
21.5.2	Fragebögen zur strukturierten Erfassung gestörten Schlafs .....	462
21.5.3	Körperliche und labormedizinische Untersuchungen .....	463
21.5.4	Klinische und apparative Erfassung von Schlafparametern .....	463
21.6	Komorbiditäten .....	464
21.7	ICD-11-Klassifikation der Schlaf-Wach-Störungen .....	464
21.7.1	Insomnien (ICD-11 7A0) .....	465
21.7.2	Hypersomnien (ICD-11 7A2) .....	466
21.7.3	Schlafbezogene Atmungsstörungen (ICD-11 7A4) .....	467
21.7.4	Störungen des zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-11 7A6) .....	468
21.7.5	Schlafbezogene Bewegungsstörungen (ICD-11 7A8) .....	469
21.7.6	Parasomnien (ICD-11 7B0) .....	472
21.7.7	Komorbide Störungsbilder .....	473
<b>22</b>	<b>Epilepsieassoziierte psychische Auffälligkeiten (ICD-11 6E6) .....</b>	<b>477</b>
	PETER MARTIN & IANCU BUCURENCIU	
22.1	Die Codierung von sekundären psychischen oder Verhaltenssyndromen bei Epilepsie in der ICD-11 .....	477
22.2	Definition von sekundären psychischen oder Verhaltenssyndromen .....	478
22.3	Prävalenz .....	478
22.4	Ätiologie .....	479
22.4.1	Anfallsgebundene Störungen .....	479
22.4.2	Anfallsunabhängige Störungen .....	480
22.4.3	Gehirnstrukturelle und genetische Ursachen .....	480
22.4.4	Psychosoziale Faktoren .....	481
22.5	Antiepileptika-induzierte Enzephalopathie .....	481
22.5.1	Akute Valproat-Enzephalopathie .....	481
22.5.2	Chronische Valproat-Enzephalopathie .....	483
22.6	Epilepsie und psychische Störungen .....	483
22.6.1	Psychische Störungen .....	483
22.6.2	Autismus-Spektrum-Störungen .....	484
22.6.3	Verhaltensstörungen .....	485
22.7	Medikamenteneffekte .....	487
22.7.1	Medikamenteninteraktionen .....	487
22.7.2	Nebenwirkungen von Antiepileptika .....	488
22.7.3	Nebenwirkungen von Psychopharmaka .....	489
22.8	Fallbeispiel .....	490

<b>23</b>	<b>Hörbeeinträchtigungen mit und ohne Sehbeeinträchtigung</b> .....	493
	JOHANNES FELLINGER & PAULA MORITZ	
23.1	Die Codierung der Krankheiten mit Beeinträchtigung des Hörvermögens und Sehbeeinträchtigung in der ICD-11 .....	493
23.2	Prävalenz .....	494
23.3	Multidimensionale Diagnostik .....	494
23.4	Störungen der Intelligenzentwicklung und Hörbeeinträchtigungen .....	495
	23.4.1 Definition .....	495
	23.4.2 Prävalenz .....	495
	23.4.3 Hördiagnostik und Hörgeräte .....	496
23.5	Störungen der Intelligenzentwicklung und die kombinierte Hör- und Sehbeeinträchtigung .....	497
	23.5.1 Definition .....	497
	23.5.2 Prävalenz .....	497
23.6	Störungen der Intelligenzentwicklung, Hörbeeinträchtigungen und Autismus-Spektrum-Störungen .....	498
	23.6.1 Prävalenz .....	498
	23.6.2 Differenzialdiagnostik .....	499
	23.6.3 Die zusätzliche Sehstörung .....	499
23.7	Störungen der Intelligenzentwicklung, Hörbeeinträchtigung und herausforderndes Verhalten .....	501
23.8	Störungen der Intelligenzentwicklung, kombinierte Sinnesbeeinträchtigung und herausforderndes Verhalten .....	503
	23.8.1 Prävalenz .....	503
	23.8.2 Diagnostik .....	504
23.9	Störungen der Intelligenzentwicklung, Gehörlosigkeit und psychiatrische Störungen .....	504
	23.9.1 Prävalenz .....	504
	23.9.2 Diagnostik und Behandlung .....	505
23.10	Therapie .....	506
	23.10.1 Allgemeine Aspekte von Förderung und Betreuung .....	506
	23.10.2 Förderung der sozialen Kommunikationsfähigkeit .....	507
	23.10.3 Modell der therapeutischen Lebensgemeinschaft .....	509
23.11	Universales Recht auf Kommunikation .....	510
<b>24</b>	<b>Schmerzen bei Menschen mit neuronalen Entwicklungsstörungen (ICD-11 MG30, MG31)</b> .....	512
	JÖRG STOCKMANN	
24.1	Die Codierung von Schmerzen in der ICD-11 .....	512
24.2	Hintergrund .....	513
24.3	Definition .....	514
24.4	Prävalenz .....	515
24.5	Risikofaktoren .....	516
24.6	Folgen des Übersehens von Schmerz und Schmerzursachen .....	517
24.7	Mögliche Strategien zur Unterscheidung von Schmerz und alternativen Ursachen einer Verhaltensauffälligkeit .....	518

24.7.1	Die Reflexion der eigenen Haltung .....	518
24.7.2	Intuition als wichtige Voraussetzung .....	518
24.7.3	Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz .....	519
24.7.4	Schmerzassessment im Team .....	520
24.7.5	Individuelle Vorerfahrungen mit Schmerzreaktionen der Betroffenen berücksichtigen .....	522
24.7.6	Systematische Suche nach möglichen Schmerzauslösern .....	522
24.7.7	Untersuchung in einer ruhigen Atmosphäre .....	523
24.7.8	Probatorische (diagnostische) Analgetikagabe .....	524
24.8	Ausgewählte Schmerzsyndrome .....	524
24.8.1	Chronische tumorassoziierte Schmerzen (ICD-11 MG30.1) .....	524
24.8.2	Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen (ICD-11 MG30.2) .....	525
24.8.3	Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen (ICD-11 MG30.3) .....	526
24.8.4	Chronische sekundäre viszerale Schmerzen (ICD-11 MG30.4) .....	526
24.8.5	Chronische neuropathische Schmerzen (ICD-11 MG30.5) .....	527
24.8.6	Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen (ICD-11 MG30.6) .....	529
24.9	Labor- und apparative Untersuchungen zur Schmerzdiagnostik .....	530
<b>25</b>	<b>Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung .....</b>	<b>531</b>
	SAMUEL TROMANS, RATNARAJ VAIDYA, EMMA POYNTON-SMITH, LANCE WATKINS, TANJA SAPPOK & ROHIT SHANKAR	
25.1	Einleitung .....	531
25.2	Epidemiologie sozialer Einschränkungen im Kontext von COVID-19 .....	532
25.3	Verschreibung von Psychopharmaka während der Pandemie .....	537
25.4	Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte .....	538
25.5	Internationale Effekte der Pandemie .....	541
25.5.1	Effekte auf das Sozialleben .....	541
25.5.2	Effekte auf das Alltagsleben .....	542
25.5.3	Information und Kommunikationspolitik .....	543
25.5.4	Zugang zu psychosozialen Dienstleistungen .....	544
25.5.5	Effekte auf das Bildungswesen .....	544
25.5.6	Effekte auf das Privatleben .....	545
25.5.7	Schlussfolgerung .....	546
25.6	Fazit .....	546

### III. SOZIALPOLITISCHE ASPEKTE

<b>26</b>	<b>Psychiatrische Versorgung in Deutschland .....</b>	<b>550</b>
	CHRISTIAN SCHANZE & TANJA SAPPOK	
26.1	Länderhintergrund .....	550
26.1.1	Demografische Daten und kulturelle Wahrnehmung .....	550

26.1.2	Prävalenz, Identifizierung und frühe Interventionen .....	552
26.1.3	Status der sozialen Eingliederung .....	554
26.2	Psychosoziale Belastungen und aktuelle Versorgungsangebote .....	559
26.2.1	Kinder und Heranwachsende .....	560
26.2.2	Erwachsene .....	560
26.2.3	Herausforderungen in der personenzentrierten Pflege .....	562
26.3	Prioritäten setzen .....	562
26.3.1	Medizinische Ausbildung .....	562
26.3.2	Klinische Postgraduiertenausbildung und interdisziplinäre Ausbildung .....	563
26.3.3	Forschung und Ausbildungsmöglichkeiten in der Forschung .....	563
26.3.4	Möglichkeiten zum Handeln .....	564
26.3.5	Kooperationen und Partnerschaften .....	565
26.4	Fazit .....	566
<b>27</b>	<b>Psychiatrische Versorgung in Österreich</b> .....	<b>568</b>
	JOHANNES FELLINGER, PAULA MORITZ & GERMAIN WEBER	
27.1	Länderhintergrund .....	568
27.1.1	Demografische Daten und kulturelle Wahrnehmung .....	568
27.1.2	Identifikation und frühe Intervention .....	570
27.1.3	Zugang zu Schule, Ausbildung und Arbeit .....	571
27.2	Psychosoziale Belastungen und aktuelle Versorgungsangebote .....	571
27.2.1	Kinder und Jugendliche .....	574
27.2.2	Erwachsene .....	574
27.2.3	Herausforderungen bei der Umsetzung personenzentrierter Versorgung .....	576
27.2.4	Möglichkeiten zum Handeln .....	577
27.3	Prioritäten setzen .....	579
27.4	Fazit .....	580
<b>28</b>	<b>Psychiatrische Versorgung in der Schweiz</b> .....	<b>582</b>
	DAN GEORGESCU, EUGENIO ABELA & MARKUS KOSEL	
28.1	Länderhintergrund .....	582
28.1.1	Demografische Daten und kulturelle Wahrnehmung .....	582
28.1.2	Prävalenz, Identifizierung und frühzeitige Interventionen .....	585
28.2	Psychosoziale Belastungen und aktuelle Versorgungsangebote .....	587
28.2.1	Kinder und Heranwachsende .....	587
28.2.2	Erwachsene .....	588
28.2.3	Herausforderungen in der personenzentrierten Pflege .....	589
28.2.4	Möglichkeiten zum Handeln .....	589
28.3	Prioritäten setzen .....	591
28.3.1	Medizinische Ausbildung .....	591
28.3.2	Klinische Postgraduiertenausbildung und interdisziplinäre Ausbildung .....	591
28.3.3	Forschung und Ausbildungsmöglichkeiten in der Forschung .....	592
28.3.4	Kooperationen und Partnerschaften .....	593
28.4	Fazit .....	594

<b>29</b>	<b>Rechtliche Aspekte</b> .....	596
	DAGMAR BROSEY & KNUT HOFFMANN	
29.1	Einleitung .....	596
29.2	Grundlegendes zum rechtlichen Handeln und Entscheiden .....	596
	29.2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention .....	596
	29.2.2 Die Bedeutung des Grundgesetzes .....	597
29.3	Rechtsrahmen einer ärztlichen Behandlung .....	597
	29.3.1 Ärztliche Aufklärung .....	597
	29.3.2 Einwilligungsfähigkeit .....	598
29.4	Vertretungsbedarf und Vorsorgemöglichkeiten .....	599
	29.4.1 Patientenverfügung .....	599
	29.4.2 Vorsorgevollmacht .....	600
29.5	Betreuungsrecht .....	600
	29.5.1 Das neue Betreuungsrecht 2023 .....	601
	29.5.2 Bevor es zu einer rechtlichen Betreuung kommt .....	601
	29.5.3 Betreuerbestellung durch das Betreuungsgericht .....	602
	29.5.4 Rechte von betreuten Menschen und Pflichten der Betreuenden .....	602
	29.5.5 Aufsicht und Handeln bei Gefährdung der Betreuten .....	603
29.6	Aufgaben im Zusammenhang mit Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen .....	604
	29.6.1 Entscheidungszuständigkeit der Betroffenen .....	604
	29.6.2 Entscheidungsberechtigte Vertretung .....	605
	29.6.3 Kriterien für eine Entscheidung von Betreuenden .....	605
	29.6.4 Die gerichtliche Genehmigung .....	606
	29.6.5 Verantwortung von Betreuenden .....	606
29.7	Zwangsbehandlung und rechtliche Betreuung .....	607
29.8	Hilfe und Fremdgefährdungen und die Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze der Länder ....	607
29.9	Handeln im medizinischen Notfall .....	610
<b>30</b>	<b>Straffällige Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung</b> .....	611
	DANIELA CALVANO & TATJANA VOSS	
30.1	Einleitung .....	611
30.2	Soziomoralische Entwicklung .....	613
30.3	Strafrechtliche Aspekte bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung .....	615
	30.3.1 Beurteilung der Schuldfähigkeit .....	615
	30.3.2 Beurteilung der Legalprognose .....	617
30.4	Diagnostik und Therapie einzelner Störungsbilder .....	618
	30.4.1 Störungen der Intelligenzentwicklung und Sexualstraftaten .....	618
	30.4.2 Störungen der Intelligenzentwicklung und paraphile Störungen .....	621
	30.4.3 Störungen der Intelligenzentwicklung und herausforderndes Verhalten .....	624
	30.4.4 Störungen der Intelligenzentwicklung und Brandstiftung .....	624
	30.4.5 Fallbeispiel .....	626

<b>31</b>	<b>Die NS-Verbrechen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung unter maßgeblicher ärztlicher Mitverantwortung</b> .....	<b>628</b>
	MICHAEL SEIDEL	
31.1	Einleitung .....	628
31.2	Historischer Hintergrund .....	629
31.3	Die Zwangssterilisationen auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933 .....	630
31.4	Die Massenmordaktionen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung .....	632
31.4.1	Die Kinder-»Euthanasie« in den Kinderfachabteilungen .....	632
31.4.2	Die zentral gesteuerte Aktion T4 .....	634
31.4.3	Die dezentrale Fortsetzung der Mordaktionen .....	637
31.4.4	Die Aktion 14f13 .....	639
31.4.5	Die Ermordung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderung in annektierten und besetzten Gebieten .....	639
31.5	Die Aktion T4 als Vorbereitung des Holocaust .....	641
31.6	Verbrecherische Menschenversuche an unfreiwilligen Opfern .....	642
31.7	Die Auseinandersetzungen in der Nachkriegszeit .....	644
31.8	Fazit .....	646
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	<b>647</b>

# I. Grundlagen

# 1 Psychische Gesundheit bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung

## 1.1 Ein Paradigmenwechsel

Mit der ICD-11 wird die Intelligenzmindering (ICD-10 F7) mit dem neuen Begriff der »Störungen der Intelligenzentwicklung« (SIE) erfasst. Die Ablösung von dieser bisherigen psychiatrischen Diagnose ist jedoch weit mehr als ein bloßer Austausch von Begriffen. Der Begriff SIE steht vielmehr stellvertretend für einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der medizinischen Sicht von intellektueller Beeinträchtigung. So nimmt der Begriff vor allem die gesamte entwicklungs-dynamische Ausrichtung der ICD-11 in den Fokus. Das heißt, in den neu formulierten Diagnosekriterien wird die Symptompräsentation für verschiedene Entwicklungsstufen (Kindesalter – späteres Kindes- und Jugendalter – Erwachsenenalter) unterschiedlich definiert. Damit wird dem Fakt Rechnung getragen, dass sich die intellektuelle Beeinträchtigung unter dem Einfluss des Alterns und den sich damit verändernden individuellen alltäglichen Aufgabenstellungen einerseits unterschiedlich in der Symptomatik darstellt und sich andererseits durch diese neuen Anforderungen Ressourcen entwickeln können, durch die sich für die jeweilige Person neue Möglichkeiten des Lernens und des Problemlösens erschließen.

Es wurde darüber hinaus von der multi-

professionell besetzten Arbeitsgruppe der WHO, die zur Erarbeitung des Kapitels »Störungen der Intelligenzentwicklung« von der WHO zusammengestellt wurde, deutlich gemacht, dass der Begriff der »Disorder of Intellectual Development« (DID bzw. IDD<sup>1</sup>) bzw. »Störung der Intelligenzentwicklung« (SIE) grundsätzlich dem medizinisch-diagnostischen Bereich vorbehalten ist. Der Begriff »Intellectual Disability« (ID) bzw. »Intellektuelle Beeinträchtigung« (IB)<sup>2</sup> soll hingegen das inhaltlich weiter gespannte Konzept von Behinderung umfassen (Bertelli et al. 2016). Deshalb ist in die Bezeichnung auch der ICD-typische Störungsbegriff integriert worden. Die Störungen der Intelligenzentwicklung

---

1 DID oder IDD: Ob die zukünftige Abkürzung DID die bisherige Abkürzung IDD ersetzen wird, bleibt abzuwarten. In diesem Buch wird vorzugsweise die korrekte ICD-11-Abkürzung »SIE« bzw. im Englischen »DID« verwendet.

2 Die Übersetzung von »Intellectual Disability« in »Intellektuelle Beeinträchtigung« ist begrifflich im deutschen Sprachgebrauch und in der Terminologie der Behindertenarbeit bislang nicht etabliert. In diesem Zusammenhang wird meist der Begriff »Geistige Behinderung« verwendet.

werden jedoch nicht bei den psychiatrischen Störungsbildern eingeordnet, sondern im Kapitel »Neuronale Entwicklungsstörung«. Damit werden die Störungen der Intelligenzentwicklung – gemeinsam mit Entwicklungsstörungen wie z. B. Autismus-Spektrum-Störungen oder Sprachentwicklungsstörungen – den Entwicklungsstörungen und nicht den psychischen Erkrankungen im engeren Sinne zugeordnet. Das Unterkapitel 6AO »Neuronale Entwicklungsstörungen« ist den psychischen Störungen des ICD-11-Kapitels 06 »Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen« vorangestellt und wird in der dritten Gliederungsebene durch das Kapitel 6A00 »Störungen der Intelligenzentwicklung« eingeleitet. Es führt somit in die entwicklungs-dynamische Systematik und in den in der ICD-11 vollzogenen Paradigmenwechsel der diagnostischen Zuordnung ein.

Außerdem erweitert die ICD-11 das Begriffsverständnis über die Beeinträchtigungen der **intellektuellen Fähigkeiten** hinausgehend auf die **adaptiven Möglichkeiten** der jeweiligen Person. Das adaptive Verhalten umfasst Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen:

- konzeptuell (Argumentation, Planung, Organisation, Lesen, Schreiben, Gedächtnis, symbolische/interne Repräsentation, Kommunikationsfähigkeiten)
- sozial (zwischenmenschliche Kompetenz wie z. B. Beziehungen, soziales Urteilsvermögen, Emotionsregulation, Resilienz gegenüber Viktimisierung)
- praktische Fertigkeiten (Selbstversorgung, Erholung, Beschäftigung, Hausarbeit, Gesundheit und Sicherheit, Transport)

Die Schweregradeinteilung der Störungen der Intelligenzentwicklung basiert damit nicht mehr allein auf dem Ergebnis eines IQ-Tests, sondern wird erweitert durch die für

das Alltagsleben sowie das berufliche und soziale Leben relevanten adaptiven Fähigkeiten. Dieser Schritt wurde im DSM-5 bereits in noch deutlicherer Weise vollzogen. Die WHO weist in ihrem gegenwärtig nur in Englisch vorliegenden Kriterientext einerseits auf die eventuell schwierig durchzuführende IQ-Testung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung hin und gibt andererseits für den Fall, dass ein Test mit standardisierten Instrumenten nicht vorliegt oder nicht möglich ist, für die klinische Diagnostik verschiedene Kriterien-Tabellen an die Hand. Diese Tabellen umfassen die beobachtbaren Symptompräsentationen für die intellektuellen und adaptiven Fähigkeiten in den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kindesalter – späteres Kindes- und Jugendalter – Erwachsenenalter).<sup>3</sup>

Die Diagnostik wird nicht nur, wie bisher, ätiologisch ausgerichtet, sondern erfolgt entwicklungs-sensibel. Aus diesem Ergebnis lassen sich entsprechend entwicklungslogisch therapeutische Maßnahmen ableiten.

#### MERKE

- Die Störungen der Intelligenzentwicklung (SIE) sind in der ICD-11 den psychischen Erkrankungen im Kapitel der neuronalen Entwicklungsstörungen vorangestellt.
- Die Störungen der Intelligenzentwicklung werden durch Beeinträchtigungen bzw. Ressourcen der intellektuellen und adaptiven Fähigkeiten definiert.
- Die Schweregradeinteilung ist entwicklungs-basiert entsprechend den für das jeweilige Entwicklungsalter intellektuellen bzw. adaptiven Fähigkeiten.

<sup>3</sup> Für die bessere Handhabung dieser Tabellen entwickeln die Herausgeber aktuell eine Checkliste für den klinischen Alltag (Check-SIE).

## 1.2 Psychische Gesundheit

Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung leiden sowohl unter häufigen Komorbiditäten als auch unter Multimorbidität. Wie eine große repräsentative schottische Studie von Cooper et al. (2015) zu Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Serviceangebote zeigte, hatten nur 32 % der Personen mit Störungen der Intelligenzentwicklung *keine* zusätzlichen Erkrankungen, während der Prozentsatz bei neurotypischen Personen bei 52 % lag. Typisch für die Gruppe der Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung war außerdem, dass sie häufiger und viel früher in ihrem Leben mehrere komorbide Erkrankungen hatten. Des Weiteren unterscheidet sich das Profil der häufigsten Erkrankungen deutlich von dem der Allgemeinbevölkerung (Cooper et al. 2015). Bei den körperlichen Krankheiten handelt es sich vor allem um Epilepsien (Prävalenz 18,8 % im Vergleich zu 0,8 %) und Obstipationen (Prävalenz 14 % im Vergleich zu 2,5 %). Aber auch andere Erkrankungen wie Sehbehinderung, Hörverlust, Ekzeme, Dyspepsie und Schilddrüsenerkrankungen waren vergleichsweise häufiger festzustellen (Cooper et al. 2015).

Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung waren mit einer Prävalenz von 15,8 % (im Vergleich zu 10,1 %) signifikant häufiger psychisch krank (Cooper et al. 2015). In dieser Studie wurden nur die klassischen psychischen Störungsbilder berücksichtigt (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen, Angststörungen bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Demenzen, Essstörungen und Suchterkrankungen).

Eine Metaanalyse von Mazza et al. (2020) zu psychischen bzw. schweren Verhaltensstörungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung zeigte eine gepoolte Prävalenz von 33,6 %; die Autorinnen und Autoren wiesen dabei auf die hohe Heterogeni-

tät der Ergebnisse hin. Munir (2016) gibt bei den bisherigen Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen zu bedenken, dass bislang keine größeren Studien auf der Basis der aktuellen Diagnosesysteme wie dem DSM-5 und der ICD-11 (vorläufiger Entwurf) vorliegen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die in den aktuellen Diagnosemanualen phänomenologisch definierten psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung oft nur schwer von entwicklungs- oder umfeldbedingten Verhaltensstörungen abgrenzen lassen (Hermann et al. 2022).

Da in den beiden neuen Klassifikationssystemen mehr Störungsbilder aufgenommen wurden, die typischerweise bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung auftreten, könnte dies bei zukünftigen Prävalenzstudien zu erhöhten Prozentsätzen psychischer Störungen bei dieser Personengruppe führen. So können jetzt z. B. stereotype Verhaltensweisen in unterschiedlichen Schweregraden (siehe Kap. 8 Stereotype Bewegungsstörung mit/ohne Selbstverletzung; Primäre Tics oder Ticstörungen) oder auch Essstörungen (siehe Kap. 16 Fütter- und Essstörungen) systematisch abgebildet werden.

In der ICD-11 wird darauf hingewiesen, dass psychische Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung mindestens genauso oft, wenn nicht sogar häufiger auftreten können. Die früher in der ICD-10 getroffene Aussage eines um den Faktor 3 bis 4 gesteigerten Auftretens wird fallen gelassen. Dies ist begrüßenswert, da sich die Prävalenzen der verschiedenen psychischen Störungen bei Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne eine Störung der Intelligenzentwicklung unterscheiden können, aber diese Differenz nicht mit einem generellen Häufigkeitsfaktor beschrieben werden kann.

Die Tendenz zum häufigeren Auftreten

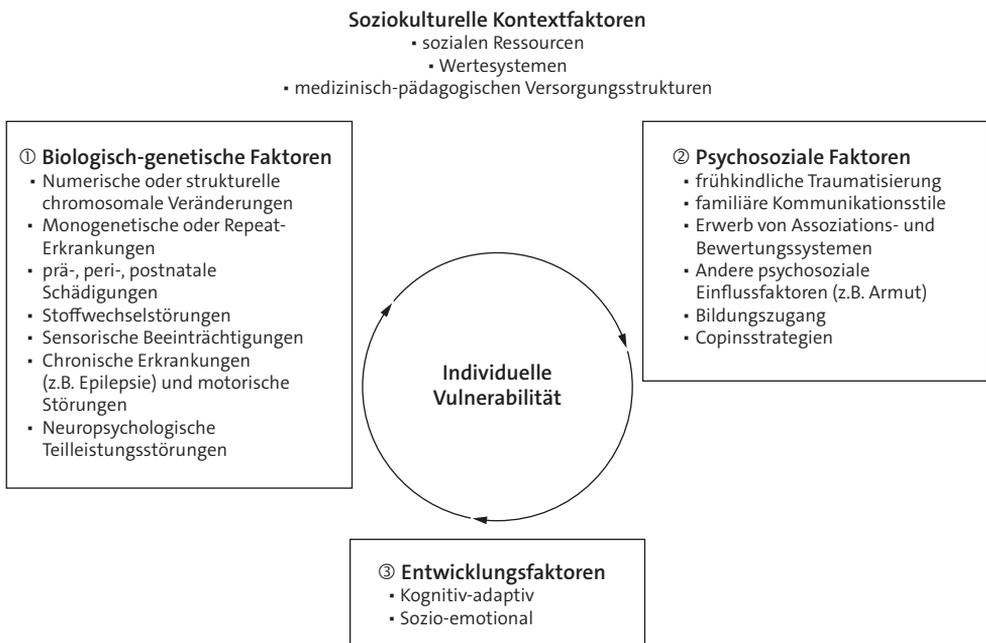
psychischer Störungen kann gut mit dem **Vulnerabilitätskonzept** (Erweiterung des Diathese-Stress-Modells von Sternbach [1966]) erklärt werden. Aus Abbildung 1-1 wird diesbezüglich das komplexe »Ineinander-Wirken« von biologisch-genetischen, psychosozialen und entwicklungsbezogenen Aspekten ersichtlich. Die sich daraus entwickelnde psychische Verletzbarkeit (prämorbid Vulnerabilität) findet im Zusammenspiel dieser Faktoren nicht nur ihre Erklärung, sondern sie weist umgekehrt auch den Weg für eine diagnostischen Zuordnung:

- auffälliges Verhalten bzw. Verhaltensstörung bei einem niedrigen emotionalen Entwicklungsstand
- psychische Störungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand bzw. dem entsprechenden emotionalen Referenzalter

Einige psychische Störungen setzen ein bestimmtes Maß an Differenziertheit der Per-

sönlichkeitsentwicklung voraus (z. B. Emotionserkennung, Empathiefähigkeit, Theory of Mind bei sozialer Phobie oder Persönlichkeitsstörungen), während andere Krankheitsbilder bei früherem Entwicklungsalter häufiger vorkommen (z. B. Fütterstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen oder stereotype Bewegungsstörungen). Wieder andere psychische Erkrankungen sind unabhängig vom Entwicklungsalter über die gesamte Lebensspanne beobachtbar, beispielsweise affektive Störungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen.

Neben den Abgrenzungsschwierigkeiten zu Verhaltensstörungen können sich bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung psychische Störungsbilder andersartig zeigen als in den definierenden Kriterien von ICD-11 oder DSM-5. Insbesondere bei Personen ohne Verbalsprache fehlen sämtliche Informationen zum eigenen Erleben bzw. zur Gedankenwelt, wie sie z. B. für die Beschreibung von Halluzinationen



**Abb. 1-1:** Vulnerabilitätskonzept (modifiziert nach Schanze 2014, S. 28)