Autismus-Diagnostik bei Erwachsenen

Herausforderungen und Empfehlungen

Charlotte Küpper, Heiko Bartels & Isabel Dziobek

Zusammenfassung: Die Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung wird angesichts wachsender Nachfrage und struktureller Versorgungsdefizite zu einer zunehmenden Belastungsprobe für die klinische Praxis – auch, weil insbesondere leichtere autismustypische Verhaltens- und Erlebensweisen teils übersehen, teils vorschnell als ASS eingeordnet werden. Der Artikel fasst aktuelle leitlinienbasierte diagnostische Standards zusammen und beleuchtet zentrale Herausforderungen bei der Diagnosestellung, etwa die retrospektive Symptomerhebung, Komorbiditäten, Differenzialdiagnosen sowie Camouflaging. Im Zentrum steht die Darstellung eines gestuften diagnostischen Prozesses, der sowohl Screeningverfahren als auch umfassende standardisierte Interview- und Beobachtungsverfahren integriert. Ziel des Beitrags ist es, evidenzbasierte Orientierung zu bieten und niedergelassene Psychotherapeut*innen zu einer qualifizierten Durchführung der ASS-Diagnostik im Erwachsenenalter zu ermutigen.

Einleitung

Noch nie haben sich so viele Menschen gefragt: „Bin ich vielleicht autistisch?“ Autismus ist im gesellschaftlichen Diskurs präsenter denn je – in Medien, sozialen Netzwerken und Fachdebatten. Diese neue Sichtbarkeit spiegelt sich auch in einer grundlegenden Veränderung des Autismusbegriffs in den letzten Jahrzehnten wider: weg vom Bild einer seltenen, schwerwiegenden Entwicklungsstörung hin zu einem Spektrum neurodivergenter Merkmale, das auch bei Personen ohne kognitive Einschränkungen und mit guten sprachlichen Fähigkeiten auftreten kann.

Die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gilt als multifaktoriell bedingt mit starker genetischer Beteiligung. Charakteristisch sind Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation, ein eingeschränktes, repetitives Verhaltensrepertoire und ein Fokus auf Spezialinteressen sowie Besonderheiten in der Wahrnehmung (*WHO, 2022*[1]). Die aktuell berichtete Prävalenz liegt bei etwa 1–2 %, ein Anstieg um ein mehr als Zehnfaches im Vergleich zu den 1980er-Jahren. Besonders deutlich ist dieser Anstieg bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung, insbesondere bei Frauen. Als Hauptursachen gelten eine Erweiterung der diagnostischen Kriterien, ein gesteigertes Bewusstsein für die Vielfalt autistischer Ausprägungen sowie eine verbesserte öffentliche Aufklärung (Russell et al., 2022).

Mit der wachsenden Sichtbarkeit steigt auch die Nachfrage nach Diagnostik: Obwohl wir einen von Fachkräften aus dem psychosozialen Bereich (z. B. Psychiater*in, Psychotherapeut*in) attestierten Autismusverdacht für den Zugang zur Diagnostik voraussetzen, erhält unsere Spezialambulanz an der Humboldt-Universität zu Berlin derzeit regelmäßig über 1.300 Diagnostik-Anfragen pro Quartal, von denen wir lediglich ca. 35–40 annehmen und vollständig durchführen können. Aktuell bestätigt sich die Autismusdiagnose in ca. 40 % der Fälle (s. a. unten im Abschnitt „Allgemein-psychopathologische Befunderhebung“). Andere spezialisierte Zentren in Deutschland berichten von jahrelangen Wartelisten oder haben diese gänzlich geschlossen. Die diagnostische Unterversorgung von Erwachsenen mit Verdacht auf Autismus, insbesondere ohne Intelligenzminderung, liegt neben der gestiegenen Nachfrage auch daran, dass ambulant tätige Behandler*innen sich oft nicht ausreichend kompetent oder geschult fühlen, um fundierte Diagnosen zu stellen, und entsprechende Anfragen häufig ablehnen (Lipinski et al., 2022).

Gleichzeitig entsteht ein Spannungsfeld: Mit der zunehmenden Popularisierung des Autismus-Konzepts treten neue Deutungsmuster auch unter Fachkräften auf. Während einige Stimmen fordern, Selbstbeschreibung als ausreichendes Kriterium zu akzeptieren („Wer autistisches Erleben berichtet, ist Autist*in“), warnen andere vor einer inflatorischen Anwendung der Diagnose („Wer so hochfunktional ist, hat keinen Autismus“) und sprechen von einer Unschärfe zwischen psychischer Störung, die behandlungsrelevant ist, und neurodivergenter Identität, die nicht notwendigerweise pathologisch oder diagnostisch relevant ist. Tatsächlich betrachten manche Fachleute die steigende Zahl an Diagnosen als Ausdruck eines Trends oder ASS als eine „Modediagnose“. Diese Skepsis von Teilen der Fachwelt hat, in Kombination mit der fehlenden Ausbildung von Behandler*innen, jedoch potenziell

1 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie die bibliografischen Angaben im vollständigen Literaturverzeichnis auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

gravierende Folgen für die Betroffenen: Vor allem Personen mit einer weniger sichtbaren, aber dennoch klinisch relevanten Form von Autismus laufen Gefahr, nicht diagnostiziert zu werden – und damit auch keinen Zugang zu notwendigen Hilfen zu erhalten.

Zudem wächst die Anzahl der Personen, die sich selbst als autistisch identifizieren. Für viele bedeutet die (Selbst-) Diagnose eine hilfreiche Erklärung für langjährige Schwierigkeiten; zugleich ermöglicht sie mitunter auch eine positive Identifikation, da die Neurodiversitätsperspektive eine ressourcenorientierte und entpathologisierende Selbstwahrnehmung ermöglicht.

ICD-11-Diagnosekriterien

- anhaltende Defizite in der Fähigkeit, **wechselseitige soziale Interaktionen und soziale Kommunikation** zu initiieren und aufrechtzuerhalten, die außerhalb des für das Alter und den intellektuellen Entwicklungsstand der Person typischen Funktionsbereichs liegen
- anhaltende eingeschränkte, sich wiederholende und unflexible **Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten**, die für das Alter und den soziokulturellen Kontext der Person eindeutig untypisch oder exzessiv sind
- Der **Beginn liegt in der Entwicklungsphase**, typischerweise in der frühen Kindheit, aber die charakteristischen Symptome können sich erst später vollständig manifestieren, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten übersteigen.
- Die Symptome sind so schwerwiegend, dass sie zu **Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen** führen.
- Manche Personen sind in der Lage, durch außergewöhnliche Anstrengungen in vielen Bereichen angemessen zu funktionieren, so dass ihre Defizite für andere möglicherweise nicht erkennbar sind.

Spezifizierungen und Diagnosecodes

	mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	mit vollständigem oder fast vollständigem Fehlen der funktionellen Sprache
ohne Störung der Intelligenzentwicklung	6A02.0	6A02.2	/
mit Störung der Intelligenzentwicklung	6A02.1	6A02.3	6A02.5

Abbildung 1: Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach ICD-11 (sinngemäß)

Zugleich unterliegt das diagnostische System einem Wandel: Die ICD-11 trägt dem Spektrumsgedanken stärker Rechnung als frühere Klassifikationen. Dabei bringt die Zirkulation des Themas in digitalen und medialen Räumen sowohl positive Effekte mit sich – etwa im Hinblick auf Aufklärung, Ermächtigung und Entstigmatisierung – als auch problematische Tendenzen, da das Thema und die Diagnose nicht immer wissenschaftlich korrekt und differenziert dargestellt werden. Während ein wachsendes Bewusstsein für neurodivergente Vielfalt zu mehr Sichtbarkeit führt, halten sich zugleich überholte Mythen. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die wiederholt geäußerte, jedoch wissenschaftlich widerlegte Behauptung eines kausalen Zusammenhangs zwischen Impfungen und Autismus (*Hviid et al., 2019*).

Der vorliegende Beitrag legt den Fokus auf die diagnostische Versorgung von Erwachsenen im Autismus-Spektrum ohne Intelligenzminderung. Ziel ist es, das Störungsbild der ASS differenziert darzustellen, den diagnostischen Prozess nachvollziehbar zu machen, zentrale Herausforderungen zu beleuchten und praxisnahe Empfehlungen zu geben. Nicht zuletzt möchten wir Psychotherapeut*innen Mut machen, sich der Diagnostik zu öffnen – und damit einen Beitrag zur besseren Versorgung einer lange übersehenen Patient*innengruppe zu leisten.

Diagnosekriterien und der Wandel der Klassifikationssysteme

In der ICD-10 (*WHO, 2019*) werden unter dem Begriff „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen" noch verschiedene autistische Subtypen unterschieden: Frühkindlicher Autismus (F84.0), Atypischer Autismus (F84.1) und das Asperger-Syndrom (F84.5). Für eine ausführliche Beschreibung der Diagnosekriterien nach ICD-10 sei an dieser Stelle auf ebendiese verwiesen. Aufgrund theoretischer und praktischer Schwierigkeiten in der klaren Abgrenzung dieser Subtypen werden in der ICD-11 (*WHO, 2022*) – analog zum DSM-5 (APA, 2013) – sämtliche Erscheinungsformen unter der **Autismus-Spektrum-Störung** zusammengefasst (s. Abb. 1 für eine Darstellung der Diagnosekriterien gemäß ICD-11).

Eine weitere strukturelle Änderung der ICD-11 ist die Zusammenführung der zuvor getrennten Kategorien „Kommunikation" und „Soziale Interaktion" zu einem gemeinsamen Symptombereich. Zudem wurden sensorische Besonderheiten (z. B. Hyper- oder Hyposensitivitäten) explizit als diagnostisches Kriterium im Bereich „Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten" integriert. Eine Subklassifikation hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten und Sprachentwicklung ist weiterhin möglich, was der hohen phänotypischen Heterogenität von ASS Rechnung trägt. Eine weitere positive Veränderung ist die Möglichkeit, nun auch AD(H)S komorbid zu diagnostizieren – was nach ICD-10 explizit ausgeschlossen war, sich in der klinischen Realität jedoch als häufige und relevante Konstellation darstellt (s. u.).

Von besonderer Relevanz für die klinische Praxis ist der veränderte Umgang mit dem Symptombeginn und kompensatorischen Mechanismen: Es wird anerkannt, dass sich Symptome zwar „typischerweise in der frühen Entwicklungsphase" zeigen, sich aber in manchen Fällen erst im späteren Verlauf voll manifestieren – etwa dann, wenn soziale Anforderungen vorhandene Kompensationsmöglichkeiten übersteigen. Das

Phänomen des sogenannten „Camouflaging" oder „Masking" – also das bewusste oder unbewusste Verbergen und Kompensieren autistischer Merkmale – findet somit in der ICD-11, wie auch im DSM-5, erstmals explizite Berücksichtigung. Während die Berücksichtigung des Camouflaging eine Diagnosestellung auch bei Personen ermöglicht, die im direkten Kontakt kaum Auffälligkeiten zeigen, birgt die bislang mangelhafte Operationalisierung des Konstrukts – das derzeit lediglich über Selbstbericht erfasst wird – das Risiko interindividueller Variabilität in der diagnostischen Bewertung entsprechender Verhaltensweisen. Hinzu kommt, dass Camouflaging kein spezifisches Merkmal von ASS darstellt: Auch ein erheblicher Anteil der Personen, bei denen in unserer Spezialambulanz keine ASS-Diagnose gestellt wird, berichtet über entsprechende Strategien der sozialen Anpassung.

Hinsichtlich der formalen Struktur unterscheidet sich die ICD-11 vom DSM-5 dadurch, dass, analog zu vielen anderen Diagnosen, keine feste Mindestanzahl an Kriterien für die Diagnosestellung mehr vorgegeben wird. Stattdessen werden mit den Bereichen Soziale Interaktion und Kommunikation sowie den eingeschränkten und repetitiven Verhaltensweisen zwei sogenannte „essential required features" benannt, die erfüllt sein müssen (s. Abb. 1), und lediglich eine Liste möglicher Beispiel-Symptome beschrieben. Die stärkere Individualisierung diagnostischer Prozesse trägt der Heterogenität von ASS Rechnung, erschwert jedoch zugleich standardisierte und nachvollziehbare diagnostische Entscheidungen. Damit steigt potenziell das Risiko falsch-positiver Diagnosen, eines weiteren Anstiegs der Prävalenzraten sowie eines erschwerten Zugangs zu spezifischen Unterstützungsmaßnahmen. In der Forschung wird dieser Wandel kritisch diskutiert (Frith, 2024), zumal der Fokus vermehrt auf Jugendliche und Erwachsene ohne sprachliche oder intellektuelle Beeinträchtigungen gerichtet wird. Hierdurch besteht die Sorge, dass Personen mit höherem Unterstützungsbedarf zunehmend aus dem Blick geraten.

Aus unserer Sicht erscheinen eine klarere Definition sowie eine ausführlichere Operationalisierung der diagnostischen Kriterien wünschenswert. Bis belastbare empirische Daten zur praktischen Anwendung der ICD-11 und zur diagnostischen Reliabilität vorliegen, wird insbesondere bei diagnostisch unklaren Fällen eine Orientierung an der strukturierteren Systematik des DSM-5 als sinnvoll erachtet, an dem ebenfalls der diagnostische Goldstandard der ASS-Diagnoseinstrumente (s. u.) orientiert ist.

Für die Abrechnung im Rahmen des Gesundheitssystems ist dabei jedoch weiterhin die Stellung von ICD-10-Diagnosen notwendig. In den meisten Fällen vergeben wir in unserer Ambulanz die Diagnose des „Asperger-Syndroms" (ICD-10: F84.5), benennen die Diagnose in Befundberichten aber als „Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom)", um den aktuellen Kriterien Rechnung zu tragen. Nur in Fällen, in denen bereits in den ersten drei Lebensjahren und danach eindeutige Entwicklungsauffälligkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation, dem symbolischen Spielverhalten und der Sprachentwicklung vorlagen und auch aktuell – zusätzlich zu den weiteren Symptom-Clustern – „qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation" bestehen (z. B. Echolalie, Unfähigkeit, einen sprachlichen Austausch zu beginnen oder aufrechtzuerhalten), sollte eine F84.0 („Frühkindlicher Autismus") kodiert werden.

Das Neurodiversitätsparadigma versteht neurologische Unterschiede – etwa bei Autismus, ADHS oder Dyslexie – nicht als Defizite, sondern als natürliche Varianten menschlicher Kognition.

Diagnostik im Spannungsfeld von Neurodiversität und Störungsbegriff

Ein zunehmend beachteter Ansatz in Wissenschaft und Praxis ist die Konzeptualisierung von Autismus im Rahmen des Neurodiversitätsparadigmas (Pellicano & Houting, 2021). Dieses versteht neurologische Unterschiede – etwa bei Autismus, ADHS oder Dyslexie – nicht als Defizite, sondern als natürliche Varianten menschlicher Kognition. Autismus wird dabei als eigenständige Form der Informationsverarbeitung mit spezifischen Stärken betrachtet, etwa erhöhter Detailfokus, Direktheit in der Kommunikation oder systematisches Denken. Einschränkungen entstehen aus dieser Perspektive primär durch Umweltfaktoren, etwa durch sensorische Überforderung in nicht barrierefrei gestalteten Räumen wie beispielsweise einem Großraumbüro mit konstantem Geräuschpegel, der für neurotypische Personen unproblematisch, für Autist*innen jedoch belastend sein kann.

Aus unserer Sicht eröffnet diese Perspektive eine bedeutsame Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Zugänge: Sie hinterfragt dichotome, pathologisierende Kategorien wie „gesund" versus „krank" und kann zur Stärkung des Selbstwertgefühls beitragen – mit potenziell präventiver Wirkung hinsichtlich der Entwicklung psychischer Erkrankungen. Diese Verschiebung bringt jedoch diagnostische Ambivalenzen mit sich: Zunehmend begegnen wir z. B. durch Social Media gut informierten Personen, die sich positiv mit einem neurodivergenten Selbstbild identifizieren, jedoch zugleich den traditionellen Störungsbegriff und die Erfassung von Beeinträchtigungen kritisch hinterfragen. Dabei kann die idealisierende Darstellung insbesondere der positiven Aspekte einer ASS-Diagnose – etwa durch Mental-Health-Influencer*innen – auch zu verzerrten Erwartungen und Fehleinschätzungen bezüglich des Diagnostikprozesses und der eigenen Symptomatik führen. Unserer Ansicht nach ist diese identitätsstiftende Funktion jedoch nicht per se problematisch – im Gegenteil: Sie kann für viele Menschen eine wichtige und entlastende Selbstverortung ermög-

lichen. Ob eine unzutreffende Identifikation – etwa in Form der Selbstzuschreibung „Ich bin Autist*in" – in Einzelfällen dazu führen kann, dass sich Menschen (unbewusst) weniger mit herausfordernden oder schwer veränderbaren Persönlichkeitsanteilen auseinandersetzen, wie es gelegentlich vermutet wird, ist unserer Kenntnis nach bislang nicht systematisch untersucht worden. Solche Einschätzungen beruhen eher auf Einzelfallbeobachtungen.

Eine grundsätzlich skeptische Haltung gegenüber Diagnosewünschen erscheint uns daher nicht angemessen und birgt die Gefahr, dass keine Diagnostik durchgeführt wird und sinnvolle Hilfen nicht eingeleitet werden können. Gleichzeitig kann auch unserer Erfahrung nach eine ausbleibende Autismus-Diagnose bei bestehender Selbstidentifikation als verunsichernd oder gar als invalidierend erlebt werden. Dies stellt auch Diagnostiker*innen vor einen anspruchsvollen Balanceakt: Einerseits ist es ethisch geboten, eine transparente Rückmeldung zu geben, wenn die Kriterien einer ASS aus klinischer Sicht nicht erfüllt sind – etwa, weil sich die geschilderten Phänomene durch andere Störungsbilder, wie ADHS, affektive oder traumabezogene Erkrankungen, besser erklären lassen, woraus sich dann auch die passenden Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten ableiten. Andererseits kann eine solche Rückmeldung für Betroffene den Verlust einer subjektiv sinnstiftenden Erklärung bedeuten. Hier ist es aus unserer Sicht wichtig, wertschätzend und konstruktiv Alternativdiagnosen zu besprechen und passende Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen (s. a. unten den Abschnitt „Aufklärung und Empfehlung").

DSM-5-Diagnosekriterien

- **anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion (1–3 müssen vorliegen)**
  1. Defizite der nonverbalen Kommunikation
  2. Defizite in der Entwicklung, dem Erhalten und Verständnis von Beziehungen
  3. Defizite der sozioemotionalen Reziprozität
- **eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (mind. 2 von 1–4 müssen vorliegen)**
  1. stereotype Bewegungen, Objektgebrauch oder Sprache
  2. Bestehen auf Gleichartigkeit, unflexibles Anhaften an Routinen oder ritualhaften (non-)verbalen Verhaltensmustern
  3. stark eingeschränkte, rigide Interessen mit abnormer Intensität oder Fokus
  4. Hyper- und Hyporeaktivität gegenüber sensorischen Reizen sowie ungewöhnliche sensorische Interessen
- Die Symptome **müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen,** manifestieren sich möglicherweise aber erst, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Möglichkeiten überschreiten und können in späteren Lebensphasen durch erlernte Strategien überdeckt werden.
- Die Symptome **verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Die Symptome **können nicht besser durch eine Störung der Intelligenzentwicklung oder eine allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt** werden.
- zusätzliche **Schweregrad Einschätzung** (1–3 je nach Unterstützungsbedarf) und **Zusatzspezifikationen** (mit/ohne intellektuelle Behinderung, mit/ohne Sprachentwicklungsverzögerung usw.) erforderlich

Abbildung 2: Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (sinngemäß)

Diagnostischer Prozess

Die Diagnostik sollte sich an den evidenzbasierten S3-Leitlinien der DGKJP und DGPPN (2016; gültig bis 2021, derzeit in Überarbeitung) sowie an internationalen Leitlinien (z. B. NICE, 2021) orientieren. Empfohlen wird ein mehrstufiges diagnostisches Vorgehen: Auf ein initiales ASS-spezifisches Screening bei klinischem Verdacht folgt bei weiterbestehendem Verdacht eine vertiefende Diagnostik im Bereich ASS und allgemeiner Psychopathologie unter Einbezug strukturierter Diagnose-Instrumente sowie eine Abschätzung des Intelligenzniveaus. Den Abschluss bilden eine umfassende Befundmitteilung sowie eine Beratung hinsichtlich weiterer Therapieempfehlungen.

Die Diagnostik kann dabei auch entlang des verhaltenstherapeutischen Störungsmodells von *Dziobek und Stoll (2024)* verstanden werden, das drei miteinander verknüpfte Bereiche berücksichtigt: die autistische Kernsymptomatik, daraus resultierende allgemeine psychopathologische Belastungen sowie das kognitive Funktionsniveau als moderierenden Faktor. Letzteres ermöglicht eine Einschätzung individueller Kompensationsleistungen – die bei hoher Intelligenz stark ausgeprägt sein und späte Erstvorstellungen im Gesundheitssystem erklären können – und ihrer Grenzen und trägt so zu einer differenzierten Bewertung von Symptomausprägung und Leidensdruck bei. Wir empfehlen aus dem Grund, ein Intelligenzscreening (beispielsweise mittels Wortschatztest (WST) oder vergleichbarer Verfahren) in die Diagnostik zu integrieren.

Auch wenn die Autor*innen dieses Artikels einen verhaltenstherapeutischen Hintergrund haben, gelten die beschriebenen diagnostischen Prinzipien unseres Erachtens für alle anerkannten Richtlinienverfahren. Die Diagnostik einer Autismus-Spektrum-Störung kann grundsätzlich erfolgen, sofern sie sich an den evidenzbasierten Empfehlungen orientiert. Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung können dabei auch spezifische methodische Zugänge der jeweiligen Therapieschule genutzt werden – etwa die Verhaltensanalyse in der Verhaltenstherapie oder die Einschätzung interaktioneller und emotionaler Muster anhand der OPD-Achsen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Screening ASS-relevanter Verhaltensweisen

Nach unserer klinischen Erfahrung empfiehlt sich als erstes Screening eine ausführliche Anamnese, die soziale Interak-

tion, Kommunikation und Verhaltensbesonderheiten ebenso erfasst wie Bildungs- und Berufsverlauf, Sozialkontakte und medizinische sowie psychotherapeutische Vorgeschichte, inklusive aller verordneten und genutzten Behandlungs- und Unterstützungsangebote. Häufig zeigen sich biografisch Schwierigkeiten in Ausbildung oder Beruf, Probleme bei der sozialen Beziehungsgestaltung sowie eine längere, oft als wenig hilfreich erlebte psychiatrische und psychotherapeutische Vorgeschichte – meist mit multiplen oder unspezifischen Diagnosen (z. B. „nicht näher bezeichnet", „atypisch", wechselnde Persönlichkeitsstörungen). Hier empfiehlt sich auch die Frage, wie und durch wen der Verdacht auf Autismus entstanden ist und ob es bereits Autismus-Diagnosen in der Verwandtschaft (z. B. bei den eigenen Eltern oder Kindern) gibt.

Ergänzend ist der Einsatz standardisierter Fragebögen empfehlenswert. Der Autismus-Spektrum-Quotient (AQ; Freitag et al., 2007), der Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK; Bölte et al., 2006) sowie die Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS; Bölte & Poustka, 2008) können Hinweise auf autistische Merkmale liefern. Zwar sind diese Instrumente nicht spezifisch gegenüber anderen sozialen Interaktionsstörungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depression) und werden daher nicht leitlinienbasiert empfohlen, sie weisen jedoch in der Regel eine gute Trennschärfe zu unauffälligen Vergleichsgruppen auf und können den klinischen Verdacht stützen. Zusätzlich haben häufig auch die Kontaktaufnahme, die Art der Bearbeitung von Fragebögen sowie das Verständnis von Fragen und Herausforderungen bei deren Beantwortung einen diagnostischen Wert und sollten als Verhaltensbeobachtung dokumentiert werden. So fällt es manchen Betroffenen schwer, standardisierte Fragebögen auszufüllen – etwa, weil Antwortoptionen als zu ungenau oder mehrdeutig erlebt werden. Im Gegensatz dazu kann sich der Wunsch nach schriftlicher Kommunikation zeigen, insbesondere über ausführliche E-Mails, die der Person mehr Zeit zur gedanklichen Strukturierung bieten und oft genutzt werden, um Symptome detailreich zu schildern. Hier zeigen sich oft bereits nach ersten Kontakten einige autismustypische Phänomene, wie etwa ein starker Fokus auf Details, die mangelnde Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen, und ein Nach-Prozessieren von sozialen Situationen – im Sinne eines Überprüfens („Habe ich alles richtig verstanden und richtig beantwortet?") oder auch als Reaktion auf den Umstand, in einer sozialen Situation mit hohem Arousal nicht alles Wichtige sprachlich ausdrücken zu können.

Liefern Anamnese, klinischer Eindruck und Fragebogenbefunde konsistente Hinweise auf eine ASS-Symptomatik, sollte eine vertiefende Diagnostik folgen.

Es wäre wünschenswert, dass ein Screening auf das Vorliegen einer möglichen Autismus-Spektrum-Störung auch stärker in der Routine-Diagnostik – sowohl im (teil-)stationären als auch ambulanten Setting – verankert würde, z. B. durch den Einsatz von Fragebögen, aber auch in der anamnestischen Exploration (s. o.). Wenn Patient*innen beispielsweise von Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion berichten, könnte gezielt auch nach dem Vorliegen von intensiven Interessen, Ritualen oder sensorischen Besonderheiten gefragt werden. Hier wäre es aus unserer Sicht hilfreich, wenn Kliniker*innen die oben genannten Besonderheiten und Hinweise auf ASS kennen und ggf. auch von sich aus einen Verdacht auf ASS äußern oder eine Diagnostik anbahnen.

Standardisierte autismusspezifische Diagnostik

Die autismusspezifische Diagnostik beruht mangels sensitiver objektiver Verfahren (*Parellada et al., 2023*) auf einer umfassenden klinischen Einschätzung. Diese sollte neben der Erfassung der autistischen Kernsymptomatik über die Lebensspanne nach ICD-/DSM-Kriterien eine direkte Verhaltensbeobachtung, die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus, eine strukturierte Fremdanamnese sowie eine ausführliche Anamnese zu psychischen und somatischen Störungen umfassen. Bei Indikation sind zusätzliche somatische oder neurologische Abklärungen vorzunehmen. Zudem wird in den Leitlinien die Durchführung der Diagnostik durch ein auf Autismus spezialisiertes Team empfohlen. Insbesondere der letztgenannte Aspekt stellt in der Praxis oft eine Herausforderung dar, welche wir weiter unten adressieren. Die abschließende diagnostische Einschätzung sollte stets als integrative „bestmögliche klinische Diagnose" erfolgen – basierend auf der Gesamtschau aller erhobenen Befunde und keinesfalls gestützt auf ein einzelnes Verfahren.

Unverzichtbar bleiben eine fundierte Fremdanamnese – idealerweise mit Kindheitsbezug – auf Basis der ICD-/DSM-Kriterien sowie eine strukturierte Verhaltensbeobachtung.

Zu den international etablierten Instrumenten der Autismus-Diagnostik zählen die ADOS-2, ein halbstrukturiertes Beobachtungsverfahren (Rühl et al., 2004), und das ADI-R, ein halbstrukturierter Fremdanamneseleitfaden (Lord et al., 1994). Beide wurden ursprünglich für Kinder entwickelt, hier gelten die Instrumente als Goldstandard. Die Leitlinien empfehlen keinen routinemäßigen Einsatz der beiden Instrumente bei Erwachsenen, da die Evidenz zur diagnostischen Validität in dieser Altersgruppe unzureichend ist. Auch aus unserer Sicht sind ADOS und ADI-R – trotz diagnostischem Nutzen – nicht zwingend erforderlich, zumal sie in Anschaffung und Anwendung aufwendig sind. In vielen spezialisierten Einrichtungen, so auch bei uns, werden ADOS und ADI-R unterstüt-

zend eingesetzt. Unverzichtbar bleiben jedoch eine fundierte Fremdanamnese – idealerweise mit Kindheitsbezug – auf Basis der ICD-/DSM-Kriterien sowie eine strukturierte Verhaltensbeobachtung.

Eine gezielte Verhaltensbeobachtung könnte beispielsweise durch die Initiierung einer niedrigschwelligen, informellen Situation erfolgen – etwa durch das Angebot, eine Tasse Tee oder Kaffee zuzubereiten. Die dabei entstehende Wartezeit bietet die Möglichkeit, ein beiläufiges Gesprächsangebot zu unterbreiten. Der*die Psychotherapeut*in könnte beispielsweise eine persönliche Anekdote erzählen und die Reaktion des*der Patient*in beobachten. Im Fokus der Beobachtung sollten dabei Aspekte der (non-)verbalen Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung stehen. Im klinischen Eindruck können Personen im Autismus-Spektrum beispielsweise durch eine eingeschränkte Modulation von Mimik und Sprachmelodie auffallen; affektive Reaktionen der Behandler*in – etwa ein Lächeln – werden häufig nicht erwidert. Der Blickkontakt ist oft reduziert oder wird ganz vermieden, wobei der Blick eher in den Raum gerichtet ist; alternativ kann er starr wirken und wenig sozial angepasst sein. Die Prosodie kann hinsichtlich Tempo, Intonation oder Tonfall auffällig sein, so könnte sich etwa eine flache, abgehackte oder ungewöhnlich schnelle Sprechweise zeigen. Die Sprache ist häufig lexikalisch anspruchsvoll oder floskelhaft, mit starker Detailorientierung. Dabei fällt es mitunter schwer, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen, sodass es nötig sein kann, Ausführungen zu begrenzen. Darüber hinaus lassen sich Merkmale der sozioemotionalen Reziprozität beobachten, etwa dahingehend, ob affektives Mitschwingen oder geteilter Affekt erkennbar sind. Auch verbale Merkmale wie inhaltliche Kohärenz, Verständlichkeit, Bezugnahme auf Vorwissen oder Tendenzen zum Monologisieren bzw. einsilbigem Antwortverhalten können aufschlussreich sein. Soziale Signale oder implizite Aufforderungen – wie ein Blick zur Uhr oder das Zusammenräumen von Unterlagen – werden teils nicht erkannt oder nicht entsprechend eingeordnet. Dies kann zu Missverständnissen in der Interaktion führen, insbesondere wenn eine hohe inhaltliche Kompetenz mit eingeschränkter affektiver Resonanz oder sehr direkter Kommunikation einhergeht. Schließlich ist auch zu beachten, wie der*die Patient*in die Beziehung zum Gegenüber gestaltet; ob beispielsweise Bezug genommen wird auf Äußerungen, Interesse am Gegenüber gezeigt wird oder auch von sich aus Gesprächsanfänge initiiert werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass manche Personen im Laufe ihres Lebens kompensatorische Strategien entwickelt haben, um Auffälligkeiten zu maskieren oder auszugleichen (s. u.).

Aus diagnostischer Sicht ist es bedeutsam, dass erste Auffälligkeiten typischerweise bereits im Alter von etwa vier bis fünf Jahren vorlagen.

Darüber hinaus können auch unstrukturierte Übergangssituationen – wie der gemeinsame Weg von der Eingangstür zum Praxisraum – als Verhaltensbeobachtung aufschlussreich sein. Hier lassen sich beispielsweise motorische Unsicherheiten, etwa ein verlangsamter oder unsicherer Gang, Schwierigkeiten in der Orientierung oder ein atypischer Umgang mit ungewohnten Situationen gut beobachten (s. a. oben im Abschnitt „Screening ASS-relevanter Verhaltensweisen"). Auch das diagnostische Setting selbst – mit neuen sozialen und sensorischen Reizen (z. B. Wartezimmer, Geräusche, PC-Lüfter) – kann als belastend erlebt werden und sich in Form von Anspannung oder direkten Rückmeldungen zeigen.

Die Erfassung der Autismus-Kernsymptomatik sollte mittels eines klinischen Interviews erfolgen, das sich an den ICD-/DSM-Kriterien orientiert und sowohl die aktuelle als auch die in Kindheit und Jugend aufgetretene Symptomatik abbildet. Die biographische Verlaufserhebung ist dabei essenziell zur Beurteilung und zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung. Hierfür stehen internationale (z. B. *Gillberg et al., 2001*; *Ritvo et al., 2008*) und nationale (z. B. *Dziobek & Stoll, 2024*; *Tebartz van Elst, 2021*) Interviewleitfäden zur Verfügung, welche eine hilfreiche Orientierung bieten.

Herausforderung: Probleme mit der Selbstbeschreibung und der fehlenden Spezifität der Symptome

Die Einschätzung der diagnostischen Kriterien anhand der Anamnese kann durch mehrere Faktoren erschwert sein. Häufig ist die Selbstbeschreibung limitiert, etwa bei reduzierter Introspektions- und Reflexionsfähigkeit. Besonders herausfordernd ist dies bei der Einschätzung der sozialen und emotionalen Reziprozität, da Betroffene hierfür ein Verständnis von „neurotypischem" Verhalten und der eigenen Abweichung davon benötigen. Viele Symptome – etwa im Bereich Sozialverhalten und Kommunikation – sind zudem unspezifisch und treten auch bei anderen Störungen auf (z. B. sozialer Rückzug und reduzierte Mimik bei Depression). Auch die Abgrenzung zur Norm ist oft schwierig, und es stellt sich die Frage, wann ein Verhalten als störungsrelevant gewertet werden kann. So erfordert es beispielsweise eine differenzierte Einschätzung, ab wann eine intensive Beschäftigung mit bestimmten Interessen als autistisches Spezialinteresse (d. h. „eindeutig exzessiv", vgl. ICD-11) gewertet werden kann und ab wann sie noch als alters- und kontextgerechtes Nachgehen eines Hobbys anzusehen ist. Zusätzlich beobachten wir in der klinischen Praxis, dass sich viele Personen verstärkt mit dem Thema Autismus auseinandersetzen – häufig beeinflusst durch Informationen aus sozialen Medien, die nicht immer wissenschaftlich fundiert sind. Dies kann zu einer starken Identifikation mit der Diagnose und den entsprechenden Symptomen führen, was

wiederum die Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung beeinflussen und den Diagnostikprozess erschweren kann („Looping"-Phänomen; Frith, 2024; Padberg, 2025).

Der Fokus auf folgende Aspekte erleichtert aus unserer Sicht den Umgang mit diesen Herausforderungen:

Erstens sollte der **Symptombeginn in der frühen Kindheit liegen**, da erst im Erwachsenenalter auftretende Schwierigkeiten schwerlich auf eine ASS hinweisen. Symptome sind daher biographiebezogen zu explorieren. Es ist dabei durchaus möglich, dass sie sich erst später deutlich zeigen, wenn z. B. durch Schulanfang oder Auszug aus dem Elternhaus Kompensationsstrategien versagen oder Unterstützung wegfällt. In solchen Fällen ist anzunehmen, dass die Symptome bereits früh bestanden, jedoch durch günstige Umweltfaktoren (z. B. familiäre Unterstützung, integrative Schulformen) vorübergehend kompensiert wurden, was dann explorierbar sein sollte.

Es sollte zweitens ein Fokus darauf gesetzt werden, dass Symptome aus **beiden Symptom-Clustern** vorliegen müssen, die **situationsübergreifend** in verschiedenen Lebensbereichen in Erscheinung treten – und nicht nur in einzelnen Interaktionen oder Settings wie beispielsweise ausschließlich in partnerschaftlichen Beziehungen oder Arbeitssettings. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass viele Kinder im Rahmen ihrer typischen Entwicklung Phasen mit autismusähnlichen Symptomen wie z. B. sich wiederholenden Spielen oder fokussierten Interessen durchlaufen. Solange es keine Anzeichen für eine Beeinträchtigung der wechselseitigen Interaktion und Kommunikation gibt, sind Verhaltensmuster, die durch Wiederholung, Routine oder eingeschränkte Interessen gekennzeichnet sind, nicht per se ein Hinweis auf eine ASS.

Darüber hinaus sollten stets **konkrete und individuelle Beispiele** erfragt werden, insbesondere wenn Symptome lediglich bejaht oder allgemein beschrieben werden. Es muss eine klinische Einschätzung durch den*die Diagnostiker*in erfolgen, ob das Geschilderte eine klinische Relevanz aufweist und im Rahmen einer ASS zu werten ist. Hier kann häufig der in der Verhaltensbeobachtung gewonnene Eindruck des*der Diagnostizierenden Hinweise für die Beurteilung erbringen, ob sich beschriebenes Erleben mit dem klinischen Eindruck deckt. Dies bietet sich insbesondere bei schwer zu erfragenden Symptombereichen wie der sozio-emotionalen Reziprozität an. Einzubeziehen ist in diesem Kontext, dass sich einige Personen effektive kompensatorische Strategien angeeignet haben, um soziale Auffälligkeiten zu überdecken oder auszugleichen (s. u.).

Nicht zuletzt sollte der Fokus auf der **funktionellen Beeinträchtigung** durch die Symptomatik liegen. Die Diagnose einer ASS setzt – im Unterschied zum bloßen Erleben einzelner autistischer Symptome – deutliche Einschränkungen voraus. Es geht also nicht nur um die Qualität, sondern auch um die Ausprägung und Alltagsrelevanz der Symptome: Wie stark beeinträchtigen sie z. B. die berufliche oder soziale Teilhabe? Die soziale Teilhabe kann durch Missverständnisse und Konflikte mit Mitmenschen aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse deutlich beeinträchtigt sein. Starke Reizempfindlichkeit kann etwa dazu führen, dass laute oder unstrukturierte Situationen wie Firmen- oder Familienfeiern gemieden werden. Viele Autist*innen sind darüber hinaus, auch bei guter Intelligenz und Sprachbegabung, durch ihre Symptome in der beruflichen Teilhabe stark eingeschränkt (*Riedel et al., 2016*). Häufig sind Personen infolge langjähriger Anpassungsleistungen in ihrer psychischen Belastbarkeit eingeschränkt und benötigen verlängerte Erholungsphasen nach alltäglichen oder sozialen Anforderungen. Dabei sollten aber auch Wechselwirkungen mit Umweltfaktoren berücksichtigt werden: Teilweise können diese Beeinträchtigungen abmildern – etwa durch Rücksichtnahme Anderer auf die Bedürfnisse der Betroffenen.

Herausforderung: früher Störungsbeginn bzw. retrospektive Erfassung

Die retrospektive Erfassung früher Symptome ist oft herausfordernd, da sich viele Betroffene kaum an die frühe Kindheit erinnern. Aus diagnostischer Sicht ist es jedoch bedeutsam, dass erste Auffälligkeiten typischerweise bereits im Alter von etwa vier bis fünf Jahren vorlagen. Hilfreich ist es, nach Erfahrungen in der (Grund-)Schule zu fragen und Schulzeugnisse zu sichten. Typische Hinweise wären Aussagen wie „Sie war sehr zurückhaltend im Kontakt" oder „Er hatte ein großes Gerechtigkeitsempfinden und meldete Regelverstöße empört". Auch eine Fremdanamnese mit Eltern oder engen Angehörigen stellt eine zentrale Informationsquelle dar. In der Praxis kann es jedoch vorkommen, dass relevante Bezugspersonen nicht (mehr) zur Verfügung stehen oder keine belastbaren Angaben machen können. Gründe hierfür können eine Bagatellisierung von Auffälligkeiten, eigene gesundheitliche Einschränkungen oder auch Wahrnehmungsbesonderheiten sein, die eine differenzierte Rückschau erschweren. In solchen Fällen ist es besonders wichtig, die Qualität und Verlässlichkeit der Angaben klinisch einzuschätzen und die diagnostische Bewertung entsprechend anzupassen. Differenzialdiagnostisch sollte zudem geprüft werden, ob Symptome durch belastende Lebensumstände (z. B. Vernachlässigung, Krankheit, Trennung) erklärbar waren. Eine ASS zeigt sich in Abgrenzung dazu überdauernd und nicht nur phasenweise.

Herausforderung: Kompensationsverhalten

Viele autistische Erwachsene ohne Intelligenzminderung entwickeln Kompensations- oder Maskierungsstrategien, was die Verhaltensbeobachtung erschwert. Bei nur geringen Auffälligkeiten in nonverbaler Kommunikation oder sozialer Reziprozität sollte gezielt nach bewussten Anpassungsmechanismen gefragt werden – etwa danach, wie soziale Situationen vorbereitet und durchgestanden werden und ob dies zu klinisch relevanten Belastungen wie Erschöpfung, psychosomatischen Beschwerden oder erhöhtem Rückzugsbedarf führt. Ein Beispiel ist eine Patientin, die angibt, gezielt zwischen die Augen ihres Gegenübers zu blicken, soziale Skripte zu verwenden und nach längeren sozialen Kontakten tagelang nicht arbeitsfähig zu sein. Zur Einschätzung kann zusätzlich der Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q; *Hull et al., 2019*; deutschsprachi-

ge Version in Validierung) herangezogen werden. Besonders bei weiblich sozialisierten Personen ist eine erhöhte diagnostische Sensibilität wichtig, da diese oft früh soziale Normen adaptieren (Hull et al., 2020). Zudem erschwert die männlich geprägte Entwicklung diagnostischer Kriterien die Erkennung weniger stereotyp ausgeprägter Autismusformen bei weiblich sozialisierten Personen (*Cruz et al., 2024*).

Herausforderung: Leitlinien empfehlen Diagnostik im Team

Die leitlinienbasierte Empfehlung zur Diagnostik im Team stellt in der niedergelassenen Praxis oft eine Herausforderung dar. Aus unserer Sicht ist eine Diagnostik im Team nicht zwingend notwendig – insbesondere dann nicht, wenn Diagnostiker*innen bereits erfahren in der Autismus-Diagnostik sind. Aufgrund der oftmals hohen diagnostischen Komplexität halten wir dieses Vorgehen aber in vielen, v. a. unklaren oder komplexeren Fällen, für sinnvoll. Zur Umsetzung empfehlen wir fallbezogene Diskussionen in Intervisionsgruppen oder Qualitätszirkeln sowie Zweitmeinungen durch kooperierende Kolleg*innen, z. B. im Rahmen einer Sprechstunde. Regelmäßige Supervision durch erfahrene Fachpersonen mit Autismus-Expertise kann die Einschätzung zusätzlich sichern. Bei weiterhin unklaren oder sehr komplexen Fällen sollte eine Überweisung an spezialisierte Einrichtungen erwogen werden. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn eine ausgeprägte oder vielfältige komorbide Symptomatik vorliegt, welche die Autismus-Symptomatik überschattet; wenn starke Diskrepanzen in Anamnese und Verhaltensbeobachtung oder widersprüchliche Informationen bestehen; oder wenn wichtige Informationen fehlen, beispielsweise in Bezug auf Kindheit/Jugend oder Fremdanamnese.

Ein Beispiel für gelungene kollegiale Vernetzung ist das „Berliner Autismusnetzwerk". In Kooperation mit den spezialisierten Autismus-Ambulanzen der Charité und des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge organisieren wir halbjährlich regionale Fallkonferenzen für Diagnostiker*innen mit ASS-Schwerpunkt aus dem Raum Berlin. Ziel ist die Qualitätssicherung und kollegialer Austausch zur Konsensbildung bei schwierigen Fällen. Wir ermutigen andere Einrichtungen bundesweit, ähnliche Strukturen zur Förderung der diagnostischen Qualität und des Fachaustauschs zu etablieren.

Allgemein-psychopathologische Befunderhebung

Die Erfassung allgemeiner Psychopathologie ist zentral, um differenzialdiagnostisch zu entscheiden, ob die beobachteten Symptome am besten durch eine ASS oder andere Entwicklungs-, Verhaltens- oder psychische Störungen erklärbar sind. Bei Erwachsenen im Autismus-Spektrum treten zudem häufig komorbide psychische und somatische Erkrankungen auf (Hossain et al., 2020; *Khachadourian et al., 2023*). Schätzungen zufolge erfüllen rund 70 % die Kriterien für mindestens eine und knapp 50 % für mindestens zwei zusätzliche psychische Störungen. Zur systematischen Erhebung komorbider und differenzialdiagnostisch relevanter Störungen empfehlen wir den Einsatz strukturierter klinischer Interviews wie beispielsweise SCID-5-CV und -PD (*Beesdo-Baum et al., 2019*). Gerade vor dem Hintergrund der hohen Komorbiditätsraten und der häufig schwierigen Abgrenzung zu Differenzialdiagnosen stellt der Einsatz standardisierter Fragebogeninstrumente und strukturierter Interviews eine wertvolle Unterstützung dar, um diagnostische Fehleinschätzungen zu vermeiden und eine präzise Einordnung der Symptomatik zu gewährleisten.

Herausforderung: Komorbidität vs. Differenzialdiagnose

Im Rahmen des diagnostischen Prozesses kommt häufig die Frage nach der differenzialdiagnostischen Abgrenzung auf. Zudem stellt sich die Frage, ob es sich bei einer Symptomatik um eine komorbide Symptomatik zusätzlich zu einer ASS oder eine differenzialdiagnostische Erklärung statt einer ASS handelt. Aktuell vergeben wir beispielsweise in ca. 40 % der Fälle, die sich in unserer Ambulanz vorstellen, eine ASS-Diagnose. Bei den anderen Personen sehen wir alternative Erklärungen für die beschriebenen Symptome und vergeben in der Regel eine (oder mehrere) andere F-Diagnose(n). Differenzialdiagnostisch sind v. a. die Störungen in Betracht zu ziehen, die ebenfalls mit Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation oder mit repetitiven/eingeschränkten Verhaltensweisen assoziiert sind. Häufige Differenzialdiagnosen zur ASS stellen (chronisch) depressive Episoden, soziale Phobien, Zwangsstörungen, AD(H)S sowie Persönlichkeitsstörungen dar (Dziobek & Stoll, 2024).

Bei der Diagnostik stellt sich die Frage, ob es sich bei einer Symptomatik um eine komorbide Symptomatik zusätzlich zu einer ASS oder eine differenzialdiagnostische Erklärung statt einer ASS handelt.

Im Rahmen der differenzialdiagnostischen Einschätzung erweist es sich als besonders hilfreich, nicht nur das beobachtbare Symptom zu berücksichtigen, sondern dessen zugrunde liegende Ursachen, Kognitionen, Funktionen und die biographischen sowie situativen Verläufe differenziert zu erfassen. Ein weiterer wichtiger Hinweis ergibt sich oftmals aus sensorischen Besonderheiten, wie etwa Über- oder Unterempfindlichkeiten gegenüber Reizen, die in der klinischen Praxis häufig als Unterscheidungsmerkmal zu anderen Störungen hilfreich sind, allerdings auch im Entwicklungsverlauf nachweisbar sein sollten. Tabellen 1 und 2 stellen exemplarische differenzialdiagnostische Überlegungen zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen ASS und häufigen Differenzialdiagnosen wie der sozialen Phobie und der AD(H)S dar.

	ASS	Soziale Phobie
Kognition/zentrale Befürchtungen	Sorge, soziale Regeln und „Skripte" nicht zu kennen; keine oder wenig Angst vor Ablehnung/peinlichem Verhalten	Angst vor peinlichem Verhalten/negativer Bewertung (Kritik, Ablehnung) steht im Vordergrund
Nonverbale Kommunikation	Wenig sozial-modulierter Blickkontakt; eingeschränkte/veränderte Mimik, Gestik, Prosodie	U. U. reduzierter/schüchterner Blickkontakt, jedoch sozial moduliert; Blickkontakt zunehmend bei nachlassender Angst/gestiegenem Vertrauen; i. d. R. keine eingeschränkte/veränderte Mimik, Gestik, Prosodie
(Vermeidungs-)Verhalten	Sozialer Rückzug häufig aufgrund von Überforderung (Reizüberflutung, fehlende soziale Kompetenzen); Stereotypien/Routinen; intensive Beschäftigung mit Spezialinteressen; Fokus auf Details	Sozialer Rückzug/Vermeidung aufgrund von Angst vor Ablehnung oder Angst, sich zu blamieren; keine Stereotypien/Routinen/Spezialinteressen; Fokus auf Details in sozialer Wahrnehmung kann vorkommen
Soziale Kognition	Schwierigkeiten in der Perspektivübernahme und Empathie; reduziertes Verständnis von sozialen Normen u. Rollen; post-event-processing eher als Form der (Reiz-)Verarbeitung und der Analyse sozialer Interaktionen	Oft gesteigerte Perspektivübernahme in Form von Grübeln (post-event-processing), ob man sich peinlich/unangemessen etc. verhalten hat
Biografischer Verlauf	Autistische Symptome seit früher Kindheit vorhanden	Oft „soziales Trauma" in Kindheit oder Jugend, z. B. Mobbing- oder Ausgrenzungserfahrung

Tabelle 1: Differentialdiagnostische Abgrenzung von ASS und Sozialer Phobie (eigene Darstellung, angelehnt an Dziobek & Stoll, 2024)

Eine zentrale Abgrenzung zur sozialen Phobie beispielsweise gelingt oft über die unterschiedlichen zugrunde liegenden Kognitionen: Während bei sozialen Ängsten die Furcht vor negativer Bewertung im Vordergrund steht, dominieren bei Menschen mit ASS Ängste vor Überforderung sowie die Sorge, soziale Reize nicht adäquat zu interpretieren oder soziale Regeln nicht zu kennen und folglich nicht angemessen reagieren zu können.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrome stellen in der diagnostischen Abgrenzung zu ASS eine häufige Herausforderung dar, da sich autistische und AD(H)S-typische Symptome wechselseitig überlappen. Für die Doppeldiagnose ist entscheidend, dass Symptome nicht zweifach berücksichtigt werden. Zum Beispiel sollte übermäßige Redseligkeit nur dann als zusätzliches Symptom für eine ASS gewertet werden, wenn es sich deutlich vom ADHS-Symptom unterscheidet – etwa wenn die Gesprächigkeit mit einem starren Festhalten an bestimmten Themen einhergeht. ADHS-Symptome können zudem das klinische Bild dominieren und ASS-Merkmale überdecken, weshalb biographische und fremdanamnestische Daten wichtige Zusatzinformationen liefern. Personen mit der Doppeldiagnose zeigen oft deutlich stärkere Beeinträchtigungen und ein erhöhtes Risiko für Komorbiditäten. In der Praxis treten häufig Mischbilder auf, deren klare diagnostische Zuordnung schwierig ist. So zeigen manche Personen substanzielle AD(H)S-Symptome ohne vollständige Erfüllung der Diagnosekriterien bei bestehender ASS, andere weisen umgekehrt autistische Züge bei vorherrschender AD(H)S auf. Es erscheint uns wichtig, auch diese subklinischen Merkmale diagnostisch zu erfassen, um sie im Behandlungsverlauf zu berücksichtigen.

Aufklärung und Empfehlung

Im Anschluss an die Diagnostik sollte eine umfassende Rückmeldung zu den Ergebnissen sowie eine Besprechung möglicher Behandlungs- und Unterstützungsangebote erfolgen. Auch in dieser Phase zeigen sich in der klinischen Praxis Herausforderungen. Kommt es, wie oben beschrieben, bei Patient*innen zu einer Enttäuschung über den Ausschluss einer ASS, kann eine sorgfältige differenzialdiagnostische Einschätzung dazu beitragen, alternative Erklärungsmodelle und passende Behandlungsansätze aufzuzeigen. Hier empfiehlt sich auch die Frage, welche Erwartungen und Hoffnungen eine Person mit einer ASS-Diagnose verbindet (z. B. „Was haben Sie sich von einer ASS-Diagnose erhofft? Was wäre dann anders?"). Patient*innen sollte ein Störungs- bzw. Erklärungsmodell vermittelt werden, aus dem mit ihnen gemeinsam erste Schritte zur Bewältigung von Schwierigkeiten abgeleitet werden können (z. B. Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen oder Impulsen). Zudem kann es hilfreich sein, bei subklinischen Ausprägungen über das dimensionale Spektrumskonzept aufzuklären und subklinische „autistische Persönlichkeitszüge" zurückzumelden und zu kodieren (z. B. ICD-10 Z73 oder in der ICD-11 QE50). Dies erleichtert Patient*innen die Kommunikation über ihre Besonderheiten und ermöglicht zukünftigen Behandler*innen, dies therapeutisch zu berücksichtigen.

In Einzelfällen kommt es zudem vor, dass die Symptomatik einer anderen phasenhaften psychischen Störung (wie beispielsweise einer schweren Depression) so ausgeprägt vorliegt, dass eine valide Diagnostik einer möglicherweise zugrundeliegenden ASS nicht möglich ist. Erst wenn diese ausreichend abgeklungen oder ausgeschlossen ist, ist eine weiterführende Abklärung auf eine mögliche ASS angezeigt. Wir empfehlen in solchen Fällen die vorrangige Behandlung

	ASS	AD(H)S
Aufmerksamkeit/Wahrnehmung	V. a. erhöhte Ablenkbarkeit durch sensorische Reize und bei (sozialen) Überforderungssituationen; reduzierte Stresstoleranz; detailorientierte Wahrnehmung	Sprunghaftigkeit im Denken und Handeln; weniger Wahrnehmung von Details
Nonverbale Kommunikation	Reduzierter sozial-modulierter Blickkontakt; eingeschränkte Mimik und Gestik	Eingeschränkte nonverbale Kommunikation möglich, jedoch weniger deutlich als bei ASS
Verhalten	Stereotypien/Bedürfnis nach Routinen; Bedürfnis nach Gleichbleibendem und Stress bei Veränderungen; intensive Beschäftigung mit Spezialinteressen (dabei auch Erstellen von Listen, Plänen etc.); Fokus auf Details und Systematisierung	Desorganisation; Bedürfnis nach Stimulation und Abwechslung („Sensation Seeking"); keine starren Routinen oder ritualisierten Verhaltensweisen (kann allerdings als Coping-Verhalten im Erwachsenenalter vorkommen); keine Spezialinteressen, allerdings Hyperfokussieren bei Interesse möglich; oft intensive, aber schnell nachlassende Interessen
Soziale Kognition	Schwierigkeiten in der Perspektivübernahme und in der kognitiven Empathie; reduziertes Verständnis von sozialen Normen u. Rollen	Weniger Beeinträchtigungen im sozialen und emotionalen Austausch; Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion eher aufgrund von Sprunghaftigkeit und Impulsivität
Biografischer Verlauf	Symptome seit früher Kindheit vorhanden	Symptome seit früher Kindheit vorhanden

Tabelle 2: Differentialdiagnostische Abgrenzung von ASS und AD(H)S (eigene Darstellung, angelehnt an Dziobek & Stoll, 2024)

der akuten Störung sowie ggf. bei starken Hinweisen auf eine ASS die vorläufige Vergabe einer Verdachtsdiagnose, welche nach Remission erneut überprüft werden sollte.

Darüber hinaus stellt der Mangel an spezialisierten therapeutischen Versorgungsangeboten für autistische Erwachsene eine erhebliche strukturelle Hürde dar. Entsprechende Therapieplätze sind rar und mit langen Wartezeiten verbunden. Aus unserer Erfahrung können in solchen Fällen Angebote der Selbsthilfe, die sowohl eine erste niederschwellige Anlaufstelle nach der Diagnosestellung als auch eine ergänzende Ressource im Behandlungsverlauf darstellen, wertvolle Unterstützung bieten. Die knapp 100 Selbsthilfegruppen in Deutschland[2] bieten häufig einen akzeptierenden, ressourcenorientierten Rahmen, in dem der Austausch mit anderen Betroffenen das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit stärken und zur Entlastung beitragen kann.

Zusammenfassung und Empfehlung

Trotz des im Vergleich zu anderen Störungsbildern höheren diagnostischen Aufwands erweist sich die umfassende und fachlich fundierte Abklärung einer ASS im Erwachsenenalter ohne Intelligenzminderung aus unserer Sicht als gut umsetzbar und wichtig.

Der stark wachsende Bedarf im Bereich der Erwachsenen ohne Intelligenzminderung bringt jedoch auch Herausforderungen mit sich. Die gestiegene Nachfrage scheint zunehmend Ressourcen zu binden – mit der Folge, dass Menschen mit stärkerer Beeinträchtigung und Intelligenzminderung teils schwerer Zugang zu spezialisierten Angeboten finden. Um eine ausgewogene Versorgung sicherzustellen, wären strukturelle Maßnahmen wie finanzielle Anreize für ambulante Diagnostik, klare Versorgungsvorgaben oder ethische Selbstverpflichtungen denkbar. Ebenso könnte gezielte Forschung zur Ressourcenverteilung helfen, den Zugang für Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf nicht zu gefährden.

Für die Betroffenen ist eine frühzeitige und präzise Diagnosestellung von erheblicher Bedeutung – sowohl zur Erklärung individueller Besonderheiten und Schwierigkeiten als auch als Grundlage für die gezielte Planung und Einleitung geeigneter Interventionen. Die Diagnostik kann dabei bei der Klientel der Erwachsenen ohne Intelligenzminderung entlastend wirken, zur Identitätsbildung beitragen und den weiteren psychotherapeutischen Behandlungsverlauf sinnvoll strukturieren.

Nach unserer Erfahrung lässt sich die Diagnostik grundsätzlich im Rahmen von psychotherapeutischen Sprechstunden, probatorischen Sitzungen und Testdiagnostik realisieren. In Abbildung 3 haben wir eine beispielhafte Darstellung für die Umsetzung der Diagnostik in der ambulanten Praxis beigefügt. Abhängig von diagnostischer Vorerfahrung und vom Grad der Komplexität – etwa bei Vorliegen vielfältiger differenzialdiagnostisch relevanter Symptomatik –, kann die Diagnostik jedoch auch eine gewisse Herausforderung darstellen, da insgesamt relativ wenige Zeitstunden für eine umfassende komplexe Diagnostik zur Verfügung stehen. Um dem wachsenden Bedarf zu begegnen, sollten seitens des Gesundheitssystems flexiblere Rahmenbedingungen geschaffen werden – etwa durch Vergütungsanpassungen oder neue Angebotsformate –, um ambulante Kapazitäten zu erweitern und spezialisierte Zentren zu entlasten.

Auch wenn eine ASS-Diagnose (noch) nicht eindeutig gesichert ist, sollte geprüft werden, ob dennoch eine Behandlung begonnen werden kann – etwa bei begleitender depressiver

2 Vgl. für eine Auflistung ASS-bezogener Selbsthilfegruppen https://aspies.de/adressen-anlaufstellen/selbsthilfegruppen/shgs/ [20.10.2025].

Symptomatik. In den meisten Fällen ist dies möglich, und die therapeutische Beziehung kann zugleich genutzt werden, um weitere diagnostische Klarheit zu gewinnen. Wünschenswert wäre es, wenn sich auch Psychotherapeut*innen außerhalb spezialisierter Zentren zunehmend ermutigt sähen, zumindest eindeutigere Fälle selbst zu diagnostizieren. Dies ist grundsätzlich möglich, da approbierte Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenz zur Diagnosestellung auch im Bereich der ASS befugt sind.

Insgesamt möchten wir ausdrücklich dazu ermutigen, sich der Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen zu nähern. Dabei ist es aus unserer Sicht von zentraler Bedeutung, dass die diagnostische Einschätzung einem fachlich vergleichbaren Standard folgt. In Abbildung 4 findet sich ergänzend eine Checkliste, anhand derer sich die Kernelemente des Diagnostikprozess strukturiert nachvollziehen lassen.

Beispielhafte Darstellung einer Autismus-Diagnostik in der ambulanten Praxis und mögliche Dauer/Umsetzung	
Initialer Verdacht / Screening im Erstgespräch	
■ Anamnese (inkl. medizinisch-psychologischer Vorgeschichte, Sozial-, Bildungs- und Berufsanamnese)	ca. 1 Sitzung
■ Ausgabe und Auswertung Strukturierter Fragebögen (AQ, SRS, FSK)	Testdiagnostik
Umfassende ASS-spezifische Diagnostik inkl. Differentialdiagnostik	
■ **Klinisches Interview** basierend auf ICD-/DSM-Kriterien inkl. **Verhaltensbeobachtung**	ca. 1–2 Sitzungen
■ Ausgabe und Auswertung **Strukturierter Fragebögen** (CAT-Q, WST; bei Hinweisen auf weitere Psychopathologie bei Bedarf weitere Fragebögen, wie bspw. ADHS-SB, WURS-K, BDI etc.)	Testdiagnostik
■ **Fremdanamnese**, idealerweise mit Bezug zur Kindheit (anhand ICD-/DSM-Kriterien) und Sichten von Zeugnissen	ca. 1 Sitzung
■ Durchführung strukturiertes klinisches Interview zur **Erfassung allgemeiner Psychopathologie** (z. B. SCID), mit einem Fokus auf AD(H)S, Angststörungen, Affektive Störungen, Zwangsstörungen, spezifische Persönlichkeitsstörungen	ca. 1–2 Sitzungen
■ Bei Bedarf fallbezogener kollegialer Austausch	Inter-/Supervision
■ Bei bestehender Indikation weiterführende neuropsychologische und/oder medizinische Abklärung anbahnen	Weiterverweis/Überweisung
Rückmeldung und Beratung	
■ Aufklärung und Beratung über Diagnostikergebnisse und weitere Behandlungsempfehlung	ca. 1 Sitzung

Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung der Autismus Diagnostik im Erwachsenenalter inkl. möglicher Dauer und Umsetzung

Wir würden uns wünschen, mit diesem Beitrag sowohl zu einer Verbesserung der Versorgungslage als auch zu einer Ermutigung von niedergelassenen Psychotherapeut*innen beizutragen. Die Arbeit mit autistischen Menschen stellt für uns eine große fachliche und persönliche Bereicherung dar. Der Austausch mit unseren Patient*innen eröffnet uns regelmäßig neue Perspektiven, regt zur Reflexion eigener Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster an und vertieft die Kompetenz in Bezug auf Neurodiversität und Vielfalt menschlicher Erfahrung.

Checkliste der Kernelemente des Diagnostikprozesses von ASS im Erwachsenenalter

- ☐ ICD-/DSM-Kriterien sind erfüllt im Erwachsenenalter.
- ☐ Hinweise auf Vorliegen von Auffälligkeiten/Symptomatik im Kindesalter
- ☐ Externe Bestätigung der Symptomatik
  - ☐ Aktuell (Fremdanamnese; Verhaltensbeobachtung)
  - ☐ In der Kindheit (Fremdanamnese; Zeugnisse; Vorbefunde)
- ☐ Die Symptomatik ist überdauernd und nicht episodenhaft.
- ☐ Funktionsbeeinträchtigung in einem oder mehreren Lebensbereichen
- ☐ Ausschluss anderer psychischer oder organischer Störungen als bessere Erklärung

Abbildung 4: Checkliste der Kernelemente des ASS-Diagnostikprozesses im Erwachsenenalter

Ausblick

Im zweiten Teil dieser Artikelreihe werden wir auf das Thema „Psychotherapie bei Erwachsen mit Autismus" fokussieren. Dabei sollen ein Überblick über psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten, der aktuelle Forschungsstand zu Wirksamkeit, zentrale Herausforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit sowie praxisnahe Empfehlungen für die therapeutische Begleitung autistischer Erwachsener ohne Intelligenzminderung dargestellt werden. Ziel ist es, einen weiteren Beitrag zur fachlichen Orientierung und zur Stärkung der therapeutischen Versorgung dieser im psychotherapeutischen Kontext noch unterrepräsentierten Patient*innengruppe zu leisten.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bölte, S. & Poustka, F. (2008). Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS). Bern: Huber.

Bölte, S., Poustka, F. & Rutter, M. (2006). Fragebogen zur sozialen Kommunikation – Autismus Screening. Mannheim: Huber.

DGKJP & DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html [20.10.2025].

Frith, U. (2024). A crisis in the diagnosis of Autism Spectrum Conditions. IMC Tuesday Seminar held September 10th, 2024 [YouTube-Video]. Verfügbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=FkoQ7s1g4BI&t=27s [12.06.2025].

Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U. & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatry Research, 287. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922

Hull, L., Petrides, K. & Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 7, 306–317. https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9

Lipinski, S., Boegl, K., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2022). A blind spot in mental healthcare? Psychotherapists lack education and expertise for the support of adults on the autism spectrum. Autism, 26 (6), 1509–1521. https://doi.org/10.1177/13623613211057973

Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24 (5), 659–685.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management (NICE Guideline CG142). Verfügbar unter: https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909 [20.10.2025].

Padberg, T. (2025). Die Macht der Diagnosen: Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie. Psychotherapeutenjournal, 24 (1), 4–11. https://doi.org/10.61062/ptj202501.001

Pellicano, E. & Houting, J. (2021). Annual Research Review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63, 381–396. https://doi.org/10.1111/jcpp.13534

Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (2004). Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Deutsche Fassung der Autism Diagnostic Observation Schedule. Bern: Huber.

Russell, G., Stapley, S., Newlove-Delgado, T., Salmon, A., White, R., Warren, F. et al. (2022). Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. J Child Psychol Psychiatry, 63 (6), 674–682. https://doi.org/10.1111/jcpp.13505

Dr. Charlotte Küpper

Korrespondenzanschrift:
charlotte.kuepper@hu-berlin.de

Dr. Charlotte Küpper ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und leitende Psychologin der Spezialambulanz für Soziale Interaktion an der Hochschulambulanz der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Klinische Psychologie Sozialer Interaktion und verfügt über langjährige Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von autistischen Erwachsenen; zudem ist sie als Dozentin und Supervisorin in diesem Bereich tätig.

Heiko Thomas Bartels

Dipl.-Psych. Heiko Thomas Bartels ist Psychologischer Psychotherapeut (VT) und Forschungstherapeut an der Hochschulambulanz für Soziale Interaktion der Humboldt-Universität zu Berlin. Er ist zudem angestellt in einer psychotherapeutischen Praxis in Berlin Lichtenberg. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der diagnostischen und therapeutischen Unterstützung von Autist*innen und ist in diesem Bereich als Dozent und Supervisor tätig.

Prof. Dr. Isabel Dziobek

Prof. Dr. Isabel Dziobek leitet die Arbeitsgruppe Klinische Psychologie Sozialer Interaktion und die Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychodiagnostik an der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist Sprecherin des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) des Standorts Berlin/Potsdam und hat mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Erforschung, Lehre und Klinik der Autismus-Spektrum-Störung.

Autismus-Diagnostik bei Erwachsenen

Herausforderungen und Empfehlungen

Charlotte Küpper, Heiko Bartels & Isabel Dziobek

Literatur

APA (American Psychiatric Association). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-5. Deutsche Ausgabe, herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen. Göttingen: Hogrefe.

Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H.-U. (2019). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version. SCID-5-CV. Göttingen: Hogrefe.

Bölte, S. & Poustka, F. (2008). Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS). Bern: Huber.

Bölte, S., Poustka, F. & Rutter, M. (2006). Fragebogen zur sozialen Kommunikation – Autismus Screening. Mannheim: Huber.

Cruz, S., Zubizarreta, S., Costa, A., Araújo, R., Martinho, J., Tubío-Fungueiriño et al. (2024). Is There a Bias Towards Males in the Diagnosis of Autism? A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychology review, 35, 153–176. https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2

DGKJP & DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html [20.10.2025].

Dziobek, I. & Stoll S. (2024). Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (2. aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Freitag, C. M., Retz-Junginger, P., Retz, W., Seitz, C., Palmason, H., Meyer, J. et al. (2007). Evaluation der deutschen Version des Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ) – die Kurzversion AQ-k. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36 (4), 280–289. https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.4.280

Frith, U. (2024). A crisis in the diagnosis of Autism Spectrum Conditions. IMC Tuesday Seminar held September 10th, 2024 [YouTube-Video]. Verfügbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=FkoQ7s1g4BI&t=27s [12.06.2025].

Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M. & Wentz, E. (2001).The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. Autism, 5 (1), 57–66. https://doi.org/10.1177/1362361301005001006

Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U. & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatry Research, 287. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922

Hull, L., Howells, L. & Bailey, A. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). Journal of Autism and Developmental Disorders, 49 (3), 819–833.

Hull, L., Petrides, K. & Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 7, 306–317. https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9

Hviid, A., Hansen, J. V., Frisch, M. & Melbye, M. (2019). Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. Ann Intern Med, 170 (8), 513–520. https://doi.org/10.7326/M18-2101

Khachadourian, V., Mahjani, B., Sandin, S., Kolevzon, A., Buxbaum, J. D., Reichenberg, A. & Janecka, M. (2023). Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. Translational Psychiatry, 13, 71. https://doi.org/10.1038/s41398-023-02374-w

Lipinski, S., Boegl, K., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2022). A blind spot in mental healthcare? Psychotherapists lack education and expertise for the support of adults on the autism spectrum. Autism, 26 (6), 1509–1521. https://doi.org/10.1177/13623613211057973

Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24 (5), 659–685.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management (NICE Guideline CG142). Verfügbar unter: https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909 [20.10.2025].

Padberg, T. (2025). Die Macht der Diagnosen: Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie. Psychotherapeutenjournal, 24 (1), 4–11. https://doi.org/10.61062/ptj202501.001

Parellada, M., Andreu-Bernabeu, Á., Burdeus, M., San José Cáceres, A., Urbiola, E., Carpenter, L. L. et al. (2023). In search of biomarkers to guide interventions in autism spectrum disorder: A systematic review. American Journal of Psychiatry, 180 (1), 23–40. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21100992

Pellicano, E., & Houting, J. (2021). Annual Research Review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63, 381–396. https://doi.org/10.1111/jcpp.13534.

Riedel, A., Schröck, C., Ebert, D., Fangmeier, T., Bubl, E. & Tebartz van Elst, L. (2016). Überdurchschnittlich ausgebildete Arbeitslose – Bildung, Beschäftigungsverhältnisse und Komorbiditäten bei Erwachsenen mit hochfunktionalem Autismus in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 43, 38–44.

Ritvo, R., Ritvo, E., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M. & Weisbender, L. (2008). A scale to assist the diagnosis of Autism and Asperger's disorder in Adults (RAADS): A pilot study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38 (2), 213–223.

Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (2004). Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Deutsche Fassung der Autism Diagnostic Observation Schedule. Bern: Huber.

Russell, G., Stapley, S., Newlove-Delgado, T., Salmon, A., White, R., Warren, F. et al. (2022). Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. J Child Psychol Psychiatry, 63 (6), 674–682. https://doi.org/10.1111/jcpp.13505

Tebartz van Elst, L. (Hrsg.). (2021). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter (3. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

WHO (World Health Organization). (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev., 5th ed.). Verfügbar unter: https://icd.who.int/browse10/2019/en [20.10.2025].

WHO (World Health Organization). (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). Verfügbar unter: https://icd.who.int/ [20.10.2025].