

Neurodivergenz — Konzept, Prävalenz, Apothekenpraxis

Handout-Anteil Sina Rampe · Qualitätszirkel 21.05.2026

Sina Rampe · sina@sinarampe.de

Stand: 18.05.2026 · Korrektur: 13.09.2026 · Hinweise S. 21

Inhaltsverzeichnis

1 — Begriffsklärung	1
1.1 — ADHS in ICD-10 vs. ICD-11	2
1.2 — ASS in ICD-10 vs. ICD-11	4
2 — Prävalenz	5
2.1 — ADHS	5
2.2 — ASS	5
3 — Neurodivergenz: Zwei Paradigmen	6
4 — ASS-Versorgungslücke in Deutschland	7
5 — ASS: Strukturelle Folgen für Bildung & Arbeit in Deutschland	8
6 — Komorbiditäten bei ASS	9
7 — Epistemische Ungerechtigkeit	10
Testimoniale Ungerechtigkeit	11
Hermeneutische Ungerechtigkeit	11
Self-Advocacy als doppelte Korrektur	11
8 — ASS: Was die Apothekenpraxis daraus mitnimmt	11
Ressourcen für Vertiefung	13
Abkürzungen	14
Quellen	15
Expert:innen für Fachvorträge · Anlaufstellen für Betroffene	20

1 — Begriffsklärung

Neurodiversität rahmt neurodevelopmentale Bedingungen weg von „Störung“, hin zu „Unterschied und Vielfalt“ (Shaw et al., 2021; Pellicano & den Houting, 2022).

Neurodivergenz ist keine eigenständige ICD-Diagnose. Autismus, ADHS und entwicklungsbedingte Lernstörungen werden medizinisch als Neuroentwicklungsstörungen erfasst. Eine neurodiversitätsorientierte Perspektive nimmt Unterschiede und Stärken ebenso ernst wie Behinderung und Unterstützungsbedarf.

Das schließt die Behandlung belastender Symptome und begleitender Erkrankungen nicht aus. Unterstützung soll sich an den Bedürfnissen und Zielen der Person orientieren. Begleiterkrankungen haben unterschiedliche Einflussfaktoren; Umweltbarrieren können dazu beitragen (siehe Abschnitt 6).

- **neurodivergent** — Eigenschaft einer einzelnen Person.

- **neurodivers** — Eigenschaft einer *Gruppe*. Eine Population aus neurodivergenten und neurotypischen Mitgliedern ist neurodivers. Grammatikalisch kann eine Person nicht „neurodivers“ sein.
- **neurotypisch** — eine Person, deren neurokognitive Funktion dem entspricht, was im jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext als typisch gilt.

„Typisch“ ist hier sozial-kulturell, nicht primär statistisch gemeint: was als „normale“ Konstitution und Gehirn-Funktionsweise gilt, ist nicht das, was am häufigsten vorkommt, sondern das, woran sich Schulen, Arbeitsplätze, Diagnoseinstrumente und soziale Erwartungen orientieren.

Was zählt zur Neurodivergenz? Die Liste ist offen (Dwyer, 2022). Grobe Orientierung nach Stärke des wissenschaftlichen Konsens:

Stufe	Was
Kern-Konsens	Autismus · ADHS · Dyslexie · Dyskalkulie · Dyspraxie · Tourette
Häufig dazu gezählt	Zwangsstörungen · sensorische Verarbeitungsstörungen · Stottern · Synästhesie · intellektuelle Behinderung · Sprachentwicklungsstörungen
Debattiert	Hochbegabung · Hochsensibilität · bipolare Störung · Borderline-PS · komplexe PTBS · FASD · Long-COVID-Folgen
Erworbene Neurodivergenz	Schädel-Hirn-Trauma · Schlaganfall · Demenz

Psychiatrische Diagnosen (Depression, Burnout, Angststörung) sind in der Regel **nicht** „Neurodivergenz“ im engeren Sinn, sie können aber Folge unerkannter Neurodivergenz sein.

1.1 — ADHS in ICD-10 vs. ICD-11

Die ICD-10-GM führt F90.- als „**Hyperkinetische Störungen**“; F90.0 heißt „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“. Eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität ist unter **F98.80** erfasst. In der ICD-11 gehört ADHS (6A05) zu den Neuroentwicklungsstörungen.

Kodierung ist nicht dasselbe wie diagnostische Beurteilung. Die folgende Übersicht unterscheidet die deutsche Kodierklassifikation, die klinischen WHO-Leitlinien und die diagnostischen Anforderungen der ICD-11. Forschungskriterien sind nochmals gesondert zu betrachten.

Grundlagen: BfArM, ICD-10-GM 2026; WHO, ICD-10 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (1992), F90; WHO, ICD-11 CDDR (2024), S. 142–145. Ergänzende Quellen und Korrekturhinweis auf S. 21.

ADHS — diagnostische Einordnung

ICD-10 / ICD-10-GM	ICD-11 (CDDR 2024)
--------------------	--------------------

Kernmerkmale: WHO-Leitlinien für F90 verlangen beeinträchtigte Aufmerksamkeit UND Überaktivität.	Kernmerkmale: Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität.
---	---

Unterteilung: F90.0 ohne, F90.1 mit Störung des Sozialverhaltens; sonstige/nicht bezeichnete Formen. Ohne Hyperaktivität: F98.80 (GM).	Präsentationen: unaufmerksam (6A05.0), hyperaktiv-impulsiv (.1), kombiniert (.2), andere (.Y), nicht bezeichnete (.Z).
---	---

Beginn: klinische WHO-Leitlinien: vor 6 Jahren; GM-Kurzbeschreibung: meist erste fünf Lebensjahre. Dokumente unterscheiden!	Beginn: Hinweise auf relevante Symptome vor dem zwölften Geburtstag erforderlich.
--	--

Diagnostische Anforderungen statt einzelner Symptome

ICD-11 verlangt mehrere persistente, entwicklungsunangemessene und beeinträchtigende Symptome, aber keine feste Anzahl wie im DSM. Hinzu kommen ein anhaltendes Muster (z. B. mindestens sechs Monate), mehrere Situationen/Lebensbereiche und die Prüfung anderer Erklärungen einschließlich Substanz- und Medikamenteneffekten.

Die klinischen ICD-10-Leitlinien sind nicht mit den gesonderten operationalisierten Forschungskriterien gleichzusetzen. **Erwachsenendiagnosen sind bereits nach ICD-10 möglich.** Eine späte Diagnose bedeutet nicht, dass die Symptome erst im Erwachsenenalter begonnen haben.

Vergleich mit DSM-5-TR

Je relevantem Symptombereich mindestens 6 von 9 Symptomen bis einschließlich 16 Jahre, ab 17 mindestens 5 von 9; für die kombinierte Präsentation beide Bereiche. Mehrere Symptome müssen vor 12 vorhanden gewesen sein. Weitere Diagnosebedingungen bleiben erforderlich (APA, 2022; CDC, 2026).

Deutschland: ICD-10-GM bleibt die amtliche Morbiditätsklassifikation. Kriterienunterschiede allein belegen keine Ursache des Anstiegs von Erstdiagnosen.

WHO, ICD-10 CDDG, F90; WHO, ICD-11 CDDR (2024), S. 142–145; BfArM, ICD-10-GM 2026. Ergänzende Quellen auf S. 21.

1.2 — ASS in ICD-10 vs. ICD-11

Die ICD-11 trat international am 1. Januar 2022 in Kraft. Die nationale Einführung ist davon getrennt: In Deutschland bleibt ICD-10-GM für die Morbiditätskodierung gültig (BfArM).

ICD-10-GM	ICD-11 (CDDR 2024)
Kategorie: Unter F84.- u. a. frühkindlicher (F84.0), atypischer Autismus (F84.1) und Asperger-Syndrom (F84.5). F84 umfasst weitere Diagnosen.	Kategorie: Autismus-Spektrum-Störung (6A02); Spezifizierungen zu Intelligenzentwicklung, funktionaler Sprache und Fähigkeitsverlust.
Kernbereiche bei F84.0: soziale Interaktion, Kommunikation, restriktiv-repetitives Verhalten. Bei F84.5 keine allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung.	Kernbereiche: soziale Kommunikation/Interaktion UND restriktive, repetitive und inflexible Verhaltens-, Interessen- oder Aktivitätsmuster.
Beginn bei F84.0: auffällige Entwicklung vor dem dritten Geburtstag; keine Altersgrenze für die Diagnosestellung.	Beginn: Entwicklungsperiode, typischerweise frühe Kindheit; volle Manifestation bei steigenden Anforderungen eventuell später.
Sensorik: kein eigener Kernbereich der F84.0-Kurzbeschreibung.	Sensorik: Hyper-/Hyposensitivität oder ungewöhnliches sensorisches Interesse sind mögliche, nicht bei jeder Person erforderliche Manifestationen.

Codes sind keine Einstufung des Unterstützungsbedarfs

Frühere Asperger-Diagnosen werden in ICD-11 dem Autismus-Spektrum zugeordnet. **6A02.0** bezeichnet ASS ohne Störung der Intelligenzentwicklung und mit leichter oder keiner Beeinträchtigung funktionaler Sprache. **DSM-Level 1** beschreibt dagegen Unterstützungsbedarf. Die Angaben sind nicht gleichbedeutend.

Gute funktionale Sprache schließt erhebliche Schwierigkeiten in sozialer Kommunikation nicht aus. Hoher Kompensationsaufwand kann Beeinträchtigungen nach außen verdecken (WHO, 2024).

Für die Beratung: Bedürfnisse individuell erfragen, unabhängig vom historischen Diagnosebegriff. Sensorische Anpassungen sind nicht erst seit ICD-11 sinnvoll. Eine Wirkung von Kriterienänderungen auf Diagnosetrends ist gesondert zu belegen.

Quellen: BfArM, ICD-10-GM 2026, F84; WHO, CDDR 2024, S. 124–126; CDC (2025), DSM-Darstellung. Ergänzende Angaben auf S. 21.

Monotropismus — eine ergänzende Erklärungsperspektive

Murray et al. (2005) entwickeln mit **Monotropismus** eine Theorie autistischer Aufmerksamkeit: Aufmerksamkeit kann stark auf wenige Interessen konzentriert sein. In diesem Modell lassen sich bestimmte Schwierigkeiten bei Wechseln oder parallelen Anforderungen als Folgen dieser Aufmerksamkeitsverteilung verstehen. Lawson (2024) greift diese Perspektive für die Praxis auf.

Das ist eine Erklärungsperspektive, kein Nachweis einer einheitlichen Ursache aller Autismusmerkmale und kein Ersatz für diagnostische Anforderungen. Die Arbeit von 2005 untersucht nicht die später veröffentlichten ICD-11-Kriterien.

Für die Beratung lässt sich daraus ableiten: Themen nacheinander bearbeiten, Abläufe vorhersehbar gestalten, Interessen aufgreifen und Übergänge ankündigen. Ob diese Anpassungen helfen, ist mit der jeweiligen Person zu klären. Eine Diagnose allein legt weder ihre Aufmerksamkeitsweise noch ihren Unterstützungsbedarf vollständig fest.

2 — Prävalenz

2.1 — ADHS

Land	Quelle	Erhebungsjahr	Prävalenz / Schlüsselzahl
USA	Centers for Disease Control and Prevention, 2024; National Survey of Children’s Health (Eltern-Report)	2022 (publ. 2024)	3–17 J: 11,4 % Lebenszeit-Diagnose
Deutschland (Kinder/Jugendliche)	Schlack et al., 2024; KiGGS (Eltern-Report)	2014–2017 (publ. 2024)	3–17 J: 4,4 % Lebenszeit-Diagnose
Deutschland (Erwachsene)	Manova et al., 2025; bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten (Zi)	2015–2024 (publ. Dez. 2025)	Inzidenz Erstdiagnosen +199 % (8,6 → 25,7 pro 10.000); besonders starker Anstieg seit 2021, Geschlechter-Lücke schließt sich.

2.2 — ASS

Land	Quelle	Erhebungsjahr	Prävalenz / Schlüsselzahl
Schweden	Fyfe et al., 2026; Geburtskohorten 1985-2020, <i>n</i> = 2,76 Mio	Stand 2022 (publ. 2026)	2,8 % kumulative ASS-Diagnose; Geschlechterverhältnis ♂:♀ nähert sich 1:1 (gemessen 1,2:1 bei 20 J; Projektion bis 2024)
Australien	Australian Bureau of Statistics, 2024; <i>Survey of Disability, Ageing and Carers</i> (SDAC)	2022 (publ. 2024)	Unter 25 J: 3,1 % (vs. 25+ J: 0,3 %); gesamt 1,1 % (290.900 Personen), +41,8 % seit 2018; ♂ 1,6 % · ♀ 0,7 %
USA	Centers for Disease Control and Prevention, 2025; <i>Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network</i> , 16 Standorte, gezielte 8-jährige- Surveillance	2022 (publ. 2025 als Shaw et al., <i>MMWR</i>)	8 J: 3,2 % Punkt-Prävalenz
Deutschland	hkk Krankenkasse, 2026; GKV-Routinedaten	2024 (publ. April 2026)	0-24 J: 1,0 % , mehr als verdoppelt seit 2013 (0,4 %); ♂ 1,4 % · ♀ 0,6 %; bei 15-19 J: ♀ 1,1 %, ♂ 1,6 % (Geschlechter- Lücke schließt sich)

3 — Neurodivergenz: Zwei Paradigmen

Neurodivergenz ist nicht nur eine Beschreibung, sondern eine wissenschaftliche Paradigmenverschiebung (Pellicano & den Houting, 2022):

Medizinisches Modell	Neurodiversity-Paradigma
Defizit	Wert / natürliche Variation
Fokus aufs Individuum	Person + Umwelt (Fit)
Enge Perspektive (Außensicht)	Breite Perspektive, inkl. Innensicht
Normalisierung als Ziel	Akzeptanz + Self-Advocacy

Diagnostik bildet nicht die ganze Person ab. ICD und DSM sind von Interviews, Beobachtungsverfahren und Screeningfragebögen zu unterscheiden. Sie erfassen vor allem diagnosebezogene Merkmale und Beeinträchtigungen, enthalten aber auch dimensionale Spezifizierungen.

Stärken, Bewältigungsstrategien, innere Erfahrungen und Umweltbedingungen müssen ergänzend berücksichtigt werden. Eine kategoriale Diagnoseentscheidung ist nicht mit einem überall identischen numerischen Testgrenzwert gleichzusetzen. Screeningfragebögen allein stellen keine Diagnose (WHO, 2024; Perspektivdiskussion: Pellicano & den Houting, 2022).

Wichtig: das Neurodiversity-Paradigma negiert **nicht** Behinderung. „Autistische Menschen sind sehr oft behindert“ (den Houting, 2019) — aber Behinderung wird im sozialen Modell der Behinderung (Oliver, 1996) verstanden als Folge des schlechten Fits zwischen Person und Umwelt, nicht als Eigenschaft der Person allein.

4 — ASS-Versorgungslücke in Deutschland

Therapeut:innen-Wissensdefizit als Hebel. Lipinski et al. (2022) (*Autism*, Humboldt/Charité, $n = 498$ ambulante Adult-Patient-Psychotherapeut:innen in DE) zeigen: Autismus-Kompetenz ist die **niedrigste aller im Survey erfragten Diagnose-Gruppen** — auch gegenüber gleich-prävalenten Diagnosen. Die Ausbildung in Sachen Autismus wird als am schlechtesten bewertet. Mehr Autismus-Wissen war signifikant mit höherer Bereitschaft assoziiert, autistische Patient:innen aufzunehmen.

Hohe ASS-Prävalenz in der Psychiatrie — meist unerkannt. Eine schwedische Studie (Nyrenius et al., 2022; $n = 562$ ambulante Psychiatrie-Patient:innen) schätzt die ASS-Prävalenz auf **mindestens 18,9 %**, ein systematisches Review für stationäre Erwachsenen-Psychiatrie auf **2,4-9,9 %** (Tromans et al., 2018). Die Schätzungen variieren je nach Methodik und Setting — übereinstimmend ist aber: ein erheblicher Anteil der Psychiatrie-Patient:innen ist autistisch, meist ohne entsprechende Diagnose. **Apothekenpraxis-Implikation:** Wer Psychopharmaka an Erwachsene abgibt, betreut routinemäßig autistische Patient:innen — meist ohne dass die Apotheke oder die verschreibende Praxis das weiß.

Höfer et al., 2019 (*Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, $n = 207$ Familien) — Diagnose-Pfad in Deutschland:

- Erste elterliche Sorge: **ø 23 Monate** (Kindesalter)
- ASD-Diagnose: **ø 78 Monate** (also ~6,5 Jahre Latenz)
- Asperger-Diagnose: **ø 98 Monate**
- Im Schnitt **3,4 verschiedene Health Professionals** bis zur Diagnose
- Nur 38,5 % der Familien sind mit dem Diagnose-Prozess zufrieden

David et al., 2025 (*Autism*, deutschlandweite Online-Befragung, $n = 311$ autistische Erwachsene ohne intellektuelle Behinderung) — die *Folgen* dieser Versorgungslücke:

- **Mentale Lebensqualität:** $M = 32,8$ ($SD = 12,2$) — gegenüber deutscher Normstichprobe $M = 53,3$ ($SD = 7,8$). Differenz signifikant mit **Cohen's $d = 2,0$** (großer Effekt; $t(342) = 29,0$; $p < 0,001$). Mentale Lebensqualität autistischer Erwachsener liegt damit $> 1,5 SD$ unter dem deutschen Durchschnitt.
- **Physische Lebensqualität:** $M = 45,9$ ($SD = 9,9$) vs. Norm $M = 50,3$ ($SD = 8,4$). Cohen's $d = 0,48$ (fast moderater Effekt; $t(367) = 7,5$; $p < 0,001$).
- **Healthcare-Barrieren** (BHC-SF) sind der **stärkste signifikante Prädiktor in beiden Domänen**: mental $\beta = -0,29$, physisch $\beta = -0,25$ (jeweils $p < 0,001$) — und die *einzig*e Variable, die unabhängig in beiden Domänen signifikant ist.
- Weitere signifikante Prädiktoren: mentale Komorbiditäten ($\beta = -0,24$), Diagnosealter ($\beta = -0,18$), stationäre Behandlungstage ($\beta = -0,16$); Erwerbstätigkeit positiv ($\beta = +0,11$).

Mortalität und Suizidalität. Die kumulative Folge ist messbar. In der Asperger-Kohorte der Cambridge ARC ($n = 374$) berichten **66 % der autistischen Erwachsenen lebenszeitliche Suizid-Ideation** (OR 9,6; 95%-KI 7,6–11,9 vs. UK-Allgemeinbevölkerung), **35 % berichten Suizid-Pläne oder -Versuche** (Cassidy et al., 2014). Eine Meta-Analyse über 36 Primärstudien mit $n = 48.186$ autistischen und möglicherweise autistischen Erwachsenen ohne intellektuelle Behinderung bestätigt das auf breiterer Basis: gepoolte Lebenszeit-Prävalenz **34,2 % Suizid-Ideation, 21,9 % Suizid-Pläne, 24,3 % Suizidversuche** (Newell et al., 2023). Ein systematisches Review von 80 Studien 2018–2024 quantifiziert die Mortalität: **bis zu 8-fach erhöhtes Risiko, durch Suizid zu sterben** (Brown et al., 2024). Eine britische Matched-Cohort-Studie schätzt die Lebenserwartung autistischer Menschen je nach Geschlecht und Vorliegen einer intellektuellen Behinderung **rund 6 bis 15 Jahre unter der der Allgemeinbevölkerung** (6,14 J bei autistischen Männern ohne intellektuelle Behinderung bis 14,59 J bei autistischen Frauen mit intellektueller Behinderung) (O'Nions et al., 2024). Hinzu kommt eine massive Unterdiagnose: Schätzungen zufolge sind **89 % der 40- bis 59-jährigen und 97 % der über 60-jährigen autistischen Erwachsenen undiagnostiziert** (O'Nions et al., 2023, Modellierungs-Studie; referiert in Stewart & Happé, 2025) — ohne Diagnose kein Zugang zu Nachteilsausgleichen, spezifischer Versorgung und Peer-Support.

Jede Hürde, die wir abbauen, hat messbare Auswirkung auf Lebensqualität autistischer Patient:innen.

5 — ASS: Strukturelle Folgen für Bildung & Arbeit in Deutschland

Konsistente Daten aus mehreren deutschen Klinikgruppen (Vogelei-Gruppe Köln, Charité Berlin, Universität Marburg, Universität Freiburg) für autistische Erwachsene

ohne intellektuelle Behinderung:

- **Überdurchschnittliche Bildung** — 56,8 % mit Hochschulzugangsberechtigung, 24,9 % mit Master/Diplom (Frank et al., 2018)
- **Unterdurchschnittliche Erwerbstätigkeit** — 13,5 % aktuell arbeitslos, 17,0 % gesundheitsbedingt in Rente (Frank et al., 2018)
- **Arbeitslosenrate-Faktor 5 ggü. Allgemeinbevölkerung** — 25,2 % vs. 5,2 % bei $n = 232$ spät-diagnostizierten ASS-Erwachsenen ohne intellektuelle Behinderung; $\bar{x}$ 23 Monate ungewollte Arbeitslosigkeit; Hauptgrund für Vertragsbeendigung: interpersonale Probleme. Höhere Bildung schützt nicht (Espelöer et al., 2023, Vogeley-Lab Köln)
- **Überqualifikation** — 22–31 % arbeiten unter ihrem formalen Qualifikationsniveau, signifikant mehr als die Allgemeinbevölkerung (Frank et al., 2018)
- **Hohe finanzielle Abhängigkeit**, schlechte Arbeitsmarktintegration deutschlandweit (Maslahati et al., 2022)
- **Kostenrelevanz**: ASS-bedingte Gesundheitskosten in Deutschland sind vergleichbar mit denen für Schizophrenie; Frauen verursachen höhere Kosten als Männer (4.864 vs. 2.936 EUR/Jahr) (Höfer et al., 2022)

Das sind Daten zu *bereits diagnostizierten* Erwachsenen ohne intellektuelle Behinderung. Die Spät-diagnostizierten und Undiagnostizierten dürften ähnliche oder stärkere Strukturprobleme haben, ohne von Unterstützungsangeboten zu profitieren.

Europa-Ebene. Die Daten aus Deutschland bilden ein größeres Muster: laut Autism-Europe (2023) (INFUSE-Kompendium) wird die Erwerbsquote autistischer Erwachsener in Europa auf **5–15 %** geschätzt; **75 bis 90 % der autistischen Erwachsenen sind arbeitslos**. Zum Vergleich der EU-Gesamtbevölkerung 20–64: laut Eurostat (2025) lag die Erwerbsquote 2024 bei **52,7 % für Menschen mit Behinderung** und **76,7 % für Menschen ohne Behinderung** (Disability Employment Gap: 24,0 pp). Wer beschäftigt ist, arbeitet überproportional in prekären, kurzfristigen oder geschützten Beschäftigungsverhältnissen mit niedriger Bezahlung. Der EU-Politikrahmen *EU Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030* hat das Thema adressiert; konkrete länderspezifische Umsetzung bleibt aber heterogen.

Apothekenpraxis-Implikation: Autistische Patient:innen sind häufig prekär oder gar nicht beschäftigt — das beeinflusst Rezept-Kontinuität (verzögerte Verschreibungs-Erneuerung bei Job- oder GKV-Wechseln), Liefer-Service-Bedarf und die Notwendigkeit niedrigschwelliger, terminflexibler Beratung.

6 — Komorbiditäten bei ASS

Psychiatrische Komorbiditäten sind die Regel, nicht die Ausnahme. Etwa **70 % der autistischen Kinder haben mindestens eine psychiatrische Komorbidität, rund 41 % zwei oder mehr** (Simonoff et al., 2008, populationsbasierte Sub-Kohorte $n = 112$). Drei Bereiche sind klinisch besonders gravierend:

Suizidalität. Stark erhöhte Lifetime-Prävalenzen und Mortalität — Zahlen und Quellen in Sek 4.

ADHS-Komorbidität (AuDHD). Co-occurrence ist eher Regel als Ausnahme. Meta-Analytische Spannen: **~27 % bei ASS ohne intellektuelle Behinderung** (Medicaid-versicherte US-Erwachsene, Yerys et al., 2025) **bis ~40 %** (gepoolte Schätzung aller ASS-Subpopulationen, Rong et al., 2021). Ältere Reviews kommen auf **50-70 %** (Hours et al., 2022); Einzelstudien-Raten variieren je nach diagnostischer Schwelle zwischen 37 und 85 % (Leitner, 2014). In der Standard-Diagnostik werden ASS- und ADHS-Symptome häufig nicht getrennt erkannt; Profile maskieren sich gegenseitig. Folge: spätere Diagnose, eigene Coping-Logiken — und ein **doppeltes Risiko für substanzbezogene Probleme** bei ASS-Diagnose, am höchsten bei ASS + ADHS (Butwicka et al., 2017, schwedische Populationskohorte $n = 26.986$).

Trauma und PTBS. Eine besondere und oft übersehene Belastung. Die Punktprävalenz einer **diagnostizierten** PTBS bei autistischen Erwachsenen liegt bei **2,06 %** (Meta-Analyse über 13 Studien, $n = 142.081$); in **Screening-basierten** Studien werden Symptome einer wahrscheinlichen PTBS jedoch bei **bis zu 44 %** autistischer Erwachsener berichtet (Mansour et al., 2025). Die Diskrepanz deutet auf systematische Unterdiagnose hin — DSM-/ICD-Kriterien erfassen autismus-spezifische Trauma-Erfahrungen (sensorische Überflutung, Masking-bedingter Stress, Mobbing) unvollständig. Autistische Menschen haben zudem ein **massiv erhöhtes Risiko, Viktimisierung und Trauma zu erleben** (Trundle et al., 2023, Meta-Analyse). **Apothekenrelevant:** Traumasensible Kommunikation — keine unangekündigten körperlichen Berührungen, keine drängenden Rückfragen zu sensiblen Themen, Privatsphäre wahren (Beratungsraum statt offener HV-Tisch wenn möglich).

Autistisches Burnout und Masking — apothekenrelevante Phänomene jenseits der Diagnose-Liste. Autistisches Burnout ist nach Raymaker et al. (2020) (CBPR- Studie, $n = 19$ narrativ + 39 Online-Quellen) charakterisiert durch chronische Erschöpfung, Verlust von Fertigkeiten und reduzierte Stimulus-Toleranz — distinkt von Depression und beruflichem Burnout, in der Standard-Diagnostik aber häufig nicht erkannt. Trigger: kumulative Last + Masking + Barrieren zu Unterstützung; Erholung: Selbstakzeptanz, sozialer Rückhalt, Reduktion von Erwartungen, Unmasking. Masking (Camouflaging) bezeichnet die bewusste oder unbewusste Anpassung autistischen Verhaltens an neurotypische Erwartungen (Hull et al., 2017); im UK-Arbeitsplatz-Kontext berichten autistische und neurodivergente Beschäftigte signifikant höheres Masking als neurotypische Vergleichsgruppen, mit Folgen für mentale Gesundheit (Pryke-Hobbes et al., 2023). Apothekenrelevant: am HV-Tisch erscheinende Erschöpfungs-, Depression- oder Angst-Symptome können nicht-erkanntes autistisches Burnout sein — Anlass für eine differenzierte fachliche Abklärung. Daraus folgt keine spezifische medikamentöse Behandlungsempfehlung.

7 — Epistemische Ungerechtigkeit

Der Begriff stammt aus der feministischen Erkenntnistheorie (Fricker, 2007) und bezeichnet eine systematische Form von Unrecht, die jemand spezifisch *in der Eigenschaft als wissende Person* erleidet. Chapman & Carel (2022) übertragen den Rahmen explizit auf Neurodivergenz.

Fricker unterscheidet zwei distinkte Ebenen, beide für die Apothekenpraxis direkt relevant.

Testimoniale Ungerechtigkeit

Sie entsteht, wenn die Aussage einer Person weniger Glaubwürdigkeit zugeschrieben bekommt, als ihr gebührt — weil Vorurteile über ihre soziale Identität die Wahrnehmung verzerren. Aus dem Beratungsalltag:

- „Sie sehen aber gar nicht autistisch aus.“
- „Mit einem abgeschlossenen Studium können Sie kein ADHS haben.“
- „Das ist sicher nur Stress, in Ihrem Alter kommt da nichts mehr.“

In jedem dieser Fälle wird die betroffene Person als kompetente Zeugin ihrer eigenen Erfahrung unterminiert. Die Folge ist nicht nur unangenehm, sie ist epistemisch wirksam: die Information, die hätte gegeben werden können, geht verloren.

Hermeneutische Ungerechtigkeit

Sie liegt vor, wenn einer Gruppe die geteilten Begriffe fehlen, um die eigene Erfahrung verständlich zu machen — weder gegenüber anderen noch gegenüber sich selbst. Autistische und ADHS-Erfahrungen waren historisch lange in dieser Lücke gefangen: das medizinische Modell beschrieb Symptome von außen, aber Begriffe für das innere Erleben gab es kaum. Konzepte wie *Monotropismus* (Murray et al., 2005), *Double Empathy Problem* (Milton, 2012; Milton et al., 2022), *autistisches Burnout*, *Sensory Regulation* und *Masking* entstanden erst in den letzten zwei Jahrzehnten — und überwiegend aus der Self-Advocacy-Forschung heraus. Vor diesen Begriffen konnten Betroffene Erfahrungen oft nicht einmal benennen, geschweige denn kommunizieren.

Self-Advocacy als doppelte Korrektur

Self-Advocacy von Neurodivergenten ist deshalb **doppelt evidenz-relevant**: sie korrigiert testimoniale Glaubwürdigkeits-Defizite (eine Person spricht über das, was sie selbst erlebt) *und* füllt die hermeneutische Lücke an Begriffen, die wir in der Beratung brauchen, um zu verstehen, was Klient:innen meinen. Es ist auch der Grund, warum aktuelle Forschung zur Versorgung neurodivergenter Erwachsener (z. B. Shaw et al., 2024; David et al., 2025) zunehmend von autistischen Forscher:innen *für* autistische Klient:innen gemacht wird — und warum diese Studien systematisch andere Ergebnisse liefern als ältere, rein außenstehende Forschung.

8 — ASS: Was die Apothekenpraxis daraus mitnimmt

Theoretischer Rahmen — Empathie ist beidseitig. Milton (2012) beschreibt das *Double Empathy Problem*: der Verstehens-Bruch zwischen autistischen und nicht-autistischen Menschen ist kein Defizit autistischer Gehirne, sondern eine zweiseitige Mismatch zwischen Erfahrungswelten. Nach zehn Jahren Forschung ist das Konzept etabliert (Milton et al., 2022).

In der medizinischen Begegnung wird das dreischichtig. Shaw et al. (2024), n = 1.248 autistische Erwachsene, erweitern das Modell um das *Triple Empathy Problem*: zur autistisch-nicht-autistisch-Mismatch kommt die Berufskultur der Medizin als dritte Schicht

hinzu — mit eigener Sprache, Zeitdruck, Hierarchie und sensorischer Umgebung. Folgen: Communication Mismatch, Self-Doubt, Healthcare Avoidance, adverse Outcomes.

Operatives Framework — SPACE. Doherty et al. (2023) destillieren fünf Kerndimensionen für Healthcare-Settings, plus drei ergänzende „Räume“:

Sensory needs	Licht, Lärm, Gerüche, parallele Reize reduzieren
Predictability	Abläufe vorhersagbar, Wartezeiten klar
Acceptance	autistische Identität anerkennen, nicht „wegtherapieren“
Communication	schriftlich, klar, ohne Implizites
Empathy	bidirektional gedacht, nicht von außen aufgesetzt
<i>Physical space</i>	räumlicher Abstand, ruhiger Bereich
<i>Processing space</i>	Zeit für Verarbeitung, keine Schnellantworten erwarten
<i>Emotional space</i>	Toleranz für Affekt-Regulation (Stimming, Pausen, Rückzug)

Stigma als zusätzliche Versorgungsbarriere. Autistische Patient:innen erfahren neben Setting- und Kommunikations-Mismatches häufig direkte Stigmatisierung — von Belittling über Misstrauen bis zu offener Ablehnung (Doherty et al., 2022, $n = 507$ autistische Erwachsene; Shaw et al., 2024). Wer zusätzlich Cannabis als Medizin nutzt, erlebt **Mehrfachstigmatisierung**: Autismus-Stigma trifft auf Cannabis-Stigma — in einer aktuellen deutschen Interview-Studie (Borojevic & Söhner, 2025, $n = 15$ Medizinalcannabis-Patient:innen) sind Stigma-Erfahrungen — auch in Gesundheitseinrichtungen — durchgängig dokumentiert. Folge: Healthcare Avoidance, Diagnose-Verzögerung, unbehandelte Begleiterkrankungen. In der HV-Beratung heißt das praktisch: keine Verhörlogik, kein moralisierendes Rückfragen, neutrales Framing — auch beim Cannabis-Rezept, auch beim wiederholten Methylphenidat-Bezug, auch bei „Komische“-OTC-Mustern.

Substanzgebrauch und Selbstmedikation — überproportional häufig, oft funktional. Autistische Erwachsene setzen Substanzen häufiger zur Selbstmedikation ein als nicht-autistische. Weir et al. (2021), Mixed-Methods-Studie mit $n = 2.386$ (1.183 autistisch / 1.203 nicht-autistisch): Substanzen werden **gezielt** zur Symptomlinderung eingesetzt (Angst, Schlaf) — funktional, nicht primär zur Intoxikation. Cannabis ist besonders verbreitet: Papadopoulos et al. (2025), $n = 475$ autistische Erwachsene: **82,3 % der Selbstmedizierenden nutzen Cannabis**, davon 77,7 % täglich oder mehrmals wöchentlich. Hinzu kommt erhöhtes Risiko: Butwicka et al. (2017),

schwedische Populationskohorte $n = 26.986$: **doppeltes Risiko** für substanzbezogene Probleme bei ASS, am höchsten bei ASS + ADHS. Qualitativ (Kronenberg et al., 2014): Substanzgebrauch lindert kurzfristig, verschlechtert aber langfristig Selbstorganisation — fehlende Struktur begünstigt Substanzgebrauch und umgekehrt. **Praktisch in der Apotheke:** wiederholte Nachfragen nach Diphenhydramin, Koffein-Tabletten, CBD-Produkten, Melatonin oder ungewöhnlichen Mikronährstoffen sind **Gesprächsanlass** — nicht zur Diagnose-Stellung, sondern für offenes, neutrales Nachfragen und ggf. Anschluss an Fachärzt:in oder Spezial-Anlaufstellen.

Kadi-Praxisleitlinie. Kadi et al., 2024 ist bisher der einzige dezidierte Apotheken-Leitfaden zu Autismus. Drei Schritte:

- **Schritt 1 — Assess and engage:** Medikationsplan durchsehen, offene Fragen stellen, individuelle Bedürfnisse erfragen. Über 50 % der autistischen Patient:innen nehmen Rx-Medikamente, häufig Psychopharmaka (Antipsychotika, SSRIs, Stimulanzien, Melatonin).
- **Schritt 2 — Communication strategy:** Patient:in **direkt mit Namen** ansprechen (nicht über die Begleitperson, sofern Patient:in selbst kommuniziert), Worte zählen (kurze Sätze), Schlüssel-Info wiederholen, Pausen zwischen Phrasen, schriftliche Notiz mitgeben. Kein indirektes Sprechen, kein Slang, keine bildhafte Sprache.
- **Schritt 3 — Pharmacy infrastructure:** ruhiger Bereich anbieten, Beratung im Backoffice/Konsiliarzimmer ermöglichen, Off-Peak-Termine vereinbaren, ggf. Lieferservice + Telefon-Beratung als Alternative. In einer australischen Pharmazeut:innen-Befragung berichteten 55,7 %, dass das Apotheken-Design autistische Patient:innen erschwert — aber nur 39,2 % hielten Umgestaltung für nötig (Kadi 2024).

Konkret im Apothekenalltag — Querschnitts-Heuristiken:

1. **Monotropismus als Perspektive berücksichtigen** (Murray et al., 2005; Lawson, 2024): Aufmerksamkeit kann stark fokussiert sein. Themen nacheinander bearbeiten und Übergänge ankündigen; passende Unterstützung individuell klären.
2. **SPACE am HV ansetzen:** ruhiger Platz wenn möglich, klare Schritte, schriftliche Info mitgeben, Pausen für Verarbeitung, sensorische Reize reduzieren.
3. **Stigma-Sensibilität** beibehalten — auch bei kontroversen Rezepten (Cannabis, Stimulanzien, hochdosierte Z-Substanzen). Mehrfachstigma ist real, nicht eingebildet.
4. **Substanzgebrauchs-Muster** als Beratungsanlass behandeln — funktional verstehen, nicht moralisieren.
5. **Innensicht respektieren:** viele autistische und ADHS-betroffene Erwachsene wissen über ihre eigene Pharmakologie mehr als die Standardlehrbücher abbilden. Zuhören ersetzt Belehren.

Ressourcen für Vertiefung

- **adxs.org** — sehr breite, gut strukturierte Aufbereitung der Evidenzlage zu ADHS, unabhängig und gemeinnützig.
- **Kadi et al. 2024** — Apotheken-Praxisleitfaden Autismus (peer-reviewed, *Canadian*

Pharmacists Journal). Wird im Block Medikation (Birgit) referenziert.

- **Autism-Europe** (<https://www.autismeurope.org>) — europäischer Dachverband, Policy-Papers und EU-weite Positionen zu Rechten, Beschäftigung, Gesundheitsversorgung.
 - **Wenn B. Lawson** (2024). *Autism and being monotropic: What medical and other practitioners need to know*. Springer Nature Singapore. — Kompakter SpringerBrief (~70 S.), explizit für Practitioner. Autistischer Forscher, Curtin University.
 - **EU Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030** — europäischer Politikrahmen, der auch Neurodivergenz adressiert.
-

Abkürzungen

- **ADHS** — Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
 - **ADDM** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network (CDC)
 - **APA** — American Psychiatric Association (Herausgeber DSM)
 - **ASS** — Autismus-Spektrum-Störung
 - **AuDHD** — Co-Occurrence ASS + ADHS
 - **BHC-SF** — Barriers to Healthcare Checklist - Short Form
 - **β** (Beta) — standardisierter Regressionskoeffizient
 - **CBPR** — Community-Based Participatory Research (Studientyp mit aktiver Betroffenen-Mitgestaltung)
 - **CDC** — Centers for Disease Control and Prevention (US-Behörde)
 - **Cohen's d** — Effektgrößen-Maß; $d = 0,2$ klein · $0,5$ mittel · $0,8$ groß
 - **DSM-5-TR** — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Aufl., Text Revision (APA, 2022)
 - **GKV** — Gesetzliche Krankenversicherung
 - **HKS** — Hyperkinetisches Syndrom; F90.-: Hyperkinetische Störungen
 - **HRQOL** — Health-Related Quality of Life / gesundheitsbezogene Lebensqualität
 - **HV** — Handverkauf, Apotheken-Beratungstisch
 - **ICD-10 / ICD-11** — International Classification of Diseases, 10./11. Revision (WHO)
 - **KI / 95%-KI** — 95%-Konfidenzintervall
 - **KiGGS** — Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Robert Koch-Institut)
 - **OR** — Odds Ratio (Quotenverhältnis)
 - **OTC** — over-the-counter, freiverkäuflich
 - **PTBS** — Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; ICD-11: 6B40)
 - **RAADS-14** — Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale Screen, 14-Item-Version
 - **Rx** — verschreibungspflichtig
 - **SDAC** — Survey of Disability, Ageing and Carers (Australian Bureau of Statistics)
 - **SPACE** — Sensory needs, Predictability, Acceptance, Communication, Empathy (autismus-sensitives Healthcare-Framework, Doherty et al., 2023)
 - **SR** — Systematic Review (systematisches Review)
 - **SSRIs** — Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
 - **WHO** — World Health Organization
 - **Zi** — Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (DE)
-

Quellen

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Australian Bureau of Statistics. (2024, July 4). *Autism in Australia, 2022*. <https://www.abs.gov.au/articles/autism-australia-2022>
- Autism-Europe. (2023). *Bridging the autism employment gap in Europe: A compendium of best practices (INFUSE)*. https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2023/10/ENG_INFUSE-Compendium-of-best-practices.pdf
- Butwicka, A., Långström, N., Larsson, H., Lundström, S., Serlachius, E., Almqvist, C., Frisén, L., & Lichtenstein, P. (2017). Increased risk for substance use-related problems in autism spectrum disorders: A population-based cohort study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 80–89. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2914-2>
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: A clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142–147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Data and statistics on ADHD*. <https://www.cdc.gov/adhd/data/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Data and statistics on autism spectrum disorder — ADDM Network*. <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
- Borojevic, V., & Söhner, F. (2025). Detecting and understanding potential stigma among medical cannabis users in Germany. *BMC Public Health*, 25(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22084-w>
- Brown, C. M., Newell, V., Sahin, E., & Hedley, D. (2024). Updated systematic review of suicide in autism: 2018–2024. *Current Developmental Disorders Reports*, 11, 225–256. <https://doi.org/10.1007/s40474-024-00308-9>
- Chapman, R., & Carel, H. (2022). Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *Journal of Social Philosophy*, 53(4), 614–631. <https://doi.org/10.1111/josp.12456>
- David, N., Rahlff, P., König, H., Dückert, S., Gewohn, P., Erik, F., Vogeley, K., Schöttle, D., Konnopka, A., Schulz, H., & Peth, J. (2025). Barriers to healthcare predict reduced health-related quality of life in autistic adults without intellectual disability. *Autism*, 29(2), 476–489. <https://doi.org/10.1177/13623613241275406>
- den Houting, J. (2019). Neurodiversity: An insider's perspective. *Autism*, 23(2), 271–273. <https://doi.org/10.1177/1362361318820762>
- Doherty, M., McCowan, S., & Shaw, S. C. K. (2023). Autistic SPACE: A novel framework for meeting the needs of autistic people in healthcare settings. *British Journal of Hospital Medicine*, 84(4), 1–9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2023.0006>
- Doherty, M., Neilson, S., O'Sullivan, J., Carravallah, L., Johnson, M., Cullen, W., & Shaw, S. C. K. (2022). Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(2), e056904. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056904>
- Eurostat. (2025, May 27). *Employment gaps for women & people with disabilities*

- [News article, data year 2024, age group 20–64; datasets hlth_dlm200, sdg_05_30, lfsa_erganedm]. European Commission, Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250527-1>
- Frank, F., Jablotschkin, M., Arthen, T., Riedel, A., Fangmeier, T., Hölzel, L. P., & Tebartz van Elst, L. (2018). Education and employment status of adults with autism spectrum disorders in Germany — A cross-sectional-survey. *BMC Psychiatry*, 18, 75. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1645-7>
 - Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>
 - Espelöer, J., Proft, J., Falter-Wagner, C. M., & Vogeley, K. (2023). Alarmingly large unemployment gap despite of above-average education in adults with ASD without intellectual disability in Germany: A cross-sectional study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(3), 731–738. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01424-6>
 - Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
 - Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
 - Fyfe, C., Winell, H., Dougherty, J., Gutmann, D. H., Kolevzon, A., Marrus, N., Tedroff, K., Turner, T. N., Weiss, L. A., Yip, B. H. K., Yin, W., & Sandin, S. (2026). Time trends in the male to female ratio for autism incidence: Population based, prospectively collected, birth cohort study. *BMJ*, 392, e084164. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-084164>
 - Höfer, J., Hoffmann, F., Kamp-Becker, I., Poustka, L., Roessner, V., Stroth, S., Wolff, N., & Bachmann, C. J. (2019). Pathways to a diagnosis of autism spectrum disorder in Germany: A survey of parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 16. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0276-1>
 - Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
 - Ivanova, M., Holstiege, J., Akmatov, M. K., Müller, D., & Kohring, C. (2025). Inzidenz von AD(H)S-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten, 2015–2024. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122, 697–698. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0167>
 - Höfer, J., Hoffmann, F., Dörks, M., Kamp-Becker, I., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Stroth, S., Wolff, N., & Bachmann, C. J. (2022). Health services use and costs in individuals with autism spectrum disorder in Germany: Results from a survey in ASD outpatient clinics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 540–552. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04955-4>
 - hkk Krankenkasse. (2026, April 1). *Mehr Kinder und Jugendliche mit Autismus — hkk-Datenanalyse* [Pressemitteilung]. <https://www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2>

- Kadi, R., Gayed, F., Kauzman, P., Amam Ali, Z., Dmitriev, I., Mikhael, V., Ghabi, R., Hamamji, J., Jabbour, S., Mrchak, M., & Matoori, S. (2024). Autism spectrum disorder: Practice guidelines for pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. <https://doi.org/10.1177/17151635241228495>
- Kronenberg, L. M., Slager-Visscher, K., Goossens, P. J. J., van den Brink, W., & van Achterberg, T. (2014). Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): A patient's perspective. *BMC Psychiatry*, 14, 264. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0264-1>
- Hours, C., Recasens, C., & Baleyte, J.-M. (2022). ASD and ADHD comorbidity: What are we talking about? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837424. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.837424>
- Lawson, W. B. (2024). *Autism and being monotropic: What medical and other practitioners need to know*. Springer Nature Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-96-2564-2>
- 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>
- Mansour, H., Kurana, S., Eshetu, A., Hoare, S., El Baou, C., Arnold, I., Halys, C., Stewart, G. R., Desai, R., John, A., Mandy, W., O'Nions, E., & Stott, J. (2025). Prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in autistic children or young people (CYP) and adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 120, 102621. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102621>
- Maslahati, T., Bachmann, C. J., Höfer, J., Küpper, C., Stroth, S., Wolff, N., Poustka, L., Roessner, V., Kamp-Becker, I., Hoffmann, F., & Roepke, S. (2022). How do adults with autism spectrum disorder participate in the labor market? A German multi-center survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(3), 1066–1076. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05008-6>
- O'Nions, E., Petersen, I., Buckman, J. E. J., Charlton, R., Cooper, C., Corbett, A., Happé, F., Manthorpe, J., Richards, M., Saunders, R., Speyer, L. G., Stott, J., Valdersnes, K. B., Velthorst, E., Walters, K., Zanker, C., Mandy, W., & Lewer, D. (2023). Autism in England: Assessing underdiagnosis in a population-based cohort study of prospectively collected primary care data. *The Lancet Regional Health — Europe*, 29, 100626. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100626>
- Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism*, 14(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>
- O'Nions, E., Lewer, D., Petersen, I., Brown, J., Buckman, J. E. J., Charlton, R., Cooper, C., El Baou, C., Happé, F., Manthorpe, J., McKechnie, D. G. J., Richards, M., Saunders, R., Zanker, C., Mandy, W., & Stott, J. (2024). Estimating life expectancy and years of life lost for autistic people in the UK: A matched cohort study. *The Lancet Regional Health — Europe*, 36, 100776. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100776>
- Rong, Y., Yang, C.-J., Jin, Y., & Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in*

Autism Spectrum Disorders, 83, 101759. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759>

- Stewart, G. R., & Happé, F. (2025). Aging across the autism spectrum. *Annual Review of Developmental Psychology*, 7, 4.1–4.24. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-111323-090813>
- Tromans, S., Chester, V., Kiani, R., Alexander, R., & Brugha, T. (2018). The prevalence of autism spectrum disorders in adult psychiatric inpatients: A systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14, 177–187. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010177>
- Trundle, G., Jones, K. A., Ropar, D., & Egan, V. (2023). Prevalence of victimisation in autistic individuals: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2282–2296. <https://doi.org/10.1177/15248380221093689>
- Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2021). Understanding the substance use of autistic adolescents and adults: A mixed-methods approach. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 673–685. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00160-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00160-7)
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11) — Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*, 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder; 6A02 Autism spectrum disorder. WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yerys, B. E., Tao, S., Shea, L., & Wallace, G. L. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder in Medicaid-enrolled autistic adults. *JAMA Network Open*, 8(2), e2453402. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.53402>
- Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children — what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>
- Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The ‘double empathy problem’. *Disability & Society*, 27(6), 883–887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
- Milton, D., Gurbuz, E., & López, B. (2022). The ‘double empathy problem’: Ten years on. *Autism*, 26(8), 1901–1903. <https://doi.org/10.1177/13623613221129123>
- Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139–156. <https://doi.org/10.1177/1362361305051398>
- Nyrenius, J., Eberhard, J., Ghaziuddin, M., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2022). Prevalence of autism spectrum disorders in adult outpatient psychiatry. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(11), 5005–5012. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05411-z>
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Macmillan.
- Papadopoulos, C., Adkin, T., Munday, K., & Gray-Hammond, D. (2025). Predictors of depression and anxiety among self-medicating autistic adults. *Neurodiversity*, 3, 27546330251344453. <https://doi.org/10.1177/27546330251344453>
- Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual Research Review: Shifting from “normal science” to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13534>
- Pryke-Hobbes, A., Davies, J., Heasman, B., Livesey, A., Walker, A., Pellicano, E., & Remington, A. (2023). The workplace masking experiences of autistic, non-autistic neurodivergent and neurotypical adults in the UK. *PLoS ONE*, 18(9), e0290001. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290001>

[//doi.org/10.1371/journal.pone.0290001](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290001)

- Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). "Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew": Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Schlack, R., Beyer, A.-K., Stollberg, S., Hölling, H., Romanos, M., Huss, M., & Bachmann, C. J. (2024). Differences in frequency between administrative and parent-reported ADHD diagnosis data of children and adolescents taking sociodemographic characteristics into account — Results from the consortium project INTEGRATE-ADHD. *Journal of Health Monitoring*, 9(3), e12674. <https://doi.org/10.25646/12674>
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., & Maenner, M. J. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(2), 1–22. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1>
- Shaw, S. C. K., McCowan, S., Doherty, M., Grosjean, B., & Kinnear, M. (2021). The neurodiversity concept viewed through an autistic lens. *Lancet Psychiatry*, 8(8), 654–655. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00247-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00247-9)
- Shaw, S. C. K., Carravallah, L., Johnson, M., O’Sullivan, J., Chown, N., Neilson, S., & Doherty, M. (2024). Barriers to healthcare and a ‘triple empathy problem’ may lead to adverse outcomes for autistic adults: A qualitative study. *Autism*, 28(7), 1746–1757. <https://doi.org/10.1177/13623613231205629>

Expert:innen für Fachvorträge und Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige

Ergänzung zum Handout · Stand: 12.09.2026

- attwoodandgarnettevents.com — Prof. Tony Attwood und Dr. Michelle Garnett. International anerkannte Autismus-Expert:innen, klinische Psycholog:innen, Autor:innen und Forscher:innen (über 80 Jahre kombinierte Erfahrung, 16 Fachbücher); Kurse und Veranstaltungen für Fachpublikum, Eltern und Kliniker:innen. Attwood ist selbst autistisch, Garnett berichtet aus gelebter AuDHD-Erfahrung. Englischsprachig (Australien).
- autismusinfo.com — Sigrid Andersen. Spätdiagnose Autismus-Spektrum und ADHS mit 45; danach Ausbildung zur Autismus- und ADHS-Coachin. Beratung für Privatpersonen und Organisationen; Blog; Tools, Links und Fragebögen; Community-Angebot.
- bloomnow.at — Anna Christine Enzinger. Coaching und Beratung für neurodivergente Menschen, Teams und Organisationen; verbindet neurodivergente Perspektiven mit systemischer Strategie und KI; App in Entwicklung; kostenloses Erstgespräch.
- shino.me — Shino Me. NeuroZeit-Reihe: Interviews und Podcast, Newsletter („Leben“, „Arbeit“) mit neurodivergenten Menschen und Allies. Porträt-Reihe „Menschen, die bewegen“ mit u. a. Andrea Halbritter (Leichte Sprache & Inklusion), Marc Haunschild (digitale Barrierefreiheit), Olivia Richter (Webdesign & Barrierefreiheit), Tasso Mitsarakis (neurodivergente Perspektiven & KI-Coaching), Christina Pallmann (Diversität & Inklusion), Landu Malambu (Bildungsförderung & Inklusion), Dr. Antje Heyer.
- skogglade.de / skogglade.ch — Beratung für Menschen und Unternehmen („Verstehen. Begleiten. Stärken.“); Schwerpunkte Gesundheit & Soziales sowie Struktur & Lehre; u. a. Fachtag „Neurodiversität und Trauma“. In der Schweiz: Claudia Rittinghaus, Expertin für Neurodivergenz und neurodivergente Gesundheitsthemen; diplomierte Pflegefachfrau, Coach, Beraterin und Dozentin für ADHS- und Autismus-Fortbildungen, eigene Praxis — vor Ort, telefonisch und online; traumainformiert und bedürfnisorientiert, aus eigener Betroffenen- und Familienerfahrung.

Hinweis zur Perspektive. Dieses Handout wurde von Sina Rampe verfasst und mehrfach mit KI überarbeitet (Claude Opus via Claude Cowork; GLM 5.3 in Hermes Agent).

Korrekturhinweis und ergänzende Diagnosequellen

Korrigierte Fassung · 13.09.2026

Der ursprüngliche Vortragstermin bleibt der 21.05.2026.

Überarbeitet wurden die ICD-/DSM-Einordnung von ADHS und Autismus, die Unterscheidung von Entwicklungsbeginn und Diagnosezeitpunkt, die Zuordnung von Diagnosecodes und Unterstützungsbedarf sowie die PTBS-Kodierung. Unbelegte Kausalsätze zu Diagnosetrends wurden entfernt. Aussagen zur Behandelbarkeit, zu Diagnostikverfahren und Monotropismus wurden eingegrenzt; die pauschale Folgerung einer anderen Pharmakotherapie bei autistischem Burnout wurde gestrichen.

Umfang: Diese gezielte Korrektur ersetzt keinen vollständigen Faktencheck aller Studien, Prävalenzzahlen, Praxisempfehlungen und Personenangaben. Unveränderte Abschnitte sind dadurch nicht neu bestätigt. Die Übersicht ist kein diagnostisches Instrument.

Ergänzende Quellen

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. [WHO-Publikation](#). Maßgeblich hier: englische CDDR, S. 124–126 und 142–145. [Gelesene englische PDF-Kopie](#).

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. [Klinische Leitlinien](#), Abschnitt F90.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2025). *ICD-10-GM Version 2026*. [F90–F98](#); [F80–F89](#).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o. D.). *ICD-11*. [Stand der Einführung in Deutschland](#).

Centers for Disease Control and Prevention. (2026, July 30). *Clinical care of ADHD in children*. [Offizielle Zusammenfassung der DSM-Anforderungen](#).

Centers for Disease Control and Prevention. (2025, May 8). *Clinical testing and diagnosis for autism spectrum disorder*. [DSM-Kriterien und Unterstützungslevel](#).

Redaktion: Sina Rampe; KI-gestützte Korrekturvorbereitung mit Hermes Agent. Die vorliegende Fassung enthält die oben beschriebenen Korrekturen. Die Diagnoseanforderungen wurden anhand der genannten Quellen geprüft; das DSM-Manual wurde dabei nicht vollständig neu gelesen.