

Modediagnosen oder überfällige Wahrnehmung?

AHDS, Traumafolgestörung und noch viele mehr
9.9.2026

Dr. Gerhard Sütfels M. A.
Chefarzt
Sozialpsychiatrie, Suchtmedizin und Psychotherapie



DGD Stiftung
Mehr als
Medizin

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Autismus, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Modediagnosen?

**Gibt es gar nicht.
Provokanter Titel.**

Es gibt nur (richtig oder falsch) gestellte Diagnosen.

Unterdiagnostik – gute Diagnostik – Überdiagnostik

- Unterdiagnostik: reale Erkrankungen werden übersehen.
- Überdiagnostik: Symptome oder Variationen werden vorschnell pathologisiert.
- Gute Diagnostik: Symptome, Entwicklung, Kontext, Funktion und Komorbidität zusammenführen.

Was heißt für uns „gute Diagnostik“?

- Anliegen und Auftrag klären
- aktuelle Symptomatik und Schweregrad erfassen
- Entwicklung und Biografie berücksichtigen
- Funktionsniveau und Kontext erfassen
- Differentialdiagnosen und somatische Faktoren prüfen
- Komorbiditäten und Substanzkonsum erfassen

Zunahme von Diagnosen?

Ambulante Diagnosen:

Laut RKI erhielten im Jahr 2024 rund 40,9 % der Erwachsenen in Deutschland in der ambulanten Versorgung mindestens eine F-Diagnose (Frauen mit 44,3 % häufiger als Männer mit 36,8 %).

Arbeitsausfälle auf Rekordniveau: Psychische Erkrankungen mittlerweile an der Spitze aller Ursachen für Fehlzeiten stehen. Allein im ersten Halbjahr 2026 stiegen die entsprechenden Krankschreibungen nochmals um 9 % im Vergleich zum Vorjahr.

Zunahme von Diagnosen?

Erwerbsminderungsrenten: Psychische Störungen sind der häufigste Grund für vorzeitige Renteneintritte.

Junge Generationen: Ein besonders starker Anstieg an Diagnosen und stationären Behandlungen (wie Depressionen, Angststörungen und ADHS) wird bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Gen Z) beobachtet.

Zunahme von Diagnosen?

Experten betonen, dass die Zunahme der Diagnosen nicht automatisch bedeutet, dass die Bevölkerung "kränker" geworden ist.

Es handelt sich um ein Zusammenspiel aus veränderten Rahmenbedingungen und realen Belastungen:

Ursachen

1. Enttabuisierung und gesteigerte Sensibilität

- **weniger gesellschaftliche Stigmatisierung** psychischer Probleme
- Betroffene suchen heute **früher und häufiger professionelle Hilfe**
- Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten erkennen und dokumentieren psychische Störungen **sensibler** als früher. [RKI]

Ursachen

2. Veränderungen in der Arbeitswelt

- Verdichtung der Arbeit, ständige Erreichbarkeit und verstärkter psychischer Leistungsdruck
- weniger körperliche Belastungen im Job, während die psychosozialen Stressfaktoren steigen. [u.a. DÄB]

Ursachen

3. Globale Krisen und gesellschaftliche Unsicherheit

- Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie, insbesondere bei Jugendlichen
- Inflation, geopolitische Krisen und Zukunftsängste belasten das allgemeine Wohlbefinden spürbar. [u.a. PKV]

Ursachen

4. Medienkonsum und Social Media

- Die permanente Informationsflut und der Einfluss sozialer Netzwerke begünstigen nachweislich
- Einsamkeit,
- Minderwertigkeitsgefühle und
- Reizüberflutung, vor allem bei Jüngeren. [u. a. Hogrefe econtent]

Ursachen

5. Erweiterung diagnostischer Kriterien ("Concept Creep")

- Medizinische Leitlinien und Diagnosesysteme (wie der Übergang zu ICD-11) fassen psychische Störungsbilder heute teilweise weiter oder definieren Subtypen exakter, was die Zahl der dokumentierten Diagnosen mathematisch erhöht. [u.a. Gelbe Liste][
- mongering

DAK-Analyse

ADHS bei Kindern: Warum die Diagnosen deutlich zunehmen

Aktualisiert am 09.08.2026, 13:39 Uhr



/EB.DE



Mädchen mit ADHS zeigen oft den unaufmerksamen Typ. Sie wirken eher verträumt, abwesend oder in sich gekehrt statt wild und laut. © Getty Images/Jacob Wackerhausen

🕒 Lesedauer: 2 Min.



Immer mehr Kinder und Jugendliche – darunter viele Mädchen – bekommen eine ADHS-Diagnose. Was Experten aus den Daten einer neuen Analyse ableiten.

Die Zahl der ADHS-Neudiagnosen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist deutlich gestiegen. Im Jahr 2024 gab es im Vergleich zum Vorjahr 16 Prozent mehr Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern bis einschließlich 17 Jahren: Dies zeigt eine aktuelle Analyse der DAK-Gesundheit, die der Nachrichtenagentur AFP vorlag. Hochgerechnet wurde damit 2024 bundesweit bei rund 202.000 jungen Menschen erstmals [ADHS](#) diagnostiziert.



Interview Mehr als nur Hy...

Die drei Gesichter von ADHS: Neue Studie enthüllt Unterschiede

13. März 2026 von Alina
Lingg

Jungen bekamen demnach etwa doppelt so häufig eine Erstdiagnose wie Mädchen. Hochgerechnet betraf das 2024 rund 136.500 Jungen und 65.000 Mädchen. Zugleich stiegen die Neudiagnosen bei Mädchen um 21 Prozent binnen eines Jahres an – und damit viel stärker als bei Jungen mit gut 14 Prozent. Im Vergleich zu 2020 gab es bei Mädchen sogar ein Plus von rund 46 Prozent.

Experte: ADHS ist keine "Modediagnose oder Überdiagnostik"

deutlich

Bei ADHS handele es sich nicht um eine "Modediagnose oder Überdiagnostik", betonte Christoph Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Berliner Charité. Zunehmender Druck und Stress oder auch negative Einflüsse sozialer Medien könnten bei einer genetischen Veranlagung dazu führen, dass eine psychische Erkrankung eher zum Tragen komme. Zudem sei das Thema in der Öffentlichkeit präsenter.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht? Brainstorming

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Zentrale Fragen

- Wie kommen wir zu einer belastbaren Diagnose?
- Wie werden erkrankte Menschen am besten behandelt?

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (**ADHS**, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

ADHS

Wieviel Aufmerksamkeit und Konzentration ist „normal“?

S. 21

ADHS-Spektrum: Wo fängt „krank“ an und wo hört „gesund“ auf?

S. 25

ADHS: eine Entwicklungsstörung

S.26f

„Die Welt der Frauen und Mädchen mit AD(H)S“

C Carl, I Ditrach, C Koentges, S Matthies, 2026⁸

ADHS Neue Leitlinie 2026

GBA: 313.000 Euro Prof. Dr. Tobias Banaschewski ZI Mannheim

Laufzeit: 10/2022 – 09/2026

Fünf bis sieben Prozent aller Kinder und Jugendlichen sowie **drei Prozent** der Erwachsenen in Deutschland sind von einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen.

Frankfurt 750.000 -> 22.500 -> Versorgungsgebiet 5.000

Damit ist ADHS hierzulande eine der häufigsten psychischen Erkrankungen.

ADHS Neue Leitlinie

Zu den Kernsymptomen zählen

- ausgeprägte Konzentrationsstörungen,
- starke Impulsivität
- und körperliche Unruhe.

Betroffene können **oft nur deutlich eingeschränkt** am sozialen, schulischen oder beruflichen Leben teilnehmen und leiden unter zahlreichen Begleiterkrankungen.

Die Therapie von ADHS ist komplex; sie richtet sich nach einer Leitlinie, die evidenzbasierte Handlungsempfehlungen umfasst und unterschiedliche Ausprägungen und Krankheitsbilder berücksichtigt.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (**ADHS**, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)
Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung
Was können wir?

ADHS Diagnose

Aufmerksamkeit	Überaktivität und Impulsivität
1. Sorgfaltsfehler	1. Zappeln mit Händen und Füßen
2. Ausdauerprobleme	2. Kann nicht lange sitzen bleiben
3. Scheint nicht zuzuhören	3. Fühlt sich unruhig
4. Schließt Aufgabe nicht ab	4. Kann nicht leise sein
5. Organisationsprobleme	5. Immer in Bewegung, wie aufgezogen
6. Vermeidet Aufgaben mit langer Aufmerksamkeitsbelastung	6. Exzessives Reden
7. Verliert Sachen	7. Kann nicht abwarten, bis anderen ausgesprochen haben
8. Leicht ablenkbar	8. Ungeduldig, kann nicht warten
9. vergesslich	9. Stört andere in der Beschäftigung
Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10	

ADHS Diagnose

Drei Zusatzkriterien (nach ICD-10)

1. Nachweis, dass die Erkrankung bereits vor dem 7. Lebensjahr (ICD-10) oder vor dem 12. Lebensjahr (DSM-5) bestand!

2. Pervasivitätskriterium:
Auffälligkeiten in mehr als einem Lebensfeld

3. Nachweis funktioneller Einschränkungen im Lebensalltag und Einbußen der Lebensqualität

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10

ADHS Diagnose

„Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist ein klinischer Entscheidungsprozess.

Ein wie auch immer gearteter biologischer oder sonstiger Text, mit dem die Diagnose gesichert werden kann, steht aktuell nicht zur Verfügung.“

Rösler, Romanos, Philipsen, 2024 (S. 555)

ADHS Diagnose

- Beginn im Kindesalter (vor 7. oder 12. Lebensjahr)
- Diagnosekriterien (18 Kriterien)
- Quantitative Darstellung der ADHS Psychopathologie
- Alltagsfunktionalität und Lebensqualität
- Komorbide psychische Erkrankungen
- Komorbide somatische Erkrankungen

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (**ADHS**, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (**ADHS**, Traumafolgestörungen, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

ADHS Borsig

- Diagnostik (für schwerer Betroffene in unserem Versorgungsgebiet)
- Behandlung (Komplexbehandlung)
 - Vorbereitungsgruppe (geplant fünf Termine)
 - Medikamentöse Einstellung und ärztliche Behandlung (vier-wöchentlich)
 - Psychotherapeutische Gespräche (vier-wöchentlich)
 - ADHS-Coaching

Nicht: Nur Medikation!

ADHS Borsig

- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Bewegung

— ALLES RUND UM ADHS

Die neue S3-Leitlinie ADHS (2026): Was sich für Erwachsene bei der Diagnose ändert

Von David Beck · 05. Juli 2026 · ca. 11 Min. Lesezeit

[Neue S3-Leitlinie ADHS 2026: Das ändert sich bei der Diagnose](#)

Das ändert sich 2026: Die wichtigsten Neuerungen im Überblick

1. Die Diagnostik rückt in den Mittelpunkt
2. Klarere Regeln, wer diagnostizieren darf
3. Anschluss an ICD-11 und DSM-5
4. Digitale Diagnostik wird anerkannt
5. Multimodale Therapie gestärkt

[Neue S3-Leitlinie ADAhttps://www.test-adhs.de/testungen/adhs-diagnostik](https://www.test-adhs.de/testungen/adhs-diagnostik)
[DHS-Test online für Erwachsene – Termin in 1 Woche](#)
[HS 2026: Das ändert sich bei der Diagnose](#)

PREIS

Was die Testung kostet

589 €

- Strukturiertes klinisches Interview (45 Min.)
- Alle Testverfahren (CAARS, HASE mit WURS-K, ADHS-SB, WR-SB)
- Differenzialdiagnostik (u. a. BDI, FPI-R)
- Ausführlicher schriftlicher Befundbericht
- Vier-Augen-Prinzip mit approbierter Fachkraft
- Keine versteckten Kosten

Alle Preise im Detail →

[ADHS-Test online https://www.test-adhs.de/testungen/adhs-diagnostikfür Erwachsene – Termin in 1 Woche](https://www.test-adhs.de/testungen/adhs-diagnostikfür%20Erwachsene)

Daran erkennst du eine leitliniengerechte Diagnostik

Die Leitlinie ist gut – aber sie nützt dir nur, wenn dein Anbieter sie auch lebt. Mit diesen fünf Fragen kannst du selbst prüfen, ob eine Testung dem aktuellen Standard entspricht:

1. **Wird meine gesamte Lebensgeschichte einbezogen?** ADHS muss sich bis in Kindheit oder Jugend zurückverfolgen lassen. Eine reine Momentaufnahme reicht nicht.
2. **Kommen lizenzierte Testverfahren zum Einsatz?** Anerkannte Instrumente wie CAARS oder HASE sind Pflicht, kein selbstgebasteltes Quiz.
3. **Gibt es eine Fremdeinschätzung?** Die Perspektive einer nahestehenden Person erhöht die diagnostische Sicherheit deutlich.
4. **Werden andere Ursachen ausgeschlossen?** Depression, Angst, Schlafmangel oder Schilddrüsenprobleme müssen aktiv geprüft werden.
5. **Wer nimmt den Bericht final ab?** Eine approbierte Fachkraft sollte das letzte Wort haben.

Wenn ein Anbieter bei diesen Fragen ins Schwimmen gerät, ist Vorsicht angebracht. Eine seriöse Praxis beantwortet sie ohne Zögern – Transparenz ist hier kein Service, sondern Standard.

[nose](#)

ADHS: diagnostische Orientierung

- Konzentrationsprobleme sind unspezifisch.
- Entwicklungsgeschichte und Beginn der Symptomatik sind zentral.
- Beeinträchtigungen sollen in mehreren Lebensbereichen berücksichtigt werden.
- Differentialdiagnostik: u. a. Depression, Angst, Schlafstörung, Trauma, Substanzkonsum.
- Komorbiditäten sind Teil der Therapieplanung.

ADHS: Was lernen wir aus der Leitlinie?

- Die 2026 aktualisierte S3-Leitlinie stärkt die differenzierte Diagnostik.
- Behandlung soll individuell an Symptomen, Beeinträchtigung, Komorbiditäten und Präferenzen ausgerichtet werden.
- Pharmakotherapie ist bei entsprechender Indikation eine wichtige Behandlungsoption.
- Psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen ergänzen das Behandlungskonzept.

ADHS: Was bedeutet das für unsere Abteilung?

- Diagnostik nicht von Sucht- und Komorbiditätsdiagnostik trennen.
- Medikation im Gesamtkonzept betrachten.
- Funktionelle Ziele definieren: Alltag, Arbeit, Beziehungen, Selbststeuerung.
- Verlauf und Nutzen regelmäßig überprüfen.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, **Traumafolgestörungen**, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

PTBS: Normale Erinnerungen

- Kontrolle vorhanden
- Anfang und Ende vorhanden
- relativ vollständig
- zeitliche Einordnung möglich
- verarbeitete Gefühle
- mit Bildern verbunden
- mit Sprache verbunden, verbalisierbar

wibke.voigt@diakonie-duesseldorf.de

PTBS: Traumatische Erinnerungen

- keine Kontrolle; Auslöser: Trigger
- Anfang/Ende fehlen oft, also endlos, ewig
- unvollständig, splitterhaft
- zeitliche Einordnung fehlt, oft nicht möglich
- unverarbeitete Gefühle von Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht genauso stark
- oft ohne Bilder
- nicht verbalisierbar: „sprachloser Terror“

wibke.voigt@diakonie-duesseldorf.de

Trauma: Wie frage ich danach?

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei jeder psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung im Erwachsenenalter soll erfasst werden, ob ein potenziell traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte erlebt wurde.	
	vgl. Bovin et al. (2021); Greene et al. (2016); Padin et al. (2022); Schnurr et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,8 % (Starker Konsens)	

Trauma: Wie frage ich danach?

1.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Bei Vorliegen mindestens eines potenziell traumatischen Ereignisses soll zur Unterstützung der (k)PTBS-Diagnostik ein strukturiertes Interview angewandt werden oder die Erfassung der posttraumatischen Symptomatik mittels eines validierten Selbstberichtsinstrumentes erfolgen. Wenn möglich, ist ein strukturiertes Interview zu bevorzugen.	
	vgl. Margraf & Schneider (2009); Schellong et al. (2019)	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

1.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als strukturierte Interviews sollen aufgrund ihrer psychometrischen Güte die deutschen Versionen des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) oder der CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) zur Diagnostik der PTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Wojujutari et al. (2024)	
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	

Trauma: Wie frage ich danach?

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als strukturiertes Interview soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) zur Diagnostik der kPTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Als Selbstberichtsinstrument soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD 11) zur Erfassung der komplexen posttraumatischen Symptomatik verwendet werden.	
	vgl. Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

PTBS – Trauma ernst nehmen, aber nicht inflationär verwenden

Traumatische Erfahrung $\neq$ automatisch PTBS.

PTBS: diagnostische Orientierung

- Traumaanamnese aktiv und sensibel erheben.
- Ereignis, Symptomatik, Verlauf und funktionelle Beeinträchtigung zusammenführen.
- Komplexe Verläufe und Komorbiditäten berücksichtigen.
- Sucht, Depression, Dissoziation und andere Störungen aktiv mitdenken.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, **Traumafolgestörungen**, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

PTBS Diagnose (ICD-10)

Wiedererleben	Vermeidung	Übererregung
Unwillkürliches, aufdringliches, belastendes Wiedererinnern in Form	1. Aktives Meiden (innerer) Erinnerungsreize (Gedanken, Gefühle)	1. Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern
1. von Intrusionen	2. Aktives Meiden (äußerer) Erinnerungsreize (Personen, Orte, Aktivitäten)	2. Schlafstörungen
2. von Alpträumen		3. Erhöhte Reizbarkeit und Wut
3. von Flashbacks		4. Konzentrations-schwierigkeiten
		5. Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit
Diagnostische Kriterien nach ICD-10		

PTBS Diagnose

Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker 2019, 2024

Einteilung nach Verursachung	Einteilung nach Ereignistyp		
	Typ I Traumata	Typ II Traumata	Krankheitsbedingte T.
Akzidentelle Traumata	• Verkehrsunfälle • Berufsbedingte T. (Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) • Kurze Naturkatastrophen (Wirbelsturm, Brand)	• Lange Naturkatastrophen (Erdbeben mit Nachb., Überschwemmung) • Technische Katastrophen (Giftgas) mit anhaltenden Folgen	• Akute lebensgefährliche Erkrankung (Notfälle) • Lebensbedrohliche schwerste Krankheit (Malignome) • Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (Defibrillation)
Interpersonelle Traumata	• Sexuelle Übergriffe (Vergewaltigung) • Kriminelle bzw. körperliche Gewalt • Zivile Gewalt (Banküberfall)	• Sexueller u. körperlicher Missbrauch • Kriegserleben • Geiselhaft • Folter, politische Inhaftierung	• Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler

PTBS Diagnose (ICD-10)

- A) **Traumatisches Ereignis:** Aussetzung einem Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, das bei fast jedem tiefe Verzweiflung auslösen würde. [objektiv!]
- B) **Wiedererleben (Intrusion):** Anhaltendes Erinnern oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen oder innere Bedrängnis in ähnlichen Situationen.
- C) **Vermeidung:** Bewusstes Meiden von Umständen, die der Belastung ähneln oder damit im Zusammenhang stehen, sowie emotionale Taubheit und Teilnahmslosigkeit.
- D) **Übererregung (Arousal):** Anhaltende Symptome erhöhter psychischer Sensitivität und Erregung, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale vorliegen müssen: **Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz** (übermäßige Wachsamkeit) oder **erhöhte Schreckhaftigkeit**. Alternativ kann die teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern, als Ersatzkriterium für Teil D dienen.

Zusätzlich muss die Symptomatik **länger als einen Monat** andauern und zu wesentlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führen. Die Diagnose erfordert, dass alle genannten Kriterien (Vollbild) erfüllt sind und ein kausaler Zusammenhang zum Trauma besteht.

PTBS Diagnose (ICD-10)

Was kennzeichnet eine traumatische Situation?

Das (*subjektive*) Erleben von

- Todesangst
- absoluter Hilflosigkeit
- Kontrollverlust und Ohnmacht

PTBS Diagnose

PTBS und kPTBS nach ICD-11

PTBS	
traumatisches Ereignis	sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen kPTBS: meist langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt)
Wiedererleben	(1) intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
Vermeidung	Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
Übererregung	(1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
Beeinträchtigung	funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen

PTBS Diagnose

PTBS und kPTBS nach ICD-11	
PTBS	
zusätzlich zur Diagnose der kPTBS	
Schwierigkeiten der Emotionsregulation	(1) erhöhte Reizbarkeit und Wut oder (2) verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit
verändertes Selbstbild	(1) anhaltendes negatives Selbstbild, das dazu führt, dass die Person sich als beschädigt oder wertlos wahrnimmt oder (2) tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen
interpersonelle Schwierigkeiten	anhaltende Schwierigkeiten, (1) Beziehungen aufrechtzuerhalten oder (2) sich anderen nahe zu fühlen.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, **Traumafolgestörungen**, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

kPTBS: Behandlung

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psycho-therapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation, und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.	

PTBS: Behandlung

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung		Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Bei der Behandlung der PTBS soll primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl, beispielsweise bei Patient:innenpräferenz, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie.		
Hofman et al. 2018, Hetrick et al. 2010, Hoskins et al. 2021, Kunzke et al. 2019, Lee et al. 2016, Merz et al. 2019*, Sonis & Cook 2019, Stewart & Wrobel 2009, Storm et al. 2021.			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Drop-out: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)		
*GRADE-Profil			

PTBS: Behandlung

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad A ↑↑	Eine psychopharmakologische Behandlung der PTBS soll mit Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin* oder Venlafaxin* erfolgen.	

* Off label

PTBS: Behandlung (Physio- und Soziotherapie)

4.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Personen mit (k)PTBS kann Physiotherapie bzw. Soziotherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
	Konsensstärke: 80 % (Konsens)	
*unter einem multimodalen Behandlungsplan verstehen wir alle Varianten der Kombination der Standardverfahren und adjuvanten Verfahren in stationären, ambulanten, sektoren- und rechtskreisübergreifenden Settings in der Krankenbehandlung und Rehabilitation.		

PTBS: Behandlung (Sport- und Bewegung)

4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad B ↑	Personen mit (k)PTBS sollte Sport- und Bewegungstherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	

PTBS: Behandlung (Künstlerische Therapie)

4.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Personen mit (k)PTBS können aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting auch hinsichtlich der Wirkung auf komorbide Störungen adjuvante Künstlerische Therapien* in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	

* (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theater-, expressives Schreiben und Poesietherapie)

PTBS: Behandlung (Ergotherapie)

4.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
EK	Patient*innen mit (k)PTBS, die aufgrund von Einschränkungen in Körperfunktionen, -strukturen, bedeutungsvollen Betätigungen sowie Alltagsaktivitäten und beruflichen Anforderungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, sollte eine ergotherapeutische Intervention als adjuvante Maßnahme in einem integrativen Gesamtbehandlungsplan angeboten werden.	

PTBS: Was lernen wir aus der neuen S3-Leitlinie 2026 zur Behandlung?

- Traumafokussierte Psychotherapie soll primär angeboten werden.
- EMDR und traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren gehören zu den zentralen Ansätzen.
- Pharmakotherapie ist grundsätzlich zweite Wahl, z. B. bei Präferenz, fehlender Verfügbarkeit oder unzureichendem Ansprechen.
- Komorbide psychische Störungen sind nicht grundsätzlich ein Ausschluss für traumafokussierte Behandlung.

PTBS + Sucht: die Doppeldiagnose ernst nehmen

- Sucht kann der kurzfristigen Regulation traumabezogener Zustände dienen.
- Trauma kann die Aufrechterhaltung des Substanzkonsums beeinflussen.
- Nicht: „erst die Sucht, dann das Trauma“ als starres Schema.
- Stattdessen: abgestimmte bzw. integrierte Behandlungsplanung.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?

Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?

Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, **Traumafolgestörungen**, Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

PTBS Borsig

- Ansprechpartner im Notfall bei akuten Belastungen (Belastungs-, Anpassungsstörungen)
- Kontakt zu Frauenhäusern, Flüchtlingswohnheimen
- Diagnostik (für schwerer Betroffene in unserem Versorgungsgebiet)
- Behandlung
 - Kontakt zur Psychotherapie-Ambulanz (KHM) und zu stationärer Traumatherapie
 - Kontakt zu Altkönig-Stationen
 - Medikamentöse Einstellung und ärztliche Behandlung (vier wöchentlich)
 - Psychotherapeutische Gespräche (vier wöchentlich)
 - Sozialmedizinische Beratung und Unterstützung

PTBS Borsig

- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Bewegung

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, **Autismus**,
Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Autismus – Spektrumdiagnostik und individueller Unterstützungsbedarf

Die Diagnose soll erklären und unterstützen – nicht den Menschen festlegen.

Autismus: diagnostische Orientierung

- Einzelne autistische Merkmale sind noch keine Autismus-Spektrum-Störung.
- Entwicklungsgeschichte und soziale Kommunikation sind zentral.
- Repetitive bzw. eingeschränkte Verhaltens- und Interessenmuster berücksichtigen.
- Komorbiditäten und funktionelle Auswirkungen erfassen.

Autismus: Leitlinienlage kritisch einordnen

- Die deutsche Therapie-S3-Leitlinie stammt aus 2021; die Gültigkeit ist 2026 ausgelaufen.
- Die Diagnostik-Leitlinie stammt aus 2016 und ist ebenfalls nicht mehr aktuell.
- Leitlinienwissen nutzen, aber Aktualitätsgrenzen transparent machen.
- Aktualisierung der Leitlinienlage beobachten.

Autismus Diagnose

	ICD-10		DSM-5
1	Störung der Interaktion	A	Störung der Interaktion und Kommunikation a. Kommunikation gestört (verbal und nonverbal) b. Mangel an sozioemotionale Gegenseitigkeit c. Unfähigkeit, zu Gleichaltrigen Beziehungen aufzubauen
2	Störung der Kommunikation	B	Stereotypes, repetitives Verhalten a. Motorisch oder verbal b. Festhalten an Routinen c. Restriktive Interessen d. Hyper- oder Hyporeaktivität auf Umweltreize
3	Stereotypes, repetitives Verhalten		
4	Seit früherster Kindheit, vor dem 3. LJ	C	Seit frühester Kindheit, kann sich zeigen, wenn soziale Anforderungen steigen (Ausschluss: gute soziale und kommunikative Fertigkeiten in der Kindheit)
5	Funktionsfähigkeit in den drei psychopathologischen Bereichen herabgesetzt	D	Klinisch bedeutsame Behinderung in sozialem, schulischem, beruflichen oder anderen Alltagsbereich
6	Keine andere Erkrankung ist Ursache.	E	Keine andere Erkrankung ist Ursache.

Leicht abgewandelt nach Vogeley und Kamp-Becker, 2024, 541

Autismus Diagnose

- genetisch bedingt, neurobiologisch verankert
- kein biologischer bzw. genetischer Marker aktuell verfügbar
- rein klinische Diagnose
- Grundprinzip: andere Diagnosen ausschließen

Vogeley, Kamp-Becker, 2024, 545ff.

Autismus Diagnose

- Screening: Für Erwachsene sind **keine** validen Screening-Verfahren verfügbar
- Internet: AQ Autismus-Quotient: sehr hohe Gefahr von falsch positiven Ergebnissen
- -> spezialisierte Einrichtungen
- Diagnostische Beobachtungsskala für Autismus -2 ADOS 2 (Poustka)
- Behandlung: erst andere Erkrankungen leitliniengerecht behandeln

Vogele, Kamp-Becker, 2024, 545ff.

Autismus Differenzialdiagnose in DSM-5

„Soziale Kommunikationsstörung“:

- Anhaltende Schwierigkeiten im sozialen Gebrauch verbaler und nonverbaler Kommunikation
- Kontextanpassung misslingt (Bedürfnisse der Zuhörenden wird nicht erkannt)
- Konversationsregeln werden nicht verstanden
- nicht-wörtlich ausgedrückte Botschaften werden nicht verstanden
- mehrdeutige Wörter werden nicht verstanden
- **Fehlt:** repetitives Verhalten

Vogeley, Kamp-Becker, 2024, 547

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, **Autismus**,
Erschöpfung)
Symptome allein machen noch keine Diagnose
Diagnosekriterien
Leitliniengerechte Behandlung -> Wir warten!
Was können wir?

Autismus: Therapieziele

- Lebensqualität und Selbstbestimmung
- Umgang mit Reizüberflutung und Alltagsanforderungen
- Kompensations- und Bewältigungsstrategien
- Behandlung komorbider Depressionen, Angststörungen etc.
- Nicht „Normalisierung“, sondern passende Unterstützung.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, **Autismus**,
Erschöpfung)
Symptome allein machen noch keine Diagnose
Diagnosekriterien
Leitliniengerechte Behandlung
Was können wir?

Autismus Borsig

- Ansprechpartner im Notfall
- Beratung
- Diagnostik (für schwerer Betroffene in unserem Versorgungsgebiet)
- Begrenzt auf: Komorbiditäten herausfinden und behandeln
- Behandlung
 - Sehr oft (bis 85%): ADHS, Zwangs-, affektive und Angststörungen
 - Medikamentöse Einstellung und ärztliche Behandlung (vier-wöchentlich)
 - Psychotherapeutische Gespräche (vier-wöchentlich)
 - Sozialmedizinische Beratung und Unterstützung

Autismus Borsig

- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Bewegung

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Autismus,
Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Fatigue – Symptom, Krankheitsfolge oder eigene Problematik?

Nicht vorschnell psychologisieren – aber auch nicht vorschnell somatisieren.

Fatigue: diagnostische Orientierung

- Große Zahl biologischer, psychischer und sozialer Ursachen.
- Anamnese: Schlaf, Medikamente, Substanzen, psychische Symptome, postinfektiöser Verlauf.
- Somatische Untersuchung und weiterführende Diagnostik nach Befund.
- Depression, Angst, Schlafapnoe und ME/CFS/PEM mitdenken.

Fatigue: Was lernen wir aus der S3-Leitlinie Müdigkeit?

- Strukturiert, individuell und flexibel nach Ätiologie und Situation vorgehen.
- Nicht reflexhaft eine breite somatische Diagnostik ohne klinische Hinweise.
- Symptomorientierte aktivierende Maßnahmen können sinnvoll sein – abhängig von der Ursache.
- Bei PEM/ME-CFS besondere Vorsicht mit Überlastung.

Inhalt

Immer mehr psychische Diagnosen?
Immer mehr Anfragen nach Diagnostik?
Wofür wird eine Diagnose gebraucht?

Einzelne Diagnosen (ADHS, Traumafolgestörungen, Autismus,
Erschöpfung)

Symptome allein machen noch keine Diagnose

Diagnosekriterien

Leitliniengerechte Behandlung

Was können wir?

Erschöpfung Borsig

- Ansprechpartner im Notfall
- Beratung
- Diagnostik (für schwerer Betroffene in unserem Versorgungsgebiet)
- Begrenzt auf: Komorbiditäten herausfinden und behandeln
- Behandlung
 - Sehr oft: Anpassungs-, affektive und Angststörungen
 - Ärztliche Behandlung (vier-wöchentlich)
 - Psychotherapeutische Gespräche (vier-wöchentlich)
 - Sozialmedizinische Beratung und Unterstützung

Erschöpfung Borsig

- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Bewegung

Was sagt die Leitlinie – und was bedeutet das für unser Handeln?

Der entscheidende Schritt ist die Übersetzung von Evidenz in Teamhandeln.

Unser interaktives Raster

- 1. Was sagt die Leitlinie?
- 2. Was bedeutet diese Empfehlung für unsere Patient*innen?
- 3. Was machen wir bereits?
- 4. Was sollten wir verändern?
- 5. Was brauchen wir dafür?

Multiprofessionelle Perspektiven

- Ärztlicher Dienst: Diagnostik, Indikation, Pharmakotherapie, Verlauf
- Psychologischer/psychotherapeutischer Dienst: Diagnostik, Psychotherapie, Funktionsniveau
- Pflege: Beobachtung im Alltag, Beziehung, Milieu, Psychoedukation
- Sozialdienst: Teilhabe, Arbeit, Wohnen, Nachsorge, Vernetzung
- Kunst-, Ergo- und Bewegungstherapie: Aktivierung, Bewegung, Alltag und Ressourcen

Leitlinie als Orientierungsrahmen

- Evidenz und Leitlinie
- + klinische Expertise
- + individuelle Situation
- + Patient*innenpräferenzen
- = gute klinische Entscheidung

Unsere Diagnostik: Orientierung statt Etikettierung

- Anliegen und Auftrag
- Symptomatik
- Biografie und Entwicklung
- Funktionsniveau und Kontext
- Differentialdiagnostik
- Komorbiditäten und Substanzkonsum
- Diagnostische Einordnung
- Individueller Therapieplan

Unsere Behandlung: vom Befund zum Handeln

- Niedrigschwelliger Zugang
- differenzierte Diagnostik
- individuelle Therapieplanung
- störungsspezifische und leitlinienorientierte Behandlung
- multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Verlaufskontrolle
- Weiterbehandlung und Vernetzung

SCHLUSS

Die Antwort auf „Modediagnosen?“

Nicht weniger Diagnostik – sondern bessere Diagnostik.

Drei Sätze zum Mitnehmen

- Nicht jede Zunahme von Diagnosen bedeutet eine Zunahme von Erkrankungen.
- Die Antwort auf vermeintliche Modediagnosen ist nicht weniger, sondern bessere Diagnostik.
- Die Antwort auf eine Diagnose ist nicht ein Etikett, sondern ein individueller Behandlungsplan.

Leitlinie interaktiv – unser Anspruch

- Leitlinie lesen
- Empfehlung verstehen
- kritisch diskutieren
- auf unseren Patient*innen übertragen
- multiprofessionell handeln
- Erfahrungen ins Team zurückführen

Literatur / Leitlinien – Stand: August 2026

- AWMF S3-Leitlinie ADHS, Reg.-Nr. 028-045, aktualisierte Fassung 2026.
- AWMF S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Reg.-Nr. 155-001, Stand 27.02.2026.
- AWMF S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen – Therapie, Reg.-Nr. 028-047, Stand 2021; Gültigkeit 2026 ausgelaufen.
- AWMF S3-Leitlinie Müdigkeit, Reg.-Nr. 053-002, Version 5.0; nächste Überprüfung 12/2027.
- Jeweils aktuelle AWMF-/Fachgesellschaftsstände vor der endgültigen Veranstaltungsversion prüfen.