

Karte 01: PTBS (ICD-11: 6B40)

1 Klinische Einordnung & Auslösekriterium

Die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11: 6B40) setzt die direkte oder indirekte Exposition gegenüber einem extrem bedrohlichen, schrecklichen oder katastrophalen Ereignis voraus. Die Symptomatik persistiert über mindestens mehrere Wochen und führt zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen.



Ereigniskriterium:

Konfrontation mit existentieller Bedrohung, Gewalt oder Katastrophe.



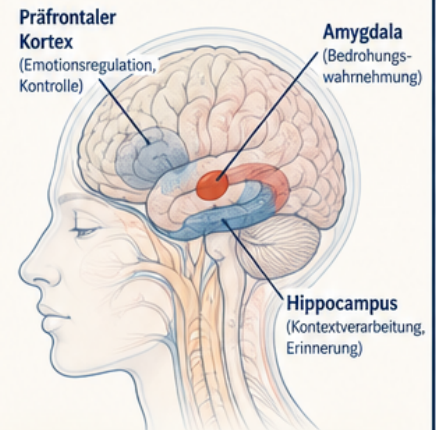
Zeitkriterium:

Symptompersistenz über mindestens mehrere Wochen.



Funktionsniveau:

Signifikante Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen.



Wichtiger Hinweis zum Verwendungszweck

Dieses Dokument dient als psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte im Gesundheitswesen und ersetzt keine formale klinische oder testpsychologische Diagnostik.



2 ICD-11 Symptomtrias im Flowchart-Überblick

Die Diagnose erfordert das gleichzeitige Vorliegen aller drei Kernmerkmale:



Traumatisches Ereignis

Direkte oder indirekte Exposition gegenüber einem extrem bedrohlichen, schrecklichen oder katastrophalen Ereignis.



1. Wiedererleben im Hier und Jetzt

Lebhafte Intrusionen, Flashbacks oder Alpträume, begleitet von Überwältigungsgefühlen und vegetativer Erregung.



2. Vermeidung von Triggern

Aktives Meiden trauma-assoziiierter Gedanken, Gefühle (intern) sowie äußerer Orte, Personen oder Situationen (extern).



3. Anhaltende Bedrohungswahrnehmung

Hypervigilanz, gesteigerte Schreckhaftigkeit, erhöhte vegetative Reaktivität ohne aktuellen Gefahrenanlass.

Diagnostischer Vorgehensplan

1

Ebene 1: Reiz-Exposition

Traumatisches Startereignis liegt vor; Differenzierung gegenüber unkritischen Alltagsbelastungen.

2

Ebene 2: Kern-Trias Exploration

Prüfung auf Intrusives Wiedererleben, Verhaltensvermeidung und vegetative Hyperarousal-Muster.

3

Ebene 3: Funktionsbeeinträchtigung

Erfassung der Chronizität (Wochen bis Monate) und des Leidensdrucks im Alltag.

3



Differentialdiagnostische Verzweigung

Strukturierte Entscheidungshilfe zur differentialdiagnostischen Abgrenzung verwandter Traumafolgestörungen.

Bestehen neben der Symptomtrias schwere Störungen der Selbstorganisation (DSO: Affektregulationsstörung, negatives Selbstkonzept, Beziehungsschwierigkeiten)?

Ja, DSO-Symptome liegen überdauernd vor



Diagnostische Prüfung auf Komplexe PTBS (kPTBS, ICD-11: 6B41) einleiten und Behandlungsplanung stabilisierungsorientiert anpassen.

Nein, Symptomatik beschränkt sich auf Wiedererleben, Vermeidung und Hypervigilanz



Klassische PTBS (ICD-11: 6B40) weiter verfolgen; Indikation für traumafokussierte Verfahren (z. B. EMDR, Exposition) prüfen.



Karte 02 · K-PTBS

Orientierung · ICD-11: 6B41

Visuelle psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte. Sie unterstützt die Einordnung zentraler Merkmale, ersetzt jedoch keine formale Diagnostik. Die K-PTBS umfasst die drei PTBS-Kernbereiche und zusätzliche Beeinträchtigungen der Selbstorganisation (DSO).



Einordnung

Der Entscheidungsbaum ist eine Gedächtnisstütze, keine diagnostische Checkliste. Eine Diagnose erfordert die fachliche Beurteilung des Gesamtbildes.



1 · PTBS-Kernbereiche

Prüfen Sie, ob die drei charakteristischen Symptomgruppen vorliegen:

- **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart, etwa als lebhaft intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträume; häufig mit intensiven Emotionen oder körperlichen Empfindungen.
- **Vermeidung** von Gedanken und Erinnerungen oder von Aktivitäten, Situationen und Menschen, die mit dem Ereignis verbunden sind.
- **Anhaltendes Gefühl** erhöhter gegenwärtiger Gefahr, zum Beispiel Hypervigilanz oder verstärkte Schreckhaftigkeit.



2 · DSO-Säulen

Zusätzlich zu den PTBS-Kernbereichen sind anhaltende und weitreichende Schwierigkeiten in allen drei Bereichen der Selbstorganisation kennzeichnend:

- **Affektregulation:** ausgeprägte Schwierigkeiten, emotionale Reaktionen zu regulieren; dies kann sich als starke Überreaktivität oder als emotionale Taubheit zeigen.
- **Negatives Selbstkonzept:** anhaltende Überzeugungen, wertlos, vermindert oder gescheitert zu sein, oft verbunden mit Scham, Schuld oder traumabezogenem Versagen.
- **Interpersonelle Beziehungen:** anhaltende Schwierigkeiten, Nähe zu erleben oder Beziehungen aufrechtzuerhalten.



3 · Verlauf und Auswirkungen

Die Beschwerden müssen mit wesentlichen Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen verbunden sein. Die PTBS-Symptome bestehen nach der zugrunde liegenden ICD-11-Beschreibung mindestens mehrere Wochen; für die K-PTBS sind zudem die anhaltenden, weitreichenden DSO-Merkmale zu beurteilen.

- Berücksichtigen Sie persönliche, familiäre, soziale, schulische oder berufliche Auswirkungen.
- Beurteilen Sie Dauer, Ausprägung und Zusammenhang der Beschwerden im individuellen Gesamtbild.



Visueller Entscheidungsbaum

Traumatisches Ereignis oder Ereignisreihe → PTBS-Kernbereiche beurteilen → DSO-Bereiche beurteilen → Auswirkungen und Gesamtbild einordnen.



Merksatz

K-PTBS = PTBS-Kernbereiche + anhaltende Beeinträchtigungen in Affektregulation, Selbstkonzept und Beziehungen.



Traumatisches Ereignis oder Ereignisreihe

PTBS-Kernbereiche beurteilen



Wiedererleben
des traumatischen
Ereignisses



Vermeidung
von Gedanken
und Erinnerungen



Anhaltendes Gefühl
erhöhter gegenwärtiger
Gefahr

DSO-Bereiche beurteilen



Affektregulation



**Negatives
Selbstkonzept**



**Interpersonelle
Beziehungen**



Auswirkungen und Gesamtbild einordnen

Wesentliche Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen



Welche Merkmalskonstellation zeigt sich im fachlich beurteilten Gesamtbild?

**PTBS-Kernbereiche nicht
hinreichend erkennbar**

Nicht allein aufgrund von DSO-Merkmalen als K-PTBS einordnen; differenzialdiagnostische Beurteilung des Gesamtbildes fortsetzen.

**PTBS-Kernbereiche erkennbar,
DSO nicht in allen drei Bereichen
anhaltend und weitreichend**

K-PTBS-Merkmale sind durch diesen Baum nicht vollständig abgebildet. PTBS und weitere mögliche Erklärungen fachlich prüfen.

**PTBS-Kernbereiche sowie anhaltende,
weitreichende Beeinträchtigungen in allen
drei DSO-Bereichen; wesentliche
Lebensbeeinträchtigung**

Konstellation ist mit K-PTBS vereinbar und spricht für eine weiterführende formale diagnostische Beurteilung; der Baum stellt selbst keine Diagnose.



Fachlicher Hinweis

Die dargestellten Merkmale orientieren sich an der ICD-11-Beschreibung der komplexen PTBS (6B41) und der PTBS (6B40). Die Karte enthält keine vollständige Differenzialdiagnostik und legt keine zusätzlichen Kriterien fest.

- Quelle zur PTBS-Beschreibung: DeGPT, Q&A Psychotraumatologie, Abschnitt 1.2, S. 5.
- Die Karte dient der Psychoedukation und fachlichen Orientierung; sie ersetzt weder formale Diagnostik noch klinisches Urteil.

Akute Belastungsreaktion (ICD-11: QE84)

1 Klinische Definition & Einordnung

Die **Akute Belastungsreaktion (ICD-11: QE84)** beschreibt die Entwicklung transienter emotionaler, somatischer, kognitiver oder verhaltensbezogener Symptome nach Exposition gegenüber einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis. Gemäß ICD-11 wird sie als normale, adaptive physiologische Reaktion auf ein extremes Trauma verstanden und nicht als eigenständige psychische Störung klassifiziert, sofern sie zeitlich limitiert bleibt.

- **Auslöser:** Konfrontation mit einem überwältigenden Stressor (potenzielle oder reale Lebensbedrohung, schwere Verletzung oder Integritätsverlust).
- **Latenz:** Symptome beginnen typischerweise unmittelbar oder innerhalb weniger Minuten bis Stunden nach dem Ereignis.
- **Verlauf:** Transientes Geschehen; klingt typischerweise innerhalb weniger Tage (oft 48–72 Stunden) nach Abklingen der akuten Bedrohung oder Entfernung aus der Gefahrenzone deutlich ab.

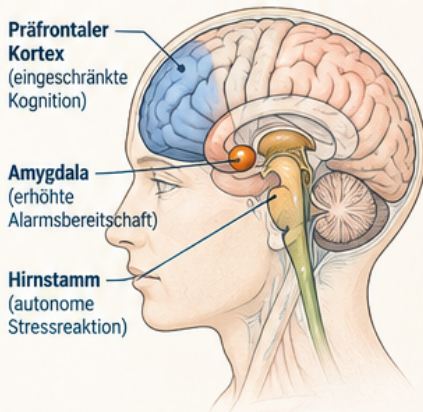


Psychoedukativer Hinweis

Diese Karte dient als visuelle Schnellreferenz für Fachkräfte im psychoedukativen und klinischen Kontext. Sie ersetzt keine differenzialdiagnostische Abklärung oder formale psychiatrische Diagnostik.

2 Symptomtrias & Leitsymptome

Das klinische Erscheinungsbild ist hochgradig dynamisch und wechselhaft. Die Symptome treten in verschiedenen Kombinationen und Schweregraden auf:



Vegetative Übererregung

- Tachykardie, Tachypnoe, Hyperhidrose, Tremor, Schwindel, gastrointestinale Beschwerden sowie periphere Vasokonstriktion.



- Tachykardie
- Tachypnoe
- Schwitzen
- Tremor



Mentale & Kognitive Beeinträchtigung

- Initiale „Betäubung“ (Stupor/Numbing), Verwirrtheit, Desorientierung bezüglich Situation oder Zeit, eingeschränkte Aufmerksamkeit und retrogrades Lückenwissen.



- Verwirrtheit
- Desorientierung
- Aufmerksamkeitsdefizite
- Lückenwissen



Emotionale & Verhaltensbezogene Reaktionen

- Intensive Angst, Verzweiflung, Agitation, ziellose Hyperaktivität, sozialer Rückzug oder Erstarren (Freezing).



- Angst
- Verzweiflung
- Agitation
- Rückzug / Freezing

3 Entscheidungsbaum: Akutverlauf & Differenzialdiagnostik

Strukturierter Algorithmus zur klinischen Triage und Verlaufsbeurteilung nach einem Extremereignis:

Bestehen Symptome wie vegetative Übererregung, Verwirrtheit oder Schockzustand unmittelbar nach einem Extremereignis?

Symptome klingen innerhalb von Stunden bis max. 3 Tagen ab

Akute Belastungsreaktion (QE84) bestätigt.

Psychoedukation anbieten, Normalität der Reaktion vermitteln, Schutz und Reorientierung gewährleisten.

Symptome persistieren länger als 3 Tage bis 1 Monat bei ausgeprägtem Leidensdruck

Verdacht auf Akute Belastungsstörung (gemäß DSM-5) bzw. fortbestehende akute Stressreaktion;

engmaschiges Monitoring bezüglich maladaptiver Chronifizierung.

Symptomatik persistiert über 1 Monat mit Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal

Störungsspezifische Diagnostik für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-11: 6B40) einleiten;
traumafokussierte Psychotherapie prüfen.

4 Empfohlene Akutinterventionen

Strukturierte Sofortmaßnahmen bei akuter Belastungsreaktion zur Stabilisierung des autonomen Nervensystems:



Wichtiger Praxisaspekt

Kein ungefiltertes narratives Re-Traumatisieren oder forciertes „Psychological Debriefing“ in den ersten Stunden erzwingen. Sicherheit und physiologische Deeskalation haben absolute Priorität.



1 Physische Sicherheit und Reizreduktion

Betroffene aus der Gefahrenzone bringen, Reizüberflutung stoppen und eine ruhige, geschützte Umgebung herstellen.



2 Sensorische Reorientierung & Erdung

Orientierung im Hier und Jetzt stärken (5-4-3-2-1-Technik, Blickkontakt, Bodenkontakt der Füße spüren, ruhige Ansprache mit Namen).



3 Autonome Regulation

Verlängerte Expiration anleiten (z. B. 4 Sekunden einatmen, 6 Sekunden ausatmen), um den Parasympathikus zu aktivieren und Tachykardie zu dämpfen.



4 Psychoedukative Normalisierung

Vermitteln, dass Zittern, Weinen oder Verwirrung verständliche und biologisch sinnvolle Schutzreaktionen eines überlasteten Nervensystems sind.

Karte 04 – Anpassungsstörung



Anpassungsstörung

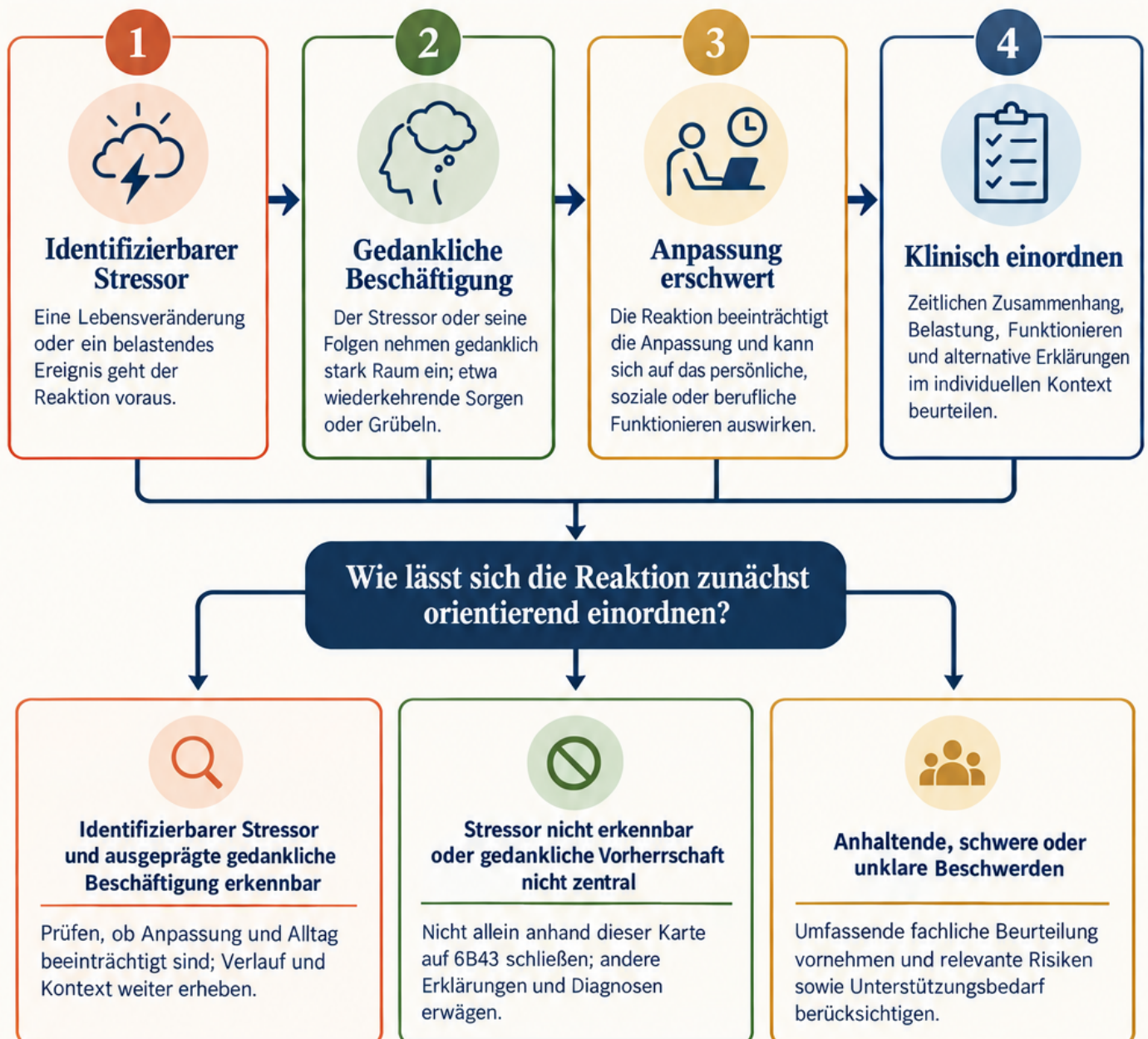
Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Visuelle Gedächtnisstütze zu möglichen Kernmerkmalen – keine formale Diagnostik.

- **Auslöser:** identifizierbare Lebensveränderung oder belastendes Lebensereignis.
- **Im Zentrum:** gedankliche Vorherrschaft des Stressors oder seiner Folgen.
- **Mögliche Folge:** Schwierigkeiten, sich anzupassen, mit Beeinträchtigungen im Alltag.



Einordnung

Die Karte fasst die ICD-11-Kategorie 6B43 orientierend zusammen. Sie ersetzt weder eine vollständige klinische Beurteilung noch die Prüfung der geltenden diagnostischen Anforderungen.





Karte 05: Anhaltende Trauerstörung (ICD-11: 6B42)



1. Klinische Definition & Diagnostischer Rahmen

Die Anhaltende Trauerstörung (Prolonged Grief Disorder, ICD-11: 6B42) bezeichnet eine pathologische Persistenz von intensiver Trauer nach dem Verlust einer nahestehenden Person. Sie geht deutlich über kulturell, religiös und sozial erwartbare Trauerreaktionen hinaus und führt zu massiver Beeinträchtigung in zentralen Lebensbereichen.

- **Indexereignis:** Tod einer nahestehenden Bezugsperson
- **Zeitkriterium:** Persistenz der Symptomatik über mindestens 6 Monate post mortem
- **Kulturelle Normierung:** Ausprägung übersteigt den soziokulturellen Trauerkontext signifikant
- **Funktionale Beeinträchtigung:** Erhebliche Einbußen in persönlichen, familiären, sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen



Klinischer Hinweis zur Diagnostik

Dieses Material dient ausschließlich als psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte und ersetzt keine formale testpsychologische oder klinisch-psychiatrische Diagnostik.



2. Symptomtrias & Leitsymptomatik

Die Störung ist durch drei übergeordnete Symptomcluster gekennzeichnet, die das Erleben der betroffenen Person dauerhaft dominieren:

- **Intensiver Sehnsuchtsschmerz:** Anhaltendes, quälendes Verlangen nach der verstorbenen Person oder ständige gedankliche Fixierung auf den Verlust
- **Emotionaler Schmerz & Taubheit:** Ausgeprägte emotionale Betäubung, Unfähigkeit Freude oder Wärme zu empfinden, Bitterkeit und Vermeidung von Verlusterinnerungen
- **Identitäts- und Sinnverlust:** Gefühl, dass ein wesentlicher Teil des eigenen Selbst gestorben ist, ausgeprägte Sinnleere und Schwierigkeiten, sich auf das gegenwärtige Leben einzulassen

1

Cluster 1: Sehnsucht & Präokkupation



Tägliches oder nahezu tägliches, übermächtiges Verlangen nach dem Verstorbenen und anhaltende Fixierung auf die Umstände des Todes.

2

Cluster 2: Affektive Taubheit & Vermeidung



Unfähigkeit zu positiven Emotionen, gefühlte innere Erstarrung oder aktive, erschöpfende Vermeidung von Orten, Gegenständen und Gedanken, die an den Verlust erinnern.

3

Cluster 3: Identitätskrise & Reintegration



Verlust des Identitätsgefühls, anhaltender Zweifel am Lebenssinn und Unfähigkeit, soziale Bindungen neu aufzubauen oder Zukunftspläne zu formulieren.



3. Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum

Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung von akuter unkomplizierter Trauer, Major Depression (MDD) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) dient der folgende strukturierte Entscheidungsablauf:

- **Unkomplizierte Trauer** zeigt typischerweise wellenförmige Verläufe mit erhaltenen Momenten positiver Emotionalität und gradueller Akzeptanz.
- **Depression** fokussiert typischerweise auf globale Wertlosigkeit, generalisierte Schuld und Anhedonie ohne ausschließliche Zentrierung auf den Verlust.
- **PTBS** fokussiert primär auf intrusives Wiedererleben des traumatischen Todeshergangs mit vegetativer Hyperarousal-Symptomatik und Bedrohungserleben.

Besteht intensiver Sehnsuchtsschmerz oder ständige Beschäftigung mit dem Verstorbenen seit mehr als 6 Monaten?

Nein

Ja



Dauer unter 6 Monaten oder wellenförmiges Abklingen mit erhaltener Schwingungsfähigkeit

Verdacht auf regulären akuten Trauerprozess; Verlaufsbeobachtung und supportive Begleitung ohne formale Störungsdiagnose.



Dauer mindestens 6 Monate, dominierendes Verlangen nach dem Verstorbenen, Identitätsverlust und emotionale Taubheit

Kriterien der Anhaltenden Trauerstörung (ICD-11: 6B42) prüfen; Differenzialdiagnostik bezüglich PTBS und Major Depression durchführen.

Karte 06: Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

ICD-11: 6B64



Klinische Definition & Kernkriterien nach ICD-11 (6B64)

Die **Dissoziative Identitätsstörung** (ICD-11: 6B64) ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von zwei oder mehr distinkten Persönlichkeitszuständen (Teilidentitäten), begleitet von markanten Diskontinuitäten im Erleben des Selbst und der Handlungskontrolle sowie dissoziativen Alltagsamnesien.

- **Koexistenz distinkter Zustände:** Mindestens zwei klar unterscheidbare Persönlichkeitsanteile mit jeweils eigenem Zeit-, Selbst- und Beziehungserleben.
- **Wechsel der Steuerung:** Wiederkehrendes Übernehmen der Exekutivkontrolle über Wahrnehmung, Sprache und Handeln durch unterschiedliche Zustände.
- **Dissoziative Amnesien:** Erinnerungslücken für Alltagsereignisse, wichtige persönliche biografische Fakten oder traumatische Erlebnisse, die über normales Vergessen hinausgehen.
- **Signifikanter Leidensdruck:** Ausprägung führt zu relevanter Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.
- **Ausschlusskriterien:** Symptome sind nicht erklärbar durch physiologische Substanzeinwirkungen (z. B. Alkohol, Medikamente), neurologische Erkrankungen (z. B. komplexe Partialanfälle) oder kulturell akzeptierte Praktiken.



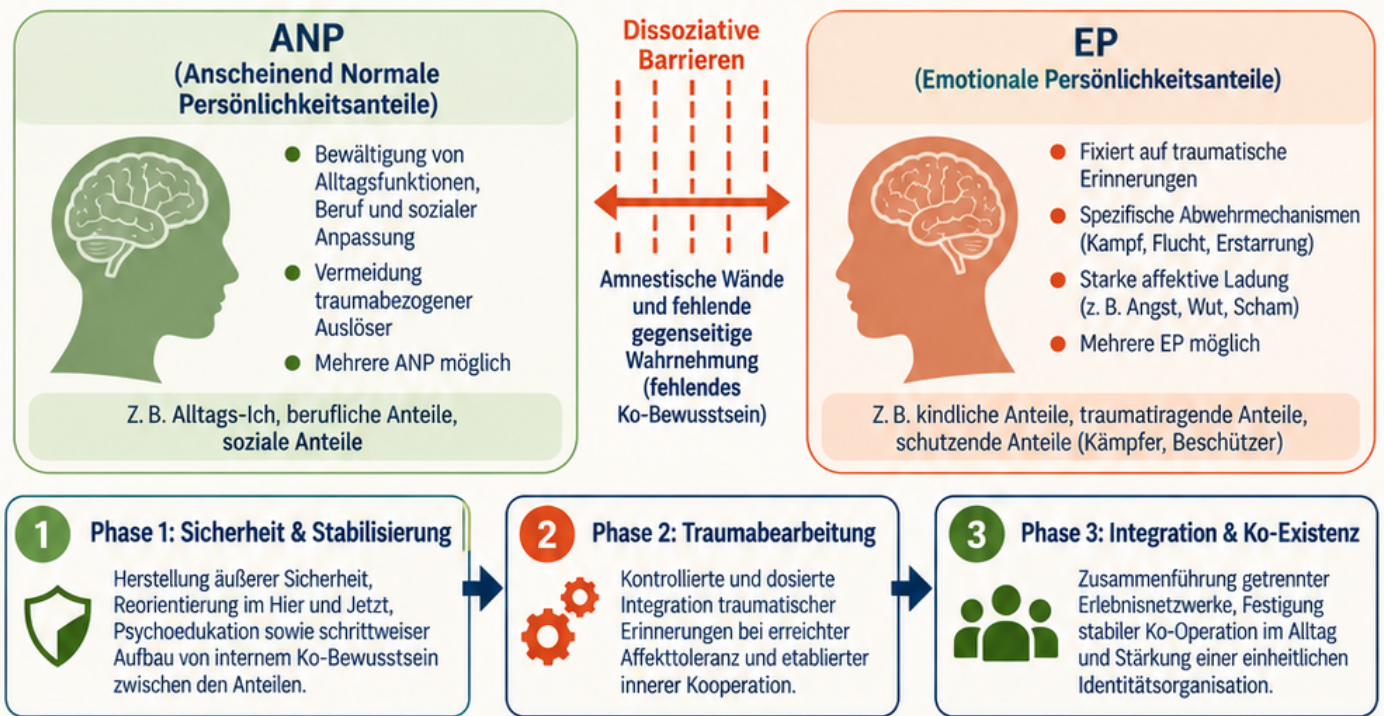
Psychoedukativer Hinweis

Dieses Material dient ausschließlich der psychoedukativen Orientierung und klinischen Schnellreferenz im therapeutischen Kontext. Es ersetzt keine strukturierte multimodale Diagnostik oder differenzialdiagnostische Abklärung durch qualifiziertes Fachpersonal.



Struktureller Aufbau: Tertiäre Strukturelle Dissoziation

Das **Modell der strukturellen Dissoziation** (van der Hart, Nijenhuis et al.) beschreibt die Fragmentierung des psychischen Systems infolge chronischer, früher Traumatisierungen in funktionale und emotionsgebundene Anteile:



Klinische Entscheidungsfindung

Besteht bei dissoziativer Symptomatik ein Verdacht auf DIS (6B64) gegenüber Borderline-Störung oder partieller DIS?

Wiederkehrende Alltagsamnesien und distinkte Exekutivübernahmen beobachtbar

Indikation zur störungsspezifischen DIS-Diagnostik (z. B. strukturiertes Interview SKID-D) und Stabilisierungsfokus auf Ko-Bewusstsein prüfen.

Identitätsunsicherheit ohne amnestische Schranken oder ohne autonome Exekutivzustände

Differenzialdiagnose Persönlichkeitsstörung (Borderline-Muster) oder PTBS mit dissoziativen Symptomen heranziehen.

Karte 07 · Partielle DIS



Entscheidungsbaum · ICD-11: 6B65

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte. Der Baum fasst zentrale Merkmale der partiellen dissoziativen Identitätsstörung zusammen und ersetzt keine formale Diagnostik.



Einordnung

Die ICD-11-Klassifikation ist im klinischen Kontext anhand der vollständigen diagnostischen Anforderungen anzuwenden. Dieser Überblick ist keine Diagnose und keine Behandlungsempfehlung.

1



1 · Dissoziative Identitätsorganisation im Blick?

Erheben, ob eine deutliche Diskontinuität des Selbst- und Handlungserlebens mit unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen berichtet oder beobachtet wird.

2



2 · Intrusive Nebenanteile?

Prüfen, ob nicht-dominante Persönlichkeitszustände wiederholt in das Erleben oder Verhalten des vorherrschenden Zustands eindringen können.

3



3 · Exekutivübernahme vollständig?

Unterscheiden, ob ein Nebenanteil die Exekutivkontrolle vollständig übernimmt oder ob intrusive Einflüsse ohne vollständige Übernahme auftreten.

4



4 · Vorherrschender primärer Anteil?

Bei partieller DIS bleibt ein primärer Persönlichkeitszustand überwiegend im Alltag vorherrschend; Nebenanteile können intrusiv wirksam sein, ohne typischerweise die Exekutivkontrolle vollständig zu übernehmen.

5



5 · Alternative Einordnung offenhalten

Wenn Befunde nicht zu diesem Muster passen oder unklar bleiben, keine Zuordnung aus diesem Kurzbaum erzwingen. Differenzialdiagnostische Abklärung anhand der vollständigen ICD-11-Kriterien vornehmen.

Welches Muster zeigt sich bei der Exekutivkontrolle?

Ein Persönlichkeitszustand ist im Alltag vorherrschend; andere Zustände dringen intrusiv ein, ohne typischerweise vollständig die Exekutivkontrolle zu übernehmen.

Andere Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt vollständig die Exekutivkontrolle.

Befunde, Verlauf oder Bedeutung der Einflüsse sind unklar oder widersprüchlich.



Mit dem Merkmalsbild der partiellen DIS (ICD-11: 6B65) abgleichen; vollständige diagnostische Anforderungen und klinischen Kontext prüfen.



Das hier beschriebene partielle Muster nicht ungeprüft zuordnen. Abgrenzung zur dissoziativen Identitätsstörung und weitere Diagnostik anhand der vollständigen ICD-11-Kriterien.



Offenlassen und weiter differenzialdiagnostisch abklären; dieser Schnellreferenzbaum entscheidet keine Diagnose.

Karte 09 • Dissoziative Amnesie



Dissoziative Amnesie

● ICD-11: 6B61

● **Leitbild:** autobiografischer Gedächtnisverlust, der mit belastenden oder traumatischen Ereignissen verbunden ist und nicht durch gewöhnliches Vergessen erklärt wird.



Einordnung

Die Einordnung erfordert eine klinische Beurteilung. Diese Karte ist keine Diagnose- oder Behandlungsempfehlung.



Psychoedukative Schnellreferenz – ersetzt keine formale Diagnostik.

1



1 • Bericht über Erinnerungslücken

Die Person berichtet, wichtige autobiografische Informationen oder Ereignisse nicht erinnern zu können.

2



2 • Kontext erfassen

Prüfen, ob die Gedächtnislücke mit belastenden oder traumatischen Erfahrungen zusammenhängt. Ein solcher Zusammenhang allein belegt keine Diagnose.

3



3 • Andere Erklärungen berücksichtigen

Klinisch abklären, ob die Lücke besser durch Substanzen, neurologische oder andere medizinische Ursachen oder eine andere psychische Störung erklärt wird.

4



4 • Verlauf und Auswirkungen beurteilen

Art, Umfang, Beginn und Folgen der Erinnerungslücke im individuellen Kontext erfassen; keine zusätzlichen ICD-Kriterien aus dieser Übersicht ableiten.

5



5 • Zusatzmerkmal Fugue prüfen

Nur wenn neben der Amnesie eine unerwartete Reise oder ein Umherwandern mit Verwirrung über die eigene Identität oder einer Übernahme einer neuen Identität vorliegt, das Zusatzmerkmal „mit dissoziativer Fugue“ erwägen.



Gibt es neben der Amnesie Hinweise auf eine Fugue?

Unerwartete Reise oder Umherwandern mit Verwirrung über die eigene Identität oder Übernahme einer neuen Identität

Solche Hinweise liegen nicht vor oder sind nicht ausreichend belegt



Zusatzmerkmal „mit dissoziativer Fugue“ klinisch erwägen.



Kein Fugue-Zusatzmerkmal aus dieser Karte ableiten; Amnesie und Kontext getrennt beurteilen.



Fallbezogene Beobachtung:
autobiografische Gedächtnislücke



Kontext und zeitlicher Verlauf



Zu prüfende alternative Erklärungen

Dissoziative neurologische Symptomstörung

(ICD-11: 6B60)



Klinische Definition & Leitsymptomatik

Die dissoziative neurologische Symptomstörung (historisch als Konversionsstörung bezeichnet) zeichnet sich durch motorische, sensorische oder kognitiv-epileptiforme Ausfälle aus. Die Symptomatik steht in Widerspruch zu bekannten neuroanatomischen Leitungsbahnen und physiologischen Mustern. Sie tritt nicht im Rahmen einer absichtlichen Vortäuschung auf und ist häufig mit psychosozialen Stressoren oder unbewältigten Traumafolgen assoziiert.

- Keine strukturelle Schädigung des Nervensystems als primäre Ursache nachweisbar.
- Diskrepanz zwischen willkürlicher Lähmung und unwillkürlicher Funktionsfähigkeit (positive Zeichen).
- Vorliegen klinisch relevanter Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau.



Psychoedukativer Hinweis

Dieses Material dient ausschließlich als strukturierte Schnellreferenz für Fachkräfte zur Veranschaulichung im psychoedukativen Rahmen. Es ersetzt keine neurologische Ausschlussdiagnostik oder standardisierte klinische Diagnosestellung.



Phänotypische Subtypen (ICD-11)

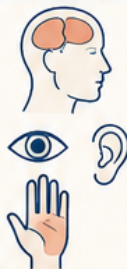
Die funktionelle Manifestation gliedert sich in drei diagnostisch und psychoedukativ wesentliche Hauptbereiche:

Motorische Funktionsstörungen



- Paresen, Plegien
- funktionelle Gangstörungen (Astasie-Abasie)
- Tremor, Dystonien
- Stimmverlust (Aphonie)

Sensorische Ausfälle



- Anästhesien oder Hypästhesien (häufig strumpf- oder handschuhförmig ohne Dermatombezug)
- Sehverlust (Tunnelblick, funktionelle Blindheit)
- dissoziative Taubheit

Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES)



- Anfallsartige Episoden mit motorischen Zuckungen oder Bewusstseinsveränderungen ohne paroxysmale epileptiforme Entladungen im EEG.



Entscheidungsbaum: Abgrenzung & Positivdiagnostik

Systematischer Pfad zur klinischen und edukativen Einordnung funktioneller neurologischer Symptome:

Welche Charakteristik zeigt die klinische Präsentation der neurologischen Ausfälle?

Neurologischer Ausfall entspricht exakt anatomischen Nervenwurzeln/ Dermatomen und Reflexstatus ist pathologisch verändert.



Verdacht auf organisch-strukturelle neurologische Pathologie:
Umgehende fachärztliche neurologische Abklärung und Bildgebung einleiten.

Diskrepanz feststellbar (z. B. positives Hoover-Zeichen, Ablenkbarkeit des Tremors, erhaltene Pupillenreflexe bei Blindheit).



Verdacht auf dissoziative neurologische Symptomstörung (6B60):
Psychoedukative Einordnung zu funktionellen Entkopplungen im Nervensystem vermitteln.

Paroxysmale Episoden mit geschlossenen Augen, fehlendem Zungenbiss und erhaltener Lichtreaktion während des Anfalls.



Hinweis auf PNES:
Video-EEG-Korrelation zur Sicherung heranziehen; Affektregulations- und Traumastabilisierungstechniken etablieren.



Therapeutische Haltung & Psychoedukative Vermittlung

Strukturierte Schritte zur transdisziplinären Gesprächsführung und Symptomvalidierung:

1

Symptomvalidierung



Das subjektive Erleben der Lähmung oder des Sinnesverlusts als real und unwillkürlich anerkennen, um Scham und sekundäre Traumatisierung abzubauen.

2

Mechanismus erklären (Hardware vs. Software)



Edukation über das Nervensystem: Die anatomischen Leitungen („Hardware“) sind intakt, aber die Signalweiterleitung und Verhaltenskontrolle („Software“) ist durch Übererregung oder Dissoziation blockiert.

3

Fokus auf Funktionswiederherstellung



Gemeinsam mit Physiotherapie und Psychotherapie automatische, abgelenkte Bewegungsmuster trainieren, anstatt die bewusste Willküranstrengung zu forcieren.



Achtung bei der Vermittlung

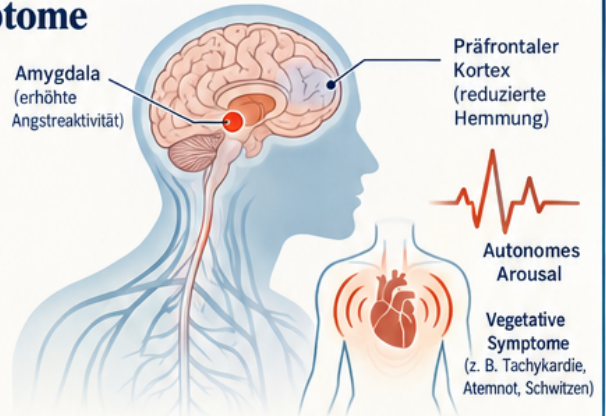
Vermeiden Sie Formulierungen wie „alles nur Einbildung“ oder „organisch ist nichts da“. Das Gehirn sendet reale Blockadesignale, die vom Betroffenen nicht willentlich gesteuert werden.

Karte 11: Panikstörung (ICD-11: 6B01)

1 Klinische Charakteristik und Leitsymptome

Die **Panikstörung** (ICD-11: 6B01) ist gekennzeichnet durch wiederkehrende, unerwartete Panikattacken, die nicht auf spezifische Situationen oder Objekte beschränkt sind und ohne erkennbaren äußeren Anlass auftreten. Die Symptome erreichen typischerweise innerhalb weniger Minuten einen Crescendo-Höhepunkt und gehen mit intensiv erlebten somatischen sowie kognitiven Ängsten einher.

- **Plötzliches Auftreten vegetativer Symptome** (Tachykardie, Palpitationen, Hyperventilation, Schweißausbrüche, Tremor, Schwindel).
- **Kognitive Katastrophisierung** (Todesangst, Angst vor Kontrollverlust, Gefühl des Verrücktwerdens, Depersonalisation oder Derealisation).
- **Anhaltende Erwartungsangst** bezüglich des Auftretens weiterer Anfälle (Antizipatorische Angst / Angst vor der Angst).
- **Sekundäres Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten**, das zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltag führt.



Wichtiger Hinweis zum Format

Dieses Dokument dient als visuelles Psychoedukations- und Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte. Es ersetzt keine formale klinisch-psychiatrische Diagnostik und keine differenzialdiagnostische somatische Ausschlussuntersuchung.

2 Entscheidungsbaum & Differenzialdiagnostik

Strukturierte Pfadentscheidung zur differentialdiagnostischen Einordnung rezidivierender Panikattacken und zur Abgrenzung gegenüber phobischen und traumabezogenen Störungsbildern:



Tritt das ausgeprägte autonome Arousal mit plötzlicher Panik primär unerwartet auf oder ist es streng an spezifische Kontexte gebunden?

Unerwartet, unvorhersehbar, ohne spezifischen situativen Trigger; gefolgt von persistierender Sorge vor neuen Attacken



Kriterien der Panikstörung
(ICD-11: 6B01) prüfen.

Somatische Differenzialdiagnostik (Kardiologie, Schilddrüse, Phäochromozytom) vorab sichern.

Gebunden an öffentliche Räume, Transportmittel, Menschenmengen oder Situationen mit erschwerem Fluchtweg



Agoraphobie
(ICD-11: 6B02) differenzieren.

Prüfen, ob eine Panikstörung mit oder ohne begleitende Agoraphobie vorliegt.

Getriggert durch traumabezogene Reize mit Flashbacks, intrusivem Wiedererleben und physiologischer Übererregung



Posttraumatische Belastungsstörung
(ICD-11: 6B40) oder **Akute Belastungsreaktion** evaluieren;

traumatische Genese erheben.

Gebunden an soziale Interaktions- oder Leistungssituationen mit Angst vor negativer Bewertung



Soziale Angststörung
(ICD-11: 6B04) prüfen

und von primär unerwarteten Panikanfällen abgrenzen.

3 Psychoedukative Falldokumentation & Trigger-Analyse

Protokollfelder für die klinische Interaktion zur Exploration von vegetativen Reaktionen, Kognitionen und situativen Mustern im therapeutischen Setting:



Initiale somatische Leitsymptome (z. B. Herzrasen, Engegefühl, Hyperventilation):



Kognitive Fehlinterpretation und Katastrophengedanken im Akutzustand:



Etablierte Vermeidungs- und Sicherheitssignale des Klienten:



Interozeptive Expositionsziele und Vereinbarungen zur Angsttoleranz:

Karte 12 · Generalisierte Angststörung (GAS)



ICD-11 · 6B00

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Sie dient der Orientierung und ersetzt keine formale Diagnostik.



Einordnung

Die GAS ist durch anhaltende, schwer kontrollierbare Sorgen über mehrere alltägliche Lebensbereiche gekennzeichnet. Häufig treten körperliche Anspannung und vegetative Erregung hinzu.



Anhaltende, schwer kontrollierbare Sorgen
über mehrere alltägliche Lebensbereiche



Motorische Anspannung

- Innere Unruhe
- Muskelanspannung
- Gefühl der Getriebenheit



Vegetative Übererregung

- Herzklopfen
- Schwitzen
- Weitere körperliche Anzeichen der Erregung



Klinische Einordnung

- Dauer
- Intensität
- Leidensdruck
- Auswirkungen auf das Leben der Person
- Diagnostischer Gesamtzusammenhang



ICD-11 · 6B00

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Sie dient der Orientierung und ersetzt keine formale Diagnostik.



Baumstruktur

Leitsymptome als klinische Orientierung – im individuellen Kontext beurteilen.

- Anhaltende Sorgen und Befürchtungen zu mehreren Alltagsbereichen
- Sorgen sind schwer zu kontrollieren
- Motorische Anspannung, etwa innere Unruhe oder Muskelanspannung
- Vegetative Übererregung, etwa Herzklopfen oder Schwitzen



Klinische Einordnung

Dauer, Intensität, Leidensdruck und Auswirkungen auf das Leben der Person sorgfältig erfassen. Beschwerden und mögliche andere Erklärungen im diagnostischen Gesamtbild berücksichtigen.

- Die Merkmale nicht als alleinige Checkliste oder Selbstdiagnose verwenden.
- Bei Bedarf weitere psychische und körperliche Einflussfaktoren prüfen.

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Sie dient der Orientierung und ersetzt keine formale Diagnostik.

Karte 13: Agoraphobie



Klinische Definition & Kernmerkmale

Die **Agoraphobie** (ICD-11: 6B02) ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte, anhaltende Furcht oder Vermeidung von Situationen, in denen eine Flucht erschwert sein könnte oder im Fall von panikartigen oder einschränkenden Symptomen keine Hilfe verfügbar wäre. Die Angst tritt typischerweise in mindestens zwei distinkten Kontexten auf.



Öffentliche Verkehrsmittel



Offene Plätze



Geschlossene Räume

- **Öffentliche Verkehrsmittel** (z. B. Busse, Züge, Flugzeuge)
- **Offene Plätze** (z. B. Parkplätze, Brücken, weite Straßen)
- **Geschlossene Räume** (z. B. Geschäfte, Kinos, Tunnel)
- **Menschenmengen oder Anstehen in Warteschlangen**
- **Alleinsein außerhalb des vertrauten Zuhauses**



Menschenmengen oder Anstehen in Warteschlangen



Alleinsein außerhalb des vertrauten Zuhauses



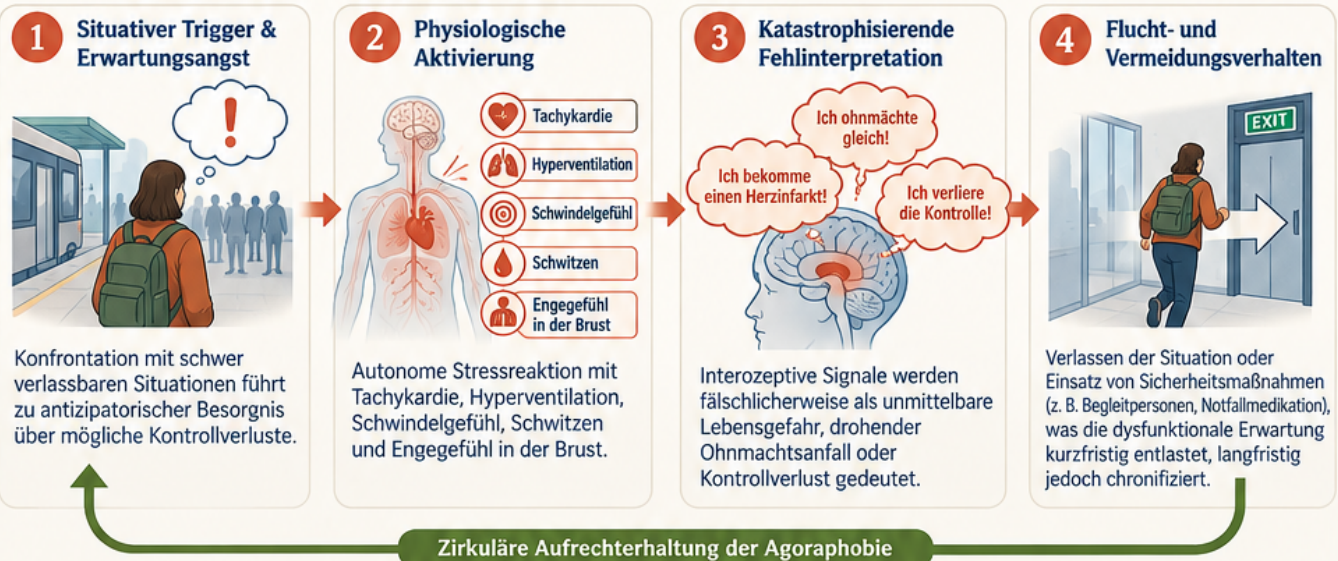
Psychoedukativer Hinweis

Dieses Material dient ausschließlich als Schnellreferenz und Strukturierungshilfe für die Psychoedukation im therapeutischen Rahmen. Es ersetzt keine standardisierte klinische Diagnostik.



Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell

Das biopsychosoziale Modell beschreibt die Eskalation von körperlicher Erregung zu Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten in einer zirkulären Schleife.



Differenzialdiagnostische Abgrenzung

Zur Sicherung der diagnostischen Validität muss das Vermeidungsverhalten von anderen psychischen Störungen differenziert werden.

Welche primäre Befürchtung bestimmt das Vermeidungsverhalten des Patienten?

Furcht vor negativer Bewertung oder peinlichem Verhalten durch andere Personen

Diagnostische Kriterien der **Sozialen Angststörung** (ICD-11: 6B04) prüfen.

Furcht vor Panikattacken, Ohnmacht oder mangelnden Fluchtmöglichkeiten in spezifischen Umgebungen

Agoraphobie (ICD-11: 6B02) dokumentieren; Komorbidität mit **Panikstörung** (6B01) differenzieren.

Vermeidung von Orten aufgrund von traumaspezifischen Triggern oder Intrusionen

Kriterien der **Posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS, 6B40) oder **Komplexen PTBS** evaluieren.



Soziale Angststörung · ICD-11 6B04



Erkennen und einordnen

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte. Sie strukturiert zentrale Merkmale der sozialen Angststörung und ersetzt keine formale Diagnostik.

- Im Mittelpunkt steht ausgeprägte Furcht oder Angst vor negativer Bewertung durch andere – etwa vor Blamage, Zurückweisung oder dem Auffallen eigener Angstsymptome.
- Die Furcht bezieht sich auf soziale Situationen, in denen die Person beobachtet, beurteilt oder mit anderen in Kontakt ist. Dazu können Gespräche, Treffen, Essen in Gesellschaft, Auftritte oder andere Leistungssituationen gehören.
- Die Situationen werden typischerweise vermieden oder mit starker Angst ertragen. Die Angst ist anhaltend und geht über eine situationsangemessene Besorgnis hinaus.
- Für die diagnostische Einordnung sind außerdem Leidensdruck oder relevante Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen, schulischen oder beruflichen Leben zu berücksichtigen.
- **ICD-11-Code: 6B04.** Diese Übersicht ist keine vollständige Kriterienliste und erlaubt keine Diagnose allein anhand einer Karte.



Kernfrage

Steht die Furcht vor negativer Bewertung in sozialen Situationen im Zentrum – und führt sie zu Vermeidung, erheblicher Angst oder relevanter Beeinträchtigung?



Flowchart: von der Situation zur klinischen Einordnung

Als Gesprächs- und Gedächtnisstütze nutzen; die einzelnen Knoten sind keine automatische Ja/Nein-Diagnose.



Klinische Orientierung

Die Karte lenkt den Blick auf das Angstthema, die betroffenen Situationen, Vermeidung und Folgen. Sie legt weder eine notwendige Anzahl von Situationen noch einen festen Zeitgrenzwert fest.

- Erfragen, welche konkreten Bewertungen befürchtet werden und in welchen Situationen die Angst auftritt.
- Unterscheiden zwischen sozialer Bewertungsangst und Angst, deren Schwerpunkt anderswo liegt; die Einordnung erfordert den individuellen Kontext.
- Ausmaß, Verlauf, Vermeidung, Sicherheitsverhalten und funktionelle Auswirkungen gemeinsam betrachten.
- Bei diagnostischer Unsicherheit weitere klinische Informationen einbeziehen; die Karte allein ist kein Screeningtest.



Abgrenzung

Einzelne schüchterne oder nervöse Momente reichen für sich genommen nicht aus, um eine Störung festzustellen. Entscheidend ist die klinische Gesamtbeurteilung des Musters und seiner Auswirkungen.



Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte.

Sie ersetzt keine formale Diagnostik.



Karte 17 · Dysmorphophobie Störung

ICD-11: 6B21

Psychoedukative Schnellreferenz · ersetzt keine formale Diagnostik



Psychoedukative Schnellreferenz

Entscheidungsbaum für Fachkräfte: Hinweise auf eine übermäßige Beschäftigung mit vermeintlichen Makeln der körperlichen Erscheinung einordnen.

- Diese Karte ist psychoedukatives Schnellreferenzmaterial und ersetzt keine formale Diagnostik.



Ausgangspunkt

Nicht die objektive Sichtbarkeit eines Merkmals entscheidet, sondern die anhaltende Beschäftigung mit einem als mangelhaft erlebten Aspekt der Erscheinung und die damit verbundenen Reaktionen.



1 · Beschäftigung mit dem Aussehen?

Besteht eine ausgeprägte Beschäftigung mit einem oder mehreren vermeintlichen Makeln oder Fehlern der körperlichen Erscheinung, die anderen nicht oder nur geringfügig auffallen?



2 · Wiederkehrende Reaktionen?

Prüfen, ob wiederholte Verhaltensweisen oder mentale Handlungen auftreten, etwa Spiegelkontrollen, Vergleiche mit anderen, übermäßige Pflege, Rückversicherung oder das Verdecken des Merkmals.



3 · Leidensdruck oder Beeinträchtigung?

Erfragen, ob die Beschäftigung deutlichen Leidensdruck oder relevante Einschränkungen in persönlichen, sozialen, schulischen oder beruflichen Lebensbereichen verursacht.



4 · Einordnung und nächste Schritte

Bei passender Merkmalskonstellation die Dysmorphophobie Störung als diagnostische Möglichkeit prüfen. Verlauf, Kontext und Differenzialdiagnosen umfassend erheben; die Karte stellt keine Diagnose.

Welche Merkmalskonstellation zeigt sich?

Ausgeprägte Beschäftigung mit vermeintlichen Erscheinungsmängeln, wiederkehrende Reaktionen sowie Leidensdruck oder Beeinträchtigung

Dysmorphophobie Störung (ICD-11: 6B21) als Möglichkeit weiter prüfen; klinische Gesamtbeurteilung und Differenzialdiagnostik erforderlich.

Einzelne Merkmale vorhanden, aber Beschäftigung, wiederkehrende Reaktionen oder relevante Folgen nicht ausreichend erkennbar

Keine vorschnelle Zuordnung. Beschwerden, Dauer, Kontext und Auswirkungen weiter explorieren.

Beschäftigung richtet sich ausschließlich auf Gewicht oder Körperfett bei Essstörungssymptomatik

Essstörungsbezogene Einordnung differenzialdiagnostisch berücksichtigen; die vorliegende Karte reicht nicht zur Abgrenzung.



Leitfragen für das Gespräch

Die Fragen dienen der strukturierten Exploration durch die behandelnde Fachkraft; sie sind kein Selbsttest.

- Welcher Aspekt der Erscheinung steht im Mittelpunkt, und wie wird er erlebt?
- Wie viel Zeit und Aufmerksamkeit nimmt die Beschäftigung ein?
- Welche Handlungen oder gedanklichen Rituale folgen darauf?
- Welche Situationen werden vermieden, und welche Auswirkungen zeigen sich im Alltag?
- Wie stark ist die Einsicht in die eigene Einschätzung des vermeintlichen Makels?



Gesprächshaltung

Beschwerden ernst nehmen, ohne die vermutete Makelwahrnehmung zu bestätigen oder abzuwerten. Belastung und Funktion erfragen statt über das Aussehen zu diskutieren.

Körperintegritäts-Dysphorie · ICD-11: 6C31



Visuelle Schnellreferenz für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Schematische Orientierung, keine formale Diagnostik und kein Ersatz
für eine klinische Beurteilung.

- Anhaltende Diskrepanz zwischen dem erlebten Körperschema und der anatomischen Realität kann mit dem Wunsch verbunden sein, eine bestimmte körperliche Beeinträchtigung zu haben (z. B. eine Amputation oder Lähmung).
- Das Erleben ist nicht mit einer bloßen Unzufriedenheit mit dem Aussehen gleichzusetzen; entscheidend ist die anhaltende, auf eine konkrete Beeinträchtigung bezogene Inkongruenz.
- Die Person kann erheblichen Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen erleben.



Einordnung

Die Karte fasst zentrale Orientierungspunkte zusammen. Einzelne Merkmale begründen für sich allein keine Diagnose.

1



Anatomische Realität

Der Körper weist die betreffende Beeinträchtigung nicht auf.

2



Subjektives Körperschema

Eine anhaltende Inkongruenz kann sich auf ein bestimmtes Körperteil oder eine bestimmte Funktion beziehen.

3



Erleben und Wunsch

Es kann ein anhaltender Wunsch entstehen, die betreffende Beeinträchtigung zu haben; Ausprägung und Bedeutung sind individuell.

4



Leidensdruck oder Beeinträchtigung

Prüfen, ob das Erleben mit erheblichem Leidensdruck oder Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen einhergeht.

5



Klinische Einordnung

Im Gespräch sorgfältig Kontext, Verlauf und alternative Erklärungen berücksichtigen; die Karte ist keine Diagnostik.

Was steht im Zentrum des berichteten Erlebens?



Anhaltender Wunsch nach einer konkreten körperlichen Beeinträchtigung

Erleben, Verlauf, Leidensdruck und Alltagsauswirkungen explorieren; keine Diagnose allein aus dem Wunsch ableiten.



Vorwiegend Unzufriedenheit mit dem Aussehen oder Wunsch nach Gewichtsveränderung

Andere mögliche Erklärungen und Beschwerden prüfen; nicht vorschnell als Körperintegritäts-Dysphorie einordnen.



Akute Selbstgefährdung oder konkrete riskante Selbstschädigungsabsicht

Unmittelbare Sicherheit und zeitnahe fachliche Hilfe priorisieren.

Borderline-Persönlichkeitsmuster

(ICD-11: 6D11.5)



Klinische Übersicht & Diagnostischer Kontext

Das Borderline-Muster stellt im Klassifikationssystem der ICD-11 (Code 6D11.5) einen spezifischen Qualifikator dar, der das Vorliegen einer allgemeinen Persönlichkeitsstörung (6D10) näher charakterisiert. Es ist primär durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in Affekten, Identität, Selbstbild sowie zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet.

- **ICD-11 Klassifikation:** Spezifikator 6D11.5 bei diagnostizierter Persönlichkeitsstörung
- **Leitmerkmal:** Pervasive emotionale Dysregulation und rasch wechselnde Affektzustände
- **Funktionale Dynamik:** Ausgeprägte Impulsivität und kognitiv-affektive Verzerrungen unter interpersonellem Stress



Methodischer Hinweis

Dieses Material dient ausschließlich als psychoedukatives Schnellreferenz- und Strukturierungswerkzeug für Fachkräfte und ersetzt keine formalisierte klinische Diagnostik oder differenzialdiagnostische Abklärung.



Strukturbaum der Kernsymptome

Die phänomenologische Ausprägung lässt sich anhand von vier zentralen Verzweigungen strukturieren, die in der klinischen Exploration systematisch erfasst werden:

Borderline-Persönlichkeitsmuster (ICD-11: 6D11.5)



1. Affektive Instabilität

Reaktivität der Stimmung mit intensiven episodischen Dysphorien, Reizbarkeit, Panikattacken oder Wutausbrüchen, die meist wenige Stunden bis selten Tage anhalten.



2. Identitäts- und Selbstbildstörung

Instabiles, oft fragmentiertes Selbstkonzept, chronisches Gefühl innerer Leere und wechselnde Zielvorstellungen, Werte oder Berufsorientierungen.



3. Beziehungsdynamik & Bindung

Muster instabiler, intensiver Beziehungen mit extremen Schwankungen zwischen Überidealisierung und Entwertung; panische Bemühungen, reales oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern.



4. Verhaltenskontrolle & Stressreaktionen

Ausgeprägte Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen, Suiziddrohungen/-versuche oder selbstverletzendes Verhalten sowie stressbedingte transiente paranoide Ideen oder dissoziative Symptome.



Differenzialdiagnostische Entscheidungskriterien

Zur differenzialdiagnostischen Einordnung gegenüber komplexer PTBS (kPTBS) und bipolaren affektiven Störungen dient folgender Verzweigungsbaum:

Welche Leitsymptomatik bestimmt die primäre klinische Phänomenologie?

Primär intrusive Traumawiedererfahrung, Vermeidung traumaspezifischer Reize und negatives Selbstbild mit Schuld/Scham

Diagnostischer Fokus auf Posttraumatische Belastungsstörung bzw. komplexe PTBS (ICD-11: 6B41) prüfen.

Pervasive Instabilität in interpersonellen Beziehungen, ausgeprägte Verlassensängste und Identitätsdiffusion

Prüfung des Borderline-Musters (ICD-11: 6D11.5) als Qualifikator der Persönlichkeitsstörung indiziert.

Episodische, situationsunabhängige affektive Phasen (Manie/Hypomanie vs. Depression) über Wochen bis Monate

Abklärung einer bipolaren oder verwandten affektiven Störung (ICD-11: 6A60 ff.) vornehmen.

Karte 21: Bipolare Störung Typ I (ICD-11: 6A60)

1 Klinische Definition & diagnostisches Leitsymptom



Die Bipolare Störung Typ I ist gemäß ICD-11 (Code 6A60) primär durch das Auftreten mindestens einer manischen Episode oder gemischten Episode definiert. Zwar treten im klinischen Verlauf meist auch depressive Episoden auf, für die Diagnosestellung einer Bipolaren Störung Typ I ist eine vorangegangene depressive Episode jedoch nicht zwingend erforderlich.

- **Leitkriterium:** Mindestens eine voll ausgeprägte manische oder gemischte Episode im Lebensverlauf.
- **Kernsymptomatik der Manie:** Anhaltend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung sowie gesteigerte zielgerichtete Aktivität oder psychomotorische Energie.
- **Zeitkriterium nach ICD-11:** Symptome bestehen über mindestens eine Woche an fast jedem Tag (oder erfordern eine sofortige Hospitalisierung).
- **Funktionelle Beeinträchtigung:** Erhebliche Einschränkung der alltäglichen, beruflichen oder sozialen Funktionsfähigkeit.

Wichtiger Hinweis zur Nutzung

Dieses Dokument dient ausschließlich der psychoedukativen Veranschaulichung und als strukturierte Schnellreferenz für Fachpersonen im Rahmen der Behandlungsplanung. Es ersetzt keine formale fachärztliche Diagnostik oder differentialdiagnostische Abklärung.

2 Phänomenologische Verzweigung: Manische vs. Depressive Episode



Die episodische Struktur erfordert eine klare Unterscheidung der vorherrschenden Polarität und deren Schweregrad:

Welche episodische Leitsymptomatik bestimmt das aktuelle klinische Zustandsbild?



Manische Episode

(gesteigerter Antrieb & gehobene/gereizte Stimmung)

Überprüfung auf vermindertes Schlafbedürfnis (Erholungsgefühl trotz < 3–4 Std. Schlaf), Rededrang (Logorrhö), Ideenflucht/Gedankenrasen, Größenideen, riskantes Verhalten (Kaufrausch, enthemmte Sexualität) und Exploration möglicher psychotischer Symptome (Wahn, Halluzinationen).



Depressive Episode

(Verlust von Antrieb, Freude & Energie)

Abgrenzung zur unipolaren Depression: Erfassung depressiver Kernsymptome (depressive Verstimmung, Anhedonie, chronische Erschöpfung), Prüfung auf atypische Merkmale (Hypersomnie, Bleierne Schwere) sowie systematische Abfrage vorangegangener (hypo-)manischer Phasen.



Gemischte Episode

(simultane oder rasch wechselnde Symptome)

Gleichzeitiges Vorliegen manischer und depressiver Symptome über den Großteil des Tages. Erhöhtes Risiko für innere Agitiertheit, Verzweiflung und akute Impulsdurchbrüche.

3 Klinische Differenzierung: Psychotische Symptome & Abgrenzung



Manische Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung Typ I können mit oder ohne psychotische Merkmale auftreten. Eine differenzierte Einordnung ist für die therapeutische Interventionsplanung unerlässlich.

- **Stimmungskongruente psychotische Symptome:** Größenwahn, Sendungsbewusstsein oder Allmachtsfantasien passend zur gehobenen Stimmung.
- **Stimmungsinkongruente psychotische Symptome:** Verfolgungswahn, Beziehungs- oder Beeinflussungserleben ohne direkten Bezug zum expansiven Affekt.
- **Abgrenzung zur Hypomanie (Typ II):** Bei Hypomanie fehlen psychotische Symptome zwingend, die Dauer beträgt mindestens 4 Tage und es liegt keine schwere Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus vor.

4 Klinische Sicherheitsprüfung & Akutrisikomanagement



Leitlinienorientiertes Vorgehen zur Erkennung und Steuerung akuter Gefährdungslagen im Behandlungsverlauf:



Akute Gefährdungssituationen

Bei floriden manischen Episoden besteht häufig eine fehlende Krankheitseinsicht bei gleichzeitig ausgeprägter Selbstgefährdung (finanziell, sozial, somatisch) oder Fremdgefährdung durch Agitiertheit. In gemischten und depressiven Episoden ist die Suizidalitätsprüfung obligat.

1

Schritt 1: Reevaluierung der Krankheitseinsicht und Urteilsfähigkeit



Prüfung, inwieweit die betroffene Person Realitätsbezug und Handlungskonsequenzen einschätzen kann.

2

Schritt 2: Risikostratifikation bezüglich Eigen- und Fremdgefährdung



Erfassung von Impulsivität, Substanzkonsum, riskanten Verhaltensweisen sowie expliziten suizidalen Intentionen.

3

Schritt 3: Aktivierung des therapeutischen Sicherheits- und Notfallplans



Einbezug von Bezugspersonen, Re-Evaluation der psychopharmakologischen Medikation und bei akuter Gefährdung Prüfung stationärer Krisenintervention.

Karte 22 · Bipolare Störung Typ II



Psychoedukative Schnellreferenz

Für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Strukturierte Gedächtnisstütze zur klinischen Einordnung; ersetzt keine formale Diagnostik.



Diagnostischer Rahmen

Die Einordnung erfordert eine klinische Gesamtbeurteilung. Diese Übersicht ist keine Diagnose oder Behandlungsempfehlung.



Episodenprofil prüfen

Bipolare Störung Typ II setzt eine Vorgeschichte hypomanischer und schwerer depressiver Episoden voraus; eine manische Episode darf nicht vorliegen.

Sind die relevanten Episoden im Verlauf festgestellt?

Mindestens eine hypomanische Episode und mindestens eine schwere depressive Episode

Episodenmerkmale, zeitlichen Verlauf und klinische Beeinträchtigung weiter beurteilen.

Voll ausgeprägte manische Episode festgestellt

Das passt nicht zu Bipolarer Störung Typ II; diagnostische Einordnung neu prüfen.

Eine der erforderlichen Episoden nicht belegt oder Verlauf unklar

Typ II anhand dieser Übersicht nicht festlegen; weitere klinische Abklärung erforderlich.



Bipolare Störung Typ II (ICD-11: 6A61)

Episodenprofil erfüllt, sofern klinische Gesamtbeurteilung dies bestätigt.



Hypomanische Episode

Mindestens eine hypomanische Episode muss im Verlauf vorliegen. Die Episode ist von einer voll ausgeprägten Manie abzugrenzen.

- Veränderung gegenüber dem üblichen Erleben und Verhalten beurteilen.
- Dauer, Verlauf und begleitende Symptome anhand der geltenden ICD-11-Beschreibung prüfen.
- Nicht allein aus einzelnen Symptomen auf eine Episode schließen.



Schwere depressive Episode

Mindestens eine schwere depressive Episode muss im Verlauf vorliegen.

- Episodenmerkmale und Schweregrad anhand der geltenden ICD-11-Beschreibung prüfen.
- Zeitlichen Verlauf und Auswirkungen im klinischen Gesamtbild berücksichtigen.



Manie ausschließen

Eine voll ausgeprägte manische Episode schließt die Einordnung als Bipolare Störung Typ II aus.

- Gesamten Verlauf statt nur der aktuellen Stimmungslage erheben.
- Bei Hinweisen auf Manie die diagnostische Zuordnung erneut prüfen.



Abgrenzung

Hypomanische Episode und voll ausgeprägte Manie sind diagnostisch nicht gleichzusetzen.



Psychoedukative Schnellreferenz – ersetzt keine formale Diagnostik.



Rezidivierende depressive Störung (ICD-11: 6A71)



1 Klinische Definition & diagnostischer Rahmen (ICD-11: 6A71)



Die rezidivierende depressive Störung ist gemäß ICD-11 (Code 6A71) definiert durch eine Vorgeschichte von mindestens zwei depressiven Episoden, die durch ein symptomfreies oder subklinisches Intervall (Remissionsphase) von mindestens mehreren Monaten voneinander getrennt sind. Eine manische, hypomane oder gemischte Episode darf in der Anamnese nie aufgetreten sein, da dies eine bipolare Störung anzeigen würde.



Episodendauer:

Einzelne depressive Episode besteht über mindestens 2 Wochen an fast allen Tagen.



Episodenintervall:

Zwischenphasen mit vollständiger oder partieller Remission trennen die Krankheitsphasen.



Ausschluss:

Keine manischen oder hypomanen Episoden in der Vorgeschichte (Ausschluss bipolarer Verläufe).



Funktionsniveau:

Signifikante Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen.



Psychoedukativer Hinweis & Limitation

Diese Übersichtskarte dient ausschließlich der schnellen Orientierung und Psychoedukation für Fachkräfte und Patient:innen. Sie ersetzt keine umfassende klinisch-psychiatrische Untersuchung, Differenzialdiagnostik oder standardisierte Testdiagnostik.

2 Flowchart: Episodendynamik & Kriteriendifferenzierung



Strukturierter Entscheidungsbaum zur phasenspezifischen Einordnung von depressiven Episoden und Remissionszuständen im Längsschnitt:



3 Symptomtrias & Begleitsymptome der depressiven Phase



Im Rahmen einer akuten Episode müssen die diagnostischen Kern- und Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei aufeinanderfolgenden Wochen persistieren.



Kernsymptom Affekt:

Depressive, gedrückte Stimmung über den Großteil des Tages, weitgehend unabhängig von situativen Umständen.



Kernsymptom Anhedonie:

Deutlicher Verlust des Interesses oder der Freude an Aktivitäten, die sonst angenehm waren.



Kernsymptom Antriebsmangel / Energieverlust:

Ausgeprägte chronische Fatigue, verminderte Energie und signifikant reduzierter Aktivitätsantrieb.



Kognitive Zusatzsymptome:

Konzentrationsstörungen, verringerte Aufmerksamkeit, unbegründete Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit, wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizidalität.



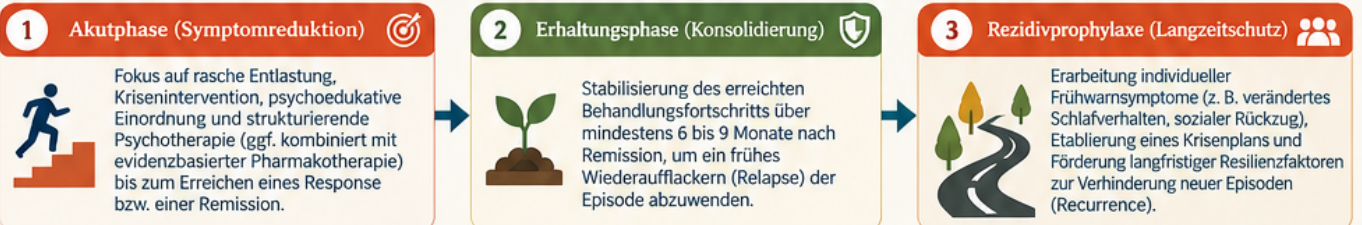
Neurovegetative Zusatzsymptome:

Schlafstörungen (typisch: Früherwachen), Appetitverlust mit Gewichtsveränderung, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit.

4 Phasenmodell: Von der Akutphase zur Rezidivprophylaxe



Der typische Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung gliedert sich in drei aufeinanderfolgende Behandlungs- und Verlaufsphasen:



Karte 24 – Dysthyme Störung



Dysthyme Störung (Dysthymie)

Psychoedukative Schnellreferenz
für Fachkräfte im Gesundheitswesen.
Keine formale Diagnostik.



Einordnung

ICD-11: 6A72.
Anhaltende depressive
Verstimmung mit
chronischem Verlauf.



Leitmerkmale

Mindestens zwei Jahre
anhaltende depressive
Stimmung; die
Beschwerden können
weniger ausgeprägt sein
als bei einer depressiven
Episode und dennoch
belastend sein.



Klinische Orientierung

Verlauf, Intensität,
Funktionsbeeinträchtigung
und mögliche depressive
Episoden im Gesamtbild
erfassen. Die Karte ersetzt
nicht die Prüfung der
vollständigen ICD-11-
Anforderungen und der
Differenzialdiagnosen.

Karte 25: Anorexia Nervosa

1 Klinische Übersicht & Leitsymptome

Die Anorexia Nervosa ist gemäß ICD-11 (Code 6B80) gekennzeichnet durch ein signifikant niedriges Körpergewicht bezogen auf Alter, Geschlecht und Entwicklungsstand, das durch anhaltende Verhaltensweisen zur Gewichtsreduktion oder Vermeidung einer Zunahme herbeigeführt und aufrechterhalten wird. Hinzu treten eine intensive Furcht vor einer Gewichtszunahme sowie eine tiefgreifende Störung der eigenen Körperwahrnehmung.

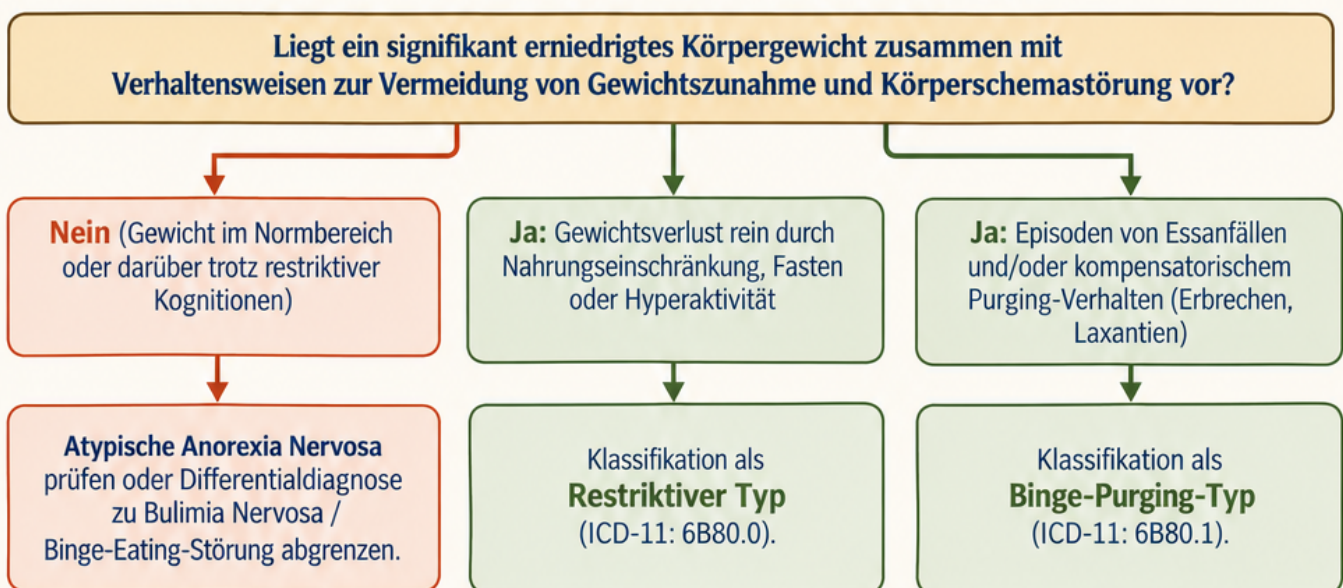
- **Signifikant erniedrigtes Körpergewicht** (bei Erwachsenen typischerweise BMI < 18,5 kg/m² bzw. Unterschreiten der 5. Perzentile bei Kindern und Jugendlichen)
- **Persistierende Verhaltensweisen zur Verhinderung von Gewichtszunahme** (z. B. strikte Nahrungseinschränkung, Purging-Verhalten, exzessive Bewegung)
- **Ausgeprägte Körperschemastörung**: Verzernte Wahrnehmung der eigenen Körperform oder des Gewichts sowie Überbewertung von Figur und Gewicht für den Selbstwert

Klinischer Hinweis zur Diagnostik

Dieses Dokument dient als psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte im Gesundheitswesen und ersetzt keine umfassende multimodale klinische Diagnostik.

2 Diagnostischer Entscheidungsbaum (ICD-11 6B80)

Strukturierte Überprüfung der Kernkriterien zur klinischen Differenzierung und Subtypisierung.



3 Somatische und Psychopathologische Differentialdiagnostik

Strukturierte Checkliste zur Abgrenzung somatischer Ursachen und komorbider Störungsbilder.

- **Ausschluss primär somatischer Konsumtionsursachen** (z. B. Hyperthyreose, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Malignome)
- **Abgrenzung zur Bulimia Nervosa**: Liegt das Körpergewicht bei der Bulimie im Normal- oder Übergewichtsbereich?
- **Abgrenzung zur vermeidend-restriktiven Ernährungsstörung (ARFID)**: Fehlen Furcht vor Gewichtszunahme und Körperschemastörung?
- **Erfassung somatischer Gefährdungsmerkmale** (Elektrolytentgleisung, Bradykardie, Hypothermie, verlängerte QTc-Zeit)



Somatische Notfallindikation

Bei raschem Gewichtsverlust, kardialen Arrhythmien oder ausgeprägten Elektrolytstörungen besteht akute somatische Vitalgefährdung, die eine stationäre Intervention erfordert.



Karte 26: Bulimia Nervosa (ICD-11: 6B81)



Klinische Übersicht & Kriterien

Bulimia Nervosa (ICD-11: 6B81) ist durch wiederkehrende Episoden von Essanfällen gekennzeichnet, gefolgt von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme. Eine übermäßige Beschäftigung mit Körperform und Gewicht bestimmt den Selbstwert maßgeblich.

- **Wiederkehrende Essanfälle:** Verzehr objektiv großer Nahrungsmengen bei subjektivem Kontrollverlust.
- **Kompensatorische Verhaltensweisen:** Selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzien-/Diuretika-Abusus, Nüchternphasen oder exzessive Bewegung.
- **Dauer & Frequenz:** Typischerweise mindestens einmal wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens einem Monat.
- **Körperbild:** Ausgeprägte Fixierung auf Figur und Gewicht ohne Erfüllen der diagnostischen Kriterien einer Anorexia Nervosa.



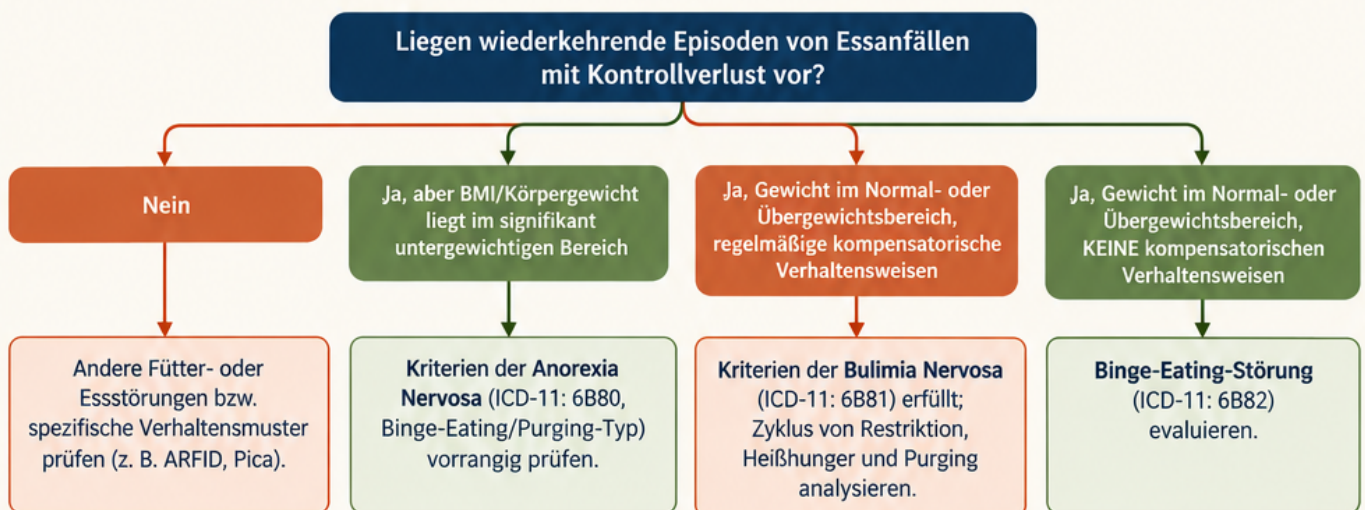
Psychoedukativer Hinweis

Dieses Dokument dient als psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte und ersetzt keine strukturierte fachärztliche oder testpsychologische Diagnostik.



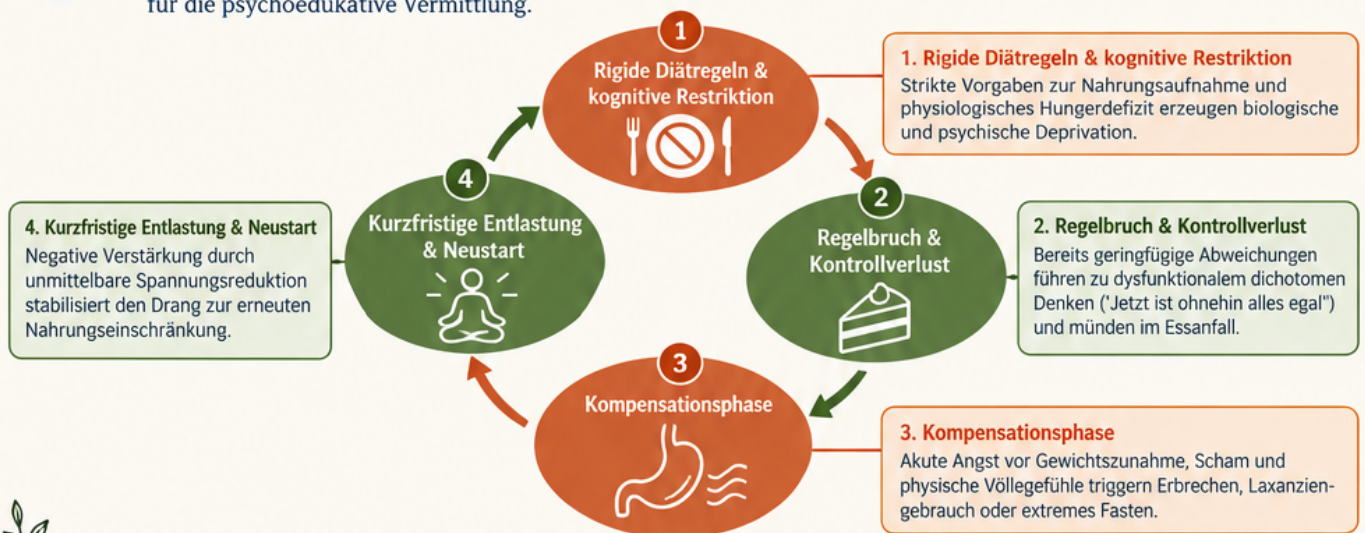
Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum

Strukturierte Pfade zur differentialdiagnostischen Einordnung und Abgrenzung von Anorexia Nervosa und Binge-Eating-Störung.



Der Teufelskreis der Bulimie (CBT-Modell)

Verhaltenstherapeutisches Prozessmodell zur Veranschaulichung der aufrechterhaltenden Zyklen für die psychoedukative Vermittlung.



Karte 27 · Binge-Eating-Störung



Einordnung

Psychoedukative Schnellreferenz für Fachkräfte. Die Übersicht unterstützt die Orientierung an den zentralen Merkmalen der Binge-Eating-Störung; sie ersetzt keine formale Diagnostik.



Diagnostische Einordnung

Die Karte fasst Leitsymptome zusammen und ist keine vollständige Wiedergabe aller ICD-11-Diagnoseanforderungen.



Essanfälle

Wiederkehrende Episoden, in denen die betroffene Person innerhalb eines begrenzten Zeitraums deutlich mehr isst, als die meisten Menschen unter vergleichbaren Umständen essen würden. Dabei besteht das Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren.



Begleitende Merkmale

Essanfälle können mit ausgeprägtem Leidensdruck verbunden sein. Häufige begleitende Merkmale sind:

- schneller essen als üblich
- essen, bis ein unangenehmes Völlegefühl eintritt
- essen, obwohl kein körperlicher Hunger besteht
- aus Scham oder Verlegenheit allein essen
- sich nach dem Essanfall angewidert, niedergeschlagen oder schuldig fühlen



Abgrenzung

Kennzeichnend ist, dass regelmäßige unangemessene Kompensationsmechanismen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme fehlen. Dazu zählen etwa selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder exzessives Training als regelmäßige Reaktion auf Essanfälle.



Nicht gleichsetzen

Einzelne Essanfälle oder Körpergewicht allein begründen keine Diagnose. Häufigkeit, Dauer, Leidensdruck und weitere diagnostische Bedingungen sind im klinischen Kontext zu prüfen.



Flowchart-Merker

Orientierung entlang der zentralen Unterscheidungsmerkmale:

1

Wiederkehrende Essanfälle?

Episoden mit ungewöhnlich großer Nahrungsmenge und erlebtem Kontrollverlust erfassen.



2

Leidensdruck oder begleitende Merkmale?

Subjektive Belastung und typische Begleitmerkmale explorieren.



3

Regelmäßige unangemessene Kompensation?

Gezielt nach kompensatorischem Verhalten fragen. Bei regelmäßigem Auftreten passt die Abgrenzung zur Binge-Eating-Störung nicht.



4

Gesamtkriterien klinisch prüfen

Dauer, Häufigkeit, Leidensdruck, Ausschlüsse und Differentialdiagnosen anhand der ICD-11 beurteilen.



Karte 28: Körperliche Belastungsstörung



Klinische Definition & Kernkriterien nach ICD-11

Die Körperliche Belastungsstörung (6C20) ist im ICD-11 dadurch gekennzeichnet, dass quälende oder im Alltag einschränkende somatische Körpersymptome im Mittelpunkt stehen. Wesentlich für die Diagnose ist die Art und Weise der psychischen Verarbeitung: Betroffene widmen den Symptomen anhaltend übermäßige Aufmerksamkeit, hegen katastrophisierende Gedanken oder zeigen ein ausgeprägtes zeitliches und emotionales Engagement bei der Beschäftigung mit den Beschwerden.

- **Leitsymptomatik:** Präsenz von einem oder mehreren körperlichen Symptomen (z. B. diffuse Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Fatigue), die von deutlichem Leidensdruck oder deutlichen Funktionseinbußen begleitet sind.
- **Kognitive Überlastung:** Anhaltende, unverhältnismäßige Besorgnis bezüglich der Gefährlichkeit oder Bedeutung der Beschwerden, oft verbunden mit Katastrophisierung.
- **Verhaltensmuster:** Exzessive Kontrollhandlungen (Body-Checking, wiederholte Konsultationen verschiedener Fachdisziplinen) oder malitives Vermeidungsverhalten (Schonhaltung, sozialer Rückzug).
- **Medizinische Abklärung:** Körperliche Symptome können organisch erklärbar sein oder nicht; entscheidend ist die Disproportionalität der psychischen und verhaltensbezogenen Reaktion.



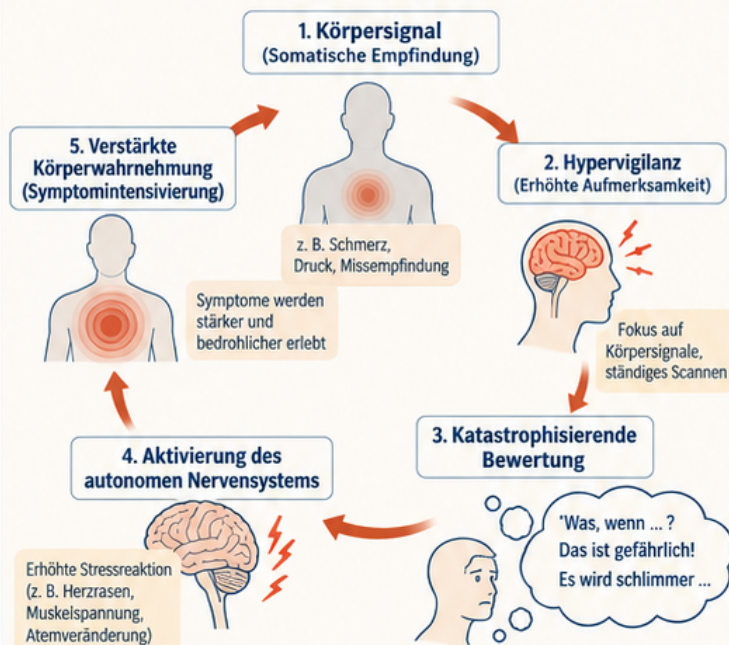
Psychoedukativer Status

Diese Übersichtskarte dient ausschließlich als psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte im klinisch-therapeutischen Kontext. Sie ersetzt keine umfassende medizinische oder psychiatrische Differenzialdiagnostik.

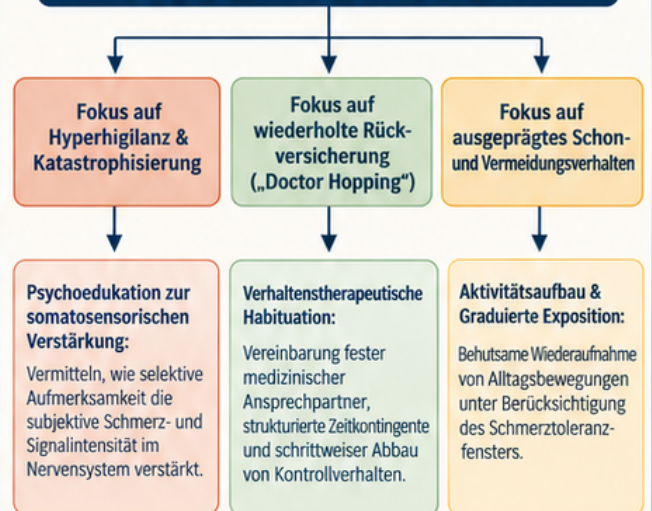


Flowchart-Entscheidungsbaum: Kognitiv-behaviorale Zirkularität

Zur schnellen visuellen Differenzierung und edukativen Vermittlung der Aufrechterhaltungsmechanismen im therapeutischen Dialog:



Welches Muster dominiert die Reaktion auf wahrgenommene Körpersignale?



Klinischer Leitfaden zur Edukation

Strukturierter Ablauf zur Vermittlung des Störungsverständnisses an Patientinnen und Patienten:

1

Schritt 1: Reale Schmerzerfahrung validieren

Das subjektive Erleben des Körpersymptoms ohne Bagatellisierung anerkennen und die neurobiologische Verankerung von Schmerzsignalen verdeutlichen.

2

Schritt 2: Das Filtermodell des Nervensystems erläutern

Darstellen, wie zentralnervöse Filterprozesse durch anhaltenden Stress und Angst sensibilisiert werden (zentrale Sensibilisierung).

3

Schritt 3: Teufelskreis aus Sorge und Anspannung transparent machen

Gemeinsames Aufzeichnen des Kreislaufs aus Körpersignal, automatischer Fehlinterpretation, vegetativer Erregung und Symptomverstärkung.

4

Schritt 4: Fokus von Ursachensuche auf Funktionsfähigkeit verlagern

Therapiefokus von der Beseitigung des letzten Symptoms hin zur Steigerung von Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Stressregulation verschieben.



Validierende Grundhaltung

Körperliche Missempfindungen sind real und keine „Einbildung“. Die Entkopplung von biomedizinischer Ursachensuche und somatischer Realitätsempfindung erfordert eine durchgehend validierende therapeutische Haltung.

Primäre körperliche Leitsymptome des Patienten / der Patientin:

Identifizierte Aufrechterhaltungsfaktoren (kognitiv / behavioral):

Schizophrenie | ICD-11 6A20



Psychotische Kernsymptome

Übersicht zur fachlichen Orientierung bei der Einordnung einer möglichen Schizophrenie.

- Positiv:** Wahn, Halluzinationen oder desorganisiertes Denken und Sprechen.
- Negativ:** verminderte Motivation, eingeschränkter Affekt oder sozialer Rückzug.
- Desorganisation:** zerfahrenes Denken und Sprechen oder desorganisiertes Verhalten.



Psychotische Kernsymptome

Positivsymptome



Wahn

Feste, nicht haltbare Überzeugungen.



Halluzinationen

Sinneswahrnehmungen ohne äußeren Reiz.



Desorganisiertes Denken und Sprechen

Unzusammenhängende Gedanken, sprunghaftes Sprechen.

Negativsymptome



Verminderte Motivation

Reduziertes Interesse und Antrieb.



Eingeschränkter Affekt

Verminderter Gefühlsausdruck.



Sozialer Rückzug

Weniger soziale Kontakte und Interaktionen.

Desorganisation



Zerfahrenes Denken und Sprechen

Unstrukturierte, schwer nachvollziehbare Gedankengänge oder Sprache.



Desorganisiertes Verhalten

Unzielgerichtetes, unangemessenes oder schwer steuerbares Verhalten.



Zeitlicher Verlauf und Auswirkungen

Die Symptome bestehen mindestens einen Monat und gehen mit deutlicher Beeinträchtigung wichtiger Lebensbereiche einher.



Deutliche Beeinträchtigung wichtiger Lebensbereiche

Z. B. in Schule, Ausbildung, Beruf, sozialen Beziehungen oder der Selbstversorgung.



Klinische Einordnung im Gesamtbild

Andere Ursachen und den individuellen Kontext berücksichtigen.



Hinweis zur Anwendung

Psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte.
Die Karte ersetzt keine formale Diagnostik.



Karte 30: Schizoaffective Störung (ICD-11: 6A21)

1



Klinische Definition & Kernkriterien nach ICD-11

Die **Schizoaffective Störung (ICD-11: 6A21)** ist dadurch definiert, dass während derselben Krankheitsperiode sowohl die diagnostischen Kriterien einer Schizophrenie als auch die einer mittelgradigen oder schweren affektiven Episode (depressiv, manisch oder gemischt) simultan oder innerhalb weniger Tage aufeinanderfolgend voll ausgeprägt vorliegen.



Simultaneität: Vollbild schizophrener Symptome (z. B. Wahn, Halluzinationen, Denkstörungen) und affektiver Kernsymptome zur gleichen Zeit.



Dauer: Die schizophrenen Kernsymptome müssen für mindestens einen Monat persistieren.



Subtypen nach ICD-11: Gegenwärtig manischer Typus (6A21.0), gegenwärtig depressiver Typus (6A21.1) oder gegenwärtig gemischter Typus (6A21.2).



Ausschluss: Symptome sind nicht primär durch Substanzeinfluss (z. B. Drogenintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt.



Wichtiger Methodenhinweis

Dieses Schema dient als psychoedukatives Schnellreferenzmaterial für Fachkräfte zur Orientierung und Strukturierung von Fallkonzeptualisierungen. Es ersetzt keine formale testpsychologische, psychiatrische oder somatische Differenzialdiagnostik.

2



Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum

Systematischer Pfad zur diagnostischen Abgrenzung gegenüber affektiven Psychosen und Schizophrenie mit Begleitauffekten:

Treten die schizophrenen Kernsymptome und die affektive Vollremission/Vollstörung simultan in derselben Episode auf?

Ja

Schizophrene Kernkriterien (≥ 1 Monat) und affektive Episode liegen zeitgleich voll ausgeprägt vor.

Diagnose Schizoaffective Störung (ICD-11: 6A21) prüfen.

Spezifikation nach aktuellem Episodentyp (manisch, depressiv, gemischt) vornehmen.

Nein

Psychotische Symptome treten ausschließlich während manifester manischer oder schwerer depressiver Episoden auf.

Differenzialdiagnose Affektive Störung mit psychotischen Symptomen evaluieren
(z. B. Bipolare Störung mit psychotischen Symptomen oder schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen).

Nein

Psychotische Symptome dominieren dauerhaft; affektive Verstimmungen treten lediglich kurzzeitig, reaktiv oder subsyndromal auf.

Differenzialdiagnose Schizophrenie (ICD-11: 6A20) bzw. postschizophrene depressive Verstimmung abklären.

3



Symptomtrias & Klinische Schnittmengen

Erfassung der Symptomkonstellation zur Unterscheidung der psychopathologischen Verlaufsformen:



Schizophrene Dimension

- Wahnphänomene (oft bizarr, Kontrollwahn)
- akustische Halluzinationen (kommentierende oder dialogische Stimmen)
- Desorganisation.



Manische Dimension

- Gesteigerter Antrieb
- Ideenflucht
- Größenideen
- vermindertes Schlafbedürfnis
- riskantes Verhalten



Depressive Dimension

- Anhedonie
- depressive Stimmung
- psychomotorische Hemmung
- Insomnie
- Schuldgefühle
- Suizidalität



Klinische Verlaufsvarianz

Für die Kodierung nach ICD-11 ist die Querschnittssymptomatik der aktuellen Episode leitend. Längsschnittlich erfordert die Abgrenzung eine sorgfältige Rekonstruktion früherer Episodenverläufe.