ICD-11 IN DER PRAXIS

DIAGNOSTISCH DENKEN - PSYCHISCHE STÖRUNGEN SICHER EINORDNEN

SYBILLE DISSE

IMPRESSUM

© 2026 Sybille Disse {Medizinische Kodierfachkraft}

ISBN: 978-94-0395746-3 (Softcover), 978-94-0395885-9 (Hardcover)

1. Auflage, 2026

Verlag

Mijnbestseller Nederland B.V., Delftestraat 33, 3013 AE Rotterdam

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über die Website der Deutschen Nationalbibliothek abrufbar.

Urheberrecht

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk und alle seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Übersetzung, Verbreitung oder öffentliche Wiedergabe – ganz oder teilweise – bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Autorin, soweit sie nicht ausdrücklich durch das Urheberrechtsgesetz gestattet ist.

Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Speicherung, Verarbeitung oder Verbreitung in gedruckter oder elektronischer Form sowie für die Nutzung von Texten oder Teilen dieses Werkes in anderen Medien. Auch auszugsweise dürfen Inhalte dieses Buches ohne Zustimmung der Autorin nicht vervielfältigt, verbreitet, öffentlich zugänglich gemacht, übersetzt oder anderweitig genutzt werden, soweit eine solche Nutzung nicht gesetzlich erlaubt ist.

Verstöße gegen das Urheberrecht können zivilrechtliche und gegebenenfalls strafrechtliche Folgen haben.

KI-Hinweis

Bei der Erstellung dieses Buches wurde künstliche Intelligenz unterstützend eingesetzt, insbesondere zur sprachlichen Überarbeitung von Texten sowie zur Gestaltung der Kapitelbilder und des Covers auf Grundlage eigener Originalfotos bzw. Aufzeichnungen. Die inhaltliche Konzeption, Ausarbeitung und die zugrunde liegenden Ideen stammen von der Autorin.

Fachlicher Hinweis und Haftungsausschluss

Dieses Buch dient der fachlichen Information, der Aus- und Weiterbildung sowie der Unterstützung diagnostischer Überlegungen. Es vermittelt Wissen zu psychischen Symptomen, diagnostischen Zusammenhängen und ihrer Einordnung im Rahmen der ICD-11.

Die Inhalte wurden mit Sorgfalt erstellt. Dennoch kann keine Gewähr für Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität sämtlicher Angaben übernommen werden. Insbesondere diagnostische Klassifikationen, Bezeichnungen und Kodierungen können Änderungen unterliegen und sollten vor ihrer praktischen Anwendung anhand der jeweils gültigen offiziellen Quellen überprüft werden.

Dieses Buch ersetzt keine individuelle medizinische, psychologische oder psychotherapeutische Beratung, Untersuchung, Diagnostik oder Behandlung.

Die dargestellten Informationen dürfen nicht als alleinige Grundlage für eine Diagnose oder Therapieentscheidung verwendet werden. Diagnostische Einschätzungen und daraus abgeleitete Maßnahmen erfordern stets die Berücksichtigung des individuellen Falls, der klinischen Befunde und der jeweils geltenden fachlichen Standards.

Bei gesundheitlichen Beschwerden oder Fragen zur eigenen Gesundheit sollte qualifizierter medizinischer oder psychotherapeutischer Rat eingeholt werden. Akute oder dringende Beschwerden bedürfen einer zeitnahen professionellen Abklärung.

Die Verantwortung für die fachgerechte Anwendung der dargestellten Informationen im jeweiligen beruflichen Kontext verbleibt bei den Anwenderinnen und Anwendern.

INHALT

Einleitung ix
Der diagnostische Weg xiii

ÜBERBLICK 1
Funktionsbereiche

1. BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN 2
Stupor 3
Koma 10
Bewusstseinstrübung 18

2. KOGNITIVE STÖRUNGEN 25
Altersabhängige Abnahme kognitiver Funktionen 26
Amnesie 33
Anosognosie 45
Konfabulation 53
Desorientiertheit 60
Ablenkbarkeit 71
Beeinträchtigtes abstraktes Denken 83
Beeinträchtigte exekutive Funktionen 90
Beeinträchtigte Urteilsbildung 99
Perseveration 109
Herabgesetzte Konzentration 116
Rasende Gedanken 125

3. MOTIVATION ODER ENERGIE 135
Antriebsminderung 136
Verminderte Libido 146
Demoralisierung 157
Hoffnungslosigkeit 168
Erhöhte Energie 180
Erhöhte zielgerichtete Aktivität 190
Erhöhte Libido 200
Müdigkeit 214

4. VERHALTEN 233
Aggressives Verhalten 234
Antisoziales Verhalten 244
Vermeidendes Verhalten 252
Bradyphrenie 260
Zwänge 266
Koprolalie 275
Desorganisiertes Verhalten 281
Ungepflegtes Erscheinungsbild 289
Disruptives Verhalten 296
Echolalie 305
Exzessives Weinen im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter 310
Erhöhte Kontaktfreudigkeit 315
Mutismus 322
Nichtsuizidale Selbstverletzung 329
Sonderbares oder merkwürdiges Erscheinungsbild 336
Sonderbares oder merkwürdiges Verhalten 342
Panikattacke 348
Mangelhafte persönliche Hygiene 355
Sprachverarmung 362
Sprechen mit Druck 368
Psychomotorische Unruhe 374
Psychomotorische Verlangsamung 381
Sozialer Rückzug 387
Suizidversuch 394
Suizidales Verhalten 401

5. STIMMUNG ODER AFFEKT 408
Ambivalenz 409
Wut 415
Anhedonie 424
Angst 431
Apathie 439
Depressive Stimmung 446
Affektstörung 455
Dysphorie 461
Gesteigerter Affekt 466
Euphorie 472

Angst 478
Schuldgefühle 486
Irritabilität 494
Bleierne Lähmung 501
Grübeln 506
Ruhelosigkeit 513
Wutausbruch 519
Sorge 527

6. FORMALES DENKEN 536
Symptome oder Zeichen einer Denkstörung 537
Ideenflucht 545
Neologismen 551
Gedankenabreißen 556

7. INHALTLICHES DENKEN 563
Wahn 565
Beeinflussungserleben 575
Überheblichkeit 583
Mordfantasien 589
Identitätsstörung 596
Zwangsgedanken 605
Überwertige Ideen 613
Verfolgungsidee 619
Wahnwahrnehmung 626
Misstrauen 632
Suizidgedanken 639

8. WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 648
Depersonalisierung 650
Derealisierung 657
Halluzinationen 662
Störung des Körperbildes 673
Illusionen 679

9. PERSÖNLICHKEITSMERKMALE 687
Aufmerksamkeitsbedürfnis 688
Gefühlskälte 695
Exzentrik 702
Anspruchshaltung 708

Feindseligkeit 714
Impulsivität 720
Unentschlossenheit 728
Verantwortungslosigkeit 734
Niedrige Frustrationstoleranz 741
Niedriges Selbstwertgefühl 747
Negative Affektivität 753
Negativismus 759
Perfektionismus 765
Pessimismus 771
Leichtsinnigkeit 776
Sensationssuchen 782
Hartnäckigkeit 788
Unterwürfigkeit 794

10. ESSEN UND VERWANDTES VERHALTEN 799
Vermeidendes oder restriktives Essen 801
Binge-Eating 806
Nahrungsaufnahme nicht nahrhafter Substanzen 812
Purging-Verhalten 817
Rumination oder Regurgitation 823

11. AUSSCHEIDUNG 829
Einkoten 830
Einnässen 836

EINLEITUNG

Ein Mensch sitzt Ihnen gegenüber. Er erzählt von dem, was ihn belastet, was ihm zunehmend schwerfällt oder was er selbst kaum in Worte fassen kann. Eine Angehörige schildert ihre Sorgen. In den Unterlagen finden sich frühere Befunde, im Gespräch kommen weitere Hinweise hinzu. Worte, Gesten, die Art des Erzählens und manchmal auch das Schweigen ergeben ein erstes Bild. Doch wie lässt sich verstehen, was sich hier zeigt? Welche Beobachtungen sind diagnostisch bedeutsam, welche Fragen führen weiter – und was darf noch nicht vorschnell eingeordnet werden?

Diagnostisches Denken beginnt mit genauem Hinsehen und aufmerksamem Zuhören.

Aus ersten Eindrücken entstehen Fragen, aus Antworten ergeben sich neue Hinweise. Schritt für Schritt zeichnet sich eine diagnostische Spur ab. Doch wie wird daraus eine fundierte diagnostische Einschätzung? Entscheidend ist, Beschwerden präzise zu erfassen, erste Vermutungen zu prüfen und unterschiedliche Erklärungen gegeneinander abzuwägen.

Aktives Zuhören, gezielte Fragen und klinische Erfahrung helfen dabei, Beobachtungen einzuordnen und Zusammenhänge zu erkennen. Es geht nicht darum, möglichst schnell einen passenden Code zu finden, sondern zunächst zu verstehen, welches Phänomen vorliegt und welche Bedeutung es haben könnte.

Genau hier setzt dieses Buch an.

Es führt Sie **vom Symptom zur diagnostischen Einordnung**. Sie erfahren, wie sich ein Phänomen im ungestörten Zustand zeigt, welche Merkmale bei Störungen auftreten können, welche Fragen weiterführen und welche diagnostischen Werkzeuge zusätzliche Erkenntnisse ermöglichen. Die differenzialdiagnostische Betrachtung unterstützt Sie dabei, alternative Erklärungen zu prüfen und vorschnelle Schlussfolgerungen zu vermeiden.

Die Psychopathologie und die ICD-11 bilden dafür ein gemeinsames fachliches Bezugssystem. Sie helfen, Beobachtungen und Berichte präzise zu beschreiben, Symptome von eigenständigen Störungen zu unterscheiden und Befunde systematisch einzuordnen. Je nach Fragestellung können weitere Verfahren erforderlich sein: etwa psychometrische Skalen, strukturierte Interviews, körperliche oder neurologische Untersuchungen, bildgebende Verfahren oder Fremdbeurteilungen.

Die ICD-11 bietet Orientierung und Struktur – sie ersetzt jedoch nicht das klinische Denken. Ein einzelnes Symptom erklärt noch nicht, welche Ursache ihm zugrunde liegt. Erst die sorgfältige Betrachtung des Zusammenhangs, des Verlaufs, möglicher Begleiterscheinungen und der Auswirkungen auf den Alltag ermöglicht eine tragfähige diagnostische Einschätzung.

Was Sie niemals vergessen sollten:

Hinter jeder Diagnose steht ein Mensch mit seiner eigenen Geschichte. Fragen Sie ihn danach. Begegnen Sie ihm mit fachlicher Präzision und Offenheit.

Veranlassen Sie die diagnostisch notwendigen Untersuchungen und klären Sie mögliche Differenzialdiagnosen sorgfältig ab. So entsteht eine fundierte Grundlage für die weitere diagnostische Einordnung.

Die Kunst besteht darin, **lange genug neugierig zu bleiben**: genau hinzusehen, gezielt nachzufragen, unterschiedliche Erklärungen abzuwägen und die eigene Einschätzung anhand neuer Erkenntnisse zu überprüfen.

So gelangen Sie Schritt für Schritt zu einer differenzierten Einordnung nach ICD-11 – mit einem klaren Blick für das Symptom, seine möglichen Zusammenhänge und den Menschen, bei dem es auftritt.

Denn gute Diagnostik beginnt nicht mit einem Code, sondern mit dem Menschen.

DER DIAGNOSTISCHE WEG

Jede diagnostische Einordnung beginnt mit dem Menschen und dem, was sich bei ihm zeigt. Damit Sie sich auf diesem Weg gut orientieren können, folgt jedes Symptom einem einheitlichen diagnostischen Raster. Es führt Sie Schritt für Schritt von der ersten Beobachtung zur differenzierten Einordnung nach ICD-11.

Wir beginnen mit dem **Normalzustand**: Wie zeigt sich das jeweilige Phänomen, wenn keine Auffälligkeit vorliegt? Anschließend betrachten wir die **klinischen Merkmale** und fragen, woran sich eine mögliche Störung erkennen lässt. Unter **Vorgehen** finden Sie gezielte Fragen, die helfen, fehlende Informationen zu erheben und wichtige Zusammenhänge zu verstehen. Die **diagnostischen Werkzeuge** zeigen, welche Untersuchungen und Verfahren bei Bedarf zusätzliche Erkenntnisse liefern können.

Danach weiten wir den Blick: Welche anderen Ursachen oder Störungen kommen infrage? Die **Differenzialdiagnose** unterstützt Sie dabei, Alternativen sorgfältig abzuwägen. Unter **ICD-11** erfahren Sie, wie das Symptom diagnostisch einzuordnen ist und welche verwandten Diagnosen unterschieden werden sollten.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Situationen, in denen Risiken bestehen oder rasches Handeln erforderlich ist. Darauf weist der Abschnitt **Achtung** hin. Unter **Merke** finden Sie schließlich den entscheidenden Gedanken in prägnanter Form – als kleine Gedächtnisstütze, besonders für Lernende und zum späteren Wiederholen.

Das Raster gibt Ihnen Orientierung, ohne das klinische Denken vorwegzunehmen. Nicht jede Frage ist in jedem Fall relevant, nicht jedes diagnostische Werkzeug erforderlich. Entscheidend bleibt, was der einzelne Mensch mitbringt und welche Informationen für eine fundierte Einschätzung noch fehlen.

ÜBERBLICK
FUNKTIONSBEREICHE

UNSER ERLEBEN und Verhalten beruht auf dem Zusammenspiel verschiedener psychischer Funktionsbereiche. Dazu gehören unter anderem Bewusstsein, Kognition, Denken, Wahrnehmung, Stimmung, Motivation und Verhalten. Auch Essen, Ausscheidung und Persönlichkeitsmerkmale können wichtige Hinweise auf psychische Veränderungen geben.

Die einzelnen Bereiche lassen sich zwar unterscheiden, sind im Erleben eines Menschen jedoch eng miteinander verbunden. Veränderungen in einem Bereich können sich auf andere auswirken und unterschiedliche Ursachen haben. So kann beispielsweise eine depressive Stimmung mit vermindertem Antrieb, verändertem Denken und Schlaf- oder Appetitveränderungen einhergehen.

Die Übersicht bietet Ihnen eine erste Orientierung.

Entscheidend ist nicht nur, was sich verändert hat, sondern auch, wie die einzelnen Funktionsbereiche zusammenwirken.

KAPITEL 1
BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN

DAS BEWUSSTSEIN UMFASST DIE FÄHIGKEIT, sich seiner selbst und seiner Umwelt bewusst zu sein und das eigene Erleben in einen Zusammenhang einzuordnen. Klinisch beurteilt werden insbesondere die **Wachheit (Vigilanz)**, die **Klarheit des Bewusstseins** sowie die bewusste Wahrnehmung der eigenen Person und der Umgebung. Diese Aspekte hängen eng zusammen, können jedoch unterschiedlich beeinträchtigt sein.

Im ungestörten Zustand ist ein Mensch wach, geistig klar und ansprechbar. Er nimmt sich selbst und seine Umgebung bewusst wahr, kann äußere Reize aufnehmen und angemessen darauf reagieren. Er kann seine Wahrnehmungen und Erlebnisse in einen nachvollziehbaren Zusammenhang einordnen und sich ausreichend an den jeweiligen Situationen orientieren.

Die Aufmerksamkeit kann je nach Interesse, Müdigkeit oder Umgebung schwanken, ohne dass dadurch das Bewusstsein grundsätzlich beeinträchtigt sein muss. Entscheidend ist, dass der Mensch im Allgemeinen wach und bewusstseinsklar bleibt und seine Umgebung sowie das eigene Erleben hinreichend erfassen kann.

STUPOR

OHNE BEFUND

Im ungestörten Zustand ist ein Mensch wach, ansprechbar und in der Lage, spontan auf seine Umgebung zu reagieren. Er zeigt situationsangemessene Bewegungen, nimmt Kontakt zu anderen auf und kann auf Ansprache oder äußere Reize reagieren. Seine körperliche Aktivität und Reaktionsfähigkeit entsprechen im Allgemeinen seinem aktuellen Zustand.

MERKMALE

Stupor bezeichnet das nahezu vollständige Fehlen spontaner Bewegungen bei deutlich herabgesetzter Reaktivität auf die Umgebung. Die betroffene Person zeigt kaum oder keine spontane körperliche Aktivität und reagiert nur eingeschränkt oder gar nicht auf Ansprache und andere äußere Reize. Je nach Ausprägung kann sie regungslos wirken und kaum Kontakt zu ihrer Umgebung aufnehmen.

Entscheidend ist die genaue Beurteilung der Reaktionsfähigkeit: Eine Person kann äußerlich bewegungslos erscheinen, ohne dass damit bereits geklärt ist, wie wach sie ist, was sie wahrnimmt oder welche Ursache dem Zustand zugrunde liegt.

WISSENSWERT

Stupor beschreibt zunächst einen klinisch beobachtbaren Zustand und erklärt nicht dessen Ursache. Er kann im Zusammenhang mit neurologischen, internistischen, toxischen oder medikamentösen Erkrankungen sowie bei psychiatrischen Syndromen auftreten. Insbesondere kann Stupor ein Merkmal einer Katatonie sein.

Eine äußerlich geringe Reaktion erlaubt keine sichere Aussage darüber, ob die betroffene Person ihre Umgebung wahrnimmt. Auch die Abgrenzung zu Koma, Delir und anderen Zuständen mit verminderter Reaktionsfähigkeit erfordert eine sorgfältige Untersuchung.

VORGEHEN

Bei einem neu aufgetretenen oder ungeklärten Stupor ist eine unverzügliche medizinische Abklärung erforderlich. Beobachten Sie zunächst die Reaktionsfähigkeit und klären Sie, sofern möglich, den Beginn und Verlauf des Zustands.

- **Wie reagiert die Person auf Ansprache?** Prüfen Sie, ob sie die Augen öffnet, Blickkontakt aufnimmt, einfache Aufforderungen befolgt oder gezielte Bewegungen zeigt. So lässt sich die Ausprägung der Reaktionsminderung besser einschätzen.
- **Reagiert sie auf andere Reize?** Beobachten Sie spontane Bewegungen und Reaktionen auf geeignete Reize im Rahmen der klinischen Untersuchung. Reaktionen dürfen nicht durch potenziell schädliche Reize erzwungen werden.
- **Wann hat der Zustand begonnen?** Fragen Sie Angehörige, Begleitpersonen oder den Rettungsdienst nach dem zeitlichen Verlauf, dem Verhalten vor Beginn und möglichen Veränderungen. Ein plötzlicher Beginn kann auf eine akute neurologische oder internistische Ursache hinweisen.
- **Welche Begleitumstände liegen vor?** Erheben Sie, soweit möglich, Informationen zu Vorerkrankungen, kürzlichen Verletzungen, Medikamentenänderungen und möglichem Substanzkonsum. Diese Angaben helfen, behandelbare Ursachen zu erkennen.

- **Gibt es weitere Auffälligkeiten?** Achten Sie auf Veränderungen der Atmung, Kreislaufprobleme, Fieber, Krampfereignisse oder neurologische Ausfälle. Solche Hinweise können eine sofortige Notfallversorgung erforderlich machen.

Die psychiatrische Anamnese und Einordnung treten bei einem akuten Stupor zunächst hinter die Sicherung der Vitalfunktionen und die medizinische Ursachenklärung zurück.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Die Untersuchungen richten sich nach dem klinischen Zustand und den vermuteten Ursachen. Bei akutem Stupor stehen medizinische und neurologische Verfahren im Vordergrund.

- **Klinische Untersuchung und neurologischer Status:** Beurteilung von Wachheit, Reaktionsfähigkeit, Pupillenreaktionen, Motorik, Atmung und Kreislauf.
- **Glasgow Coma Scale (GCS):** Strukturierte Erfassung der Augenöffnung sowie der verbalen und motorischen Reaktion. Sie unterstützt die Verlaufsbeurteilung, ersetzt aber nicht die vollständige klinische Untersuchung.
- **Blutzucker und Laboruntersuchungen:** Suche nach behandelbaren metabolischen, internistischen oder infektiösen Ursachen, abhängig vom klinischen Bild.
- **Bildgebung, beispielsweise CT oder MRT:** Abklärung möglicher struktureller Veränderungen des Gehirns, etwa bei Verdacht auf Blutung, Schlaganfall oder Verletzung.
- **Elektroenzephalografie (EEG):** Besonders relevant bei Verdacht auf epileptische Aktivität ohne sichtbare Krampfbewegungen.

- **Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung:** Ergänzende Informationen zum Ausgangszustand, zum Beginn und zur Entwicklung der Symptome.

Psychometrische Verfahren und strukturierte psychiatrische Interviews sind bei einem akut stuporösen Zustand in der Regel nicht vorrangig. Sie kommen gegebenenfalls erst infrage, wenn die Person ausreichend ansprechbar ist und die akute medizinische Abklärung erfolgt ist.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Stupor ist von anderen Zuständen mit verminderter Reaktionsfähigkeit abzugrenzen. Dabei müssen zunächst potenziell lebensbedrohliche körperliche Ursachen berücksichtigt werden.

Neurologische Ursachen: Dazu gehören unter anderem Schlaganfall, intrakranielle Blutungen, Schädel-Hirn-Traumata, entzündliche Erkrankungen des Gehirns und epileptische Zustände einschließlich eines nichtkonvulsiven Status epilepticus.

Internistische und metabolische Ursachen: Schwere Stoffwechselentgleisungen, beispielsweise eine Hypoglykämie, Elektrolytstörungen, Leber- oder Nierenversagen, Sauerstoffmangel, schwere Infektionen und Kreislaufstörungen können die Reaktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen.

Toxische und medikamentöse Ursachen: Intoxikationen, etwa durch Alkohol, Opioide oder sedierende Medikamente, sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind wichtige mögliche Auslöser. Auch substanzbezogene Entzugssituationen müssen je nach Verlauf berücksichtigt werden.

Psychiatrische Ursachen: Stupor kann als Merkmal einer Katatonie auftreten, die mit unterschiedlichen psychischen, neurologischen oder körperlichen Erkrankungen verbunden sein kann. Auch

schwere depressive Episoden oder psychotische Erkrankungen können mit ausgeprägter psychomotorischer Hemmung einhergehen. Eine psychiatrische Ursache darf bei neu aufgetretenem Stupor jedoch nicht vorschnell angenommen werden.

Wichtige klinische Abgrenzungen:

- **Koma:** Ein Zustand schwerer Bewusstseinsstörung, bei dem die betroffene Person nicht erweckbar ist.
- **Hypoaktives Delir:** Eine akute Störung mit verminderter Aktivität, häufig begleitet von beeinträchtigter Aufmerksamkeit und verändertem Bewusstsein.
- **Akinetischer Mutismus:** Ein Zustand mit stark verminderten spontanen zielgerichteten Bewegungen und sprachlichen Äußerungen, der unter anderem bei neurologischen Erkrankungen auftreten kann.
- **Katatonie:** Ein klinisches Syndrom mit psychomotorischen Auffälligkeiten, zu denen Stupor gehören kann, das jedoch anhand weiterer Merkmale beurteilt werden muss.

Entscheidend ist, den beobachteten Zustand genau zu beschreiben und seine Ursache systematisch abzuklären. Bei akutem Beginn, neurologischen Auffälligkeiten, Fieber oder Veränderungen der Vitalparameter ist eine dringliche medizinische Beurteilung erforderlich.

ICD-11

MB20.0 – Stupor bezeichnet das Symptom, das durch ein vollständiges oder nahezu vollständiges Fehlen spontaner Bewegungen und eine deutlich verminderte Reaktivität auf die Umgebung gekennzeichnet ist. Als Inklusivum wird auch Präkoma genannt.

Katatonie und Delir sind ausdrücklich ausgeschlossen und müssen diagnostisch eigenständig eingeordnet werden.

Stupor kann im Rahmen unterschiedlicher Erkrankungen und Zustände auftreten:

- **6A25.4 – Psychomotorische Symptome bei primären psychotischen Störungen:** Stupor wird als eines der möglichen psychomotorischen Symptome aufgeführt, neben beispielsweise psychomotorischer Verlangsamung und weiteren katatonen Symptomen. Der Eintrag ist im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden psychotischen Störung zu beurteilen.
- **QE84 – Akute Belastungsreaktion:** Stupor kann als Reaktion auf ein außergewöhnlich bedrohliches oder katastrophales Ereignis auftreten. Entscheidend ist, ob die übrigen Merkmale und der zeitliche Zusammenhang eine akute Belastungsreaktion stützen.
- **Intoxikationen:** Bei einer Intoxikation durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika (**6C44.3**), Alkohol (**6C40.3**), Opioide (**6C43.3**) oder volatile Inhalanzien (**6C4B.3**) kann Stupor als Ausdruck einer schweren Beeinträchtigung auftreten. Bei Verdacht auf eine Intoxikation sind insbesondere Bewusstseinslage, Atmung und mögliche lebensbedrohliche Komplikationen unverzüglich zu beurteilen.
- **8E40.0 – Neoplastische Meningitis:** Stupor kann im Verlauf einer neoplastischen Infiltration der Hirnhäute auftreten. Hier steht die zugrunde liegende neurologische Erkrankung im Vordergrund; die Diagnose erfordert eine entsprechende klinische Abklärung.

Die Einträge **8E2Y – Sonstige näher bezeichnete Bewusstseinsstörungen** im Zusammenhang mit idiopathischem rezidivie-

rendem Stupor und **VV0Y – Sonstige näher bezeichnete mentale Funktionen** sind gesondert zu prüfen. Es gilt zu prüfen, ob diese Einträge für den konkreten Fall geeignet oder dem Symptomcode vorzuziehen sind.

Wichtig für die Praxis: Stupor ist zunächst ein klinischer Befund, keine Erklärung seiner Ursache. Er kann in unterschiedlichen neurologischen, körperlichen, toxischen oder psychiatrischen Zusammenhängen auftreten. Bei neu aufgetretenem Stupor ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich. Die endgültige Kodierung richtet sich nach dem erhobenen Befund, dem klinischen Zusammenhang und den geltenden ICD-11-Kodiervorgaben.

ACHTUNG

Ein akut aufgetretener Stupor ist als potenziell lebensbedrohlicher Zustand zu behandeln. Atmung, Kreislauf und Bewusstseinslage müssen unverzüglich beurteilt werden; bei fehlender Reaktionsfähigkeit ist umgehend der Rettungsdienst zu verständigen. Die Abklärung möglicher neurologischer, internistischer, toxischer oder medikamentöser Ursachen darf nicht durch eine vorschnelle psychiatrische Einordnung verzögert werden.

MERKE

Stupor beschreibt einen Zustand deutlich verminderter spontaner Aktivität und Reaktionsfähigkeit – nicht dessen Ursache. Entscheidend sind die genaue Beobachtung, der zeitliche Verlauf und die rasche medizinische Abklärung.

Merksatz: Kaum Bewegung, kaum Reaktion – zuerst den Zustand sichern, dann die Ursache klären.

KOMA

Ein Mensch mit ungestörtem Wachbewusstsein ist wach oder lässt sich situationsgerecht wecken. Er nimmt seine Umgebung wahr, reagiert auf Ansprache und äußere Reize und kann gezielte Bewegungen ausführen. Er kann mit seiner Umwelt in Kontakt treten und sein Erleben in einen nachvollziehbaren Zusammenhang einordnen.

MERKMALE

Ein **Koma** ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, aus dem die betroffene Person nicht erweckbar ist. Die Augen bleiben geschlossen; weder Ansprache noch stärkere äußere Reize führen zu einer gezielten Weckreaktion. Je nach Ursache und Schweregrad können noch reflexartige oder andere motorische Reaktionen vorhanden sein. Eine gezielte Kontaktaufnahme mit der Umgebung ist nicht möglich.

Das Koma beschreibt zunächst den klinisch beobachtbaren Zustand. Es sagt für sich genommen noch nichts darüber aus, wodurch die Bewusstlosigkeit verursacht wurde.

WISSENSWERT

Der Begriff *Koma* geht auf das griechische *kōma* zurück und bedeutet «tiefer Schlaf». Klinisch handelt es sich jedoch nicht um normalen Schlaf: Ein Mensch im Koma lässt sich nicht durch übliche oder stärkere Reize erwecken.

Ein Koma kann durch unterschiedliche Schädigungen oder Funktionsstörungen des Gehirns entstehen. Dazu zählen unter anderem traumatische, vaskuläre, entzündliche, infektiöse, hypoxische und metabolische Ursachen sowie Intoxikationen und Arzneimittelwirkungen.

Die klinische Beurteilung muss das Koma von anderen Zuständen mit eingeschränkter Reaktionsfähigkeit unterscheiden. Dazu gehören beispielsweise eine ausgeprägte Bewusstseinsminderung, ein Delir mit vorwiegend verminderter Aktivität und andere neurologische Zustände. Entscheidend sind Erweckbarkeit, Reaktionsmuster und neurologischer Befund.

VORGEHEN

Ein Koma ist ein akuter medizinischer Notfall. Atmung und Kreislauf müssen unverzüglich beurteilt und bei Bedarf gesichert werden. Die Ursachenklärung erfolgt parallel zur Notfallversorgung; sie darf lebensrettende Maßnahmen nicht verzögern.

Da die betroffene Person nicht ansprechbar ist, ist eine Fremdanamnese besonders wichtig. Informationen können von Angehörigen, Begleitpersonen, dem Rettungsdienst oder behandelnden Fachkräften stammen.

- **Wann wurde die Person zuletzt im gewohnten Zustand gesehen?** Der Zeitpunkt hilft, den Beginn der Bewusstseinsstörung einzugrenzen und zeitkritische diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen.
- **Trat die Bewusstlosigkeit plötzlich oder schrittweise auf?** Ein plötzlicher Beginn kann beispielsweise auf ein vaskuläres oder epileptisches Ereignis hinweisen; ein schrittweiser Verlauf kann unter anderem bei metabolischen oder infektiösen Ursachen vorkommen.
- **Gab es einen Sturz, Unfall, Krampfanfall oder ein anderes auffälliges Ereignis?** Diese Informationen können Hinweise auf eine Hirnverletzung oder eine neurologische Ursache geben.

- **Welche Vorerkrankungen und Medikamente sind bekannt?** Beispielsweise können Diabetes, Epilepsie sowie Leber- oder Nierenerkrankungen wichtige Hinweise liefern. Auch sedierende Medikamente und kürzliche Medikamentenänderungen müssen berücksichtigt werden.
- **Könnten Alkohol, andere Substanzen oder eine Vergiftung eine Rolle spielen?** Intoxikationen und Wechselwirkungen können eine Bewusstlosigkeit verursachen und müssen gegebenenfalls rasch behandelt werden.
- **Gab es zuvor Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Verhaltensänderungen oder andere neue Symptome?** Solche Begleiterscheinungen können helfen, infektiöse, entzündliche, neurologische oder systemische Ursachen einzugrenzen.

Die Antworten dienen der gezielten Ursachenklärung. Sie ersetzen weder die unmittelbare Untersuchung noch die notwendige Notfallversorgung.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Bei einem Koma stehen die klinische und neurologische Untersuchung sowie die dringliche medizinische Ursachenklärung im Vordergrund. Psychometrische Verfahren und psychiatrische Interviews sind in dieser Situation zunächst nicht geeignet.

Klinische und neurologische Untersuchung

Beurteilt werden unter anderem Atmung, Kreislauf, Pupillenweite und Pupillenreaktion, Augenbewegungen, motorische Reaktionen und Reflexe. Unmittelbar behandelbare Ursachen, insbesondere eine Unterzuckerung, müssen frühzeitig geprüft werden.

Glasgow Coma Scale (GCS)

Die GCS unterstützt die standardisierte Beurteilung der Reaktionsfähigkeit anhand von drei Komponenten:

- **Augenöffnung (E):** spontan, auf Ansprache beziehungsweise Geräusch, auf Druckreiz oder keine Reaktion.
- **Verbale Reaktion (V):** von orientierter Konversation bis zu fehlender verbaler Reaktion.
- **Motorische Reaktion (M):** von der Befolgung von Aufforderungen bis zu fehlender motorischer Reaktion.

Die Einzelwerte können zu einem Gesamtwert von 3 bis 15 addiert werden.

Für die klinische Beurteilung sollten die Einzelkomponenten zusätzlich dokumentiert werden, da unterschiedliche Reaktionsmuster denselben Gesamtwert ergeben können. Intubation, Sedierung, Lähmungen oder bestimmte Verletzungen können einzelne Komponenten nicht beurteilbar machen.

Labor- und apparative Diagnostik

Je nach klinischem Bild kommen unter anderem Blutzucker- und Elektrolytkontrollen, weitere Laboruntersuchungen, toxikologische Analysen, eine Bildgebung mittels CT oder MRT sowie ein EEG infrage. Damit lassen sich beispielsweise metabolische Entgleisungen, Intoxikationen, strukturelle Hirnschädigungen und epileptische Aktivität untersuchen.

Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung

Angaben von Dritten helfen, den Ausgangszustand, den Beginn und mögliche Auslöser zu rekonstruieren. Wiederholte Untersuchungen zeigen, ob sich die Bewusstseinslage verändert.

Verschlechterungen der Reaktionsfähigkeit, veränderte Pupillenreaktionen oder neue neurologische Auffälligkeiten erfordern eine umgehende Neubewertung. Welche Untersuchungen notwendig sind, richtet sich nach dem klinischen Zustand und den möglichen Ursachen. Die diagnostischen Schritte erfolgen, soweit erforderlich, gleichzeitig mit der Stabilisierung der lebenswichtigen Funktionen.

DD – DIFFERENZIALDIAGNOSE

Ein Koma ist ein klinischer Zustand, dessen Ursache möglichst rasch geklärt werden muss. Die Differenzialdiagnostik umfasst insbesondere neurologische, metabolische, endokrine, toxische und systemische Ursachen.

Neurologische Ursachen

Zu berücksichtigen sind unter anderem Schädel-Hirn-Traumata, intrakranielle Blutungen, Schlaganfälle, entzündliche oder infektiöse Erkrankungen des Gehirns sowie epileptische Zustände, einschließlich eines nichtkonvulsiven Status epilepticus.

Metabolische und endokrine Ursachen

Schwere Stoffwechselentgleisungen können eine Bewusstlosigkeit auslösen. Dazu zählen insbesondere eine ausgeprägte Hypoglykämie, eine diabetische Ketoazidose und ein hyperosmolarer hyperglykämischer Zustand. Auch schwere Störungen der Schilddrüsenfunktion, etwa ein Myxödemkoma, kommen infrage.

Systemische und organbedingte Ursachen

Schwere Leberfunktionsstörungen können eine hepatische Enzephalopathie bis hin zum Koma verursachen. Bei fortgeschrittenem Nierenversagen kann eine urämische Enzephalopathie mit Bewusstlosigkeit auftreten. Auch schwere Infektionen, Sauerstoffmangel und Kreislaufversagen können die Bewusstseinslage lebensbedrohlich beeinträchtigen.

Toxische und medikamentöse Ursachen

Intoxikationen, beispielsweise durch Alkohol, Opioide oder sedierende Medikamente, sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen müssen berücksichtigt werden. Auch Wechselwirkungen verschiedener Substanzen können zu einer schweren Bewusstseinsstörung führen.

Besondere Altersgruppen

Bei Neugeborenen sind unter anderem eine schwere neonatale Enzephalopathie sowie angeborene Stoffwechsel- oder Organerkrankungen zu berücksichtigen. Die Ursachenklärung richtet sich nach dem Alter, dem Geburtsverlauf und den klinischen Befunden.

Wichtige klinische Abgrenzungen

Von einem Koma sind andere Zustände mit verminderter Reaktionsfähigkeit abzugrenzen. Dazu gehören beispielsweise eine ausgeprägte Bewusstseinsminderung, ein hypoaktives Delir und bestimmte neurologische Syndrome. Die Abgrenzung richtet sich nach Erweckbarkeit, Aufmerksamkeit, Reaktionsmuster und neurologischem Befund.

Entscheidend ist: Das Koma beschreibt den Zustand, nicht seine Ursache. Insbesondere bei akutem Beginn muss die Diagnostik rasch klären, ob eine behandelbare und zeitkritische Erkrankung vorliegt.

MB20.1 – Koma bezeichnet den klinischen Zustand. Im Kodiertool finden sich darüber hinaus zahlreiche Erkrankungen und Zustände, bei denen ein Koma auftreten kann. Diese Einträge sind keine gleichwertigen Alternativen zum Symptomcode, sondern verweisen auf mögliche Ursachen oder spezifische Krankheitszusammenhänge.

. . .

Koma als Symptom beziehungsweise klinischer Zustand

- **MB20.1 – Koma:** Akuter Zustand mit fehlender Ansprechbarkeit. Betroffene liegen mit geschlossenen Augen und können auch durch heftige, schmerzhafte Reize nicht erweckt werden; motorische Reaktionen sind auf reflexartiges Verhalten beschränkt. Der Eintrag beschreibt den Zustand, nicht seine Ursache.

Koma im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen

- **Diabetisches Koma – 5A23:** Verweist auf einen Zusammenhang mit Diabetes. Je nach festgestellter Stoffwechselentgleisung können spezifischere Einträge einschlägig sein, beispielsweise **5A20.1** für einen hyperosmolaren hyperglykämischen Zustand mit Koma oder **5A22.3** für eine diabetische Ketoazidose mit Koma.
- **Myxödemkoma – 5A00.21:** Bezeichnet einen schweren Zusammenhang mit einer Schilddrüsenfunktionsstörung.
- **Hepatische Enzephalopathie – DB99.5:** Kann sich in fortgeschrittenen Stadien bis zum hepatischen Koma entwickeln.
- **Nierenkrankheit und urämisches Koma:** Chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet (**GB61.Z**), dies ist nicht mit einem urämischen Koma gleichzusetzen. Der Zusammenhang muss klinisch festgestellt und entsprechend den Kodiervorgaben eingeordnet werden.
- **Intrakranielle Verletzung – NA07.Y:** Kann bei einer entsprechenden Verletzung relevant sein. Welche Verletzungsdiagnose und gegebenenfalls weitere Kodierung zutreffen, richtet sich nach dem tatsächlichen Befund.

- **Schwere neonatale Enzephalopathie – KB03&XS25:** Steht im Zusammenhang mit dem «neonatalen Koma» und erfordert eine alters- und ursachengerechte Einordnung.

Weitere Krankheitsbilder

Das Kodiertool führt Koma außerdem bei verschiedenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen auf, darunter die **Glycinenzephalopathie (5C50.70)**, die **Argininbernsteinsäure-Krankheit (5C50.A0)** und die **Ahornsirupkrankheit (5C50.D0)**. Diese Einträge weisen auf mögliche schwere Verläufe bestimmter Stoffwechselerkrankungen hin; sie sind keine eigenständigen Komaformen. Auch Infektionen wie die Herpes-simplex-Enzephalitis (**1F00.21**) oder die West-Nil-Virus-Infektion (**1D46**), Intoxikationen – etwa durch Alkohol (**6C40.3**), Opioide (**6C43.3**) oder Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika (**6C44.3**) – sowie weitere neurologische und körperliche Erkrankungen können mit einem Koma einhergehen. Der jeweilige Code beschreibt dabei die Erkrankung oder den ursächlichen Zusammenhang, nicht lediglich das Auftreten des Komas.

Wichtig für die Praxis: Zunächst sind der klinische Zustand und die zugrunde liegende Ursache so genau wie möglich zu bestimmen. Ob neben dem Koma eine ursächliche Erkrankung oder eine weitere spezifische Bezeichnung kodiert werden muss, richtet sich nach dem tatsächlichen Befund und den geltenden ICD-11-Kodiervorgaben.

ACHTUNG

Ein Koma ist ein **akuter medizinischer Notfall**. Atmung, Kreislauf und andere lebenswichtige Funktionen müssen unverzüglich beurteilt und bei Bedarf gesichert werden.

Eine Unterzuckerung, eine Intoxikation, ein Schlaganfall, eine intrakranielle Blutung oder ein epileptischer Status können zeitkritische Ursachen sein.

Die strukturierte Einschätzung der Bewusstseinslage und die Ursachensuche erfolgen parallel zur notwendigen Notfallversorgung – nicht erst danach.

MERKE

Koma beschreibt den Zustand, nicht die Ursache. Erst die gezielte klinische und differenzialdiagnostische Abklärung zeigt, welche neurologische, metabolische, toxische oder systemische Störung dahintersteckt.

Merksatz: Keine Erweckbarkeit ist ein Notfall – die Ursache muss rasch gefunden werden.

BEWUSSTSEINSTRÜBUNG

OHNE BEFUND

Im ungestörten Zustand nimmt ein Mensch sich selbst und seine Umgebung klar und zusammenhängend wahr. Er kann Informationen aufnehmen, gedanklich verarbeiten und situationsgerecht einordnen. Seine Aufmerksamkeit ermöglicht es ihm, einem Gespräch zu folgen, Zusammenhänge zu verstehen und angemessen auf seine Umwelt zu reagieren. Er erlebt sich selbst und seine Umgebung im Allgemeinen als wirklich und nachvollziehbar.

MERKMALE

Eine Bewusstseinstrübung ist durch eine verminderte Klarheit des Bewusstseins gekennzeichnet. Die betroffene Person nimmt sich selbst und ihre Umgebung nicht mehr uneingeschränkt wahr.

Informationen können nur eingeschränkt erfasst und eingeordnet werden. Die Aufmerksamkeit kann beeinträchtigt sein, Denkprozesse können verlangsamt oder unklar erscheinen und das Verständnis der aktuellen Situation kann erschwert sein.

Betroffene beschreiben ihr Erleben mitunter als «benebelt», «wie im Nebel» oder als das Gefühl, nicht richtig klar denken zu können. Ausprägung und Erscheinungsbild können variieren. Eine erhaltene Orientierung schließt eine Bewusstseinstrübung nicht grundsätzlich aus.

WISSENSWERT

Bewusstseinstrübung beschreibt vor allem eine Einschränkung der geistigen Klarheit. Sie ist nicht automatisch gleichbedeutend mit einer verminderten Wachheit. Diese Unterscheidung hilft, das Symptom von stärker ausgeprägten Bewusstseinsstörungen wie Stupor und Koma abzugrenzen.

Auch Bewusstseinstrübung und Delir sind nicht gleichzusetzen. Eine Bewusstseinstrübung beschreibt ein klinisches Phänomen; das Delir ist ein eigenständiges Syndrom, das typischerweise durch einen akuten Beginn, eine Störung der Aufmerksamkeit und weitere kognitive Veränderungen mit häufig fluktuierendem Verlauf gekennzeichnet ist. Eine Bewusstseinstrübung kann im Rahmen eines Delirs auftreten, ohne dass beide Begriffe austauschbar sind.

VORGEHEN

Beobachten Sie zunächst, wie wach, aufmerksam und gedanklich klar die Person wirkt. Kann sie dem Gespräch folgen, Fragen verstehen und nachvollziehbar beantworten? Wirkt sie benommen, verwirrt oder abwesend? Bei einer neu aufgetretenen oder ausgeprägten Bewusstseinstrübung müssen zunächst die medizinische Sicherheit und mögliche akute Ursachen beurteilt werden.

Gezielte Fragen helfen, das Erleben, den Verlauf und mögliche Auslöser einzugrenzen:

- **«Seit wann fühlen Sie sich benommen oder geistig nicht ganz klar?»** Der Beginn und der zeitliche Verlauf helfen, eine akute Veränderung von länger bestehenden Beschwerden zu unterscheiden.
- **«Können Sie sich gut konzentrieren und einem Gespräch folgen?»** Damit lässt sich erfassen, ob die Aufmerksamkeit beeinträchtigt ist.
- **«Wissen Sie, wo Sie gerade sind und welcher Tag heute ist?»** Die Antworten geben Hinweise auf die Orientierung. Eine korrekte Antwort schließt eine Bewusstseinstrübung jedoch nicht aus.
- **«Fühlt sich Ihre Umgebung verändert oder unwirklich an?»** Die Frage kann helfen, das subjektive Erleben näher zu beschreiben. Ein Gefühl der Unwirklichkeit ist allerdings nicht spezifisch für eine Bewusstseinstrübung.
- **«Haben Sie neue Medikamente eingenommen, die Dosierung verändert oder Alkohol beziehungsweise andere Substanzen konsumiert?»** Medikamente, Intoxikationen und Wechselwirkungen können die geistige Klarheit beeinträchtigen.
- **«Gab es kürzlich eine Erkrankung, einen Sturz, Fieber oder andere körperliche Beschwerden?»** Solche Begleitumstände können Hinweise auf neurologische, infektiöse, metabolische oder andere körperliche Ursachen geben.

Ist die Person nicht zuverlässig auskunftsfähig, sollten Angehörige oder andere Bezugspersonen nach dem gewohnten Zustand, dem Beginn der Veränderung und möglichen Auslösern gefragt werden.

Besonders wichtig ist, ob die Veränderung plötzlich aufgetreten ist und ob Aufmerksamkeit oder Reaktionsfähigkeit im Verlauf schwanken.

Warum ist das wichtig? Eine Bewusstseinstrübung kann zahlreiche Ursachen haben. Besonders eine plötzlich aufgetretene Veränderung kann auf einen akuten medizinischen Notfall hinweisen. Eine psychiatrische Einordnung darf die Abklärung körperlicher und neurologischer Ursachen nicht verzögern.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Welche Verfahren sinnvoll sind, richtet sich nach Ausprägung, Verlauf und vermuteter Ursache. Bei einer akuten Bewusstseinstrübung haben die medizinische Untersuchung und die Klärung potenziell gefährlicher Ursachen Vorrang.

- **Klinische und neurologische Untersuchung:** Beurteilung von Wachheit, Aufmerksamkeit, Orientierung, Sprache und Verhalten sowie des neurologischen Befunds. Bei einer akuten Veränderung gehören auch die Kontrolle der Vitalparameter und eine Blutzuckermessung zur unmittelbaren Abklärung.
- **Verfahren zur Delirerkennung:** Bei Verdacht auf ein Delir können geeignete Screeningverfahren wie 4AT* oder die Confusion Assessment Method (CAM) die klinische Einschätzung unterstützen†. Sie ersetzen weder die ärztliche Untersuchung noch die Ursachenklärung.

---

* **A**rousal/Wachheit, **A**bbreviated Mental Test/Orientierung, **A**ttention/Aufmerksamkeit, **A**cute Change or Fluctuating Course/Akute Veränderung bzw. schwankender Verlauf

† Außerdem: Varianten der CAM (CAM-ICU für die Intensivstation, 3D-CAM in Interviewform, Kurzformen CAM-SF und UB-CAM, FAM-CAM zur Erkennung von Delir durch Angehörige), Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale), DOS (Delirium Observation Screening Scale)

- **Labor- und apparative Diagnostik:** Je nach klinischem Bild kommen Laboruntersuchungen, toxikologische Tests, bildgebende Verfahren wie CT oder MRT sowie ein EEG infrage. Sie helfen beispielsweise, Stoffwechselstörungen, Infektionen, strukturelle Hirnschädigungen oder epileptische Aktivität abzuklären.
- **Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung:** Angaben von Angehörigen oder Betreuungspersonen helfen, Veränderungen gegenüber dem Ausgangszustand zu erkennen. Wiederholte Beobachtungen zeigen, ob die geistige Klarheit schwankt oder sich verschlechtert.

Psychometrische und neuropsychologische Tests können bei klinisch stabilen Personen ergänzend sinnvoll sein. Bei einer akuten Bewusstseinstrübung stehen jedoch zunächst die medizinische Sicherheit und die Ursachenklärung im Vordergrund.

DD – DIFFERENZIALDIAGNOSE

Bewusstseinstrübung kann durch unterschiedliche Erkrankungen oder äußere Einflüsse verursacht werden. Besonders bei neu aufgetretener oder rasch zunehmender Veränderung müssen körperliche und neurologische Ursachen berücksichtigt werden.

Neurologische Ursachen: Dazu zählen unter anderem Schlaganfall, intrakranielle Blutungen, Schädel-Hirn-Traumata, epileptische Zustände sowie entzündliche oder infektiöse Erkrankungen des Gehirns. Auch nach einem epileptischen Anfall können vorübergehend Verwirrtheit und eingeschränkte geistige Klarheit auftreten.

Internistische und metabolische Ursachen: Infektionen, Sauerstoffmangel, Störungen des Blutzuckers oder der Elektrolyte sowie Leber- und Nierenfunktionsstörungen können die geistige Klarheit beeinträchtigen. Auch Flüssigkeitsmangel und schwere Kreislaufstörungen kommen infrage.

Toxische und medikamentöse Ursachen: Alkohol, andere psychoaktive Substanzen, Vergiftungen sowie Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten können eine Bewusstseinstrübung auslösen. Auch Entzugssituationen sind zu berücksichtigen.

Psychiatrische und neurokognitive Erkrankungen: Ein Delir ist eine wichtige Differenzialdiagnose, insbesondere bei akutem Beginn, beeinträchtigter Aufmerksamkeit und schwankendem Verlauf. Eine Demenz entwickelt sich typischerweise über einen längeren Zeitraum, kann jedoch mit Verwirrtheit einhergehen. Auch psychotische Erkrankungen können mit verändertem Erleben oder desorganisiertem Denken verbunden sein. Eine psychiatrische Erkrankung und eine körperlich bedingte Bewusstseinsveränderung können gleichzeitig vorliegen.

Wichtige klinische Abgrenzung: Bei einer Bewusstseinstrübung ist die geistige Klarheit beeinträchtigt. Beim Delir liegt ein umfassenderes klinisches Syndrom mit akuter Veränderung und typischerweise beeinträchtigter Aufmerksamkeit vor. Stupor und Koma unterscheiden sich insbesondere durch die deutlich stärker eingeschränkte Reaktions- beziehungsweise Erweckbarkeit.

Entscheidend ist, eine neu aufgetretene Bewusstseinstrübung nicht vorschnell als rein psychiatrisches Symptom einzuordnen. Beginn, Verlauf, Begleitzeichen, Vorerkrankungen und Medikamenteneinnahme helfen, die Ursache einzugrenzen. Bei akutem Beginn oder deutlicher Verschlechterung ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich.

ICD-11

MB20.2 – Bewusstseinstrübung bezeichnet das klinische Phänomen einer verminderten geistigen Klarheit. Der Code beschreibt zunächst das Symptom, nicht dessen Ursache.

Ob beispielsweise ein Delir, eine neurologische Erkrankung, eine Stoffwechselstörung oder eine Medikamentenwirkung zugrunde liegt, muss durch die weitere diagnostische Abklärung geklärt werden. Die Diagnose und Kodierung einer zugrunde liegenden Erkrankung richten sich nach dem tatsächlich festgestellten klinischen Zusammenhang und den geltenden ICD-11-Kodiervorgaben.

ACHTUNG

Eine neu aufgetretene Bewusstseinstrübung kann auf eine akute, potenziell lebensbedrohliche Erkrankung hinweisen. Besonders bei plötzlichem Beginn, deutlich eingeschränkter Aufmerksamkeit, schwankender Reaktionsfähigkeit oder einer raschen Verschlechterung ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich. Denken Sie insbesondere an ein mögliches Delir und schließen Sie körperliche oder neurologische Ursachen nicht vorschnell aus.

MERKE

Bewusstseinstrübung beschreibt eine beeinträchtigte geistige Klarheit. Entscheidend sind der zeitliche Verlauf, die Begleitsymptome und die gezielte Suche nach der Ursache.

Merksatz: Wenn sich das Bewusstsein trübt, ist die Ursache noch längst nicht geklärt.

KAPITEL 2
KOGNITIVE STÖRUNGEN

KOGNITION UMFASST DIE MENTALEN PROZESSE, mit denen ein Mensch Informationen aufnimmt, verarbeitet, speichert, abruft und nutzt. Dazu gehören unter anderem Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verständnis, Urteilsvermögen, logisches Denken, Problemlösung und Entscheidungsfindung. Diese Fähigkeiten helfen uns, Situationen zu erfassen, Zusammenhänge zu erkennen, Erfahrungen zu nutzen und unser Handeln daran auszurichten. Der Begriff *Kognition* geht auf das lateinische *cognitio* zurück und bedeutet «Erkennen» oder «Erkenntnis».

Im ungestörten Zustand kann ein Mensch seine Aufmerksamkeit gezielt ausrichten, neue Informationen aufnehmen und mit vorhandenem Wissen verknüpfen. Er kann sich an Erlebtes erinnern, Zusammenhänge verstehen, Schlussfolgerungen ziehen, Probleme lösen und Entscheidungen treffen. Die einzelnen kognitiven Funktionen greifen ineinander und ermöglichen es, sich in unterschiedlichen Situationen zurechtzufinden und angemessen zu handeln.

Bei kognitiven Störungen sind eine oder mehrere dieser Fähigkeiten beeinträchtigt.

Wie sich dies im Alltag zeigt, hängt davon ab, welche Funktionen betroffen sind, wie ausgeprägt die Beeinträchtigung ist und welche Ursachen zugrunde liegen.

ALTERSABHÄNGIGE ABNAHME KOGNITIVER FUNKTIONEN

OHNE BEFUND

Ein Mensch kann seine Aufmerksamkeit auf Aufgaben richten, Informationen aufnehmen und verarbeiten, Neues lernen und Erinnerungen abrufen. Er erkennt Zusammenhänge, zieht Schlussfolgerungen und trifft situationsgerechte Entscheidungen. Mit zunehmendem Alter können einzelne dieser Leistungen mehr Zeit beanspruchen, ohne dass eine krankhafte Beeinträchtigung vorliegt. Die Selbstständigkeit und die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, bleiben dabei grundsätzlich erhalten.

MERKMALE

Mit zunehmendem Alter können bestimmte kognitive Funktionen allmählich nachlassen. Dazu gehören insbesondere die Verarbeitungsgeschwindigkeit, das Arbeitsgedächtnis und das Erlernen neuer Informationen. Auch das Abrufen von Erinnerungen, die mentale Flexibilität und komplexe Denkprozesse können mehr Zeit erfordern.

Im Alltag zeigt sich dies beispielsweise darin, dass Namen nicht sofort einfallen, neue Informationen langsamer verarbeitet werden oder mehrere Aufgaben gleichzeitig schwerer zu bewältigen sind. Wortschatz, Erfahrungswissen und gut eingeübte Fähigkeiten bleiben dagegen häufig lange erhalten. Entscheidend sind das Ausmaß der Veränderung gegenüber dem früheren Leistungsniveau, der zeitliche Verlauf und die Auswirkungen auf den Alltag.

Deutliche, rasch zunehmende oder alltagsrelevante Beeinträchtigungen sollten nicht vorschnell als normale Alterserscheinung eingeordnet werden.

WISSENSWERT

Altern ist nicht gleich Erkrankung. Kognitive Fähigkeiten verändern sich im Laufe des Lebens unterschiedlich. Ein langsameres Verarbeitungstempo bedeutet nicht automatisch, dass ein Mensch insgesamt weniger leistungsfähig ist. Erfahrung, Wissen und eingeübte Strategien können Veränderungen einzelner Funktionen teilweise ausgleichen. Die altersübliche Abnahme kognitiver Funktionen ist von einer leichten oder ausgeprägten neurokognitiven Störung abzugrenzen. Dabei reicht weder das Lebensalter noch ein einzelner Testwert für eine sichere Einordnung aus. Auch frühe neurokognitive Störungen können bestehen, obwohl die Selbstständigkeit noch weitgehend erhalten ist. Zudem können behandelbare oder beeinflussbare Faktoren die kognitive Leistungsfähigkeit mindern. Dazu zählen beispielsweise Schlafstörungen, depressive Symptome, Medikamentenwirkungen, Sinnesbeeinträchtigungen und körperliche Erkrankungen.

VORGEHEN

Ziel ist es, die beobachteten Veränderungen im Verhältnis zum individuellen Ausgangsniveau zu verstehen und Hinweise auf mögliche Ursachen zu erkennen.

Beginn und Verlauf

«Seit wann bemerken Sie Veränderungen? Haben sie sich allmählich entwickelt oder sind sie innerhalb kurzer Zeit aufgetreten?»

Warum? Ein schleichender Verlauf kann mit altersüblichen Veränderungen vereinbar sein. Ein plötzlicher Beginn oder eine rasche

Verschlechterung spricht gegen eine bloß altersbedingte Erklärung und erfordert eine zeitnahe medizinische Abklärung.

Konkrete Veränderungen

«Was fällt Ihnen im Alltag schwerer als früher? Betrifft es vor allem das Erinnern, die Konzentration, das Lernen oder das Planen?»

Warum? Konkrete Beispiele helfen, die betroffenen kognitiven Funktionen genauer zu bestimmen. Die allgemeine Aussage «Mein Gedächtnis lässt nach» reicht für eine differenzierte Beurteilung nicht aus.

Individuelles Ausgangsniveau

«Bei welchen Aufgaben benötigen Sie heute mehr Zeit als früher? Was gelingt Ihnen weiterhin so gut wie zuvor?»

Warum? Entscheidend ist die Veränderung gegenüber der persönlichen Ausgangslage. Bildung, Berufserfahrung, Lebensumstände und bisherige Fähigkeiten beeinflussen, welche Leistungen für einen Menschen typisch sind.

Auswirkungen auf den Alltag

«Können Sie Ihre täglichen Aufgaben weiterhin selbstständig erledigen? Haben Sie bei vertrauten Tätigkeiten häufiger Schwierigkeiten oder machen Sie mehr Fehler als früher?»

Warum? Veränderungen der Alltagsbewältigung helfen, die klinische Bedeutung der Beschwerden einzuschätzen. Erhaltene Selbstständigkeit schließt eine beginnende neurokognitive Störung allerdings nicht aus.

Mögliche Einflussfaktoren

«Wie schlafen Sie? Fühlen Sie sich häufig niedergeschlagen oder erschöpft? Haben sich Medikamente, Alkoholkonsum oder körperliche Beschwerden verändert?»

Warum? Schlafmangel, depressive Symptome, Medikamente, Substanzen und körperliche Erkrankungen können kognitive Beschwerden verursachen oder verstärken.

Fremdanamnese und Beobachtung

Wenn relevante Veränderungen vermutet werden, können Angehörige oder andere vertraute Personen ergänzend befragt werden. Dabei sollte möglichst konkret erhoben werden, was sich verändert hat und seit wann.

Warum? Eigenwahrnehmung und Fremdbeobachtung können voneinander abweichen. Zusätzliche Informationen können helfen, den Verlauf und Veränderungen im Alltag besser einzuschätzen. Die Perspektive des betroffenen Menschen bleibt dabei unverzichtbar.

Zusammenfassende Einordnung

Die Beurteilung stützt sich auf das individuelle Leistungsniveau, den Verlauf, die konkreten kognitiven Veränderungen, die Alltagsbewältigung und mögliche Einflussfaktoren. Bei auffälligen oder zunehmenden Veränderungen ist eine gezielte diagnostische Abklärung angezeigt.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Welche Untersuchungen sinnvoll sind, richtet sich nach den Beschwerden, dem Verlauf und den Befunden aus dem Gespräch.

- **Klinische Untersuchung und Verhaltensbeobachtung:** Erfassen den allgemeinen Zustand, die Aufmerksamkeit, das Antwortverhalten und mögliche neurologische Auffälligkeiten.
- **Kognitive Kurztests und neuropsychologische Verfahren:** Können unterschiedliche Leistungsbereiche wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und exekutive

Funktionen systematisch untersuchen. Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung von Bildung, Sprache, Sinnesleistungen und individuellem Ausgangsniveau interpretiert werden.
- **Strukturierte Fremdbeurteilung:** Kann Veränderungen gegenüber früher und deren Auswirkungen auf den Alltag ergänzend erfassen.
- **Körperliche und neurologische Diagnostik:** Je nach Befund können Laboruntersuchungen, eine Überprüfung der Medikation oder weitere Untersuchungen erforderlich sein, um behandelbare Ursachen abzuklären.

Kein einzelner Test kann für sich allein zwischen normalem Altern und einer neurokognitiven Störung unterscheiden. Entscheidend ist die Zusammenschau aller relevanten Befunde.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Bei kognitiven Beschwerden sollten insbesondere folgende mögliche Erklärungen berücksichtigt werden:

Leichte oder ausgeprägte neurokognitive Störung

Eine über das altersübliche Maß hinausgehende kognitive Beeinträchtigung kann auf eine neurokognitive Störung hinweisen. Zu beachten sind unter anderem zunehmende Gedächtnisprobleme, Schwierigkeiten beim Planen oder Problemlösen sowie Veränderungen bei vertrauten Aufgaben. Für die Einordnung sind objektivierbare Befunde und die Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung wesentlich.

Depressive Störung

Depressive Symptome können mit Konzentrationsproblemen, verlangsamtem Denken und subjektiven Gedächtnisbeschwerden

einhergehen. Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Antriebsminderung oder Schlafstörungen können zusätzliche Hinweise liefern. Eine depressive Störung und eine neurokognitive Störung können gleichzeitig bestehen.

Schlafstörungen und Erschöpfung

Gestörter oder unzureichender Schlaf, beispielsweise bei einer Schlafapnoe, sowie anhaltende Erschöpfung können Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit beeinträchtigen.

Medikamente und Substanzen

Sedierende oder anticholinerg wirkende Medikamente sowie Alkohol und andere psychoaktive Substanzen können kognitive Funktionen beeinträchtigen. Medikation, Dosierungen, Wechselwirkungen und zeitliche Zusammenhänge sollten deshalb überprüft werden.

Körperliche und neurologische Erkrankungen

Stoffwechselstörungen, etwa eine Schilddrüsenfunktionsstörung oder ein Vitamin-B12-Mangel, können kognitive Beschwerden verursachen oder verstärken. Abhängig vom klinischen Bild sind auch neurologische Erkrankungen, Folgen eines Schlaganfalls oder eines Schädel-Hirn-Traumas sowie weitere körperliche Ursachen zu berücksichtigen.

Delir

Eine akut einsetzende Veränderung von Aufmerksamkeit und Bewusstseinsklarheit, insbesondere bei schwankendem Verlauf, spricht gegen eine altersübliche Abnahme kognitiver Funktionen. Ein Delir kann unter anderem durch akute Erkrankungen, Infektionen, Medikamente oder Stoffwechselstörungen ausgelöst werden und erfordert eine dringliche medizinische Abklärung.

Entscheidend für die Einordnung: Mehrere Einflussfaktoren können gleichzeitig vorliegen und sich gegenseitig verstärken. Nicht jede Vergesslichkeit ist krankhaft – und nicht jede kognitive Veränderung ist altersbedingt.

ICD-11

MB21.0 – Altersabhängige Abnahme kognitiver Funktionen

Dieser Eintrag bezeichnet eine altersbezogene Abnahme kognitiver Fähigkeiten, die für sich genommen keine krankhafte Störung darstellt. Betroffen sein können beispielsweise das Denken, Schlussfolgern, Verstehen, Lernen, Rechnen, die Sprache oder das Urteilsvermögen.

Die Zuordnung zu MB21.0 bedeutet nicht automatisch, dass eine neurokognitive Störung vorliegt. Ebenso darf sie nicht dazu führen, auffällige Veränderungen ungeprüft dem Alter zuzuschreiben.

Die klinische Aufgabe besteht darin, altersübliche Veränderungen von einer darüber hinausgehenden Beeinträchtigung zu unterscheiden und mögliche behandelbare Ursachen zu erkennen. Bei begründetem Verdacht auf eine neurokognitive Störung ist deren eigenständige diagnostische Abklärung erforderlich.

ACHTUNG

Neue oder rasch zunehmende kognitive Veränderungen sind keine normale Alterserscheinung, bis das Gegenteil geklärt ist. Plötzlich auftretende Verwirrtheit, deutliche Aufmerksamkeitsstörungen oder eine akute Veränderung des geistigen Zustands erfordern eine unverzügliche medizinische Abklärung.

Auch schleichende Veränderungen sollten untersucht werden, wenn sie deutlich vom früheren Leistungsniveau abweichen, zunehmen oder den Alltag beeinträchtigen. Dabei sind behandelbare Ursachen wie Depressionen, Schlafstörungen, Medikamentenwirkungen und körperliche Erkrankungen mitzudenken.

Umgekehrt sind gelegentliches Vergessen und ein langsameres Verarbeitungstempo allein kein Beleg für eine neurokognitive Störung. Entscheidend ist das Gesamtbild.

MERKE

Das Alter verändert kognitive Fähigkeiten – aber nicht bei jedem Menschen auf dieselbe Weise. Beurteilen Sie deshalb nicht nur die aktuelle Leistung, sondern auch die Veränderung gegenüber dem früheren Zustand, den Verlauf und die Bedeutung für den Alltag.

Merksatz: Nicht das Alter allein erklärt die Veränderung, sondern erst der Blick auf Ausgangsniveau, Verlauf und Alltagsfunktion ermöglicht ihre diagnostische Einordnung.

AMNESIE

OHNE BEFUND

Das Gedächtnis ermöglicht es einem Menschen, Erlebnisse aufzunehmen, zu speichern und später wieder abzurufen. Erinnerungen an die eigene Vergangenheit und die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu behalten, unterstützen die Orientierung, das Lernen und die Kontinuität des persönlichen Erlebens. Nicht jede Erinnerung ist jederzeit unmittelbar verfügbar. Gelegentliches Vergessen gehört zum normalen Gedächtnisprozess und ist für sich genommen kein Hinweis auf eine Störung.

MERKMALE

Eine Amnesie bezeichnet eine deutliche Beeinträchtigung oder einen Ausfall des Erinnerungsvermögens. Betroffen sein können Erinnerungen an Ereignisse vor Beginn der Störung, die Speicherung neuer Erlebnisse oder beide Bereiche.

Die Erinnerungslücke kann einen begrenzten Zeitraum oder größere Abschnitte der persönlichen Vergangenheit umfassen. Sie kann plötzlich auftreten, beispielsweise nach einer Kopfverletzung oder im Zusammenhang mit einem neurologischen Ereignis, oder im Rahmen anderer Erkrankungen entstehen.

Betroffene bemerken die Gedächtnislücke möglicherweise selbst; manchmal fällt sie erst Angehörigen oder anderen Personen auf.

UNTERTEILUNG

MB21.10 – Anterograde Amnesie

Neue Erlebnisse können nach Beginn der Störung nicht oder nur unzureichend dauerhaft erinnert werden. Betroffene führen beispielsweise ein Gespräch, können sich später aber nicht mehr daran erinnern. Die kurzfristige Aufnahme von Informationen kann teilweise erhalten sein, während deren längerfristige Speicherung beeinträchtigt ist.

MB21.11 – Retrograde Amnesie

Erinnerungen an Ereignisse vor Beginn der Störung sind ganz oder teilweise nicht mehr zugänglich. Die Erinnerungslücke kann einzelne Ereignisse oder längere Zeitabschnitte betreffen. Wie weit sie zurückreicht und welche Erinnerungen betroffen sind, hängt unter anderem von der Ursache ab.

. . .

MB21.12 – Transiente globale Amnesie

Diese Form ist durch einen plötzlich einsetzenden, vorübergehenden Ausfall der Fähigkeit gekennzeichnet, neue episodische Erinnerungen zuverlässig zu bilden. Betroffene stellen häufig wiederholt dieselben Fragen, bleiben typischerweise wach und erkennen ihre eigene Identität. Die Episode bildet sich gewöhnlich innerhalb von 24 Stunden zurück; für den Zeitraum selbst kann eine Erinnerungslücke bestehen bleiben. Eine erstmalige akute Episode muss medizinisch abgeklärt werden.

WISSENSWERT

Erinnern ist mehr als Speichern. Damit ein Erlebnis später erinnert werden kann, muss es zunächst aufgenommen und verarbeitet, gespeichert und bei Bedarf wieder abgerufen werden. Eine Störung kann unterschiedliche Schritte dieses Prozesses betreffen.

Die Unterscheidung zwischen anterograder und retrograder Amnesie beschreibt vor allem, ob neue Erlebnisse nach Beginn der Störung oder Erinnerungen an frühere Ereignisse betroffen sind. Beide Formen können gemeinsam auftreten.

Amnesie beschreibt zunächst das Gedächtnisphänomen, nicht seine Ursache. Mögliche Auslöser sind unter anderem neurologische Erkrankungen, Schädel-Hirn-Traumata, epileptische Ereignisse, Medikamente, psychoaktive Substanzen sowie dissoziative Prozesse. Die Ursache muss anhand des klinischen Gesamtbildes geklärt werden.

VORGEHEN

Ziel ist es, die Art und den zeitlichen Verlauf der Erinnerungslücke zu erfassen, mögliche Auslöser zu erkennen und akute medizinische Ursachen nicht zu übersehen.

Beginn und Verlauf

«Wann haben Sie erstmals bemerkt, dass Erinnerungen fehlen? Trat die Veränderung plötzlich auf oder hat sie sich allmählich entwickelt?»

Warum? Ein plötzlicher Gedächtnisausfall kann auf ein akutes neurologisches oder körperliches Geschehen hinweisen. Ein schleichender Verlauf legt andere Ursachen nahe und erfordert ebenfalls eine gezielte Einordnung.

Art der Erinnerungslücke

«Fehlen Ihnen Erinnerungen an Ereignisse, die vor Beginn der Beschwerden stattgefunden haben, oder fällt es Ihnen schwer, sich neue Erlebnisse zu merken?»

Warum? Die Frage hilft, eine retrograde von einer anterograden Amnesie abzugrenzen. Beide Formen können gleichzeitig auftreten.

Ausmaß und Verlauf der Lücke

«Welche Ereignisse oder Zeitabschnitte können Sie nicht erinnern? Hat sich die Erinnerung später teilweise wieder eingestellt?»

Warum? Umfang und zeitliche Begrenzung der Gedächtnislücke sowie eine mögliche Veränderung im Verlauf liefern wichtige diagnostische Hinweise.

Begleitsymptome

«Gab es gleichzeitig Kopfschmerzen, Schwindel, Sprach- oder Sehstörungen, Schwäche, Bewusstseinsveränderungen oder ungewöhnliche Bewegungen?»

Warum? Solche Begleiterscheinungen können auf neurologische oder andere akute körperliche Ursachen hinweisen. Bei plötzlichem Beginn ist gegebenenfalls eine sofortige Notfallabklärung erforderlich.

Mögliche Auslöser

«Gab es zuvor einen Sturz, eine Kopfverletzung, eine Erkrankung oder eine außergewöhnliche körperliche Belastung? Haben Sie neue Medikamente eingenommen oder Alkohol beziehungsweise andere Substanzen konsumiert?»

Warum? Verletzungen, epileptische Ereignisse, Medikamente, Substanzen und körperliche Erkrankungen können das Erinnerungsvermögen beeinträchtigen. Der zeitliche Zusammenhang hilft, mögliche Ursachen gezielt zu prüfen.

Orientierung und weitere kognitive Funktionen

«Wissen Sie, wo Sie sind und welcher Tag heute ist? Können Sie einem Gespräch folgen und neue Informationen für kurze Zeit behalten?»

Warum? Die Beurteilung von Orientierung, Aufmerksamkeit und weiteren kognitiven Funktionen hilft, eine umschriebene Gedächtnisstörung von einer umfassenderen kognitiven oder Bewusstseinsstörung abzugrenzen.

Fremdanamnese und Beobachtung

Wenn möglich, sollten Personen befragt werden, die den Beginn der Episode miterlebt haben. Besonders hilfreich sind Angaben dazu, wann die betroffene Person zuletzt unauffällig war und wie sie sich während der Episode verhielt.

Warum? Gerade die Erinnerung an den Beginn und Verlauf der Amnesie kann fehlen. Fremdangaben helfen, diese Informationslücke teilweise zu schließen.

Zusammenfassende Einordnung

Entscheidend sind Beginn, Verlauf, Art und Ausmaß der Erinnerungslücke sowie mögliche Begleitsymptome und Auslöser.

Bei akutem oder ungeklärtem Gedächtnisausfall darf die diagnostische Einordnung nicht auf das Gespräch allein gestützt werden. Die notwendige medizinische Abklärung hat Vorrang.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Die Auswahl der Untersuchungen richtet sich nach dem klinischen Bild und der vermuteten Ursache.

- **Klinische und neurologische Untersuchung:** Erfasst Orientierung, Aufmerksamkeit, Bewusstseinslage und mögliche neurologische Auffälligkeiten.
- **Kognitive und neuropsychologische Verfahren:** Können Gedächtnisleistungen und weitere kognitive Funktionen differenziert untersuchen, sofern der Zustand der betroffenen Person dies zulässt.
- **Labor- und gegebenenfalls toxikologische Untersuchungen:** Können Hinweise auf Stoffwechselstörungen, körperliche Erkrankungen oder Substanzeinflüsse liefern.
- **Bildgebung:** Bei Verdacht auf ein akutes neurologisches Geschehen oder eine strukturelle Hirnveränderung können eine Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) erforderlich sein.
- **Elektroenzephalografie (EEG):** Kann bei Verdacht auf epileptische Anfälle oder andere epileptische Ursachen zur weiteren Abklärung beitragen.

Kein einzelnes Verfahren klärt jede Amnesie. Bei akutem Gedächtnisausfall darf die Notfallabklärung nicht durch ausführliche psychometrische oder neuropsychologische Testungen verzögert werden.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Eine Amnesie kann als eigenständiges klinisches Phänomen auftreten oder Teil einer neurologischen, körperlichen oder psychischen Störung sein. Für die Differenzialdiagnose sind vor allem Beginn, Verlauf, Begleitsymptome und mögliche Auslöser entscheidend.

Transiente globale Amnesie

Typisch sind ein plötzlicher Ausfall der Fähigkeit, neue episodische Erinnerungen zu bilden, und wiederholtes Fragen bei erhaltener Wachheit und persönlicher Identität. Die Episode bildet sich gewöhnlich innerhalb von 24 Stunden zurück. Andere akute Ursachen müssen anhand des klinischen Bildes abgeklärt werden.

Schlaganfall oder andere zerebrovaskuläre Erkrankungen

Ein akuter Gedächtnisausfall kann durch eine Durchblutungsstörung oder Blutung im Gehirn verursacht werden. Weitere neurologische Auffälligkeiten können hinzukommen, müssen aber nicht zwingend vorliegen. Ein plötzlich einsetzender Gedächtnisverlust erfordert deshalb eine unverzügliche medizinische Abklärung.

Schädel-Hirn-Trauma

Nach einem Sturz oder einer Kopfverletzung können Erinnerungen an die Zeit vor oder nach dem Ereignis fehlen. Die Amnesie kann mit einer Gehirnerschütterung oder einer schwereren Hirnverletzung einhergehen. Eine äußerlich unauffällige Untersuchung schließt eine relevante Verletzung nicht sicher aus.

Epileptische Anfälle

Epileptische Ereignisse können vorübergehende Gedächtnisstörungen auslösen.

Hinweise sind wiederkehrende, ähnlich ablaufende Episoden, Bewusstseinsveränderungen oder beobachtete Anfallszeichen. Auch nach einem Anfall kann eine postiktale Amnesie bestehen.

Delir und andere Bewusstseinsstörungen

Bei einem Delir stehen Störungen der Aufmerksamkeit und Bewusstseinsklarheit im Vordergrund. Häufig kommen Desorientierung, ein schwankender Verlauf und Verhaltensveränderungen hinzu. Auch Intoxikationen, Medikamentenwirkungen und Stoffwechselstörungen können das Erinnerungsvermögen beeinträchtigen.

Andere neurokognitive Störungen

Bei neurokognitiven Erkrankungen entwickeln sich Gedächtnisprobleme häufig schleichend und können von Einschränkungen weiterer kognitiver Funktionen begleitet sein. Ein plötzlich auftretender Gedächtnisausfall ist dagegen nicht typisch für einen gewöhnlichen chronischen Verlauf und verlangt eine gesonderte Abklärung.

Medikamente, Alkohol und andere Substanzen

Bestimmte Medikamente und psychoaktive Substanzen können die Bildung neuer Erinnerungen beeinträchtigen oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken verursachen. Wichtig sind der zeitliche Zusammenhang, die Dosierung, mögliche Wechselwirkungen und weitere Hinweise auf eine Intoxikation oder Entzugssituation.

Dissoziative Amnesie

Bei einer dissoziativen Amnesie bestehen Erinnerungslücken, die sich nicht ausreichend durch gewöhnliche Vergesslichkeit oder eine andere feststellbare Ursache erklären lassen. Betroffen sein können insbesondere autobiografische Erinnerungen. Ein Zusammenhang mit psychischer Belastung kann diagnostisch bedeutsam sein, beweist für sich genommen jedoch keine dissoziative Ursache. Die Abklärung möglicher körperlicher und neurologischer Ursachen richtet sich nach dem klinischen Bild.

Weitere körperliche und metabolische Ursachen

Störungen des Glukose- oder Elektrolythaushalts, Sauerstoffmangel, Infektionen sowie Leber- oder Nierenerkrankungen können kognitive Veränderungen einschließlich Gedächtnisstörungen verursachen. Abhängig vom Befund sind gezielte medizinische Untersuchungen erforderlich.

Entscheidend für die Einordnung: Eine Amnesie kann isoliert auftreten oder Teil einer umfassenderen Störung sein. Akuter Beginn, Bewusstseinsveränderungen, neurologische Begleitsymptome oder eine vorausgegangene Kopfverletzung erfordern besondere Aufmerksamkeit.

ICD-11

Die Zuordnung richtet sich danach, welche Form der Amnesie vorliegt und ob die Gedächtnisstörung als Symptom beschrieben wird oder im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung steht.

Amnesie als kognitives Symptom

- **MB21.1 – Amnesie:** Übergeordneter Eintrag für eine Gedächtnisstörung, deren konkrete Form näher bestimmt werden kann.
- **MB21.10 – Anterograde Amnesie:** Neue Erlebnisse können seit Beginn der Störung nicht zuverlässig erinnert werden.
- **MB21.11 – Retrograde Amnesie:** Erinnerungen an Ereignisse vor Beginn der Störung fehlen ganz oder teilweise.
- **MB21.12 – Transiente globale Amnesie:** Vorübergehende, typischerweise plötzlich einsetzende Störung der Bildung neuer episodischer Erinnerungen.

- **MB21.1Y – Sonstige näher bezeichnete Amnesie:** Für näher beschriebene Formen, die keinem spezifischeren Eintrag zugeordnet werden.
- **MB21.1Z – Amnesie, nicht näher bezeichnet:** Wenn eine Amnesie festgestellt wurde, ihre Form aber nicht genauer bestimmt werden kann.

Amnesie im Zusammenhang mit anderen Störungen

- **Dissoziative Amnesie – 6B61:** Unfähigkeit, wichtige autobiografische Erinnerungen abzurufen, die nicht durch gewöhnliches Vergessen erklärt wird und die diagnostischen Kriterien einer dissoziativen Amnesie erfüllt. Die Untereinträge unterscheiden zwischen einer Form mit dissoziativer Fugue (**6B61.0**), ohne dissoziative Fugue (**6B61.1**) und einer nicht näher bezeichneten Form (**6B61.Z**). Eine neurologische Erkrankung, ein Schädel-Hirn-Trauma oder Substanzeinflüsse müssen bei der diagnostischen Einordnung berücksichtigt werden.
- **Dissoziative Identitätsstörung – 6B64:** Amnesie kann als Begleitmerkmal auftreten. Sie ist hier nicht mit einer eigenständigen Amnesiediagnose gleichzusetzen.
- **Korsakoff-Syndrom – 5B5A.11:** Kann mit schweren Gedächtnisstörungen, der Unfähigkeit, neue Erinnerungen zu bilden, und Konfabulationen einhergehen. Der Zusammenhang mit einem Vitamin-B1-Mangel ist klinisch besonders wichtig.
- **Amnesie im Zusammenhang mit einer Gehirnerschütterung – NA07.00:** Der Eintrag bezeichnet eine Gehirnerschütterung mit unvollständigem Bewusstseinsverlust und Amnesie. Die Zuordnung setzt

voraus, dass die entsprechende Verletzung diagnostisch festgestellt wurde.

- **Amnesie im Zusammenhang mit epileptischen Ereignissen – 8A6Y:** Der Eintrag verweist auf eine Gedächtnisstörung im Zusammenhang mit epileptischen Ereignissen. Die konkrete Kodierung richtet sich nach der festgestellten Erkrankung und den geltenden Kodiervorgaben.
- **Schlafbezogene Amnesie – 7B00:** Bei bestimmten Arousalstörungen aus dem Non-REM-Schlaf kann eine teilweise oder vollständige Erinnerungslücke für das Ereignis bestehen, etwa beim verwirrten Erwachen (**7B00.0**) oder bei der schlafbezogenen Essstörung (**7B00.3**). Die Amnesie ist dabei ein Merkmal der Schlaf-Wach-Störung.

Es gibt weitere Erkrankungen, bei denen Amnesie als mögliches Symptom vorkommen kann, darunter das Sneddon-Syndrom (**4A44.6**) und die Demenz durch Kopfverletzung (**6D85.7**). Diese beschreiben den jeweiligen Krankheitszusammenhang; sie sind nicht als eigenständige Amnesieformen zu verstehen.

Bezeichnungen wie visuelle, taktile oder akustische «Amnesie» sind ebenfalls nicht ohne Weiteres mit einer allgemeinen episodischen oder autobiografischen Gedächtnisstörung gleichzusetzen. Ihre Bedeutung muss im jeweiligen klinischen und klassifikatorischen Zusammenhang geprüft werden.

Wichtig für die Praxis: Eine Erinnerungslücke allein legt weder die Ursache noch die endgültige diagnostische Zuordnung fest. Entscheidend sind Art und zeitlicher Verlauf der Gedächtnisstörung, Begleitsymptome und der klinische Zusammenhang. Die genannten Krankheitsbilder sind keine vollständige Liste sämtlicher möglicher Ursachen. Vor Diagnosestellung sind die in Frage kommenden Ursachen zu überprüfen und ggf. auszuschließen.

ACHTUNG

Ein plötzlich auftretender Gedächtnisausfall ist zunächst ein medizinischer Abklärungsgrund. Dahinter können unter anderem ein Schlaganfall, eine intrakranielle Blutung, ein epileptisches Ereignis, eine Intoxikation oder eine andere akute Erkrankung stehen. Bei abruptem Beginn, neurologischen Begleitsymptomen, Bewusstseinsveränderungen oder einer vorausgegangenen Kopfverletzung ist eine unverzügliche medizinische Abklärung erforderlich.

Verwechseln Sie eine umschriebene Amnesie nicht mit einer allgemeinen Aufmerksamkeits- oder Bewusstseinsstörung. Bei einem Delir können ebenfalls Erinnerungslücken auftreten, während die Bewusstseinsklarheit und weitere kognitive Funktionen beeinträchtigt sind.

Nehmen Sie auch eine dissoziative Ursache nicht vorschnell an. Vermeiden Sie suggestive Fragen und lenkende Deutungen, die Erinnerungen beeinflussen oder unbegründete Sicherheit über nicht erinnerte Ereignisse erzeugen könnten.

MERKE

Eine Amnesie beschreibt den Ausfall von Erinnerungen, nicht dessen Ursache. Für die diagnostische Einordnung zählen die Art der Gedächtnislücke, ihr zeitlicher Verlauf, mögliche Begleitsymptome und die sorgfältige Abklärung körperlicher, neurologischer und psychischer Ursachen.

Merksatz: Nicht nur fragen, was fehlt – sondern klären, welche Erinnerung betroffen ist, wann die Lücke entstand und wodurch sie verursacht sein könnte.

ANOSOGNOSIE

OHNE BEFUND

Ein Mensch kann seine eigenen Fähigkeiten und Einschränkungen grundsätzlich wahrnehmen und realistisch einschätzen. Er erkennt Veränderungen seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, kann Rückmeldungen dazu berücksichtigen und die möglichen Folgen für seinen Alltag einordnen. Die Selbsteinschätzung muss dabei nicht in jedem Detail mit der Einschätzung anderer übereinstimmen. Entscheidend ist, dass die eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Wesentlichen erkannt werden.

MERKMALE

Anosognosie bezeichnet das fehlende oder deutlich eingeschränkte Bewusstsein für eine eigene Erkrankung, bestimmte Symptome oder daraus entstandene funktionelle Beeinträchtigungen. Betroffene erkennen möglicherweise nicht, dass ihre Fähigkeiten eingeschränkt sind, oder unterschätzen die Folgen einer Erkrankung für ihren Alltag.

Dies kann sich beispielsweise darin zeigen, dass eine Person nach einem Schlaganfall eine bestehende Lähmung nicht wahrnimmt oder ihre motorischen Fähigkeiten deutlich überschätzt. Andere Betroffene erkennen Gedächtnis- oder Orientierungsprobleme nicht und halten sich weiterhin für uneingeschränkt leistungsfähig, obwohl Untersuchungsergebnisse oder Beobachtungen auf relevante Beeinträchtigungen hinweisen.

Das Ausmaß kann unterschiedlich sein: Die fehlende Einsicht kann einzelne Fähigkeiten betreffen oder sich auf die Erkrankung insgesamt beziehen. Sie kann zudem je nach Situation unterschiedlich deutlich hervortreten.

Anosognosie ist nicht mit Uneinsichtigkeit oder mangelnder Kooperationsbereitschaft gleichzusetzen. Betroffene täuschen die fehlende Krankheitseinsicht nicht notwendigerweise vor; sie können ihre Einschränkungen tatsächlich nicht angemessen erkennen oder einordnen.

WISSENSWERT

Nicht-Erkennen ist nicht dasselbe wie Nicht-Anerkennen. Menschen können eine Erkrankung aus Angst, Scham, fehlendem Wissen oder dem Wunsch, ihre Selbstständigkeit zu bewahren, herunterspielen oder nicht akzeptieren. Bei einer Anosognosie ist dagegen die Fähigkeit beeinträchtigt, die eigene Erkrankung oder bestimmte Funktionsdefizite überhaupt zu erkennen. Die Unterscheidung erfordert eine sorgfältige klinische Beurteilung.

Anosognosie tritt insbesondere bei neurologischen Erkrankungen und Hirnschädigungen auf, beispielsweise nach einem Schlaganfall oder im Zusammenhang mit neurokognitiven Erkrankungen. Sie kann sich auf einzelne motorische, sensorische oder kognitive Fähigkeiten beschränken.

Die fehlende Wahrnehmung eigener Einschränkungen kann erhebliche Folgen haben: Betroffene unterschätzen möglicherweise Risiken, lehnen notwendige Unterstützung ab oder überschätzen ihre Fähigkeiten bei alltäglichen Aktivitäten. Deshalb sollten Selbsteinschätzung, klinische Befunde und gegebenenfalls Fremdangaben gemeinsam betrachtet werden.

VORGEHEN

Ziel ist es, die Selbsteinschätzung der betroffenen Person mit ihren tatsächlichen Fähigkeiten abzugleichen und zu klären, ob Einschränkungen nicht erkannt, anders bewertet oder nicht akzeptiert werden.

Wahrnehmung eigener Veränderungen

«Ist Ihnen selbst aufgefallen, dass sich etwas an Ihren Fähigkeiten verändert hat? Gibt es Tätigkeiten, die Ihnen heute schwerer fallen als früher?»

Warum? Die Antworten geben erste Hinweise darauf, ob die Person Veränderungen grundsätzlich wahrnimmt. Entscheidend ist nicht nur, was sie spontan benennt, sondern auch, wie sie auf konkrete Beispiele reagiert.

Einschätzung der eigenen Fähigkeiten

«Wie gut gelingt Ihnen diese Tätigkeit Ihrer Einschätzung nach? Trauen Sie sich zu, sie allein und sicher zu bewältigen?»

Warum? Die Selbsteinschätzung lässt sich mit der beobachteten Leistung vergleichen. Eine deutliche Diskrepanz kann auf eine eingeschränkte Wahrnehmung eigener Fähigkeiten hinweisen, beweist für sich allein jedoch keine Anosognosie.

Umgang mit Rückmeldungen

«Hat jemand Sie auf Veränderungen oder Schwierigkeiten aufmerksam gemacht? Wie erklären Sie sich, dass andere dabei etwas anderes beobachten als Sie selbst?»

Warum? Die Antworten zeigen, wie die Person Rückmeldungen verarbeitet und einordnet. Widerspruch oder Ablehnung allein belegen keine Anosognosie; auch Angst, Scham, Missverständnisse oder unterschiedliche Bewertungen können eine Rolle spielen.

Auswirkungen auf den Alltag

«Gab es Situationen, in denen Sie Unterstützung benötigt haben, obwohl Sie zunächst davon ausgegangen sind, alles allein bewältigen zu können?»

Warum? Konkrete Alltagssituationen können Unterschiede zwischen der eigenen Einschätzung und den tatsächlichen Fähigkeiten sichtbar machen. Zugleich helfen sie, mögliche Risiken und den Unterstützungsbedarf einzuschätzen.

Fremdanamnese und Beobachtung

Wenn möglich und unter Beachtung der geltenden Einwilligungs- und Datenschutzregelungen sollten Angehörige oder andere vertraute Personen nach konkreten Veränderungen gefragt werden: Was ist ihnen aufgefallen? Seit wann bestehen die Veränderungen? In welchen Situationen zeigen sie sich?

Warum? Fremdangaben können wichtige Hinweise liefern, wenn die eigene Wahrnehmung der Einschränkungen beeinträchtigt erscheint. Sie sollten mit der Perspektive der betroffenen Person und den klinischen Befunden abgeglichen werden, nicht diese pauschal ersetzen.

Zusammenfassende Einordnung

Für die Beurteilung sind die Selbsteinschätzung, die beobachtbare Leistung, der Umgang mit Rückmeldungen und der klinische Zusammenhang gemeinsam zu berücksichtigen. Bei neu aufgetretener oder ausgeprägter fehlender Krankheitseinsicht muss insbesondere eine neurologische oder andere körperliche Ursache geprüft werden.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

- **Klinische und neurologische Untersuchung:** Erfasst mögliche neurologische Ausfälle und Hinweise auf eine zugrunde liegende Erkrankung. Bei plötzlich aufgetretener fehlender Krankheitseinsicht oder begleitenden neurologischen Symptomen ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich.

- **Strukturierte klinische Beobachtung:** Vergleicht die Einschätzung eigener Fähigkeiten mit der tatsächlich beobachteten Leistung und erfasst, ob Schwierigkeiten wahrgenommen und Rückmeldungen berücksichtigt werden.
- **Neuropsychologische Untersuchung:** Kann helfen, kognitive Defizite zu erfassen und die Selbsteinschätzung mit der tatsächlichen Leistung zu vergleichen. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Verständnis und Kommunikationsfähigkeit sind dabei mitzuberücksichtigen.
- **Fremdanamnese und Fremdbeurteilung:** Ergänzende Informationen aus dem Umfeld können Veränderungen im Alltag, deren Verlauf und mögliche Risiken verdeutlichen.
- **Bildgebung und weitere medizinische Diagnostik:** Bei Verdacht auf eine neurologische Ursache können je nach Befund CT, MRT oder weitere Untersuchungen erforderlich sein.

Anosognosie lässt sich nicht anhand einer einzelnen Antwort oder eines einzelnen Testwertes feststellen. Entscheidend ist die Gesamtschau aus Selbsteinschätzung, tatsächlicher Leistung, Fremdangaben und möglicher Grunderkrankung.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Bei der Differenzialdiagnose ist zu klären, ob die betroffene Person ihre Einschränkung tatsächlich nicht erkennt oder ob andere Faktoren die Selbsteinschätzung beeinflussen.

Neurologische Erkrankungen und Hirnschädigungen

Anosognosie kann insbesondere nach einem Schlaganfall oder einer anderen Hirnschädigung auftreten.

Je nach betroffenem Hirnareal kann die Wahrnehmung motorischer, sensorischer oder kognitiver Defizite beeinträchtigt sein. Hinweise ergeben sich aus dem neurologischen Befund, dem zeitlichen Zusammenhang und der Diskrepanz zwischen tatsächlicher Leistung und Selbsteinschätzung.

Neurokognitive Störungen

Bei neurokognitiven Erkrankungen kann das Bewusstsein für Gedächtnisprobleme oder andere kognitive Einschränkungen vermindert sein. Das Ausmaß ist unterschiedlich. Eine eingeschränkte Krankheitseinsicht kann mit der kognitiven Beeinträchtigung zusammenhängen, ist aber nicht bei jeder neurokognitiven Störung gleichermaßen ausgeprägt.

Delir und akute Bewusstseinsstörungen

Bei einem Delir können Aufmerksamkeit, Orientierung und Bewusstseinsklarheit beeinträchtigt sein. Die eigene Situation wird dann möglicherweise nicht zutreffend erfasst. Da sich diese Fähigkeiten im Verlauf verändern können, sollte eine akute fehlende Einsicht nicht vorschnell als Anosognosie eingeordnet werden. Im Vordergrund steht die Abklärung der akuten Ursache.

Psychische Abwehr und fehlende Akzeptanz

Angst, Scham, Verleugnung oder die Sorge vor dem Verlust der Selbstständigkeit können dazu führen, dass Menschen ihre Einschränkungen herunterspielen oder zurückweisen. Anders als bei einer Anosognosie kann die Einschränkung dabei durchaus wahrgenommen werden, auch wenn ihre Bedeutung emotional schwer auszuhalten ist.

Psychotische und andere psychische Störungen

Bei psychischen Erkrankungen kann die Fähigkeit eingeschränkt sein, Symptome als krankheitsbedingt einzuordnen.

Beispielsweise können Menschen mit einer psychotischen Störung ihre Wahrnehmungen oder Überzeugungen als real und nicht als Ausdruck einer Erkrankung erleben. Das kann im Alltag ähnlich erscheinen, ist aber nicht ohne Weiteres mit einer neurologisch bedingten Anosognosie gleichzusetzen.

Kognitive, sprachliche und kommunikative Einschränkungen

Sprachverständnisstörungen, Gedächtnisprobleme oder Aufmerksamkeitsstörungen können dazu führen, dass Betroffene Fragen nicht richtig verstehen, Informationen nicht behalten oder Rückmeldungen nicht angemessen verarbeiten.

Dadurch kann der Eindruck fehlender Krankheitseinsicht entstehen, ohne dass tatsächlich eine Anosognosie vorliegt.

Fehlende Information und unterschiedliche Einschätzung

Eine Person kann ihre Fähigkeiten anders bewerten als Angehörige oder Behandelnde, weil ihr Informationen fehlen, sie andere Maßstäbe anlegt oder eine Situation anders erlebt.

Eine abweichende Meinung allein ist kein krankhafter Befund.

Entscheidend für die Einordnung: Zu klären ist, ob die Einschränkung nicht erkannt, zwar erkannt, aber nicht akzeptiert oder aufgrund anderer kognitiver beziehungsweise kommunikativer Schwierigkeiten nicht angemessen eingeschätzt wird. Bei neu aufgetretener fehlender Krankheitseinsicht müssen insbesondere akute neurologische und andere körperliche Ursachen berücksichtigt werden.

ICD-11

MB21.2 – Anosognosie

Dieser Eintrag bezeichnet das fehlende oder eingeschränkte Bewusstsein für die eigene Erkrankung oder bestimmte krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen. Anosognosie beschreibt das Phänomen der fehlenden Krankheitseinsicht, nicht dessen Ursache. Für die diagnostische Einordnung sind deshalb auch die zugrunde liegende Erkrankung, mögliche Hirnschädigungen und der klinische Zusammenhang zu berücksichtigen.

ACHTUNG

Eine plötzlich auftretende fehlende Krankheitseinsicht kann ein Warnzeichen sein. Insbesondere bei gleichzeitig bestehenden neurologischen Auffälligkeiten muss eine akute Hirnschädigung oder andere dringliche körperliche Ursache unverzüglich abgeklärt werden. Beurteilen Sie die Selbsteinschätzung stets im Zusammenhang mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit, den klinischen Befunden und – sofern sinnvoll – ergänzenden Informationen aus dem Umfeld. Vermeiden Sie vorschnelle Zuschreibungen wie «uneinsichtig» oder «unkooperativ», wenn die Person ihre Einschränkung möglicherweise tatsächlich nicht erkennen kann.

MERKE

Anosognosie betrifft nicht nur die Frage, ob jemand eine Erkrankung akzeptiert, sondern ob er die eigene Einschränkung überhaupt erkennen kann.

Merksatz: Wer fehlende Krankheitseinsicht beurteilt, sollte unterscheiden, ob ein Mensch seine Einschränkung nicht erkennt, nicht anerkennt oder lediglich anders bewertet.

KONFABULATION

OHNE BEFUND

Erinnerungen können zutreffend wiedergegeben und von Vermutungen unterschieden werden. Ein Mensch erinnert sich an vergangene Ereignisse im Wesentlichen zutreffend. Sind einzelne Details unklar, kann er dies benennen oder einräumen, dass ihm eine Erinnerung fehlt. Erinnerungslücken werden nicht zwangsläufig durch vermeintlich sichere Erklärungen gefüllt.

MERKMALE

Konfabulation bezeichnet das Auftreten **unzutreffender Erinnerungsinhalte ohne bewusste Täuschungsabsicht**. Gedächtnislücken werden mit erfundenen, verzerrten oder falsch zugeordneten Inhalten gefüllt. Die betroffene Person kann ihre Schilderungen für zutreffend halten und mit großer Überzeugung vortragen.

Die Inhalte können einzelne Details, zurückliegende Ereignisse oder Teile der eigenen Lebensgeschichte betreffen. Konfabulationen können spontan auftreten oder sich zeigen, wenn jemand versucht, eine konkrete Frage zu beantworten und sich an das betreffende Ereignis nicht zuverlässig erinnert.

UNTERTEILUNG

- **Spontane Konfabulationen:** Unzutreffende Erinnerungsinhalte treten ohne unmittelbare Nachfrage auf.
- **Herausgeforderte Konfabulationen:** Sie entstehen beim Versuch, eine Frage zu beantworten oder eine Erinnerungslücke zu schließen.

Diese Unterscheidung beschreibt die Art des Auftretens, erklärt aber weder die Ursache noch den Schweregrad.

WISSENSWERT

Konfabulation ist nicht mit einer Lüge gleichzusetzen: Bei einer bewussten Täuschung weiß die Person, dass ihre Aussage falsch ist. Bei einer Konfabulation fehlt diese Täuschungsabsicht. Auch gewöhnliche Erinnerungsfehler sind davon abzugrenzen. Einzelne unzutreffende Angaben reichen nicht aus, um eine klinisch bedeutsame Konfabulation anzunehmen. Das Phänomen tritt insbesondere im Zusammenhang mit ausgeprägten Gedächtnisstörungen und bestimmten neurologischen Erkrankungen oder Hirnschädigungen auf. Ein wichtiger klinischer Zusammenhang besteht mit dem **Wernicke-Korsakoff-Syndrom**, das durch einen Mangel an Vitamin B1 (Thiamin) verursacht wird. Insbesondere das Korsakoff-Syndrom kann mit schweren Gedächtnisstörungen und Konfabulationen einhergehen. Eine akute Wernicke-Enzephalopathie kann unter anderem Verwirrtheit, Augenbewegungsstörungen und Gang- oder Koordinationsstörungen verursachen.

VORGEHEN

Gedächtnislücken und Verlauf

- «Seit wann fällt Ihnen auf, dass Sie sich bestimmte Dinge nicht gut merken können?»
- **Warum?** Der zeitliche Verlauf hilft, länger bestehende Gedächtnisstörungen von einer akuten Veränderung zu unterscheiden.
- «Gibt es Ereignisse, an die Sie sich nur teilweise oder gar nicht erinnern können?»
- **Warum?** So lässt sich klären, ob konkrete Erinnerungslücken bestehen.

- «Treten die Schwierigkeiten plötzlich auf oder haben sie sich allmählich entwickelt?»
- **Warum?** Ein akuter Beginn kann auf eine dringlich abklärungsbedürftige Ursache hinweisen.

Entstehung und Sicherheit der Erinnerungen

- «Wie sicher sind Sie sich, dass sich das Ereignis genau so zugetragen hat?»
- **Warum?** Die Antwort hilft, die subjektive Erinnerungssicherheit einzuschätzen; große Überzeugung allein beweist keine Konfabulation.
- «Erzählen Sie von solchen Erlebnissen von sich aus oder fällt Ihnen das vor allem auf Nachfrage ein?»
- **Warum?** So lässt sich das Auftreten spontan oder beim Abruf von Erinnerungen näher beschreiben.
- «Was machen Sie, wenn Sie sich an Einzelheiten nicht erinnern können?»
- **Warum?** Die Antwort kann zeigen, wie die Person mit Unsicherheit und Erinnerungslücken umgeht.

Begleitsymptome und mögliche Ursachen

- «Fällt es Ihnen auch schwer, neue Informationen oder kürzlich Erlebtes zu behalten?»
- **Warum?** Dies hilft, das Gedächtnisprofil genauer zu erfassen.
- «Gab es eine Kopfverletzung, einen Krampfanfall oder eine akute Erkrankung?»
- **Warum?** Solche Ereignisse können auf neurologische Ursachen hinweisen.
- «Wie ist Ihr Alkoholkonsum, und welche Medikamente oder anderen Substanzen nehmen Sie ein?»

- **Warum?** Substanzen, Medikamente und insbesondere ein möglicher Thiaminmangel können für die weitere Abklärung bedeutsam sein.

Ergänzend können – mit Zustimmung und unter Beachtung der rechtlichen und datenschutzbezogenen Voraussetzungen – Angehörige oder andere Bezugspersonen befragt werden. Ihre Angaben helfen, Veränderungen und Abweichungen von bekannten Ereignissen einzuordnen. Sie ersetzen jedoch nicht die eigene Perspektive der betroffenen Person.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

- **Klinische und neurologische Untersuchung:** Erfasst den psychischen Zustand, die Bewusstseinslage, Orientierung und mögliche neurologische Begleitzeichen.
- **Neuropsychologische Diagnostik:** Standardisierte Gedächtnistests und die Untersuchung weiterer kognitiver Funktionen helfen, das individuelle Leistungsprofil zu bestimmen. Kein einzelner Test bestätigt oder widerlegt eine Konfabulation zuverlässig.
- **Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung:** Wiederholte Beobachtungen und ergänzende Angaben können zeigen, wann und in welchen Situationen unzutreffende Erinnerungsinhalte auftreten.
- **Laboruntersuchungen:** Je nach Befund können unter anderem Untersuchungen zu Stoffwechselstörungen und möglichen Mangelzuständen, insbesondere einem Thiaminmangel, angezeigt sein.
- **Bildgebung und EEG:** CT oder MRT sowie gegebenenfalls ein EEG können bei entsprechender Fragestellung zur Abklärung neurologischer Ursachen beitragen.

Bei akut aufgetretenen Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit oder neuen neurologischen Auffälligkeiten hat die zeitnahe medizinische Abklärung Vorrang.

Eine mögliche Wernicke-Enzephalopathie muss dringend erkannt und behandelt werden.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

- **Amnesie:** Erinnerungen an bestimmte Ereignisse oder Zeiträume fehlen oder neue Informationen können nicht zuverlässig gespeichert werden. Konfabulationen können solche Lücken füllen, sind aber nicht mit Amnesie gleichzusetzen.
- **Neurokognitive Störungen:** Bei Demenzerkrankungen und anderen kognitiven Störungen können Erinnerungen verloren gehen, verwechselt oder falsch zeitlich eingeordnet werden. Konfabulationen können zusätzlich auftreten.
- **Delir und andere akute Bewusstseinsstörungen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Desorientierung und wechselnde Bewusstseinsklarheit können zu unzutreffenden Schilderungen führen.
- **Psychotische Störungen:** Wahnüberzeugungen sind von Konfabulationen abzugrenzen, weil nicht primär das Auffüllen einer Gedächtnislücke im Vordergrund steht. Entscheidend sind Entstehung und Einbettung der Aussage in das übrige Erleben.
- **Gewöhnliche Erinnerungsfehler:** Einzelne Ungenauigkeiten oder falsch zugeordnete Details kommen auch ohne Erkrankung vor und begründen für sich keine Konfabulation.
- **Bewusste Falschangaben:** Eine absichtliche Täuschung darf nicht allein aus dem Inhalt einer Aussage

abgeleitet werden. Entscheidend ist die sorgfältige Beurteilung des Gesamtbildes.

- **Neurologische, körperliche oder substanzbedingte Ursachen:** Hirnschädigungen, epileptische Ereignisse, Medikamente, Intoxikationen und Stoffwechselstörungen können Gedächtnisleistungen beeinträchtigen und müssen je nach klinischem Bild berücksichtigt werden.

ICD-11

MB21.3 – Konfabulation

Der Code bezeichnet das Symptom selbst: unzutreffende Erinnerungsinhalte, die ohne bewusste Täuschungsabsicht auftreten. Er erklärt nicht, wodurch die Konfabulation verursacht wird.

Es finden sich außerdem folgende klinisch relevante Einträge:

- **5B5A.1 – Wernicke-Korsakoff-Syndrom:** Thiaminmangel-Syndrom mit neurologischen und psychischen Symptomen; schwere Gedächtnisstörungen und Konfabulationen können insbesondere im Rahmen des Korsakoff-Syndroms auftreten.
- **5B5A.10 – Wernicke-Enzephalopathie:** Akutes neuropsychiatrisches Syndrom infolge eines Thiaminmangels, das unter anderem mit Verwirrtheit, Augenbewegungsstörungen und Ataxie einhergehen kann.
- **5B5A.11 – Korsakoff-Syndrom:** Erkrankung mit ausgeprägten Gedächtnisstörungen, die unter anderem mit Konfabulationen einhergehen können.

Diese Einträge beschreiben unterschiedliche diagnostische Ebenen beziehungsweise zusammenhängende Krankheitsbilder.

Konfabulation ist ein Symptom; das Wernicke-Korsakoff-Syndrom und seine zugehörigen Krankheitsbilder bezeichnen mögliche klinische Zusammenhänge.

Bei entsprechenden Hinweisen muss insbesondere ein Thiaminmangel berücksichtigt werden.

ACHTUNG

Eine neu aufgetretene Gedächtnisstörung oder Verwirrtheit darf nicht vorschnell als psychisches Symptom eingeordnet werden. Insbesondere bei neurologischen Auffälligkeiten, Bewusstseinsveränderungen, Gangunsicherheit oder Augenbewegungsstörungen ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich.

Konfrontieren Sie Betroffene nicht vorschnell mit vermeintlichen Widersprüchen. Suggestive Fragen und wiederholtes Drängen können Antworten beeinflussen. Fragen Sie möglichst offen und gleichen Sie Angaben behutsam mit dem klinischen Befund und verfügbaren Informationen ab.

MERKE

Konfabulation ist keine bewusste Lüge, sondern ein Phänomen des Erinnerns, das auf eine zugrunde liegende Gedächtnisstörung hinweisen kann. Entscheidend sind der Verlauf, das Gedächtnisprofil und mögliche Ursachen.

Merksatz: Nicht jede falsche Erinnerung ist eine Konfabulation – entscheidend ist, wie sie entsteht und welche Gedächtnisstörung dahinterstehen könnte.

DESORIENTIERTHEIT

OHNE BEFUND

Ein Mensch ist orientiert, wenn er sich zeitlich, örtlich und situativ zurechtfindet, andere Menschen einordnen kann und über die eigene Person Bescheid weiß. Er kann beispielsweise den ungefähren Tag, seinen Aufenthaltsort und den Anlass einer Situation benennen sowie vertraute Personen erkennen.

Nicht jede ungenaue Angabe ist bereits eine Auffälligkeit. Entscheidend ist, ob die Person die wesentlichen Informationen zutreffend einordnen kann und ihre Orientierung zur jeweiligen Situation passt.

MERKMALE

Desorientiertheit bezeichnet eine Beeinträchtigung oder einen Verlust der Fähigkeit, sich selbst und die eigene Situation in Bezug auf Zeit, Ort, Situation oder andere Personen zutreffend einzuordnen. In schweren Fällen kann auch die Orientierung zur eigenen Person beeinträchtigt sein.

Betroffene wissen beispielsweise nicht, welcher Tag oder welches Jahr ist, wo sie sich befinden, weshalb sie an einem bestimmten Ort sind oder wer ihnen gegenübersteht. Sie können Fragen falsch beantworten, sich widersprechen, nach Orientierung suchen oder auf vertraute Situationen und Personen ungewohnt reagieren. Die Beeinträchtigung kann anhaltend sein oder schwanken und einzelne oder mehrere Orientierungsbereiche betreffen.

UNTERTEILUNG

Je nachdem, welcher Bereich betroffen ist, lassen sich verschiedene Formen unterscheiden:

- **Zeitliche Desorientiertheit:** Die Person kann Datum, Wochentag, Monat, Jahreszeit oder Tageszeit nicht zutreffend angeben.
- **Örtliche Desorientiertheit:** Sie weiß nicht sicher, wo sie sich befindet, oder findet sich selbst in einer vertrauten Umgebung nicht zurecht.
- **Situative Desorientiertheit:** Sie kann den Anlass ihres Aufenthalts, das aktuelle Geschehen oder den Zusammenhang einer Situation nicht angemessen einordnen.
- **Desorientiertheit zur eigenen Person:** Sie kann Angaben zur eigenen Identität nicht sicher machen oder grundlegende Aspekte der eigenen Person nicht zutreffend einordnen.

Zusätzlich kann die Orientierung zu anderen Personen beeinträchtigt sein. Betroffene erkennen vertraute Menschen möglicherweise nicht oder können deren Rolle und Beziehung zu sich nicht richtig einordnen. Dieser Bereich sollte bei der Untersuchung gesondert berücksichtigt werden.

WISSENSWERT

Orientierung beruht auf mehreren kognitiven Funktionen, insbesondere Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung und der Fähigkeit, Informationen in einen Zusammenhang einzuordnen. Deshalb kann Desorientiertheit bei unterschiedlichen neurologischen, psychischen und körperlichen Erkrankungen auftreten.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer länger bestehenden und einer neu aufgetretenen Beeinträchtigung. Eine akute, möglicherweise schwankende Veränderung kann auf ein Delir, eine andere Bewusstseinsstörung oder eine neurologische beziehungsweise körperliche Erkrankung hinweisen.

Nicht jede falsche Antwort bedeutet automatisch Desorientiertheit. Hör- oder Sehbeeinträchtigungen, Sprachprobleme, fehlende Informationen und eingeschränkte Aufmerksamkeit können die Antworten ebenfalls beeinflussen. Entscheidend ist, ob die Person die betreffende Information tatsächlich nicht einordnen kann.

VORGEHEN

Im Mittelpunkt stehen drei Fragen: Welche Orientierungsbereiche sind betroffen? Seit wann besteht die Veränderung? Und welche Ursachen kommen infrage?

Zeitlicher Verlauf und Beginn

- «Seit wann fällt Ihnen auf, dass Sie sich nicht richtig orientieren können?»
- «Hat das plötzlich begonnen oder sich allmählich entwickelt?»
- «Gibt es Zeiten, in denen Sie sich besser orientieren können als zu anderen?»

Warum? Ein akuter Beginn oder deutliche Schwankungen können auf ein Delir oder eine andere akute Erkrankung hinweisen. Eine länger bestehende Veränderung kann unter anderem mit einer neurokognitiven Erkrankung zusammenhängen.

Zeitliche Orientierung

- «Welchen Tag und welches Datum haben wir heute ungefähr?»
- «In welchem Monat und in welchem Jahr befinden wir uns?»
- «Ist es gerade morgens, mittags oder abends?»

Warum? Die Antworten geben Hinweise auf die zeitliche Orientierung. Einzelne Fehler müssen jedoch im Zusammenhang mit Aufmerksamkeit, Alltag und Situation beurteilt werden.

Örtliche Orientierung

- «Wo befinden wir uns gerade?»
- «Wissen Sie, in welcher Stadt oder Einrichtung wir sind?»
- «Finden Sie sich in Ihrer vertrauten Umgebung gut zurecht?»

Warum? So lässt sich einschätzen, ob die Person den aktuellen Aufenthaltsort einordnen kann und ob Schwierigkeiten auch in vertrauter Umgebung auftreten.

Situative Orientierung

- «Können Sie mir sagen, weshalb Sie heute hier sind?»
- «Was ist Ihrer Einschätzung nach gerade geschehen?»
- «Was erwarten Sie, was als Nächstes passiert?»

Warum? Die Fragen zeigen, ob die Person den Anlass und den Zusammenhang der aktuellen Situation versteht. Dabei muss berücksichtigt werden, ob ihr die erforderlichen Informationen überhaupt vorliegen.

Orientierung zur eigenen Person und zu anderen Menschen

- «Wie heißen Sie, und können Sie mir etwas über sich erzählen?»
- «Wissen Sie, wer ich bin und weshalb wir miteinander sprechen?»
- «Erkennen Sie die Menschen, die Ihnen nahestehen?»

Warum? Damit lässt sich prüfen, ob die Person sich selbst und andere Menschen zutreffend einordnen kann. Schwierigkeiten können allerdings auch durch Gedächtnis-, Sprach- oder Wahrnehmungsstörungen entstehen.

Begleitsymptome und mögliche Ursachen

- «Haben Sie zusätzlich Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder sich an Dinge zu erinnern?»
- «Hatten Sie zuletzt Fieber, Schmerzen, einen Sturz oder eine Kopfverletzung?»
- «Haben Sie neue Medikamente bekommen oder Ihre Medikamenteneinnahme verändert?»
- «Gab es Veränderungen beim Alkohol- oder sonstigen Substanzkonsum?»

Warum? Begleitsymptome und mögliche Auslöser helfen, körperliche, neurologische, medikamentöse oder substanzbedingte Ursachen zu erkennen.

Bei akut aufgetretener Desorientiertheit darf die Befragung eine notwendige medizinische Abklärung nicht verzögern.

Fremdanamnese und Beobachtung

Wenn möglich, sollten Angehörige, Betreuungspersonen oder andere Bezugspersonen ergänzend befragt werden:

- Wann war die Person zuletzt sicher in ihrem üblichen Orientierungszustand?
- Welche Veränderungen sind aufgefallen?
- Schwankt die Orientierung im Tagesverlauf?
- Gab es kürzlich Erkrankungen, Stürze oder Veränderungen der Medikation?

Warum? Betroffene können Veränderungen selbst nicht immer zuverlässig wahrnehmen oder zeitlich einordnen. Fremdangaben helfen, den Ausgangszustand und den Verlauf besser zu beurteilen.

Beobachten Sie außerdem, ob die Person aufmerksam bleibt, Anweisungen versteht, den Gesprächsfaden halten kann und ihre Orientierung im Gespräch verändert. Entscheidend ist das Gesamtbild, nicht eine einzelne falsche Antwort.

DIAGNOSTISCHE WERKZEUGE

Klinische Untersuchung

Die Prüfung von Orientierung, Aufmerksamkeit, Bewusstseinslage und psychopathologischem Befund bildet die Grundlage.

Bei neu aufgetretener Desorientiertheit ist eine körperliche und neurologische Untersuchung wichtig, um akute Ursachen und begleitende Auffälligkeiten zu erkennen.

Strukturierte Orientierungs- und Delirassessments

Standardisierte Verfahren können helfen, Orientierungsstörungen systematisch zu erfassen. Bei Verdacht auf ein Delir unterstützen geeignete Screening- und Beurteilungsinstrumente die klinische Einschätzung.

Sie ersetzen weder die Untersuchung noch die Ursachenklärung.

Neuropsychologische Diagnostik

Bei länger bestehenden oder unklaren Beeinträchtigungen können standardisierte Untersuchungen von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und weiteren kognitiven Funktionen sinnvoll sein.

Sie helfen, die Orientierungsstörung im Zusammenhang mit dem übrigen kognitiven Leistungsprofil zu beurteilen.

. . .

Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung

Informationen aus dem Umfeld und wiederholte Untersuchungen helfen, Veränderungen gegenüber dem üblichen Zustand sowie Schwankungen im Verlauf zu erkennen. Dies ist besonders bei Verdacht auf ein Delir wichtig.

Laboruntersuchungen

Je nach Situation können Blutuntersuchungen zur Abklärung von Infektionen, Stoffwechselstörungen oder anderen körperlichen Ursachen erforderlich sein. Bei entsprechendem Verdacht können toxikologische Untersuchungen hinzukommen.

Bildgebende Verfahren

Eine CT- oder MRT-Untersuchung des Gehirns kann insbesondere bei Verdacht auf Schlaganfall, Blutung, Hirnverletzung oder andere strukturelle Ursachen angezeigt sein. Die Entscheidung richtet sich nach Beginn, Begleitsymptomen und klinischem Befund.

Elektrophysiologische Verfahren

Ein EEG kann sinnvoll sein, wenn ein epileptisches Geschehen oder ein nichtkonvulsiver Status epilepticus als Ursache der Bewusstseins- oder Orientierungsstörung vermutet wird.

Wichtig: Bei plötzlich aufgetretener Desorientiertheit, besonders zusammen mit Bewusstseinsveränderungen, Sprachstörungen, Lähmungserscheinungen, starken Kopfschmerzen oder einer Kopfverletzung, steht die sofortige medizinische Abklärung im Vordergrund. Eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik darf notwendige Akutmaßnahmen nicht verzögern.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Desorientiertheit ist ein Symptom, das bei unterschiedlichen Erkrankungen und Zuständen auftreten kann.

Zudem können andere Beeinträchtigungen den Eindruck einer Orientierungsstörung erwecken. Entscheidend sind Beginn, Verlauf, betroffene Bereiche und Begleitsymptome.

- **Delir:** Eine akute, häufig schwankende Störung von Aufmerksamkeit und Bewusstseinsklarheit kann mit ausgeprägter Desorientiertest einhergehen. Ein Delir erfordert eine rasche medizinische Abklärung und die Suche nach der Ursache.
- **Demenz und andere neurokognitive Störungen:** Gedächtnis und Orientierung können im Verlauf zunehmend beeinträchtigt sein. Entscheidend sind Veränderungen gegenüber dem früheren Leistungsniveau und die Auswirkungen auf den Alltag. Eine plötzliche Verschlechterung darf nicht allein einer bestehenden Erkrankung zugeschrieben werden.
- **Andere Bewusstseinsstörungen:** Bei Bewusstseinstrübung oder verminderter Wachheit kann die Orientierung eingeschränkt sein. Zu prüfen ist, ob die Person ausreichend wach und aufmerksam ist, um Fragen zuverlässig beantworten zu können.
- **Akute neurologische Erkrankungen:** Schlaganfall, intrakranielle Blutung, epileptische Ereignisse oder Kopfverletzungen können mit Desorientiertheit einhergehen. Bei plötzlichem Beginn oder neuen neurologischen Auffälligkeiten ist eine sofortige medizinische Abklärung erforderlich.
- **Körperliche und metabolische Ursachen:** Infektionen, Störungen des Blutzuckers oder Elektrolythaushalts, Organfunktionsstörungen und andere akute Erkrankungen können die Orientierung beeinträchtigen. Gerade bei älteren oder körperlich erkrankten Menschen kann eine Veränderung des mentalen Zustands ein frühes Zeichen sein.

- **Medikamenten- und substanzbedingte Zustände:** Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Intoxikationen oder Entzug können Aufmerksamkeit, Bewusstsein und Orientierung beeinträchtigen. Wichtig sind die aktuelle Medikation, kürzliche Änderungen und mögliche Zusammenhänge mit Alkohol oder anderen Substanzen.
- **Amnesie und andere Gedächtnisstörungen:** Eine Person kann sich an Ereignisse oder Informationen nicht erinnern, ohne grundsätzlich zeitlich, örtlich oder situativ desorientiert zu sein. Umgekehrt können Gedächtnisstörungen die Orientierung beeinträchtigen.
- **Psychotische Störungen:** Wahnvorstellungen oder Fehlinterpretationen können dazu führen, dass eine Person die Situation anders bewertet. Dies ist von einer eigentlichen Orientierungsstörung zu unterscheiden, kann im Erscheinungsbild aber ähnlich wirken.
- **Psychische Belastungen und dissoziative Zustände:** Unter starker Belastung können Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und das Erleben der eigenen Person oder Umgebung verändert sein. Eine dissoziative Ursache sollte nicht vorschnell angenommen werden; körperliche und neurologische Ursachen müssen entsprechend dem Befund berücksichtigt werden.
- **Sinnes-, Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigungen:** Hör- oder Sehprobleme, Sprachstörungen, eingeschränktes Sprachverständnis oder fehlende Informationen können zu falschen Antworten führen. Vor der Annahme einer Desorientiertheit sollte deshalb geklärt werden, ob die Person die Frage verstanden und die erforderlichen Informationen wahrgenommen hat.

Für die diagnostische Einordnung ist entscheidend: Kann die Person Zeit, Ort, Situation oder die eigene Person tatsächlich nicht zutreffend einordnen – oder verhindern eine Bewusstseinsstörung, Gedächtnisprobleme, Sinnesbeeinträchtigungen oder andere Faktoren eine zuverlässige Antwort?

ICD-11

MB21.4 – Desorientiertheit bezeichnet eine Beeinträchtigung oder einen Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort, Situation, anderen Personen oder zur eigenen Person. Der Code beschreibt das Symptom, nicht seine Ursache.

Desorientiertheit kann im Rahmen verschiedener Erkrankungen und Zustände auftreten:

- **1D63 – Enzephalitis durch Henipaviren:** Desorientiertheit kann im Verlauf dieser Infektion zusammen mit Fieber, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit und Verwirrtheit auftreten. Bei entsprechendem klinischem Verdacht ist eine dringliche medizinische Abklärung erforderlich.
- **6C44.5 – Delir durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika:** Desorientiertheit kann Teil eines substanzbedingten Delirs sein. Entscheidend sind der akute Beginn, die Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Bewusstseinslage sowie der Zusammenhang mit Intoxikation, Entzug oder Gebrauch der betreffenden Substanzen.
- **6C40.5 – Alkoholinduziertes Delir:** Auch hier kann Desorientiertheit zusammen mit Aufmerksamkeits- und Bewusstseinsstörungen, Halluzinationen, Unruhe und weiteren Entzugssymptomen auftreten. Ein schwerer Verlauf kann lebensbedrohlich sein.

- **6C44.4 – Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika** und **6C40.4 – Alkoholentzug:** In schweren Entzugsverläufen kann Desorientiertheit auftreten. Entwickelt sich ein Delir, ist dieses gesondert diagnostisch zu berücksichtigen.

Diese Einträge bezeichnen spezifische Erkrankungen oder Zustände, bei denen Desorientiertheit als Merkmal auftreten kann.

Wichtig für die Praxis: Bei neu aufgetretener oder deutlich zunehmender Desorientiertheit müssen insbesondere ein Delir, akute neurologische Erkrankungen, Infektionen, Stoffwechselstörungen sowie Medikamenten- oder Substanzeinflüsse berücksichtigt werden.

ACHTUNG

Neu aufgetretene Desorientiertheit ist zunächst ein medizinisches Warnzeichen. Sie kann auf ein Delir, einen Schlaganfall, eine Infektion, eine Stoffwechselstörung, eine Vergiftung oder eine andere akute Erkrankung hinweisen. Bei plötzlichem Beginn, Bewusstseinsveränderungen oder zusätzlichen neurologischen Symptomen ist eine unverzügliche medizinische Abklärung erforderlich.

Verwechseln Sie Desorientiertheit nicht automatisch mit einer Gedächtnisstörung. Eine Person kann sich an Ereignisse nicht erinnern und dennoch wissen, wo sie sich befindet und welche Situation gerade vorliegt. Umgekehrt kann sie Erinnerungen abrufen, aber den aktuellen Zusammenhang nicht richtig einordnen. Auch Aufmerksamkeit, Sprachverständnis und Sinnesleistungen können die Antworten beeinflussen. Beurteilen Sie die Orientierung immer im Zusammenhang mit dem bisherigen Zustand und dem zeitlichen Verlauf. Eine länger bestehende Beeinträchtigung darf nicht dazu führen, dass eine plötzliche Verschlechterung übersehen oder vorschnell einer bekannten Erkrankung zugeschrieben wird.

MERKE

Desorientiertheit ist ein Symptom, keine Diagnose. Entscheidend ist, welche Orientierung beeinträchtigt ist, seit wann die Veränderung besteht und was dahintersteckt.

Merksatz: Nicht nur fragen, *wo* sich jemand nicht zurechtfindet – sondern auch, *seit wann*, *in welchem Bereich* und *warum*. Bei plötzlichem Auftreten gilt: erst akute Ursachen abklären, dann diagnostisch einordnen.

ABLENKBARKEIT

OHNE BEFUND

Ein Mensch kann seine Aufmerksamkeit auf eine Aufgabe oder ein Gespräch richten und sie über eine angemessene Zeit aufrechterhalten. Andere Reize werden zwar wahrgenommen, können aber meist danach bewertet werden, ob sie gerade wichtig sind. Die Aufmerksamkeit lässt sich gezielt auf das Wesentliche zurücklenken. Wird die Person unterbrochen, gelingt es ihr in der Regel, zur ursprünglichen Tätigkeit zurückzukehren. Wie gut dies gelingt, hängt unter anderem von der Aufgabe, der Umgebung, dem Interesse und der eigenen Verfassung ab. Gelegentlich abzuschweifen ist normal und für sich genommen kein Hinweis auf eine Störung.

MERKMALE

Ablenkbarkeit bezeichnet die Neigung, die Aufmerksamkeit durch äußere Reize oder eigene Gedanken leicht von der aktuellen Aufgabe weglenken zu lassen. Betroffene verlieren beispielsweise in Gesprächen den Faden, wenden sich Geräuschen oder Bewegungen zu oder wechseln häufig zwischen Tätigkeiten, ohne eine davon abzuschließen.

Im Alltag kann sich dies darin zeigen, dass Arbeitsaufträge nur teilweise ausgeführt, Gespräche wiederholt unterbrochen oder begonnene Aufgaben nicht zu Ende gebracht werden. Manchmal fällt es schwer, nach einer Ablenkung zur ursprünglichen Tätigkeit zurückzukehren. Bei interessanten oder stark motivierenden Aufgaben kann die Konzentration dagegen durchaus gut sein. Für die diagnostische Beurteilung sind Ausmaß, Häufigkeit, Dauer und Auswirkungen auf den Alltag entscheidend. Auch die Situation spielt eine Rolle: Lärm, monotone Tätigkeiten, Zeitdruck oder hohe geistige Anforderungen können die Aufmerksamkeit stärker beanspruchen.

UNTERTEILUNG

Ablenkbarkeit lässt sich danach beschreiben, wodurch die Aufmerksamkeit unterbrochen wird:

- **Ablenkbarkeit durch äußere Reize:** Geräusche, Bewegungen, Gespräche oder andere Sinneseindrücke ziehen die Aufmerksamkeit von der aktuellen Aufgabe ab.
- **Ablenkbarkeit durch innere Reize:** Eigene Gedanken, Erinnerungen, Sorgen, Vorstellungen oder aufdrängende Gedankengänge erschweren es, bei der aktuellen Tätigkeit zu bleiben.

Beide Formen können gleichzeitig auftreten. Die Unterscheidung beschreibt zunächst das beobachtbare Phänomen und erlaubt noch keine Aussage über seine Ursache.

WISSENSWERT

Ablenkbarkeit ist nicht mit jeder Form von Konzentrationsstörung gleichzusetzen. Eine Person kann Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, ohne besonders stark auf äußere Reize zu reagieren.