

# Fragen an Prof. Attwood / Dr. Garnett

## Einleitung

In der Schweiz beobachten wir, dass bei autistischen Menschen – insbesondere bei spät diagnostizierten Personen, Frauen sowie Menschen mit hoher kognitiver Leistungsfähigkeit oder ausgeprägtem Masking – die Diagnose teilweise infrage gestellt oder relativiert wird. Einige Fachkräfte betrachten weiterhin nur Diagnosen aus der Kindheit als „echten Autismus“, während andere Personen lediglich als Menschen mit „autistischen Zügen“ beschrieben werden.

## Prioritäre Fragen

### 1. Stationäre psychiatrische Behandlung autistischer Menschen

Mehrere autistische Erwachsene in der Schweiz berichten von schwerer Traumatisierung in psychiatrischen stationären Settings. Vor fast fünf Jahren verstarb ein junger autistischer Mann in einer psychiatrischen Klinik, und viele weitere berichten von ähnlich traumatischen Erfahrungen (dokumentierter Fall: [Theo W.](#)). Starkes Masking wird anfänglich teilweise als klinische Verbesserung fehlinterpretiert; nach der Entlassung folgt jedoch häufig ein Zusammenbruch (z. B. im [PDA-Film](#) sagt ein Kind: „Ich habe in Kliniken keine Meltdowns, sonst darf ich meine Eltern nicht sehen“). Akutstationen sind häufig hochstimulierend<sup>1</sup>, und autismusspezifische, reizarme („low-arousal“, parasympathisch orientierte) Behandlungskonzepte fehlen. Zudem besteht [Druck seitens der Krankenversicherungen](#)<sup>2</sup>, intensive stationäre Programme umzusetzen.

Aus Ihrer fachlichen Perspektive:

Welche Länder, Modelle oder Kliniken gelten derzeit als Best Practice für die stationäre Behandlung autistischer Menschen?

### 2. Nichtanerkennung der Diagnose durch Fachpersonen

Welche Empfehlungen würden Sie autistischen Menschen geben, deren formale Diagnose und klar formulierte Bedürfnisse von Fachpersonen im Gesundheitswesen wiederholt infrage gestellt, invalidiert, bagatellisiert oder übergangen werden? (Beispielsweise Fälle wie „Zoe's Geschichte<sup>3</sup>“)

<sup>1</sup> Zwei dokumentierte Schweizer Fälle autistischer Erwachsener in psychiatrischer Krisenintervention verdeutlichen laut Humanrights.ch den dringenden Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung. Menschen im Autismus-Spektrum müssen angemessenen Zugang zu Kriseninterventionen erhalten, einschließlich reizärmer Umgebungen und strukturierter, bewältigbarer Therapieprogramme. ([R.: Ein Autist in fürsorgerischer Unterbringung, Weiblicher Autismus und Endometriose: Frauenspezifische Diagnosen werden von der IV nicht ernst genommen](#), 2024)

<sup>2</sup> N.O. müsse – trotz attestierter geringer Belastungsfähigkeit – das intensive Programm absolvieren, da die Krankenkassen eine hohe Anzahl Therapiestunden vorgebe.“ (humanrights.ch); auch: [Falsche Behandlungen in Reha-Kliniken bei Long-Covid](#), SRF

<sup>3</sup> Zoe starb mit 25 Jahren durch Suizid nach wiederholten Zwangseinweisungen; autistische Merkmale wurden fälschlich als emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Autistica – [Break The Cycle](#)-Kampagne.



### 3. Diagnostische Abklärung: Zugang und Priorisierung

In der Schweiz beschränken manche Fachpersonen Autismusabklärungen auf Kinder oder arbeitslose Erwachsene, unter Verweis auf lange Wartelisten und mit der Begründung, dass erwerbstätige Erwachsene „keine Diagnose benötigen“.

Ist eine solche Priorisierung aus medizinischer oder ethischer Sicht gerechtfertigt, oder gibt es Gründe, weshalb allen Menschen der Zugang zu einer Autismusdiagnostik offenstehen sollte?

Gibt es aus Ihrer Sicht ein Recht auf diagnostische Abklärung?

### 4. Autismus in der ICD-11: Angemessenheit des Spektrumbegriffs

Ist Autismus in der ICD-11 angemessen abgebildet? Kritische Stimmen (z. B. [Kamp-Becker et al.](#), 2024) weisen auf konzeptionelle und klinische Limitationen hin.

Ist der Begriff „Spektrum“ weiterhin klinisch hilfreich oder inzwischen zu unscharf?

Sollten vor dem Hintergrund aktueller grossangelegter biologischer Studien, die unterschiedliche Autismus-Subgruppen identifizieren ([Nature Genetics](#)<sup>4</sup>, 2025), solche Unterteilungen stärker in diagnostischen Klassifikationen berücksichtigt werden?

Zusätzlich wurden konzeptionelle Modelle vorgeschlagen<sup>5</sup>, die von klar unterscheidbaren Autismus-Typen ausgehen, wobei das kognitive Profil (z. B. IQ) eine zentrale Rolle spielt.

### Weitere Fragen

#### 5. Wiederholte diagnostische Abklärungsversuche

Einige autistische Menschen, häufig gut informiert und fachlich belesen, suchen nach früheren Ablehnungen erneut diagnostische Abklärungen an verschiedenen Stellen, teils aufgrund veralteter Kriterien (z. B. guter Blickkontakt, hohe Empathie). Wie sollten Fachpersonen aus Ihrer professionellen Sicht mit solchen Patient:innen umgehen?

#### 6. Diagnostische Motivation und Identitätsnarrative

Manche Fachpersonen äußern die Ansicht, Autismusdiagnosen würden als eine „attraktive Identität“ angestrebt, die mit geringeren Anpassungsanforderungen einhergehe. Andere wiederum beschreiben autistische Menschen als besonders gewissenhaft und leistungsbereit. Wie sehen Sie diese unterschiedlichen Sichtweisen?

---

<sup>4</sup> Aufschlüsselung der phänotypischen Heterogenität bei Autismus legt zugrunde liegende genetische Programme offen

<sup>5</sup> [Thiess](#) (2025) schlägt ein Modell vor, das Autismus nicht als lineares Spektrum, sondern als qualitativ unterschiedliche Gruppen versteht. Das kognitive Profil, insbesondere der IQ, wird als zentrales Differenzierungsmerkmal betrachtet und soll erklären, weshalb kognitiv starke, hoch kompensierende Personen häufig spät diagnostiziert oder übersehen werden.

## 7. Gut informierte Patient:innen

Viele Fachpersonen berichten, dass sie sich von autistischen Erwachsenen, die sehr gut informiert sind und detaillierte Fragen stellen, herausgefordert oder überfordert fühlen. Manche erleben dies als Infragestellung, andere als bereichernde Zusammenarbeit.

Wie sollten Fachpersonen angemessen darauf reagieren?

## 8. Diagnostische Variabilität

Die diagnostischen Standards für Autismus variieren in der Schweiz stark zwischen verschiedenen Abklärungsstellen. Beobachten Sie eine solche Variabilität auch international, und welche Länder oder Systeme gelten derzeit als Best Practice in Bezug auf diagnostische Zuverlässigkeit und Konsistenz?

## 9. Beteiligung autistischer Menschen an Forschung

Wer sollte als teilnahmeberechtigt für Autismusforschung gelten, insbesondere angesichts der Tatsache, dass viele autistische Menschen undiagnostiziert bleiben oder unter ICD-10-Kriterien ausgeschlossen wurden (z. B. wegen vermeintlich unzureichender funktioneller Beeinträchtigung)?

## 10. ABA-basierte Interventionen

Haben Sie eine klare Position zu Applied Behaviour Analysis (ABA) als Behandlungsansatz für autistische Menschen, insbesondere vor dem Hintergrund anhaltender ethischer Bedenken und gemischter Evidenz zur Wirksamkeit?

## 11. Multimorbidität

Wir beobachten hohe Raten an Multimorbidität<sup>6</sup> bei autistischen Menschen, mit erhöhten Risiken für chronische körperliche Erkrankungen sowie komplexen Wechselwirkungen zwischen neuroentwicklungsbezogenen, somatischen und psychischen Gesundheitsbereichen. Autistische Frauen stehen dabei vor zusätzlichen Herausforderungen, da sowohl frauenspezifische Erkrankungen (z. B. Endometriose) als auch Autismus häufig unterschätzt oder übersehen werden<sup>7</sup>.

Sollte Multimorbidität aus Ihrer Sicht systematisch in die Autismusdiagnostik, Behandlungsplanung und klinische Versorgung integriert werden?

---

<sup>6</sup> [Introductory Clinical Guide for Primary Care Clinicians: Autistic & ADHD Co-occurring Health Conditions](#), 2023

<sup>7</sup> Schweizer Fall N. O. ([humanrights.ch](#)): Eine Frau mit Autismus, chronischer Endometriose und wiederholten psychiatrischen Einweisungen, deren Beeinträchtigungen von der Invalidenversicherung nicht anerkannt wurden – ein Beispiel für die doppelte Unsichtbarkeit frauenspezifischer Erkrankungen und Autismus.