

ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen

Bei Verdacht auf Autismus ist die Diagnosesicherung oft zeitaufwendig, unter anderem, da insbesondere begabte Kinder in der Praxis häufig nur einen Teil der diagnostisch geforderten Symptome zeigen. Geduld ist häufig für den Nachweis von Störungen der Interaktion und von Auffälligkeiten im Sozialverhalten erforderlich. Differenzialdiagnostisch kann die Abgrenzung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) Probleme bereiten. Die ADHS tritt außerdem als Komorbidität zur Autismus-Spektrum-Störung auf und sollte bei gegebener Indikation adäquat behandelt werden.

Allgemeine Probleme der Diagnostik

Die Diagnose von Autismus wird klinisch gestellt und an der klassischen Trias aus Störungen der Interaktion, der Kommunikation und des Verhaltens orientiert. Diagnostisch ist relevant, dass Symptome in allen diesen Bereichen situationsübergreifend vorliegen (siehe Tab. 1). Anders als verschiedentlich angenommen wird, existieren bei Autismus aber keine obligatorischen Symptome, wie z. B. eine Vermeidung des Blickkontaktes. „Die Diagnose kann auch dann zu stellen sein, wenn bestimmte Symptome nie vorgelegen haben“, sagte Miriam Bachmann (Hamburg). Zudem könnten zumindest begabte autistische Kinder lernen, Symptome der Erkrankung zu kompensieren.

DSM-5: Autismus-Spektrum-Störung als übergreifende Diagnose

Im kürzlich veröffentlichten DSM-5 wird als neue Diagnose die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) eingeführt. Die frühere differenziertere Einteilung mit u. a. Abgrenzung des Asperger-Syndroms wird damit verlassen. Dies wird in ähnlicher Weise für die im Jahr 2015 geplante Neufassung der ICD erwartet, welche derzeit eine Abgrenzung von frühkindlichem Autismus (F84.0), Asperger-Syndrom (F84.5) und atypischem Autismus (F84.1) ermöglicht. Bis zur Modifikation der ICD-10 werden somit die nebeneinander stehenden Definitionen diskrepante Auffassungen erzeugen, etwa dadurch, dass z. B. Autismus und ADHS nicht nach ICD-10, wohl aber nach DSM-5 als Komorbidität auftreten können. „In der Mehrzahl der Fälle orientieren wir uns diagnostisch am DSM-5“, sagte Bachmann. Ein Abweichen von diesem Vorgehen empfiehlt sie beispielsweise bei Kindern, bei denen im ganz frühen Alter bereits Auffälligkeiten bestehen. Hier sei es oft hilfreich, im Gespräch mit den Eltern Unterschiede im Ausprägungsgrad zu erläutern, etwa, dass Kinder, die man nach ICD-10 einem frühkindlichen Autismus zuordnen würde, viel häufiger als Asperger-Patienten auch kognitive Einschränkungen haben. In diesen Fällen sei von Beginn an auch eine gründliche neuropädiatrische Abklärung wichtig, so Bachmann.

Nicht auf Fragebögen verlassen

In den Workshops wurde geäußert, dass ein beobachteter Prävalenzanstieg von Autismus von ca. 0,1 auf 1 – 1,5 % in den vergangenen 10 – 15 Jahren wahrscheinlich auf die genauere Beschreibung der Störungsbilder und eine dementsprechend intensivere diagnostische Auseinandersetzung zurückzuführen ist. Nach Einschätzung verschiedener Workshopteilnehmer ist derzeit von einer Unterversorgung von Kindern mit Autismus auszugehen, und zwar sowohl die Diagnostik als auch die Therapie betreffend. Als eine Mitursache wurde hier gesehen, dass die vergleichsweise zeitaufwendige Diagnostik in den kinder- und jugendärztlichen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen erhebliche Kapazitäten bindet. Dabei wurden die derzeit verfügbaren diagnostischen Instrumente als insgesamt unzureichend eingestuft. Screening-Tests wie der Fragebogen zur Sozialen Kommunikation (FSK) oder die Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS) können im diagnostischen Prozess zwar unterstützend eingesetzt werden, ebenso das standardisierte Diagnostische Interview für Autismus – Revidiert (ADI-R) und die Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Verlassen sollte man sich auf diese Hilfen wegen einer mäßigen Sensitivität und Spezifität jedoch nicht. Die Richtung des Ausschlags – falsch-positiv oder falsch-negativ – ergibt sich z. B. im Diagnostischen Interview mit den Eltern wesentlich aus deren Motivation. „Erfahrungsgemäß möchte uns ein Teil der Eltern beweisen, dass ihr Kind gesund ist, und wertet dazu grundsätzlich dessen jeweils günstigstes Verhalten“, berichtete ein Kinder- und Jugendpsychiater seine klinische Erfahrung. Hier würde die Diagnose möglicherweise nicht gestellt, weil das Ausmaß der Symptomatik im Alltag nicht abgebildet wurde. Bei anderen Eltern besteht das Problem, dass sie selbst subklinisch von Autismus betroffen sind. Diesen Eltern fallen Symptome mitunter nicht auf bzw. achten sie häufig auf falsche Aspekte. Insgesamt wurde aus der Praxis die Erfahrung deutlich, dass auch bei Ergebnissen unterhalb des Cut-off-Wertes Symptome vorhanden sein können, welche die Vergabe der Diagnose rechtfertigen.

Auch Experten sind sich in ihrem diagnostischen Urteil vielfach nicht einig, wie eine stichprobenartige Untersuchung zur Übereinstimmung von erfahrenen Ratern bei der Beurteilung von 50 Kindern auf Basis der ADOS kürzlich ergab: Hier verdeutlichte eine schwache Übereinstimmung von lediglich 45 – 60 %, dass die Aussagekraft diagnostischer Testinstrumente unter Vorbehalt betrachtet werden sollte. „Als Ärzte müssen wir sehr genau hinschauen und vor allen Dingen eine gute Anamnese und gründliche Diagnostik betreiben“, sagte Bachmann. Dies gelte vor allem