

Leon hat ADHS, Lea hat's nicht – Ergebnisse einer Studie, die nicht repräsentativ, aber durchaus spannend ist

© Dr. Johannes Streif

Erinnern Sie sich noch an die Abschlussarbeit der Lehramtsstudentin Julia Kube, die im Jahr 2009 Lehrer nach Namen und mit diesen verbundenen Assoziationen fragte? Ergebnis: Kevin ist kein Name, sondern eine Diagnose.

Nun haben Prof. Dr. Silvia Schneider und Prof. Dr. Jürgen Margraf (Ruhruniversität Bochum) sowie Dr. Katrin Bruchmüller (Universität Basel) eine Studie mit Leon und Lea durchgeführt.* 1.000 repräsentativ ausgewählte Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater aus dem Adressregister der Kassenärztlichen Vereinigungen von Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Niedersachsen wurden mit je einer von acht Fallgeschichten angeschrieben. Sie sollten anhand der ihnen vorgelegten Fallgeschichte eine Diagnose stellen sowie eine Therapie vorschlagen.

Die Fallgeschichten bestanden aus vier Versionen, die in jeweils identischen Fassungen für Leon und Lea geschaffen wurden. Version 1 erfüllte alle Kriterien von DSM-IV und ICD-10 für die Diagnose einer ADHS. Leon und Lea der Version 2 zeigten zwar alle Symptome, die zur Diagnose einer ADHS vorliegen müssen, doch diese traten weder vor dem 8. Lebensjahr noch in mehr als einem sozialen Kontext auf – beides Ausschlusskriterien für die Diagnosestellung. Version 3 erfüllte weder die Symptomkriterien noch das Alters- und Kontextkriterium. Die letzte Version 4 stellte die Symptome einer generalisierten Angststörung vor.

Von den zunächst repräsentativ ausgewählten 1.000 Fachleuten antworteten 348 Ärzte und/oder Psychotherapeuten auf das erste Anschreiben hin. 125 weitere Ärzte und/oder Psychotherapeuten sandten ihre Antworten nach einem Erinnerungsschreiben an die Studienleiter zurück. Der Gesamtrücklauf betrug also 47,3%, die ein Durchschnittsalter von 53,3 Jahren hatten. Ob diese Stichprobe hinsichtlich Profession, Alter, Geschlecht und Siedlungsgebiet weiterhin repräsentativ war, erklären die Studienautoren leider nicht. Sollte dem so sein, ist die Überalterung der Fachärzte und Psychotherapeuten – ungeachtet der Fortbildungspflicht – kein gutes Zeichen für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung deutscher Kinder und Jugendlicher nach dem universitären Stand der Wissenschaft. Ganz zu schweigen, was diese Situation für die auch in anderen medizinischen und therapeutischen Bereichen kritische Versorgung in 20 Jahren bedeutet.

Zurück zur Studie. Version 1 der Leon- und Lea-Geschichten führte in 77% des Jungen-Falls und 80% des Mädchen-Falls zur Diagnose einer ADHS. Zwei Aspekte dieses Befunds sind wichtig: 20% bzw. 23% der Kinder, die alle Symptome zeigten und alle Kriterien zur Diagnosestellung erfüllten, erhielten die Diagnose der ADHS nicht. Warum? Leider gibt die Studienpublikation keine Auskunft darüber, wie sich die 473 Rückläufer sich auf die Versionen verteilen, welche Berufsgruppen und Therapierichtungen sie vertreten und wie sich im Fall der Version 1 die Diagnostiker und jenen, welche die Diagnose nicht stellten, unterscheiden. Der zweite Aspekt betrifft die zwar nicht signifikante, jedoch immerhin gegebene Differenz zwischen den Geschlechtern. Offenbar bekommen Mädchen, die das Vollbild der ADHS zeigen, zumindest ebenso häufig oder sogar tendenziell häufiger die Diagnose gestellt wie Jungen – anders als im Fall nur teilweise erfüllter Kriterien. Hier zeigen sich erste Urteilsfehler der Diagnostiker, die sich am Geschlecht der Kinder orientierten. ADHS mag eine prototypische Jungendiagnose sein, doch zeigt ein Mädchen alle Symptome, ist die Diagnose in ihrem Fall desto sicherer.

Version 2 führte in immerhin 30% der Leon-Geschichte und 11% der Lea-Geschichte zur nicht korrekten Diagnose der ADHS. Diese falsch-positiven Diagnosen belegen, dass die verbindlichen Kriterien der Diagnosemanuale von vielen Fachleuten im Alltag nicht zuverlässig angewendet werden. Die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern ist dabei bemerkenswert und erschreckend. Zudem überlagert der Eindruck des Symptom-Vollbilds sowohl das Alters- als auch das Kontextkriterium. Ist der Symptombescheid korrekt und sind die Patienten deutlich älter als 6 Jahre (z.B. im Fall einer diesbezüglichen Erstvorstellung im frühen Jugendalter), besteht ein erhebliches Risiko, dass andere Gründe für unruhiges, unaufmerksames und impulsives Verhalten übersehen werden. Diese mögen selten sein, können bei drastischen Verhaltensänderungen in der späten Kindheit und frühen Jugend jedoch kritisch für die Gesundheit und Entwicklung der Betroffenen sein: u.a. hirnorganische Veränderungen, unerkannte Traumatisierungen, extremes Stresserleben in Familie, Schule und/oder Berufsausbildung oder eine massiv dissoziale Karriere.

Je geringer der Altersabstand zur Kriteriumsgrenze ist, desto wahrscheinlicher ist es allerdings, dass der Symptombescheid hinsichtlich des Erstauftretens der Symptomatik sowie der sozialen Kontexte ungenau ist, da das Wissen der Eltern, die in den meisten Fällen das mehr oder weniger auffällige Kind bei Arzt oder Psychotherapeut vorstellen, im Wesentlichen durch die eigenen innerfamiliären Erfahrungen mit dem Kind geprägt ist. Nachgerade in Familien, in denen die Eltern gleichfalls von einer nicht diagnostizierten ADHS betroffen sind, ist die Wahrnehmung auffälligen Verhaltens nicht selten erheblich verzerrt. Was diese Eltern für den ganz normalen und oft durchaus glücklichen Alltag ihrer Familie halten, ist für manchen Grundschullehrer und die Eltern der Klassenkameraden bisweilen nachvollziehbar auffällig.

Die Fallgeschichten der Version 3 und 4 hätten keinesfalls zur Diagnose einer ADHS führen dürfen. Warum zwischen 9 und 20 Prozent der Ärzte und/oder Psychotherapeuten Leon und Lea dennoch eine ADHS attestierten, geht aus der Studie nicht hervor. Moderatoranalysen hätten gezeigt, so sie Studienautoren, dass Berufsgruppe, psychotherapeutische Orientierung und Alter der Therapeuten keinen signifikanten Einfluss auf die Diagnosestellung hatten. Nur das Geschlecht des Diagnostizierenden habe sich ausgewirkt: Männliche Ärzte und/oder Psychotherapeuten diagnostizierten häufiger als ihre weiblichen Berufskollegen eine ADHS. Warum das so ist, bleibt wiederum im Dunkeln.

Allerdings sind angesichts der kleinen Stichprobe grundsätzliche Zweifel an der Signifikanz der Moderatoranalyse berechtigt, da bereits im Idealfall einer gleichmäßigen Verteilung der Rückläufer auf die vier Versionen, zwei Patienten-Geschlechter und zwei Berufsgruppen (Ärzte bzw. approbierte Psychotherapeuten) die mittlere Gruppengröße auf $473/16=29,5$ schrumpft. Will man die Gruppe der Psychotherapeuten zudem in Verhaltenstherapeuten und andere Psychotherapeuten unterscheiden, sinkt die theoretische Gruppengröße auf weniger als 15 Personen in einer Vergleichsgruppe. Wahrscheinlich ist das der Grund dafür, warum die Autoren der Studie viele statistische Angaben versionsübergreifend machten. Dabei ist es denkbar, dass nachgerade der Zusammenhang beispielsweise von psychotherapeutischer Orientierung und Version 1 bzw. Version 2 signifikant sein könnte, aufgrund der geringen Gruppengröße jedoch nicht wird: Wer einer psychotherapeutischen Schule zugehört, deren Lehre die ADHS nicht als in hohem Maße erbliches neurophysiologisches Störungsbild anerkennt, wird selbst im Angesicht des Vollbilds der Symptomatik von ihrer Diagnose Abstand nehmen.

Im Fall von Version 4 ist die falsch-positive ADHS-Diagnose besonders bitter, denn sie wurde zumeist alternativ zur korrekten Diagnose der generalisierten Angststörung gestellt. Folgt der zu Unrecht gestellten ADHS-Diagnose zudem, wie in rund 33% der falsch-positiven Antworten der Versionen 2

bis 4 von den Diagnostikern vorgeschlagen, eine medikamentöse Behandlung z.B. mit Stimulanzien, besteht die Gefahr, dass nicht nur ein in diesen Fällen überflüssiges, sondern möglicherweise sogar Dysphorie und Angstsymptomatik verstärkendes Medikament verabreicht wird. Diesen Befund der Studie kann und darf man ungeachtet der offenen Fragen nicht wegdiskutieren: Zu viele Fachleute orientieren sich bei der Diagnosestellung offenbar nicht an den verpflichtenden Vorgaben des in Deutschland gültigen Diagnosemanuals ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation sowie den elaborierten Richtlinien der Fachgesellschaften, hier v.a. der Kinder- und Jugendpsychiater. Der berühmt-berüchtigte „klinische Blick“ des routinierten Facharztes und approbierten Psychotherapeuten – eines angesichts des mittleren Stichprobenalters durch viele Berufsjahre geprägten tatsächlichen oder vermeintlichen Experten – dominiert über den sturen, aber gewissenhaften Einsatz standardisierter Diagnoseinstrumente. Das ist schlecht!

Die eigentliche Qualität des Artikels von Bruchmüller und Schneider „Fehldiagnose Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung“ machen weniger die doch recht dünnen empirischen Daten der Studie als vielmehr die vorangestellten Ausführungen zur Heuristik psychiatrischer Diagnosen aus. Ärzte und Psychotherapeuten lassen sich zu sehr von verinnerlichten Prototypen quasi hypostasierter Symptome leiten, die wie Abziehbilder psychiatrischer Patienten die Wahrnehmung von Eigenschaften als störungsspezifische Symptome begünstigen. Wie der Zappelphilipp zum laienpsychologischen Inbegriff des hyperaktiven Jungen wurde, spukt in den Köpfen vieler Fachleute das je eigene Bild eines „Kevins“ herum, der die diagnostische Brücke zwischen Verhaltensauffälligkeit und Verhaltensstörung schlägt. Das ist umso bedenklicher, arbeiten Ärzte und Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen und Spezialambulanzen. Wer am Tag fünf Kinder mit dem Verdacht auf ADHS vorgestellt bekommt und zudem zwei echte ADHS-Patienten sieht, für den ist diese Diagnose näherliegend als die einer Angststörung. In diesem Fall triggern einzelne Symptome die Wahrnehmung der ADHS und stören die kritische Aufmerksamkeit für die Möglichkeit anderer Diagnosen.

Ärgerlich ist hingegen der Presstext der Ruhr-Universität, der mit vollmundigen Aussagen, fragwürdigen Vokabeln und der Wiedergabe von Klischees um mediale Aufmerksamkeit für die Studie wirbt. Anders als in den ersten Zeilen des Presstext verkündet, erscheinen die Daten nur bedingt repräsentativ für die Frage einer überhäufigen Diagnose der ADHS in Deutschland; der Aspekt ausbleibender Diagnosen bei vorliegendem Vollbild der ADHS-Symptomatik wird zudem nur stiefmütterlich in einem Absatz der Schlussfolgerungen der Studienpublikation erwähnt. Ganz offen knüpft die Pressemitteilung an die in den Massenmedien publizierten Vorurteile und ihre populistische Begrifflichkeit an: „Was Experten und die Öffentlichkeit schon lange vermuten ...“; „inflationäre Diagnosen, mehr Medikamente, höhere Tagesdosen“; „bemerkenswertes Forschungsdefizit“. Dann werden Zahlen publiziert, die wenig mit den Inhalten der vorliegenden Studie, jedoch viel mit ihrer Vermarktung zu tun haben.

Dabei hätten die Studienbefunde auch zu folgender Überschrift berechtigt: „Fast ein Viertel aller Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten diagnostiziert trotz des Vorliegens aller Symptome keine ADHS.“ Immerhin liegen die falsch-negativen Diagnosen auf demselben relativen Niveau wie die falsch-positiven Diagnosen. Beide Befunde legen die Finger jedoch in die eine große offene Wunde: Diagnostik und Therapie der ADHS müssen besser werden!

* K. Bruchmüller, S. Schneider: Fehldiagnose Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. Psychotherapeut 2012, DOI: 10.1007/s00278-011-0883-7