

Screening von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bei Kindern und Jugendlichen

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind neurobiologische Entwicklungsstörungen mit heterogenem Erscheinungsbild: vom Fehlen funktionaler Sprache in 40–50% der Fälle, verzögerter oder gestörter Sprachentwicklung bis hin zu ASS mit unauffälliger Sprache – bei geminderter bis hoher Intelligenz.

Hintergrund

Das psychiatrische Klassifikationssystem „DSM-5-TR“ der American Psychiatric Association (APA, 2022) fasst die diagnostische Subkategorien frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, atypischer Autismus unter dem Label ASS zusammen. Der Terminus „tiefgreifende Entwicklungsstörung“ gem. ICD-10 Kap. F84.- der WHO mit den Subkategorien frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom und anderen ist im ICD-11 durch die Kategorie „Neuroentwicklungsstörung“ ersetzt, unter die neben ASS auch Erkrankungen der kognitiven Entwicklung, Sprachentwicklungsstörungen, Lernstörungen, Aktivitäts- und Aufmerksamkeits- sowie stereotype Bewegungsstörungen fallen.

ASS-Symptome sind ab dem 2. Altersjahr recht stabil. Bei Verdacht auf eine ASS empfiehlt sich ein standardisiertes Screening. Ein solches ist auch indiziert, wenn ein Kind ein hohes ASS-Risiko hat, z.B. bei gesicherten genetischen Befunden (wie Mikrodeletionen; Mikroduplikationen; Chromosomenaberrationen), neonatalen Krampfanfällen, Geburtsgewicht <1500 g u./o. Geburt <32. Woche, oder Verhaltensweisen, die mit ASS assoziiert sind.



ASS-Screenings

Die American Academy of Pediatrics (AAP) empfiehlt für die USA, dass alle Kinder im Alter von 18 und 24 Monaten im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung auf ASS zu screenen sind. Allerdings reicht die derzeitige Evidenz nicht aus, um das Nutzen-Schaden-Verhältnis des Screenings bei Kleinkindern zu beurteilen, bei denen weder Eltern noch Arzt keine Bedenken hinsichtlich ASS geäußert haben.

Besorgte Eltern können zur ersten Orientierung eine Checkliste mit 10 Fragen kostenfrei aus dem Internet laden (Q-CHAT-10, Quantitative Checkliste für Autismus bei Kleinkindern; 18–24 Monate), um eine Entscheidungshilfe zu bekommen, ob für die vorliegenden Auffälligkeiten ihres Kindes ein ASS-Screening angezeigt ist. Als relevante Frühwarnzeichen gelten vor allem Schwierigkeiten, aktiv oder reaktiv gemeinsame Aufmerksamkeit mit Interaktionspartner*innen herzustellen („Joint Attention“) und aufrechtzuerhalten, mangelnder Blickkontakt, fehlende Reaktion auf Namensruf, fehlendes Zeigen mit dem Finger (Pointing), verzögerte oder regressive Sprachentwicklung, nicht erklärbare Wein- oder Schreiatteckungen, entwicklungsuntypisches Spielen.

Ein ASS-Screening ist nicht mit allgemeinen Entwicklungsscreening-Tools (sog. Breitband-Screenern) durchzuführen; es bedarf eines spezifischen Screening-Instruments von mindestens 80% Sensitivität und 80% Spezifität (unterer Wert des Konfidenzintervalls nicht <70%). Ein ideales ASS-Screening ist ein relativ kurzes und kostengünstiges Instrument mit

geeigneten Items von guter psychometrischer Qualität, sprachlich einfach formuliert, welches auch Personen mit niedriger Lesekompetenz bearbeiten können.

Unterschieden wird zwischen Instrumenten, die von primären Bezugspersonen mit konstantem Kontakt zum Kind, zu beantworten sind und solchen, welche unabhängige Beobachter*innen, z.B. Ärzt*innen, beantworten. In den ersten 6 Lebensmonaten können „General Movements“ (GM; Gesamtbewegungen) ein grober Marker sein, weil entwicklungsdeviante GMs und stereotype Bewegungen häufiger bei Säuglingen beobachtet werden, bei denen später eine ASS diagnostiziert wird. Da sich Symptome einer ASS allmählich ausbilden, lassen sie sich im Alter ab 18 Monaten besser durch ordinal bewertete Items erfassen als durch dichotome Items (ja/nein). In der Tabelle (►Tab. 1) finden sich die aktuell wichtigsten Screening-Instrumente im deutschsprachigen Raum.

Als Goldstandard gelten derzeit die Kombination von ADOS-2 und ADI-R mit guter Sensitivität, doch tendenziell eher niedriger Spezifität und der FSK.

Merke

ASS-Screenings sind ein strukturierter Leitfaden zur verhaltensbezogenen Informationssammlung klinisch-spezifischer Zeichen bei Kindern mit bestimmten Risikofaktoren und/oder bei konkretem ASS-Verdacht. Ggf. erhärten sie den Verdacht, aber schließen ihn nicht aus.

► Tab. 1 Screening-Instrumente für ASS im Kindes- und Jugendalter.

Alter	Screening-Instrument	Anwender*in	Besonderheit	Referenz
Kleinkindmodul: 12.–30. Monat Modul 1: ab 31. Monat, keine Sprache bis Gebrauch einfacher Phrasen Modul 2: für Kinder, die 3-Wort-Sätze sprechen Modul 3: für Kinder und Jugendliche, die flüssig sprechen Modul 4: für Jugendliche und Erwachsene, die flüssig sprechen	ADOS-2: Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen-2	Psycholog*innen, Pädia-ter*innen, Kinder- und Jugendlichen-psychothera-peut*innen	Anwendungstraining erforder-lich und ausreichend klinische Erfahrung mit dem Spektrum autistischer Störungen Bearbeitungsdauer pro Modul: 30–45 Minuten	Poustka et al. 2015
Ab 24. Monat, z. B. bei U7	M-CHAT: Modifizierte Checkliste für Autismus bei Kleinkindern (23 Items)	Eltern	CAVE: niedrige Spezifität	Bölte 2005
16.–30. Monat	M-CHAT-R (= Revised) (20 Items); 2-stufiges Screening: Bei positivem Ergebnis (Gesamtscore: 3–7), wer-den Kontrollfragen durchgeführt, um weitere Information über die Risikoantworten zu erhalten: → M-CHAT-R/F: M-CHAT-Revised with Follow-Up	Eltern	freier Download: http://www.mchatscreen.com Gesamtscore > 7 hat eine spezifi-sche diagnostische Abklärung zur Folge, Interviewfragen ent-fallen.	Robins et al. 2009
Ab 2 Jahren –Erwachsenenalter	ADI-R: Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert (93 Items)	Untersucher-geleitet mit Eltern	Anwendungstraining erforder-lich Bearbeitungsdauer: zw. 90 Mi-nuten – 4 Stunden;	Bölte et al. 2006
ab 4 Jahre bzw. Entwicklungs-alter ≥ 2 Jahre –Adoleszenz	FSK: Fragebogen zur Sozialen Kommunikation-Autismus Screening (40 Items)	Eltern	Komplementäre Skala zu ADOS-2 und ADI-R Bearbeitungsdauer: 15–20 Mi-nuten	Bölte & Poustka 2006
4–18 Jahre	SRS: Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität – Dimensionale Autis-musdiagnostik (65 Items), u. a. 12 zu „Autisti-schen Manierismen“	Eltern	Screening als auch zur Abklärung des Schweregrads einer klini-schen ASS-Diagnose Bearbeitungsdauer: 15–20 Mi-nuten	Bölte & Poustka 2007
6–24 Jahre	MBAS: Marburger Beurteilungs-skala zum Asperger-Syndrom – ein Screening-Verfahren für autis-tische Störungen auf hohem Funk-tionsniveau; (57 Items)	Eltern u. nahe Bezugsperso-nen	Bearbeitungsdauer: ca. 20 Minu-ten	Kamp-Becker et al. 2006

Da bestimmte körperliche, mentale und psychische Erkrankungen mit autistischen Zügen einhergehen, ist ein verhaltensbezogenes Screening im Verdachtsfall gezielt zu ergänzen, zum einen aus differenzialdiagnostischen Gründen, zum anderen, um Komorbiditäten festzustellen. Das geschieht durch eine neurologische Untersuchung, Visus-Prüfung, periphere Hörtestung (Ausschluss audiogener Sprach-/und Kommunikationsprobleme), kinder- und jugendpsychiatrische/klinisch-psychologische Di-

agnostik (Ausschluss selektiver Mutismus; soziale Phobie; reaktive Bindungsstörung; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), standardisierte Testdiagnostik der allgemeinen Entwicklung inkl. des Sprachentwicklungsstandes rezeptiv und expressiv, nonverbaler Intelligenztestung, genetische Untersuchung zum Ausschluss von Syndromen (z.B. fragiles X-Syndrom, Williams-Syndrom).

Merke

ASS-Screenings zielen nicht per se auf die Sicherung der Diagnose, sondern sind bei positivem Befund Auslöser für eine Autismus-spezifische Diagnostik (multifaktoriell und multiprofessionell), die eine neuropsychiatrische Abklärung inkl. ausführlicher Anamnese, Verhaltensbeobachtung und Exploration primärer Bezugspersonen einschließt.

FAZIT

Ein positiver Screening-Befund ist fachkompetent diagnostisch abzuklären, ein negativer schließt eine ASS nicht aus. Im letztgenannten Fall sind bei Verdacht auf ASS altersabhängig eine engmaschige Beobachtung der Symptomatik nötig, evtl. auch schon differenzialdiagnostische Abklärungen. Bei sehr augenfälligen Verdachtsmomenten ist bereits vorsorglich eine adäquate Diagnostik einzuleiten, denn eine frühe Diagnose ist für die Entwicklung eines Kindes von großer Bedeutung.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Christiane Kiese-Himmel, Universitätsmedizin Göttingen, Universitätsklinikum Münster