

Diagnostik alkoholbezogener Störungen

In Europa ist die ICD-10 (International Classification of Diseases) zurzeit das bestimmende Diagnoseinstrument. In den USA hat diese Rolle das DSM inne, welches Ende Mai 2013 in der fünften Auflage erschienen ist. Während in der ICD-10 unverändert von den sechs Kriterien drei über einen Zeitraum eines Jahres erfüllt sein müssen, damit man von einer Alkoholabhängigkeit sprechen kann, ergeben sich durch die Neuauflage des DSM mehrere Änderungen, die im Artikel vorgestellt werden.



Gerd Baumgärtner



Michael Soyka

von Gerd Baumgärtner
und Michael Soyka

A. Epidemiologische Daten

Alkoholbezogene Störungen gehören neben der Nikotinabhängigkeit zu den häufigsten Suchterkrankungen und psychischen Störungen überhaupt (1, 2). In westlichen Ländern beträgt die Prävalenz 7 bis 10 Prozent (3–6), weltweit 0 bis 16 Prozent, am höchsten ist sie in Osteuropa (7). Europaweit werden 137 000 Todesfälle jährlich auf die Alkoholerkrankung zurückgeführt (8), die ökonomischen Schäden sind enorm (9, 10).

In der Schweiz gelten zirka 250 000 Personen als abhängig von Alkohol oder abhängigkeitsgefährdet, was impliziert, dass etwa 750 000 Menschen in der Schweiz unmittelbar von einem Alkoholproblem betroffen sind. Dabei sterben zirka 3300 Personen jährlich an den Folgen des Alkohols. Ausserdem entsteht durch die alkoholbezogenen Störungen und Erkrankungen in der Schweiz ein volkswirtschaftlicher Schaden von geschätzten 6 bis 10 Milliarden Franken pro Jahr (11).

Der Begriff der Sucht oder der Abhängigkeit ist in den vergangenen Dekaden grossen Veränderungen unterworfen gewesen. 1977 wurde von einer Expertenkommission der WHO (12) vorgeschlagen, zwischen alkoholbezogenen Folgeschäden und Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden. Die Differenzierung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit erwies sich damals als sinnvoll und praktikabel, sodass sie in die Klassifikationsschemata ICD und DSM aufgenommen wurde. Für die Therapie alkoholbezogener Störungen stehen heute eine Reihe evidenzbasierter Therapien zur Verfügung, eine Anwendung setzt aber eine verlässliche Diagnostik voraus. Wegen der zahlreichen Verfälschungs- und Verleugnungstendenzen in diesem Bereich kann diese besonders schwierig sein und stützt sich gerade am Behandlungsbeginn zunächst häufig auf fremdanamnestic Angaben. Nachfolgend werden kurz die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 dargestellt (8, 13).

B. Diagnostische Kriterien «riskanter Konsum», «schädlicher Gebrauch» und «Abhängigkeit» nach ICD-10

Riskanter Konsum:

Man spricht von «riskantem Konsum», wenn das Konsummuster mit einem deutlich erhöhten Risiko für gesundheitliche Folgeschäden verbunden ist. Die zu konsumierende Alkoholmenge, um von «riskantem Konsum» sprechen zu können, ist aufgrund der sehr unterschiedlichen Konstitutionen und der individuellen Trinkmuster nur schwer festzulegen. Als langfristige orientierende Richtlinie wird bei Frauen ein Konsum von mehr als 12 g (10–20 g) Alkohol pro Tag, bei Männern eine Grenze von mehr als 24 g (20–30 g) Alkohol pro Tag festgelegt (1 Liter Bier entspricht ca. 40 g Alkohol) (14, 15).

Schädlicher Gebrauch:

Diese Diagnose erfordert eine tatsächlich eingetretene Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Dabei sind eine Alkoholintoxikation oder ein Hangover («Kater») für diese Diagnose nicht beweisend. Ebenso sind soziale Unerwünschtheit oder negative soziale Folgen noch kein hinreichender Beweis für den schädlichen Gebrauch von Alkohol.

Abhängigkeit:

Die sichere Diagnose einer Alkoholabhängigkeit soll nach ICD-10 nur dann gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der in *Kasten 1* tabellarisch aufgelisteten Kriterien gleichzeitig vorhanden waren.

Ende Mai 2013 erschien die englischsprachige Neuauflage des Klassifikationssystems DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), die DSM-5 genannte Ausgabe. Das DSM wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und stellt das Gegenstück zur ICD (International Classification of Diseases) dar, welche derzeit in 10. Auflage vorliegt und voraussichtlich 2015 durch die ICD-11 abgelöst werden soll. Die aktuelle Entwicklung im Bereich des Klassifikationssystems DSM geht weg von der kategorialen Ein-

Kasten 1:

Diagnostik der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums von Alkohol.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken oder depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmass der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Kasten 2:

Diagnostik der Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5

1. Wiederholter Konsum, welcher zu einem Versagen in der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen in den Bereichen Arbeit, Schule oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Konsum, obwohl dieser zu einer physischen Schädigung führt.
3. Wiederholter Konsum trotz wiederkehrender sozialer oder interpersoneller Probleme.
4. Toleranzentwicklung, welche durch eine verminderte Wirkung oder nötige Dosissteigerung gekennzeichnet ist.
5. Entzugssymptome bei Nicht-Konsum der Substanz oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch erneuten Substanzkonsum.
6. Höherer Konsum oder länger andauernder Konsum als ursprünglich geplant (Kontrollverlust).
7. Anhaltender Wunsch, die Substanz zu konsumieren, oder erfolglose Versuche der Kontrolle des Konsums.
8. Erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz, sowie längere Dauer einer Erholung von der Wirkung nach Substanzkonsum.
9. Vernachlässigung wichtiger Aktivitäten oder Reduktion von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums.
10. Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der negativen gesundheitlichen Folgen (physisch oder psychisch).
11. Ausgeprägtes Verlangen oder starker Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).

teilung mit wesentlichen diagnostischen Clustern von Symptomen hin zu einem dimensional Krankheitskonzept unterschiedlicher Schweregrade. Dabei ändert sich im Bereich der alkoholbezogenen Störungen in erster Linie Folgendes (16):

C. Diagnostische Kriterien bezüglich alkoholbezogener Störungen nach DSM-5

1. Abhängigkeit/Missbrauch

Die Unterscheidung und Einteilungen in Abhängigkeit (substance dependence) beziehungsweise Missbrauch einer Substanz (substance abuse) werden wegfallen und durch den Begriff der Substanzgebrauchsstörung (substance use disorder) ersetzt werden.

2. Schweregrad

Der Begriff Substanzgebrauchsstörung wird anhand von elf Kriterien diagnostiziert werden. Dabei spricht man von einer schweren Substanzgebrauchsstörung, wenn vier oder mehr Kriterien zutreffen. Eine milde Substanzgebrauchsstörung wird dann diagnostiziert, wenn zwei oder drei der elf Kriterien erfüllt sind. Keine Störung liegt hingegen vor, wenn lediglich ein oder kein Kriterium zutrifft. Die einzelnen Kriterien sind wie bis anhin

nicht «gewichtet», sondern haben alle denselben numerischen Stellenwert. Als notwendiges Zeitkriterium wurde das Vorliegen der Symptome für die Dauer von mindestens 12 Monaten gewählt.

Neu im DSM-5 gegenüber dem DSM-4 ist die Aufnahme von «Alkoholverlangen» («Craving») in den Kriterienkatalog, während «legale Probleme» aus diesem entfernt wurden. Erste Felduntersuchungen zur Reliabilität und Validität der Diagnostik bezüglich DSM-4 versus DSM-5 erfolgten bereits. Dabei wurden Übereinstimmungen und Unterschiede bezüglich der Diagnosen Abhängigkeit beziehungsweise Missbrauch nach DSM-4 und der Diagnose Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5 genauer betrachtet (17–19).

Durch die Neuauflage des DSM ergibt sich die Problematik, dass von einer Harmonisierung von ICD-11 und DSM-5, wie verschiedentlich gefordert (20), zumindest bei Abhängigkeitserkrankungen keine Rede sein kann. Um die Diagnose alkoholbezogener Störungen zu vereinfachen, zu standardisieren und zu objektivieren, wurden diverse Screeningverfahren entwickelt. Dabei unterscheidet man zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen. Aufgaben der Diagnostik sind neben der Diagnosesicherung unter anderem die Erfassung

Kasten 3:
Übersicht über die wichtigsten Screeninginstrumente zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen

| Instrument | Kompletter Name | Zielsetzung | Art der Erhebung, Anzahl der Items | Anwendungsbereich, Bemerkungen |
|---|---|--|--|---|
| CIDI (WHO, 1980) | Composite International Diagnostic Interview | Vollständig standardisierte Erfassung psychischer Störungen, ICD-10- und DSM-4-Diagnosen | Standardisiertes Interview | Training unbedingt erforderlich |
| AUDIT (Babor et al. 1989; Saunders et al. 1993) | Alcohol Use Disorder Identification Test | Erfassung alkoholbedingter Schäden im letzten Jahr | Kernfragebogen 10 Items, als klinisches Verfahren 8 Items | Keine Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit |
| AUDIT-G-L | Deutsche Version | Erfassung alkoholbedingter Schäden im letzten Jahr | Kernfragebogen 10 Items, als klinisches Verfahren 8 Items | Verschiedene Versionen mit unterschiedlichen Trennpunkten |
| BDA | Basler Drogen- und Alkoholfragebogen | Schweregrad bei Alkohol- und Drogenabhängigen | Fremdbeurteilung | Kein klarer Trennpunkt angegeben |
| CAGE | Cut down Annoyance Guilty Eye Opener | Screening | Fremdbeurteilung | Lediglich 4 Items |
| MALT (MALT-F und MALT-S) | Münchener Alkoholismustest | Screening des Alkoholismus und der Alkoholgefährdung | Selbstbeurteilung 24 Items, Fremdbeurteilung 7 Items (mit klinischen Befunden) | Gesamtscore: 4x MALT-F+MALT-S; Unterscheidung: kein Alkoholismus, Verdacht auf Alkoholismus, Alkoholismus |
| EuropASI | EuropASI | Schweregrad in verschiedenen Bereichen | Semistrukturiertes Interview 7 Bereiche | Auch deutsche Fassung vorhanden, keine Diagnose |
| AWS | Alcohol Withdrawal Scale | Erfassung der Verlaufsdynamik | 6 Items für vegetative Dynamik, 5 Items für psychische Symptome | Basierend auf dem CIWA-A 2 Subskalen: vegetative Symptomatik, psychische Probleme |
| CIWA-A, CIWA-Ar | Clinical Interview Withdrawal Assessment of Alcohol | Schweregrad des Entzugs | CIWA-A 15 Items, CIWA-Ar 10 Items | Bei einem Wert ab 10 wird eine pharmakologische Behandlung empfohlen. |

Kasten 4:
Leberwerte/Laborparameter bei chronischem Alkoholismus

| Leberenzyme/Laborparameter | Sensitivität in % | Spezifität in % |
|----------------------------|-------------------|-----------------|
| GGT ↑↑↑ | 50–90 | ~ 70 |
| GOT (ASAT) ↑ bis ↑↑↑ | 30–40 | ~ 90 |
| GPT (ALAT) ↑ bis ↑↑↑ | 20–45 | ~ 70 |
| CDT ↑↑↑ | 50–90 | ~ 90–100 |
| EtG (Urin, Haare) ↑ | 100 | ~ 100 |
| MCV ↑ | 40–90 | 90–100 |
| Bilirubin ↑ | | |

des Schweregrades der Alkoholkrankung und die Quantifizierung des Entzugssyndroms. Zahlreiche andere Skalen und Fragebögen, etwa über Motivation, Abstinenzsicherheit oder Therapieplanung, sind verfügbar. Ihre Darstellung würde aber den Rahmen dieses Artikels sprengen. Eine Übersicht dazu soll *Kasten 3* bieten (8, 13).

D. Organische/psychiatrische oder soziale Folgen des schädlichen Gebrauchs von Alkohol oder der Alkoholabhängigkeit

Das klinische Bild der Alkoholkrankung kann sich in diversen internistischen, neurologischen, psychiatrischen und sozialen Problembereichen sehr mannigfaltig gestaltend manifestieren. Dabei suchen die Patienten meist sehr spät und in erster Linie den Hausarzt aufgrund somatischer Beschwerden auf. Als klinische Parameter können unter anderem CDT, GGT, MCV, EtG (Ethylglucuronid), Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie (erhöhtes HDL-Cholesterin), Bilirubin oder sonstige Leberlaborparameter Hinweise für eine Alkoholkrankung geben. Keiner davon ist für die Alkoholkrankung pathognomonisch. Die Parameter CDT und EtG werden heute zum Beispiel auch in der Fahreignungsdiagnostik eingesetzt. Eine kurze Übersicht der am häufigsten verwendeten Parameter zeigt *Kasten 4*. Die wichtigsten Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – sind in *Kasten 5* kurz aufgelistet (8, 13).

Kasten 5:

Internistische Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit:

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Neoplasien in den Bereichen Mundboden, Larynx, Leber, Ösophagus, Magen, Kolon | Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen | Hypertriglyzeridämie |
| Ösophagusvarizen | Dilatative Kardiomyopathie | Hyperurikämie |
| Gastritis/Magenulkus | Arterielle Hypertonie | Hypoglykämie |
| Mallory-Weiss-Syndrom | Myokardinsuffizienz | Blutbildveränderungen |
| Leberfunktionsstörungen | Störungen des Erregungsleitungssystems | Gerinnungsstörungen |
| Fettleber | Folsäuremangel | Refluxösophagitis |
| Hepatopathie | Akute Pankreatitis | Myokardinfarkt |
| Leberzirrhose | Chronische Pankreatitis | Aszites |

Neurologische Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit:

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Hirnatrophie | Tremor | Korsakow-Syndrom |
| Alkoholinduzierte zerebrale Enzephalopathie | Zerebelläre Störungen | Wernicke-Enzephalopathie |
| Gehirnblutungen | Kleinhirnatrophie | Alkoholassozierte Demenz |
| Marchiafava-Bignami-Syndrom | Alkoholinduzierte psychotische Störung | Zentrale pontine Myelinolyse |
| Alkoholische Myopathie | Alkoholluzinose | Epileptische Anfälle |
| Delirium tremens | Polyneuropathie | |

Sonstige Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit:

| | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Schädelfrakturen | Sonstige Verletzungen | Alkoholembyopathie |
| Gesichtsfrakturen | Libidoverlust | Oligorrhö |
| Sonstige Frakturen | Impotenz | Amenorrhö |

Fazit

In der Schweiz und in Europa ist weiterhin die ICD-10 das bestimmende Instrument, um eine Alkoholerkrankung zu diagnostizieren. Neben den dort aufgeführten Kriterien bieten sich diverse testdiagnostische Instrumente an, welche wertvolle Hinweise auf alkoholbezogene Störungen geben können. Nicht zuletzt sieht sich allerdings der somatisch tätige Arzt in der Praxis oder Klinik mit Patienten konfrontiert, welche unter Präsentation einer sehr vielgestaltigen Symptomatik an einer alkoholbedingten Störung leiden, worüber die Patienten allerdings häufig aus Gründen der Scham nicht berichten. ●

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Gerd Baumgärtner
Privatklinik Meiringen
Postfach 612
3860 Meiringen
E-Mail: gerd.baumgaertner@privatklinik-meiringen.ch*

und Prof. Dr. Michael Soyka

*Psychiatrische Klinik
Universität München
Nussbaumstrasse 7
D-80336 München*

*und
Privatklinik Meiringen
Postfach 612
3860 Meiringen*

E-Mail: michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

Literatur:

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373: 2223–2233.
2. Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, et al: The size and burden of mental disorders and other disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21: 655–679
3. Grant B, Stinson F, Dawson D, et al: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 361–368.
4. Kessler R, Chiu W, Demler O, et al: Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62: 617–627.

Merksätze:

- Durch die Neuauflage des DSM werden die Begriffe von Abhängigkeit und Missbrauch durch das dimensional angelegte Störungsbild Substanzgebrauchsstörung ersetzt.
- Liegen 2 oder 3 dieser 11 Kriterien vor, spricht man von einer moderaten, treffen 4 oder mehr Kriterien zu, von einer schweren Substanzgebrauchsstörung. Die erforderliche Zeitdauer hierfür beträgt jeweils 12 Monate.
- Es existieren diverse Screeninginstrumente zur Diagnosestellung einer alkoholbezogenen Störung.
- Zusätzlich unterstützen Laborparameter oder somatische Erkrankungen den Hinweis auf die Diagnostik einer Alkoholerkrankung.

5. Rehm J, Room R, van den Brink W. et al.: Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 377–388.
6. Pirkola S, Poikolainen K, Lonnqvist J.: Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population – results from the Finnish Health 2000 study. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 315–320.
7. World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Press. 2011.
8. Soyka M.: *Update Alkoholabhängigkeit*. Bremen: Unimed; 2013.
9. Rehm J, Shield K, Gmel G. et al.: Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology* 2013; 23: 89–97.
10. Laramée P, Kusel J, Leonhard S. et al.: The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 259–269.
11. Sucht Schweiz, Homepage, <http://www.suchtschweiz.ch/>
12. Edwards G, Gross M., Keller M. et al.: *Alcohol-related disabilities*. Geneva: WHO Offset Publ. 32; 1977.
13. Soyka M., Küfner H. *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* 6., vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart: Thieme; 2008
14. Seitz H., Bühringer G.: *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*, <http://www.dhs.de>; 2010.
15. *Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, Band 1; 2003.*
16. American Psychiatric Association – APA – Homepage.
17. Compton W., Dawson D., Goldstein R. et al.: Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorder for opioids, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*; 2013.
18. Proctor S., Kopak A., Hoffmann N.: Compatibility of current DSM-IV and proposed DSM-5 diagnostic criteria for cocaine use disorders. *Addict. Behav.* 2012: 722–728.
19. Edwards A., Gillespie N., Aggen S. et al.: Assessment of a modified DSM-5 diagnosis of alcohol use disorder in a genetically informative population. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2013: 443–451.
20. First M.: Harmonisation of ICD-11 and DSM-5: opportunities and challenges. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 195: 382–390.