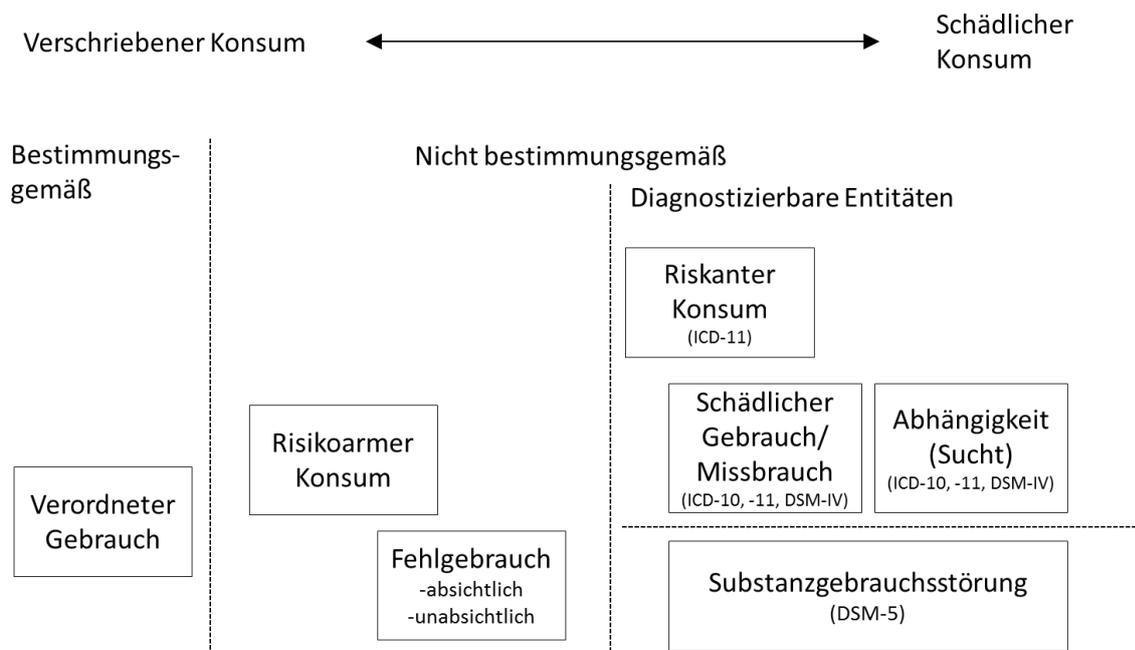


Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit von aus medizinischer Indikation verordneten Opioiden

Begrifflichkeiten (aus S3-Leitlinien Medikamentenabhängigkeit)

Abbildung 1: Übersicht über Begrifflichkeiten



Bestimmungsgemäßer Konsum: Konsum von Substanzen gemäß den ärztlichen Empfehlungen und / oder den Vorgaben der Arzneimittelinformation, mit Einsatz der Substanz im Rahmen der zugelassenen Indikation und Dosierung.

Nicht-bestimmungsgemäßer Konsum (engl. Misuse):

- a) eines „off-label use“. Dieser bezeichnet den Einsatz eines Medikamentes außerhalb der zugelassenen Indikation nach Aufklärung und Verordnung durch einen Arzt bzw. ärztlich verordneter Dosisanpassungen jenseits der zugelassenen Dosierung aufgrund individueller Gegebenheiten (z.B. beschleunigtem enzymatischen Abbau etc.).
- b) eines „Medikationsfehlers“. Dieser liegt vor, wenn vom vorgegebenen Anwendungsschema – mit dem in Kauf genommenen Risiko eines Schadens für den Patienten - abgewichen wird.
- c) eines „Fehlgebrauchs“. Dieser tritt ein, wenn ein Medikament intendiert anders eingesetzt wird (in Dosis oder Applikationsart), als es verordnet wurde. Ein Fehlgebrauch kann in „unabsichtlich“ (z.B. Missverständnis in Bezug auf die Umsetzung einer verordneten Anwendung) und „absichtlich“ (z.B. für eine

primär nicht intendierte Wirkung, wie Schlafinduktion durch Opioide) unterschieden werden.

Missbrauch (engl. abuse): Übermäßiger, exzessiver, nicht bestimmungsgemäßer Konsum von Substanzen mit Gesundheitsschäden in klinisch bedeutsamer Weise. Es fehlt entweder an einer medizinischen Indikation oder die vorgegebenen Rahmenbedingungen für den medizinischen Einsatz werden ignoriert. Ziel des Konsumenten sind häufig die Provokation psychotroper Effekte oder die Beseitigung von Entzugssymptomen.

Abhängigkeitssyndrom: Das Abhängigkeitssyndrom wird nach ICD-10, ICD-11 oder DSM-IV kategorial, nach DSM-5 dimensional verstanden. Abhängigkeit ist in diesen Klassifikationssystemen übereinstimmend gekennzeichnet durch den 1) starken Konsumdrang, 2) Kontrollverlust, 3) Toleranzentwicklung und 4) das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen, sowie 5) die sowie Vernachlässigung anderer Interessen (Verpflichtungen) zugunsten des Substanzkonsums und 6) ein anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Entzugssyndrom: Zustand, der bei Absetzen oder Reduktion des Substanzkonsums auftritt und mit substanzspezifischen psychovegetativen Symptomen einhergeht. Ein Entzugssyndrom geht zurück, sobald dem Körper wieder die ursprüngliche oder eine ähnliche Substanz zugeführt wird. Das Entzugssyndrom ist häufig selbstlimitierend, tritt wenige Stunden nach der letzten Einnahme auf und kann über Tage bis Wochen anhalten.

Toleranz (Gewöhnung): Die Substanzwirkung lässt nach Phasen längeren Konsums nach. Toleranz entsteht durch a) eine neurologische Adaptation bzw. b) einen beschleunigten Abbau (verkürzte biologische Halbwertszeit) zugeführter Substanzen sowie c) psychovegetative Anpassungsvorgänge an die Substanzwirkung. Der Wirkverlust führt oft zu einer Dosissteigerung.

Körperliche Abhängigkeit: Körperliche Abhängigkeit erklärt das Auftreten eines Entzugssyndroms. Der Zustand tritt bei Absetzen oder Reduktion des Substanzkonsums auf und geht mit substanzspezifischen psychovegetativen Symptomen einher. Ein Entzugssyndrom geht zurück, sobald dem Körper wieder die ursprüngliche oder eine ähnliche Substanz zugeführt wird. Das Entzugssyndrom ist häufig selbstlimitierend, tritt wenige Stunden nach der letzten Einnahme auf und kann über Tage bis Wochen anhalten. Die körperliche Abhängigkeit wird mit einem Entzugssyndrom gleichgesetzt, das sich dann ergibt, wenn die Dosis verringert oder im Verlauf eines Abstinenzversuchs weggelassen wird.

Psychische Abhängigkeit: Die psychische Abhängigkeit wird häufig als Ausdruck des Kontrollverlustes, des zwanghaften Konsums und eines starken Cravings beschrieben. Psychische Abhängigkeit bezeichnet das Abhängigkeitssyndrom außerhalb der Dimensionen, die mit dem körperlichen Abhängigkeitssyndrom verbunden sind (Entzugssymptomatik, Toleranzentwicklung).

Psychische Abhängigkeit geht einher mit der individuellen funktionellen Bedeutung des Konsums: Aversive Zustände werden mit Hilfe des Drogenkonsums überwunden, ein Verzicht auf die Substanz fällt schwer, da antizipierte Wirkeffekte ausbleiben bzw. aversive Effekte erwartet werden. Psychische Abhängigkeit entsteht im Gegensatz zur körperlichen Abhängigkeit vor allem bei einer intendierten Drogeneinnahme, weniger bei einer passiven Verabreichung von Medikamenten.

Sucht: Im allgemeinsprachlichen Gebrauch Synonym für Abhängigkeit mit der Konsequenz der periodischen oder chronischen Intoxikation. Keine Begrifflichkeit im Sinne des ICD-10., ICD-11, DSM 4 und DSM 5

Diagnostische Kriterien ICD 10, ICD 11, DSM 4 und 5 für Substanzabhängigkeit

1.2.1 ICD 10

ICD 10: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (aktuelle 10. Auflage). Bern: Huber 2015.

Aktuelle Online-Version (2018): <http://www.icd-code.de/> (ICD-10-GM Version 2018, Hrsg: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG))

Im ICD 10 werden "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" im Kapitel V, kodiert durch das Präfix „F1“, katalogisiert.

Ein schädlicher Konsum (F1x.1) ist zu diagnostizieren, wenn ein tatsächlicher Schaden der psychischen oder physischen Gesundheit, aber keine Abhängigkeit infolge des Substanzkonsums vorliegt.

Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit (F1x.2) nach ICD 10:

1. Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung bzw. Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen 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 des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art, wenn der Konsument sich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder zumindest davon auszugehen ist.

Der „**schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen**“ wird **nach F55** katalogisiert. Die drei wichtigsten Gruppen sind psychotrope Substanzen ohne Abhängigkeitspotential wie Antidepressiva, Laxantien und nicht-opioid Analgetika. Es handelt sich um einen anhaltenden, ungerechtfertigten Konsum mit schädlichen körperlichen Auswirkungen.

1.2.2 ICD 11

ICD 11: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>

Am 18.06.2018 wurde ICD-11 von der WHO (Genf) vorgestellt. „Die ICD-11 soll 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet werden. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11 in Deutschland sind noch keine Aussagen möglich“ (DIMDI <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>, 20.07.2018)

Im ICD 11 werden „Störungen aufgrund von Substanzkonsum oder abhängigen Verhaltensweisen“ zusammengefasst. Die Kriterien aus der 10. Auflage der ICD werden leicht abgeändert.

Erweitert wird die Liste der Substanzen um die Stoffklassen aus der ICD 10 Kategorie F55, für die ein Missbrauch ohne körperliche Abhängigkeit charakteristisch ist. Ergänzt werden „abhängige Verhaltensweisen“ in Form des Glücksspiels (gambling disorder) und des Onlinespiel (gaming disorder).

Diagnostische Kriterien nach ICD 11:

QE11: Riskanter Konsum

Die Störungskategorie „Riskanter Konsum“ ist abgegrenzt vom „schädlichen Konsum“ (6C4x.1) oder dem „abhängigen Konsum“ (6C4x.2) dem Bereich „Probleme in Verbindung mit dem Gesundheitsverhalten (ICD-11 24) zugeordnet. Der „riskante Konsum“ psychoaktiver Substanzen (QE11) oder anderer spezifischer Substanzen (QE1Y) stellt eine Konsumform dar, aus der heraus durch die Menge oder die Konsumfrequenz, der Konsumart oder im Rahmen eines bestimmten Kontextes schädliche physische oder psychische Konsequenzen für den Konsumenten oder andere Personen resultieren können, ohne dass bereits schädliche Konsequenzen entstanden sind.

6C4x.1 Schädliche Gebrauchsform

Ein über einen Monat kontinuierlich auftretendes oder innerhalb eines Jahres episodisch auftretendes Gebrauchsmuster, das einen tatsächlichen Schaden der psychischen oder physischen Gesundheit infolge der Intoxikation, der direkten und indirekten toxischen Effekte oder der schädlichen Art der Substanzaufnahme verursacht hat oder zu einem Verhalten geführt hat, das die körperliche oder psychische Gesundheit anderer geschädigt hat, aufgrund dessen aber keine Abhängigkeit infolge des Substanzkonsums vorliegt.

6C4x.2 Abhängigkeit

Eine Abhängigkeit liegt vor, wenn die folgenden Kriterien im Verlauf der letzten 12 Monate oder bei kontinuierlichem Konsum innerhalb eines Monats vorliegen:

1. Ein starker innerer Drang, Substanzen zu konsumieren
2. Eine eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums
3. Priorität des Konsums gegenüber anderen Tätigkeiten
4. Anhaltender Konsum trotz einer eingetretenen Schädigung oder negativer Folgen
5. Eine Toleranz gegenüber den Auswirkungen der Substanz
6. Entzugssymptome nach Beendigung oder Verringerung des Konsums oder der anhaltende Konsum, um Entzugssymptome zu verhindern oder zu lindern.

1.2.3 DSM IV

DSM IV: American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.

Gültigkeit: 1994 - 4/2013

Konzeptualisierung der Störung durch psychotrope Substanzen und diagnostische Kriterien des DSM-IV entsprechen i.w. den Kriterien des ICD 10. Genannt werden 7 (statt 6) Kriterien, „Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen“ und „Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauchs eingeschränkt oder aufgegeben“

Diagnostische Kriterien für „Substanzmissbrauch“ nach DSM-IV

A) Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.

3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).
4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.

B) Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit nach DSM IV:

1. Toleranzentwicklung
2. Entzugssymptome
3. Alkohol wird häufiger in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauchs eingeschränkt oder aufgegeben
7. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkohol verursacht oder verstärkt wurde

1.2.4 DSM 5

DSM 5: Diagnostische Kriterien DSM-5: Deutsche Ausgabe. Hrsg: Falkai, P, Wittchen HU. Bern: Hogrefe 2015

Gültigkeit: 5/2013 -

IM DSM 5 wurde eine andere Konzeptualisierung der Sucht eingeführt: die kategoriale Unterscheidung von Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch wird in eine graduelle Einteilung der Schwere des Syndroms überführt.

Die Diagnose „substance use disorder“ fußt auf 11 Kriterien.

Die Ausprägung wird durch die Anzahl der erfüllten Kriterien bestimmt: zwei bis drei Kriterien entsprechen einer milden Ausprägung der Störung, vier bis fünf Kriterien führen zur Diagnose einer mittelschweren Störung, bei sechs oder mehr Kriterien gilt die Störung als Schwer (APA 2013).

Zusätzlich wird eine Kategorie für Verhaltenssuchte geschaffen.

Diagnostische Kriterien nach DSM 5:

1. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum eingenommen als ursprünglich beabsichtigt.
2. Es besteht ein anhaltendes Verlangen oder ein nicht erfolgreicher Versuch, den Substanzkonsum zu kontrollieren oder zu reduzieren.
3. Ein großer Teil der Zeitspanne wird damit verbracht, die Substanz zu besorgen, zu konsumieren oder sich von den Auswirkungen des Konsums zu erholen.
4. Es besteht ein Craving (starkes Verlangen) oder ein Druck, die Substanz zu konsumieren.
5. Wiederholter Substanzkonsum führt zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Aufgaben (Rollenverpflichtungen im Beruf, in der Schule oder zu Hause).
6. Es besteht ein anhaltender Substanzkonsum ungeachtet der bestehenden oder wiederholt auftretenden sozialen oder interpersonellen Probleme, die durch die Effekte des Substanzkonsums verursacht oder verstärkt werden.
7. Relevante soziale, berufliche oder freizeitbezogene Aktivitäten werden wegen des Substanzkonsums aufgegeben oder reduziert.
8. Die Substanz wird wiederholt in Situationen konsumiert, in denen dies körperlich gefährlich ist.
9. Der Substanzkonsum wird ungeachtet des Wissens um bereits bestehende oder wiederauftretende physische oder psychische Probleme fortgesetzt, die sehr wahrscheinlich durch den Substanzkonsum verursacht oder verstärkt werden.
10. Toleranz, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a. Ein Bedarf an deutlich erhöhten höheren Substanzmengen, um Intoxikationseffekte oder andere gewünschte Effekte zu erzielen
 - b. Ein deutlich reduzierter Effekt der Substanz bei kontinuierlichem Konsum der gleichbleibenden Menge der Substanz
11. Entzug, definiert als eines der folgenden Symptome, der sich in einer der folgenden Weisen manifestiert:
 - a. ein für die Substanz charakteristisches Entzugssyndromdie Substanz (oder eine nahe verwandte Substanz) werden eingenommen, um Entzugssymptome zu abzumildern oder zu vermeiden.

Diagnoses of opioid abuse and opioid dependence in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) were replaced by opioid use disorder (OUD) in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).

A problematic pattern of opioid use leading to clinically significant impairment or distress is manifested by two or more of the following within a 12-month period:

- Opioids are often taken in larger amounts or over a longer period than was intended
- A persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control opioid use
- A great deal of time is spent in activities necessary to obtain the opioid, use the opioid, or recover from its effects
- Craving, or a strong desire or urge to use opioids
- Recurrent opioid use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home
- Continued opioid use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of opioids
- Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of opioid use
- Recurrent opioid use in situations in which it is physically hazardous
- Continued opioid use despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance
- Tolerance*
- Withdrawal*

* Experiencing these symptoms while taking opioids solely under appropriate medical supervision is an exception to (does not meet) these criteria for OUD.

Specifiers for the diagnosis include:

- In early remission – After full criteria for OUD were previously met, none of the criteria for OUD have been met (with the exception of craving) for at least three months but less than 12 months.
- In sustained remission – After full criteria for OUD were previously met, none of the criteria for OUD have been met (with the exception of craving) during a period of 12 months or longer.

- On maintenance therapy – If the individual is taking a prescribed opioid agonist or antagonist medication and none of the criteria for OUD have been met except tolerance to or withdrawal from the agonist.

- In a controlled environment – If the individual is in an environment where access to opioids is restricted.

Most clinical trials of OUD treatment were conducted in samples of patients diagnosed using criteria for opioid dependence from DSM-IV and earlier editions. Applying trial results to patients diagnosed with DSM-5 OUD is imprecise, but the most closely comparable group of patients is those with OUD, moderate to severe subtype. Opioid abuse is similar to the mild subtype of OUD.

The severity of OUD at the time of diagnosis can be specified as a subtype based on the number of criteria present:

- Mild – Two to three criteria
- Moderate – Four to five criteria
- Severe – Six or more criteria

Die American Academy of Pain Medicine, American Pain Society und American Society of Addiction Medicine (Savage 2001) definieren „Addiction“ Abhängigkeit von aus medizinischer Indikation verordneten Opioiden mit folgenden Kriterien:

- Eingeschränkte Kontrolle über den Medikamentengebrauch
- Zwanghafter Gebrauch
- Fortgesetzter Konsum trotz schädlichen Konsequenzen (harm)
- Starkes Verlangen (Cravings)

Für die Diagnose einer Abhängigkeit von Opioiden muss nur eines der Kriterien erfüllt sein.

Savage S, Covington E, Heit H, Hunt J, Joranson D, Schnoll S. Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain: a consensus document from the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine. American Pain Society Advocacy and Policy 2001.

Letzte Version: 27.11.2019

Autoren (alphabetische Reihenfolge): Prof. Dr. med. Winfried Häuser, Professor Dr. med. Frank Petzke