

**16.3.-22.3.2026 Nationale Aktionswoche für
Kinder von Eltern mit Suchterkrankung**



ÜBERALLkohol

Zwischen Bagatellisierung und Behandlungsindikation

18.03.2026

Angelika Lüchinger-Birrer, Leitende Ärztin ASTV der
Forel Klinik

Wege, die wirken.

Bund will Anpassung

Der Streit um die Alkohol-Empfehlungen

Der Ständerat möchte verhindern, dass der Bund seine Empfehlung zum Thema Alkoholkonsum denen der WHO anpasst.

Eveline S. Kobler

Abo Schluss mit dem Alkohol-Mythos

Warum Experten des Bundes jetzt bereits von einem Gläschen Wein abraten

Lange galt gemässiger Alkoholkonsum als unschädlich. In einem Bericht vertritt die Suchtkommission des Bundes neu die Devise «Weniger ist besser». Was nun? Die wichtigsten Fragen und Antworten.

Tschüss Alkohol – Ist die Volksdroge out?

Der Alkoholkonsum geht zurück. Das ist gut für die Gesundheit, aber schlecht für das Geschäft. Ist die Zeit des Rauschs vorbei? Spezial-«Rundschau» zum Thema Alkohol.

Abo Kochbuchautor spricht Klartext

«Der Anti-Alkohol-Aktionismus verwechselt Genuss und Sucht»

Darf man noch mit gutem Gewissen Wein trinken? Der Basler Bestsellerautor Claudio Del Principe über das Verhältnis zwischen Gesundheit und Esskultur.

NZZ

Von Diabetes bis Brustkrebs: Selbst geringe Mengen Alkohol schaden dem Menschen. Sollten wir abstinent leben?

Ein Feierabendbier und Rotwein zum Essen: Alkohol ist aus unserem Alltag kaum wegzudenken. Die WHO aber warnt vor den Gesundheitsrisiken. So gelingt der Balanceakt zwischen Genuss und Gefahr.

Inhalt

Relevanz/ Epidemiologie

Gründe/ Entstehung

Wirkung

Screening & Diagnostik

Motivationsarbeit

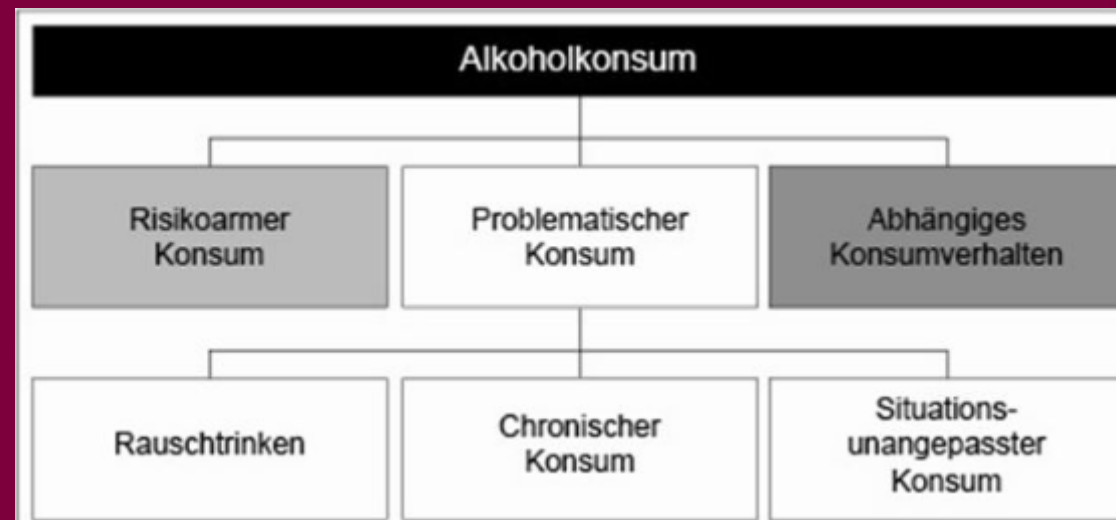
Ambulante Entzugsbehandlung

Rückfallprophylaxe/
Medikamente/Entwöhnung

Diskussion



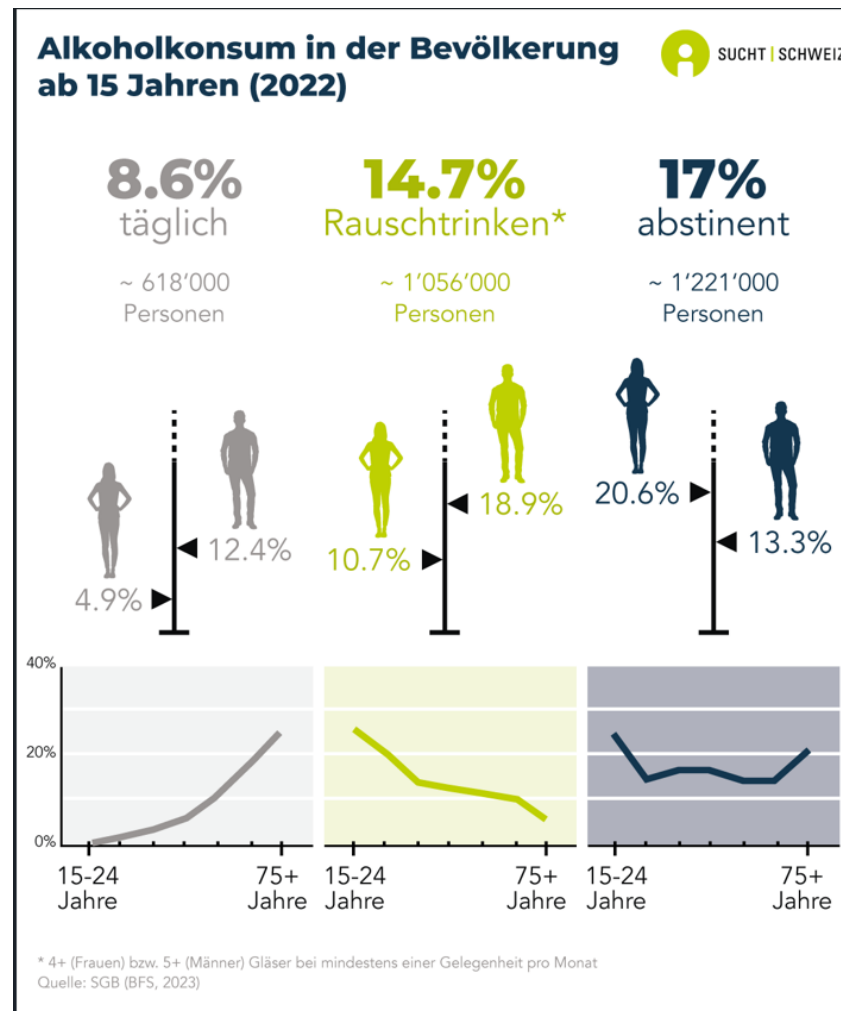
Relevanz/ Epidemiologie




- Kein Risiko: Abstinenz
- Geringer Risiko: bis 100g Alkohol / 8 Standardgläser pro Woche -> Lebenserwartung kaum verringert. Schwere Herz-Kreislauf- Erkrankung am geringsten. Jedoch Krebserkrankungen bereits hier erhöht-> Brustkrebs bereits ab 1 Glas pro Woche erhöht.
- Moderates Risiko: 100-200g Alkohol / 9-16 Standardgläser pro Woche-> Lebenserwartung um 6 Monate reduziert. BD steigt messbar-> Schwere Herz-Kreislauf- Erkrankung nehmen zu. Linear steigendes Brustkrebsrisiko bei Frauen, Mund-Rachen- und Darmkrebs steigt messbar an.
- Hohes Risiko: 200-350g Alkohol / 17-29 Standardgläser pro Woche-> Lebenserwartung sinkt um 1-2 Jahre. Schwere Herz-Kreislauf- Erkrankung deutlich erhöht und bei Männern Kardiomyopathien. Krebsrisiko Darm, Mund und Speiseröhre 20-50% erhöht, Leberkrebsrisiko stieg auch, Hirnatrophie beginnt.
- Sehr hohes Risiko: >350g Alkohol / >29 Standardgläser pro Woche-> Lebenserwartung sinkt um 4-5 Jahre. Gefahr von Herzversagen steigt. Leberkrebs (Zirrhose), Verdauungstrakt und Kopf-Hals-Bereich steigt drastisch. Frauen in diesem Bereich anfälliger für Hirnschädigungen. Depression und körperliche Abhängigkeit sehr hohes Risiko.
- Rauschtrinken (5 Gläser Mann, 4 Gläser Frau): Erhöht Krebsrisiko stark, da die natürlichen Reparatursysteme der Zellen überfordert sind. Blutdruck schießt in die Höhe: Rhythmusstörungen, Schlaganfallgefahr deutlich erhöht-> Schädlicher als verteilter Konsum

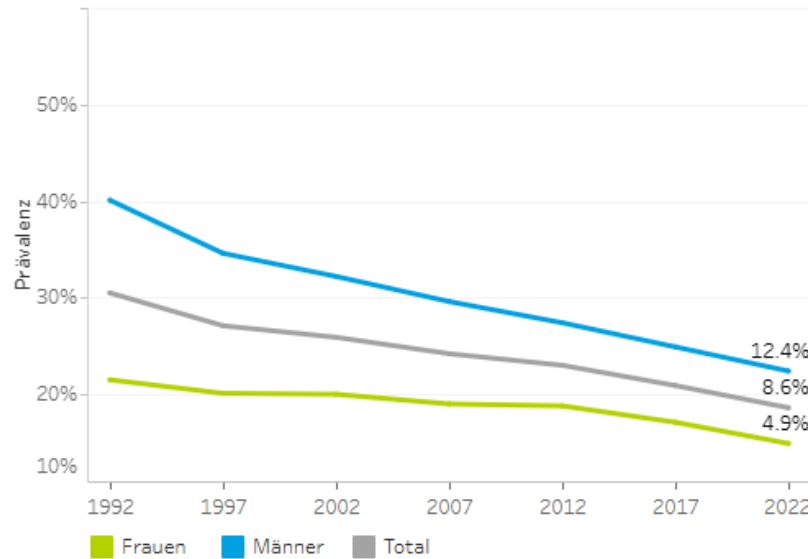
Relevanz und Epidemiologie

Alkoholkonsum



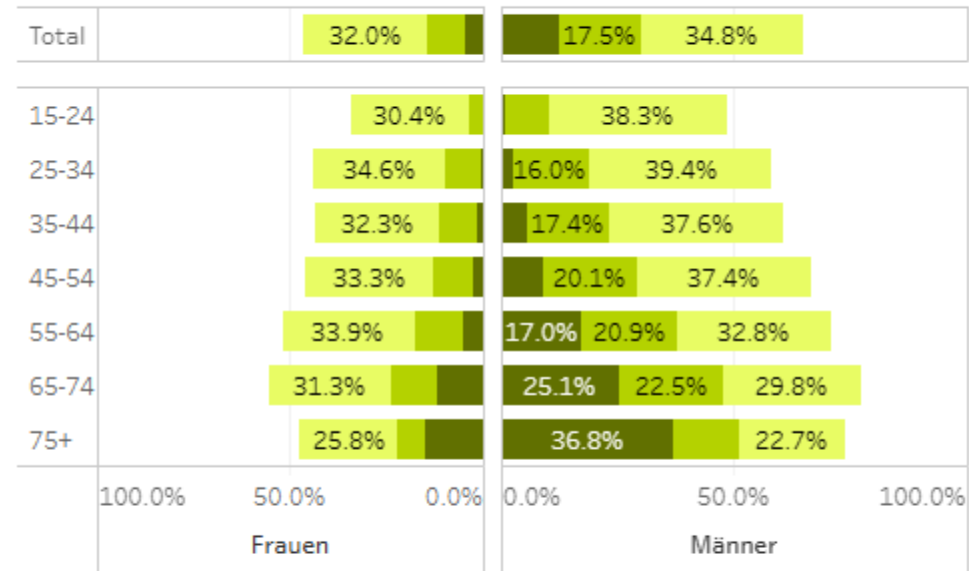
Geschlecht und Alter

Täglicher Alkoholkonsum nach Geschlecht (1992-2022)  SUCHT | SCHWEIZ



Quelle: SGB (BFS, 2023)

Regelmässiger Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter (2022)

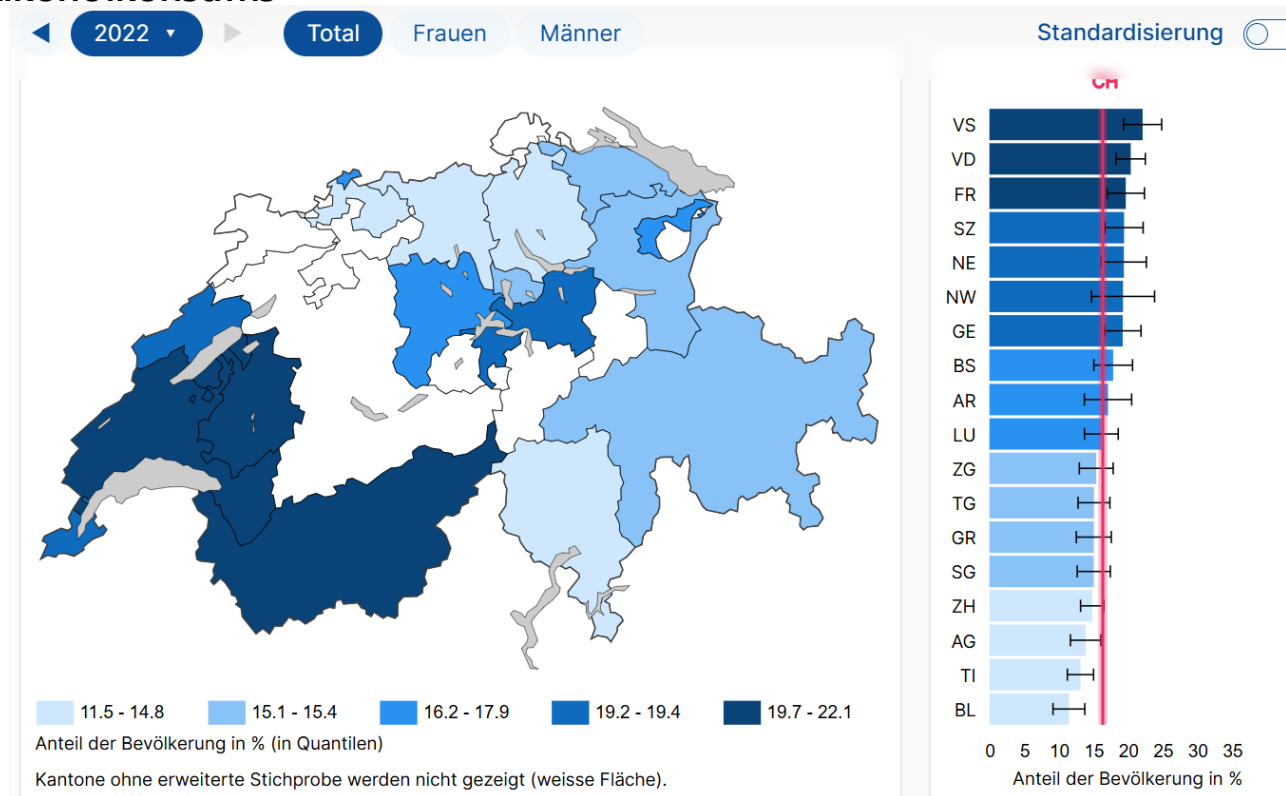


1-2 Tage pro Woche 3-6 Mal pro Woche Täglich

Anmerkung: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren.
Quelle: SGB (BFS, 2023)

Relevanz und Epidemiologie

Prävalenz des risikoreichen Alkoholkonsums



Relevanz und Epidemiologie

Kosten und weitere Zahlen

- Alkohol gehört zu den fünf wichtigsten Krankheitsfaktoren und verursacht in der Schweiz 9% der gesamten Krankheitslast (> 60 verschiedene Erkrankungen, vorzeitiger Tod)
- Alkohol ist für 8.4% aller Todesfälle verantwortlich
- Soziale Kosten zwischen 4 bis 6.5 Milliarden CHF / Jahr
 - Produktivitätseinbusse: Krankschreibung, Unfälle, frühzeitiger Tod, frühzeitige Pensionierungen
 - direkte Kosten im Gesundheitswesen
 - Strafverfolgung
- Der grösste Anteil der alkoholabhängigen Menschen (75%) wird zumindest einmal pro Jahr von Allgemeinärztinnen und -ärzten gesehen

Psychische Komorbiditäten

- Depressive Störungen
 - ca. 30–50 % der Betroffenen
 - Alkoholprobleme 2–3× häufiger bei Personen mit Depression
 - Bei älteren depressiven Patient:innen: 15–37 % zusätzlich Alkoholabhängigkeit
- PTBS
 - unter 1 %, aber in klinischen Stichproben deutlich höher 20–40 %
- ADHS
 - 21% der Alkoholabhängigen (Substanzkonsumstörung), 40% entwickeln eine SUD
- Angststörungen (z. B. Generalisierte Angststörung, Panikstörung)
 - ca. 20–40 %
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline PS, Dissoziale PS, Narzisstische PS)
 - ca. 30–60 % in klinischen Populationen
- Weitere Substanzkonsumstörungen (v. a. Nikotin)
 - 50–80 % zusätzlich abhängig

Somatische Komorbiditäten

Lebererkrankungen
Pankreatitis
Kardionepathie
Neurologische Komplikationen

Integrierte Behandlung der Komorbiditäten

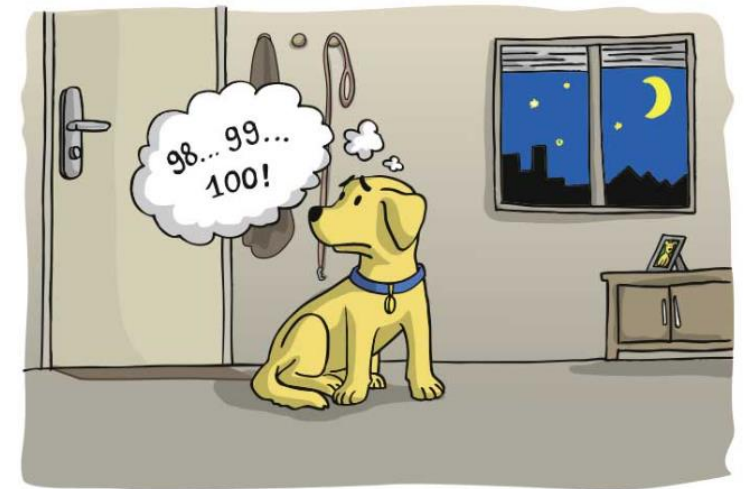
Gründe/ Entstehung

Wie entsteht eine Alkoholabhängigkeit?

Biologische Faktoren

- Genetische Veranlagung
- Belohnungssystem im Gehirn
- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome

**16.3.-22.3.2026 Nationale Aktionswoche für
Kinder von Eltern mit Suchterkrankung**



Wie entsteht eine Alkoholabhängigkeit?

Psychologische Faktoren

- Stressbewältigung
- Selbstmedikation
- Gewohnheitsbildung
- Impulsivität / geringe Selbstkontrolle
- Lernprozesse und Verstärkung

Positive Verstärkung

Negative Verstärkung

Wie entsteht eine Alkoholabhängigkeit?

Soziale Faktoren

- Soziale Akzeptanz
- Gruppendruck
- Kulturelle Normen
- Belastende Lebenssituationen

Wirkung

Wie wird Alkohol in den Körper aufgenommen?

- Ethanol
- Aufnahme im Magen (20%) und Dünndarm (80%) -> Blutkreislauf
- Vor allem in stark durchblutete Organe wie Leber und Gehirn
- Wirkung nach 5-10min, Höhepunkt nach 30-90min
- Verteilungsvolumen abhängig von Körperwasseranteil und Muskelmasse
- Einfluss auf die Aufnahme:
 - Leerer Magen
 - Alles, was die Durchblutung steigert: Wärme, Zucker, Kohlensäure
 - Medikamente
 - Fett verlangsamt die Aufnahme



- Verteilt sich im ganzen Körper und passiert die Bluthirnschranke
- Wirkung auf Gefäße -> Erweiterung → Wärmegefühl
- Blutdruckabfall ggf. Schwindel

ZNS:

- Wirkung von Alkohol im Gehirn über verschiedene Neurotransmittersysteme

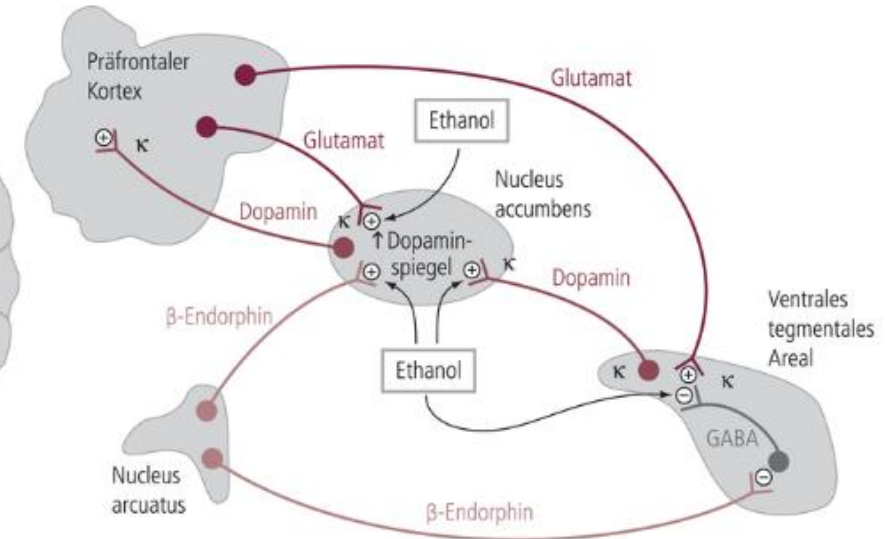
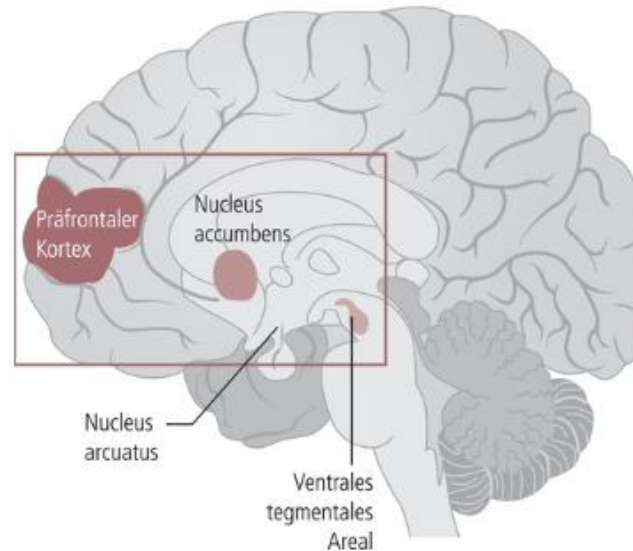
Dopamin → Belohnung

GABA → Sedierung

Glutamat → neuronale Erregung

Endorphine → Verstärkung der Belohnung

Serotonin → Stimmungsaufhellung, Impulsivität



Alkoholabhängigkeit =

Dopamin ↑ + GABA ↑ + Glutamat ↓ + Endorphine ↑

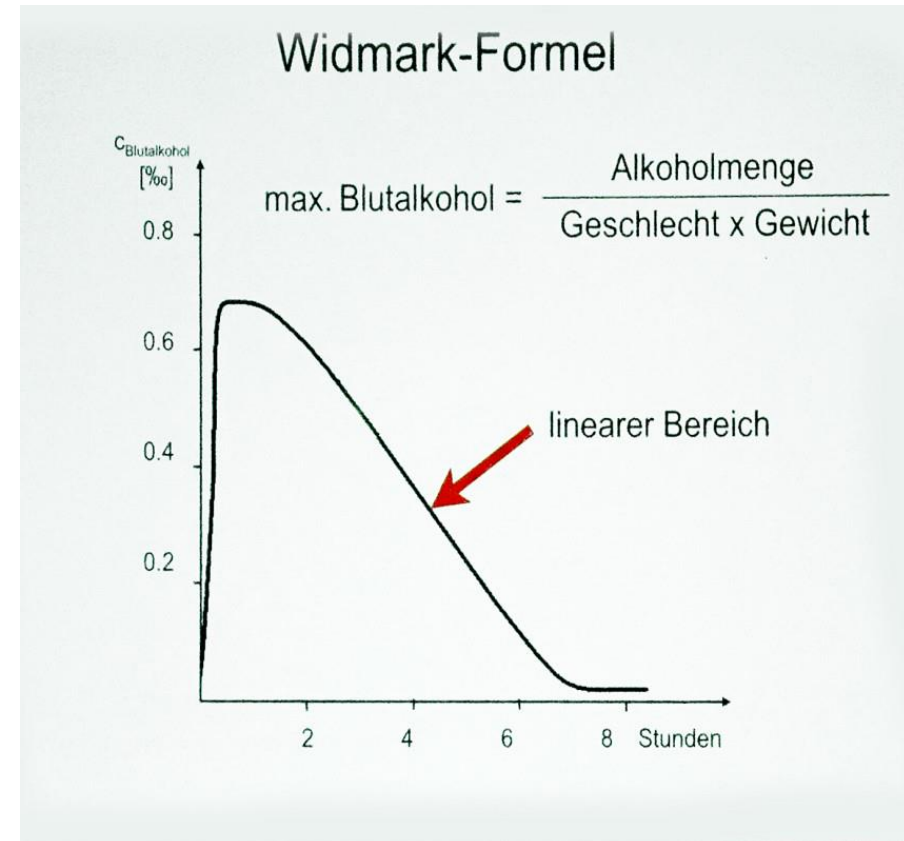
→ Verstärkung des Belohnungssystems

→ Neuroadaptation bei chronischem Konsum

Blutalkoholkonzentration

Abbau

- Leber über verschiedene Enzymsysteme
- Abbau erfolgt linear
- Ca. 0.1 – 0.15 Promille pro Stunde
- Einflussfaktoren:
 - Leberfunktion
 - Gewöhnung
 - Körperwasseranteil
 - Geschlecht
 - Alter



Screening / Diagnostik

CAGE Punkte	
0-1	Alkoholmissbrauch unwahrscheinlich
2-4	Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich

Fragen des AUDIT-C

Frage	Antwortmöglichkeiten und Punkte					
	nie	etwa 1 x monatlich	2-4 x monatlich	2-3 x wöchentlich	4 x oder öfter pro Woche	Punkte
1. Wie oft trinken Sie Alkohol?	0	1	2	3	4	—
	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 bis 9	10 oder mehr	Punkte
2. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke * trinken Sie dann typischerweise?	0	1	2	3	4	—
	nie	< als 1 x monatlich	1 x monatlich	1 x wöchentlich	täglich oder fast täglich	Punkte
3. Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke * getrunken	0	1	2	3	4	—
						Summe aller Punkte

* ein alkoholhaltiges Getränk entspricht: 0,33 l Bier, 0,25 l Wein oder Sekt, 0,04 l Schnaps

AUDIT-C

ab 5 Punkten bei Männern

ab 4 Punkten bei Frauen

Hinweise auf
problematischen Konsum

ICD-10

F10.2 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

- Craving
 - Kontrollverlust
 - Toleranzentwicklung
 - Entzugssymptome
 - Vernachlässigung anderer Aktivitäten
 - Anhaltender Konsum trotz körperlicher oder psychischer Schäden
-
- Zeitkriterium: 12 Monate 3 Kriterien
-

ICD-11

6C40.2 Störungen und Risiken durch Substanzkonsum von Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

- Kontrollverlust
- Physiologische Merkmale: Toleranzentwicklung & Entzugssymptome
- Vorrang des Substanzkonsums: Anhaltender Konsum trotz körperlicher oder psychischer Schäden & Vernachlässigung anderer Aktivitäten
- Zeitkriterium: 2 oder mehr in den letzten 12 Mt. oder kontinuierlich in den letzten 3 Mt.

ICD-10

F10.1 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch

- Konsummuster, dass zu nachgewiesener Gesundheitsschädigung führt
- Schädigung: psychisch, körperlich oder sozial
 - CDT, γ -GT, GOT (ASAT), GPT (ALAT) und MCV
 - sowie bei Leberschädigung Bilirubin, Gerinnungswerte (Quick, INR) und Albumin
- Abhängigkeit nicht erfüllt (z.B. keine Toleranzentwicklung)
- Zeitkriterium: 1Mt. Oder wiederholt in den letzten 12 Mt.

ICD-11

6C40.1 Störungen und Risiken durch Substanzkonsum von Alkohol: schädlicher Gebrauch

- Gesundheitsschäden bei sich o. andern
- Zeitkriterium: kontinuierlicher Konsum 1Mt., episodisch mind. 12 Mt.

Motivationsarbeit

Motivationsarbeit

Motivational Interviewing (Miller & Rollnick)

- Klientenzentrierte, zielgerichtete Gesprächsführung zur Förderung von **Veränderungsmotivation**
- Ziel: **Ambivalenz erkennen und auflösen**, um Verhaltensänderungen zu ermöglichen
- Grundhaltung: **Partnerschaft, Akzeptanz, Mitgefühl, Entlockend**
- Zentrale Prinzipien:
 - Empathie zeigen
 - Diskrepanz zwischen Zielen und Verhalten entwickeln
 - Widerstand nicht konfrontieren, sondern mitgehen
 - Selbstwirksamkeit stärken, Stärkung der Änderungszuversicht

Motivationsarbeit

Motivational Interviewing (Miller & Rollnick)

- Wichtige Gesprächstechniken (OARS):
 - O**ffene Fragen
 - A**nerkennung/Bestärkung
 - R**eflektierendes Zuhören
 - S**ummarizing (Zusammenfassen)
- Info und Rat anbieten (AOA):
 - A**sk: darf ich fragen? Was wissen sie schon?
 - O**ffer: Rat/Info geben
 - A**sk: was haben Sie verstanden?

Ambulanter Alkohol Entzug

Behandlungsphasen



Ambulanter Alkohol Entzug

Abklärung, Vorbereitung

- Anamneseerhebung mit dem Ziel der Klärung von möglichen Kontraindikationen, Motivationsklärung, bisherige Versuche und Resultate, flankierende Massnahmen
- Risikoeinschätzung für erwartete Entzugssymptomatik (LARS)
- Voruntersuchungen in Zusammenarbeit mit den Hausärzt*Innen

Ambulanter Alkohol Entzug

LARS = Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala

Bei Werten über 5 besteht ein erhöhtes Risiko für ein schweres Entzugssyndrom

Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS) (Wetterling 2006)		
Anamnese		
1. Stationäre Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung in der Vorgeschichte)	(2-5=2; 6-10=3; ≥ 11=4)	
2. Ambulante Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung in der Vorgeschichte)	(2-5=2; 6-10=3; ≥ 11=4)	
3. Entzugsdelir(e) in der Vorgeschichte	(Anzahl; ≥ 3=3)	
4. Krampfanfälle im Entzug in der Vorgeschichte	(Anzahl; ≥ 3=3)	
5. gleichzeitiger Medikamentenmissbrauch in den letzten 2 Wochen (Benzodiazepine, Barbiturate, Clomethiazol)	(ja = 1 nein = 0)	
6. regelmässiger Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen	(ja = 1 nein = 0)	
7. Spiegeltrinker, v. a. in den letzten 4 Wochen	(ja = 1 nein = 0)	
8. häufige Schlafstörungen in der letzten Woche	(ja = 1 nein = 0)	
9. häufige Alpträume in der letzten Woche	(ja = 1 nein = 0)	
10. unregelmässige Ernährung in letzter Woche (vorwiegend alkoholisches Getränk, kaum feste Nahrung)	(ja = 1 nein = 0)	
11. mehrfaches Erbrechen in der letzten Woche	(ja = 1 nein = 0)	
Untersuchungsbefunde		
12. Alkoholspiegel (bei Aufnahme)	(Promille)	
13. Tremor (trotz Alkoholspiegel >1 Promille)	(ja = 1 nein = 0)	
14. Schweissneigung (trotz Alkoholspiegel >1 Promille)	(ja = 1 nein = 0)	
15. Pulsfrequenz > 100 (trotz Alkoholspiegel >1 Promille)	(ja = 1 nein = 0)	
16. Krampfanfall (unmittelbar vor Aufnahme bzw. bei Untersuchung)	(Anzahl)	
17. Polyneuropathie	(ja = 1 nein = 0)	
18. Ataxie	(ja = 1 nein = 0)	
19. Natrium (< 136 mmol/l)	(ja = 1 nein = 0)	
20. Kalium (< 3.6 mmol/l)	(ja = 1 nein = 0)	
21. Kalzium (< 2.2 mmol/l)	(ja = 1 nein = 0)	
22. Chlorid (<96 mmol/l)	(ja = 1 nein = 0)	

Ambulanter Alkohol Entzug

Kontraindikation

Relative

- Behandlung mit krampfschwellensenkender Medikation
- Psychiatrische Komorbiditäten v. a. im Zusammenhang mit Impulskontrollstörungen
- Komorbid bestehende Abhängigkeit, insbesondere Benzodiazepinabhängigkeit
- Ungünstige Wohn- und / oder Beziehungskonstellation

Absolute

- Zu erwartende sehr schwere Entzugssymptomatik
- Bereits vorliegende schwere Entzugssymptome mit Prädelir
- Delir und / oder Krampfanfälle in der Vorgeschichte
- Psychotisches Zustandsbild
- Akute Suizidalität
- Schwangerschaft
- Akute körperliche Erkrankungen wie Pankreatitis, Pneumonien oder Ähnliches
- Elektrolytentgleisungen

Ambulanter Alkohol Entzug

Auch AES = **Alkoholentzugssymptome** genannt

Psychisch

- Psycho-motorische Unruhe
- Schwierigkeiten dem Gespräch zu folgen
- Orientierung
- Halluzinationen
- Angst
- Craving

Physisch (vegetativ)

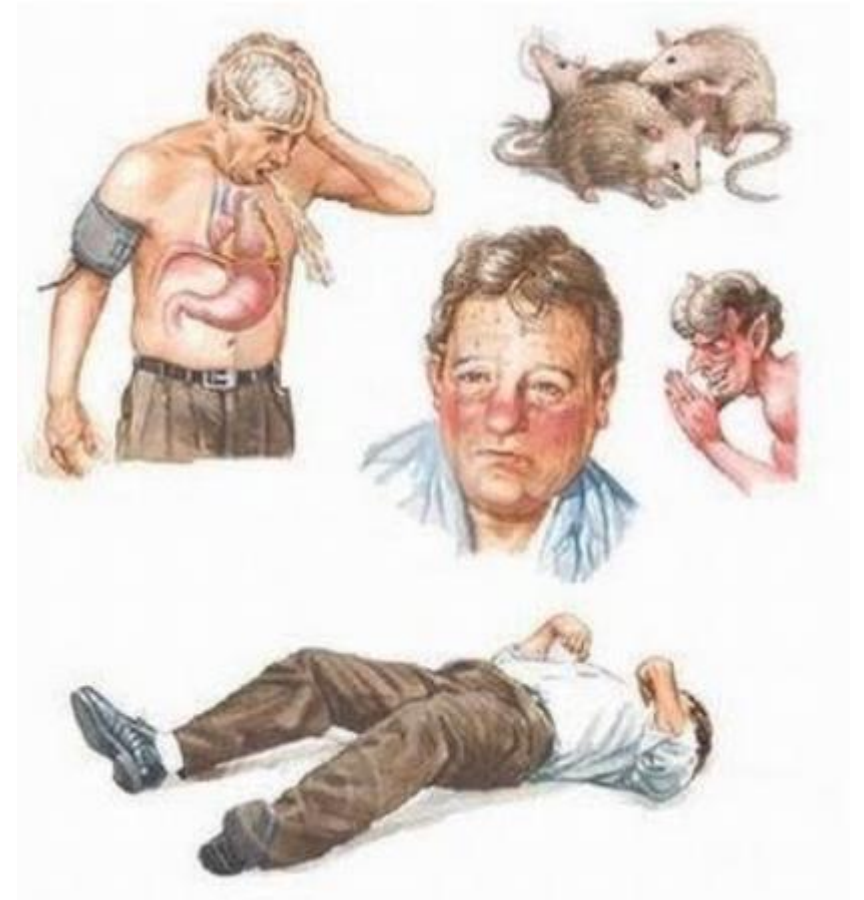
- Pulsfrequenz
- Blutdruck
- Atemfrequenz
- Temperatur
- Schwitzen
- Tremor
- Schlaflosigkeit

Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES-Skala) (Veltrup und Wetterling 1997)					
Vegetative Symptomatik V					
Pulsfrequenz	0: <100	1: 101-110	2: 111-120	3: >120	4: Rhythmusstörungen
Diastolischer Blutdruck	0: <95	1: 95-100	2: 100-105	3: >105	
Temperatur	0: <37.0	1: <37.5	2: <38.0	3: >38.0	
Atemfrequenz	0: <20	1: 20-24	2: >24		
Schwitzen	0: kein	1: leicht (feuchte Hände)	2: deutlich (Stirn und Gesicht)	3: massiv (profuses Schwitzen)	
Tremor	0: kein	1: leicht (Arm vorhalten + Finger spreizen)	2: deutlich (Finger spreizen)	3: schwer (spontan)	
Teilwert vegetative Symptomatik V (max. 18 Punkte) =					
Psychische Symptomatik P					
Psycho-motorische Unruhe	0: keine	1: Nesteln	2: Wälzen	3: will im Bett aufstehen	4: erregt
Kontakt	0: kann kurzem Gespräch folgen	1: leicht ablenkbar	2: schwelt andauernd ab	3: geordnetes Gespräch unmöglich	
Orientierung (Zeit, Ort, Person)	0: voll orientiert	1: eine Qualität gestört	2: zwei Qualitäten gestört	3: drei Qualitäten gestört	
Halluzination (optisch, akustisch, taktil)	0: keine	1: suggestibel (liest vom leeren Blatt)	2: eine Qualität (z.B. optisch)	3: zwei Qualitäten (opt.+taktil)	
Angst	0: keine	1: leicht	2: stark		
Teilwert psychische Symptomatik P (max. 15 Punkte) =					
Summenwert V+P=AES	< 5 leichtes AES		≥ 6 und P<6 mittleres AES		≥ 10 oder P≥ 6 schweres AES
Clomethiazol (wenn <1 Promille) <small>KI: kardiovaskuläre Vorerkrankungen, schwere Leberfunktionsstörung, MW: u. a. Akromegalie, hypokaliäres Bluthochdruck, bronchiale Hyperreaktivität</small>	Keine Medikation erforderlich		2 Kaps/2h (24 Kaps/24h max.) bis AES < 6 Wenn Patient mehr als 12 Kaps/24h benötigt, Kontaktaufnahme mit AA/OA		Verlegung in ein Akutspital P ≥ 6: Cave Delir
Diazepam (wenn <1 Promille) <small>KI: schwere resp. Insuffizienz, schwere Leberfunktionsstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Myasthenia gravis, MW: u. a. Akromegalie, hypokaliäres Bluthochdruck, bronchiale Hyperreaktivität, Tremor, Schwindel</small>	Keine Medikation erforderlich		Initial 10 mg, danach 5-10 mg/2h (max. 20 mg/6h) bis AES < 6 Wenn Patient mehr als 10 mg/6h benötigt, Kontaktaufnahme mit AA/OA		
Lorazepam (wenn <1 Promille) <small>KI: schwere resp. Insuffizienz, schwere Leberfunktionsstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Myasthenia gravis, MW: u. a. Akromegalie, hypokaliäres Bluthochdruck, bronchiale Hyperreaktivität, Tremor, Schwindel</small>	Keine Medikation erforderlich		Initial 2 mg, danach 1-2 mg/2h (max. 5 mg/6h) bis AES < 6 Wenn Patient mehr als 2,5 mg/6h benötigt, Kontaktaufnahme mit AA/OA		
Zeitintervall AES-Bestimmung (36h): 1-stündlich bis AES<6, danach 2-stündlich					
Basistherapie					
Bei hypertensiven Blutdruckkräusen trotz ausreichender Basistherapie		Clonidin D: 75-400 mcg/d, 75-150 mcg/1-2x/d, MWZ durchschnittlich 13h, MW: u. a. Schwindel, KI: schwere Bradykardie			
Basistherapie		Propofol D: 160-320 mg/d, 80-160 mg/2x/d, HWZ: 1-4 h, Retard 10-20 h, MW: u. a. Müdigkeit, Bradykardie, Schlafstörungen, KI: Asthma bronchiale, Bronchospasmus, Bradykardie, Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, metabolische Azidose, längeres Fasten, vor. Hepatolytika			
Bei bekannten Entzugskrämpfen in der Vorgeschichte		Diazepam: mindestens 2x10mg/d bis (sicher antikonvulsiv, ausreichende Wirkdauer), Dosis nach oben gemäß AES anpassen			

Ambulanter Alkohol Entzug

Risiken/ Ängste

- Epileptische Anfälle (6-48h)
- Delirium tremens (48-96h)
- Wernicke- Enzephalopathie (**auch während Konsum**)
 - Augenbewegungsstörungen (Nystagmus, Ophthalmoplegie)
 - Ataxie (Gangunsicherheit)
 - Verwirrtheit
 - Diese Trias ist aber nur bei etwa 10–20 % vollständig vorhanden.
- Korsakow-Syndrom
 - Schwere Gedächtnisstörung (anterograde Amnesie)
 - Konfabulationen (Erfinden von Erinnerungen)
 - Desorientierung
- Immer zuerst Thiamin geben, dann Glukose



Ambulanter Alkohol Entzug

Medikamente - spezifisch

- Leichte Alkoholentzugssyndrome können, mittlere bis schwere müssen medikamentös behandelt werden.
- Benzodiazepine: Medikamente 1. Wahl für ambulanten Entzug
- Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit verwenden (Temesta® 1-4mg/24h; Fortgeschrittene Leberschädigung -> Seresta® 15mg alle Stunde, max. 8x/24h (120mg))
- Hochdosiert Vitamin B zur Verhinderung Wernicke-Korsakow. Vitamin B1 300mg 1-0-0-0, Becozym forte® 1-1-1-0
- Allenfalls zusätzliche Medikamente (Nifedipin, Catapressan, Pantoprazol)
- **nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen unter Medikation**
- **Atemdepression: keine Kombination mit zentral dämpfenden Substanzen/Medikamenten: Alkohol!**

Ambulanter Alkohol Entzug

Ablauf

- Beginn anfangs Woche
- Tägliche Kurzkonsultationen über mindestens 5 Tage: BD/P Messung, Symptomeinschätzung des Entzugs, Motivation hoch halten, Überprüfung der Benzodiazepinmedikation
- Dritter Tag: am meisten Entzugssymptome-> Motivieren!
- Dringend Abbauschema besprechen
- Die Woche darauf: Gespräch anbieten, auch bei Psychologinnen
- Anticraving Medikation ansprechen

Rückfallprophylaxe/ Medikamente/ Entwöhnung

Anti-Craving Medikation

Substanzen

- Campral® (Acamprosate)
 - Naltrexin® (Naltrexon)
 - Selincro® (Nalmefen)
 - Lioresal® (Baclofen)
-
- Abstinenzorientiert vs. Konsumreduktion – patientenzentrierte Zieldefinition.

Acamprosat (Campral®)

Wirkung

- Hemmung der Überaktivität der NMDA-Rezeptoren -> Reduktion Craving
 - Unterstützt das hemmende GABA-System
- ➔ Dadurch wird die Übererregbarkeit des Gehirns nach Alkoholentzug reduziert und das Verlangen nach Alkohol (Craving) nimmt ab.

Indikation

- Längere Aufrechterhaltung der Abstinenz
- Begleitende psychotherapeutische Behandlung



Acamprosat (Campral®)

Vorteile

- Langjährige Erfahrung
- Speziell geeignet für Patienten mit Relief-Craving (Z.B. Unterdrückung der Entzugssymptome)

Nachteile

- Wirkt nur bei jedem 2. bis 3. Patient
- Einnahme 3x 2 Tabletten täglich
- Einnahme nur nach erfolgtem Entzug
- 10% Durchfall als Nw
- Max. 12 Monate durch KK bezahlt



Naltrexon (Naltrexin[®])

Wirkung

- μ -Opiat-Antagonist der dem Suchtdruck (Craving) durch Blockade Dopaminfreisetzung entgegen wirkt -> Abschwächung belohnende Effekte von Alkohol
- Verminderung vom Rausch (bei heavy drinking)

Indikation

- Verminderung von Rückfällen und / oder zur Trinkmengenreduktion
- Unterstützung in Entwöhnung

Nebenwirkung

- sehr häufig: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unruhe, Nervosität
- Häufig: Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Depressionen, Stimmungsschwankungen



Naltrexon (Naltrexin ®)

Vorteile

- Speziell geeignet für Patienten mit Reward-Craving (positiver Effekt der Substanzeinnahme)
- Einfach: Nur eine Tablette am Tag, nur eine Dosierung
- Kein Behandlungsabbruch nach Rückfall

Nachteile

- Nicht einsetzbar bei Opioid-Abhängigkeit oder Behandlung mit Opioid-Analgetika.
- Lebertoxizität
- NNT 9

Dosierung

- Tägliche Einnahme; Einschleichen 1 Woche 0.5 Tbl. (weniger NW)
- Kann auch als Bedarfsmedikation eingenommen werden



Nalmefen (Selincro®)



Wirkung

- Selektiver Opioid-Rezeptor-Ligand: Antagonist am δ - und μ -Opioid-Rezeptor. Partieller Agonist am κ -Opioid-Rezeptor
-> Verringerung Alkoholkonsum
- Verminderung von Rückfällen und/oder Verminderung der Trinkmenge aufgrund von Abschwächung belohnender Effekte von Alkohol

Indikation

- Reduktion des Alkoholkonsums ohne körperliche Entzugserscheinungen
- wenn keine sofortige Entgiftung nötig ist
- wenn Alkoholkonsum auf hohem Niveau persistiert
- in Verbindung mit psychosozialer Unterstützung

Nalmefen (Selincro®)



Vorteile

- Konsumreduktion. Kein Abstinenz-Paradigma. Alkoholkonsum (in moderaterer Form) kann weiter erfolgen.
- einmal tägliche Einnahme (idealerweise 1-2 h vor voraussichtlichem Trinkbeginn)
- Einnahme bei Bedarf oder täglich.
- Keine arzneimittel-induzierte Leberschädigung

Nachteile

- v.a. Schlafstörungen, Schwindel, Nausea, Kopfschmerzen.
- Die Nebenwirkungen schwächen sich nach klinischer Erfahrung im Verlauf der Behandlungszeit ab
- Keine Einnahme bei gleichzeitiger Opioid-Einnahme (Analgetika)

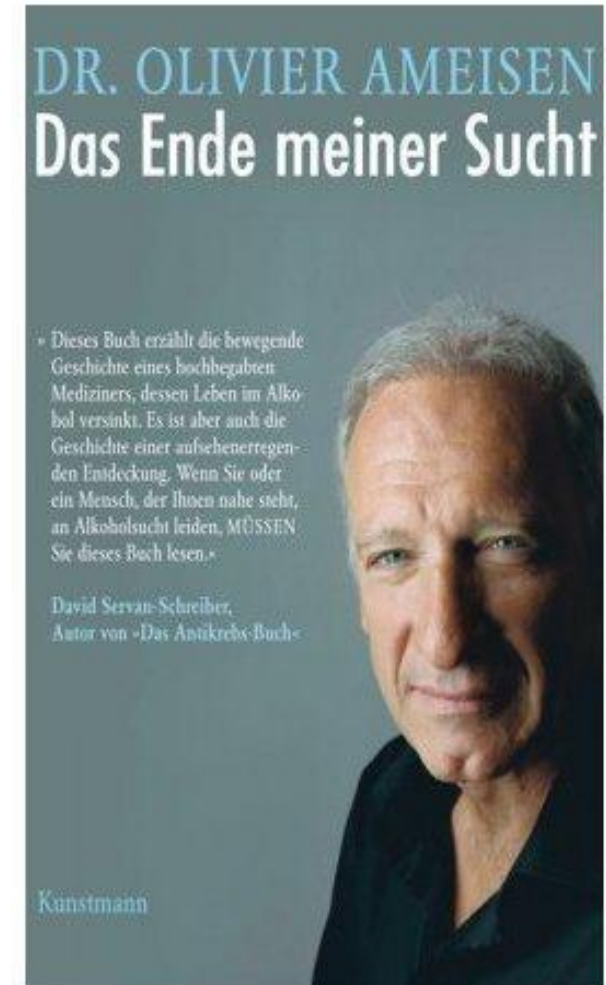
Baclofen (Lioresal ®)

Wirkung

- GABA B-Rezeptor-Agonist
- Direkte und indirekte Unterdrückung der Dopaminfreisetzung im Nucleus Accumbens -> Reduktion von Alkohol-Craving.

Indikation

- Behandlung von muskulärer Spastizität bei Multipler Sklerose
- Keine Zulassung in der Schweiz für Alkoholabhängigkeit -> Off Label- Use



Baclofen (Lioresal®)

Vorteile

- Reduktion von Craving oft beobachtbar.
- Sedierung kann Alkoholwirkung imitieren. Zudem Anxiolyse.

Nachteile

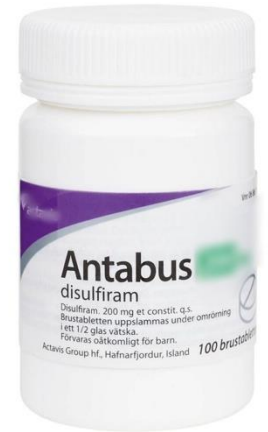
- Nicht zugelassen -> wird nicht bezahlt von KK
- Kosten: 2.95 CHF/24h bei vom Hersteller empfohlener Höchstdosis von 80mg
- Sedierung, Benommenheit
- Anspruchsvolle Einstellung, da Aufdosierung nötig und wirksame Dosis individuell unterschiedlich.
- Gefahren bei gleichzeitiger Nutzung anderer Sedativa (Alkohol, Opioide, Benzodiazepine)
- **Nicht abrupt absetzen!**



Disulfiram (Antabus®)

Aversives Medikament

- Wirkung: Hemmung Aldehyddehydrogenase (ALDH) -> Anstieg Acetaldehyd (giftig) -> "Flush-Syndrom«: anfallsartige Rötung; Herzrasen, Übelkeit, Zittern, Kopfschmerzen, Schwindel
- Früher: „Trinkversuch“: Einnahme von Alkohol nach dreitägiger Disulfiram – Einnahme-> heute nicht mehr
- Indikation:
 - Nie erste Wahl
 - Abstinenz
 - Gute Compliance
 - Wenn möglich kontrollierte Abgabe



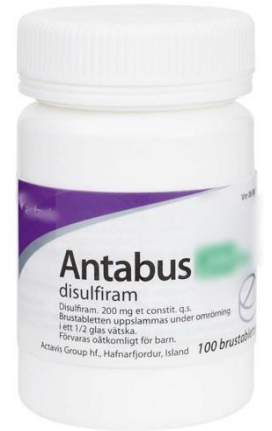
Disulfiram (Antabus ®)

Nebenwirkungen

- Vorübergehend Benommenheit, Antriebsmangel aber auch –steigerung, allergische Hautreaktion, Kopfschmerzen, Durchfall, Verstopfung, metallischer/ knoblauchähnlicher/schwefliger Geschmack im Mund
- nach längerer Einnahme (6-12 Monate) gelegentlich Libidoverlust/ Impotenz
- Medikamentöse Hepatitis
- Cave: Nahrungsmittel mit Alkohol (Essig u.ä.) können Flash auslösen

Kontrollen:

- Vorher: EKG, Laborkontrolle Leberwerte
- Min. 3-tägige Abstinenz vor erster Einnahme
- Laborkontrollen während Einnahme: In den ersten drei Monaten alle zwei Wochen, danach alle drei bis sechs Monate Kontrolle der Leberwerte empfohlen

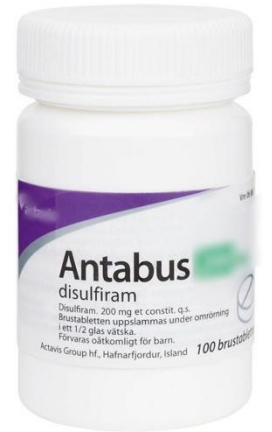


Disulfiram (Antabus[®])

Kontrindikation

- Ausgeprägte psychiatrische Komorbidität (akute Manien, Psychosen, Suizidalität)
- Leberfunktionsstörungen
- Epilepsie
- Periphere Polyneuropathie
- Schwangerschaft
- Nieren- oder Herzerkrankungen

Fragwürdiges therapeutisches Konzept



Suchtspezifische Behandlung (in der Forel Klinik)

Zielsetzung der Behandlung

- Stabilisierung des Konsumzieles:
 - Abstinenz
 - befristete Abstinenz
 - kontrollierter Konsum
 - schadensmindernder Konsum
- Diagnostik und Mitbehandlung psychiatrischer Komorbiditäten:
 - Screening: ADHS, BDI, CTQ bei Verdacht
 - weitere Abklärungen inkl. neuropsychologische Abklärungen
- Integration
 - Planung und Vorbereitung beruflicher Wiedereingliederungsprozess
 - Aufbau Fähigkeit zur Selbststrukturierung des Alltags

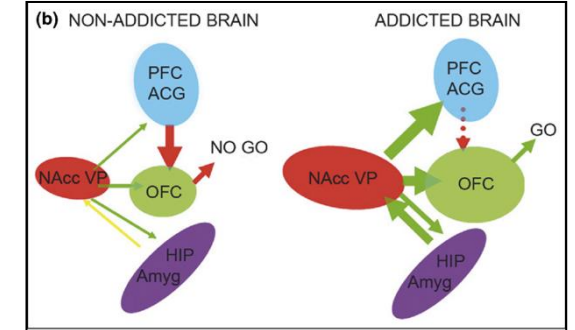
Hauptziel: Selbstbestimmteres Leben nach eigenen Vorstellungen und Wünschen

Suchtspezifische Behandlung (in der Forel Klinik)

Johann Hari, 2016

Störungsverständnis

- Abhängigkeitserkrankungen sind Folgen problemverschärfender Problemlösestrategien.
- Sie haben sich verselbstständigt – reduzierte Selbstkontrolle (Baler & Volkow, 2006).
- Verhaltensveränderungen fordern von den Erkrankten wesentlich mehr Anstrengungen als von Nichtbetroffenen.
- Betroffene leiden und wollen das ändern.
- Betroffene haben ihre Schwierigkeiten nicht sämtlich selbst verursacht und sind i.d.R. Symptomträger eines kranken Systems,
- aber nur sie können und müssen sie lösen.
- Zugrunde liegen nachhaltig verletzte psychische Grundbedürfnisse und erlebter Zwang, negative Affekte vermeiden zu müssen.



Suchtspezifische Behandlung

Andere Anlaufstellen

Suchtberatungen/-fachstellen

Gruppentherapeutische Angebote

Selbsthilfegruppen

Peer Arbeit

Angehörigenarbeit



Suchthilfe
Suchtfachstelle

**16.3.-22.3.2026 Nationale Aktionswoche für
Kinder von Eltern mit Suchterkrankung**

Take Home Message

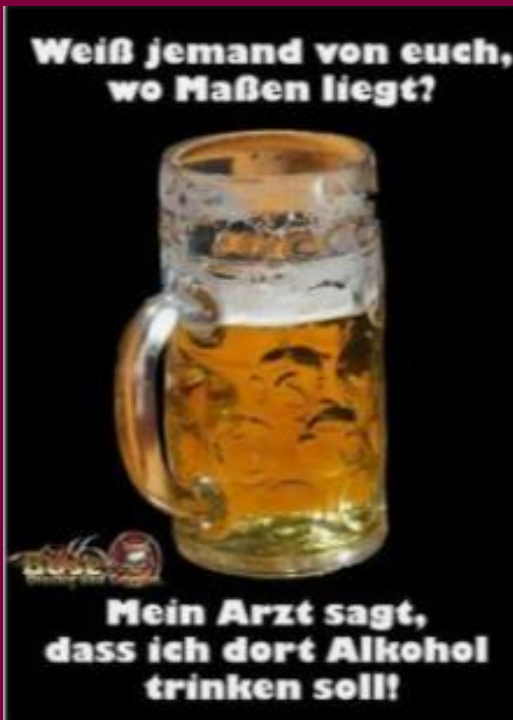
- Alkoholabhängigkeit ist eine chronische, behandelbare Erkrankung.
- Abhängigkeit entsteht selten plötzlich. Meist entwickelt sie sich schleichend.
- Komorbiditäten: sind eher die Regel als die Ausnahme – integrierte Behandlung notwendig.
- Motivation ist dynamisch – nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Behandlung.
- Ambulante Entzugs- und Rückfallbehandlung ist sicher möglich – bei richtiger Indikationsstellung.
- Hauptziel von Suchtspezifischen Behandlungen: Selbstbestimmteres Leben nach eigenen Vorstellungen und Wünschen.

- Die Hausarztpraxis ist der wichtigste Ort für Früherkennung.

Erfolgreich diskutieren

Besser argumentieren, andere überzeugen





Müssen wir als Behandler_innen umdenken?

Wie stehe ich als Behandler_in den WHO Empfehlungen gegenüber?

Empfehle ich noch ein Gläschen?

Kläre ich über die Folgen des Konsums auf?

Habe ich dazu eine dezidierte Meinung oder nicht?

Schliesse ich von mir auf meine Patient_innen?



Anmeldungen:

www.forel-klinik.ch

Quellen:

Sucht Schweiz: <https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/alkohol/>

AWMF-DGPPN-DG-SUCHT. S3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen", Langfassung. AWMF Online; 2020. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001I_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2025-01-verlaengert.pdf (Stand: 24.04.2025)

BAG: <https://www.bag.admin.ch/de/nationale-strategie-sucht>

MonAM: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/risikoreicher-alkoholkonsum-alter-15>

The Lancet: <https://www.thelancet.com/article/S0140-6736%2818%2930134-X/fulltext>

SoykaM, Batra A, Heinz A et al. Suchtmedizin. München, Deutschland: Elsevier; 2019

Praxis Suchtmedizin Schweiz: <https://praxis-suchtmedizin.ch/index.php/de/alkohol>

www.compendium.ch

Medien: Tagesanzeiger, NZZ, Blick, SRF