CURAVIVA

Sucht im Alter

Faktenblatt

Mit der steigenden Lebenserwartung in der Gesellschaft nimmt auch die Zahl der Menschen im Alter mit einer Suchterkrankung zu, die auf pflegerische Dienstleistungen im ambulanten oder (teil-)stationären Bereich angewiesen sind. Die Suchtproblematik im Kontext von Pflege und Betreuung stellt Pflegefachleute und -organisationen somit auch künftig vor grosse Herausforderungen. Im vorliegenden Faktenblatt werden die wichtigsten Informationen bezüglich Sucht im Alter und insbesondere zum Umgang mit Suchtbetroffenen erläutert. Nicht alle psychoaktiven (bewusstseinsverändernden) Substanzen sind dabei von gleich grosser Bedeutung. Im Folgenden wird der Fokus auf Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel gelegt, da diese beiden Substanzen von Menschen im Alter am häufigsten konsumiert werden. Unter Punkt sechs (weiterführende Quellen) finden sich zudem Links mit Informationen zum Konsum von und Umgang mit weiteren Suchtmitteln.

Das Faktenblatt behandelt folgende Themen:

1. Alkohol und Medikamente: Verbreitung in der älteren Bevölkerung
2. Definition von Sucht
3. Früherkennung und -Intervention: Alkohol
4. Früherkennung und -Intervention: Medikamente
5. Umgang mit Sucht im Pflegealltag – Grundlagen und Instrumente für die Praxis
6. Weiterführende Links und Informationen

1. Alkohol und Medikamente: Verbreitung in der älteren Bevölkerung

Keine Altersgruppe weist einen höheren Anteil an Personen auf, die chronisch-risikoreich konsumieren, als die über 65-Jährigen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022 (BFS, 2024) zeigt: fast ein Viertel aller Personen im Rentenalter konsumieren täglich Alkohol. Der tägliche Alkoholkonsum ist bei Männern ab 65 Jahren am häufigsten anzutreffen (31%). Bei Frauen ab 65 Jahren ist es knapp jede siebte (14%) (BFS, 2024). 5,7 Prozent der Männer und 4 Prozent der Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren weisen einen chronisch-risikoreichen Alkoholkonsum mit mittlerem oder hohem Gesundheitsrisiko[1] auf (BFS, 2023). Auch die regelmässige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine, Z-Drugs) steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere bei Frauen, deutlich an: 6,5 Prozent der über 70-

[1] Der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum «(...) gibt den Anteil der 15-jährigen und älteren, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, dessen (gemäss Selbstangabe) durchschnittlich täglicher Alkoholkonsum ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko darstellt. Ein mittleres Gesundheitsrisiko entspricht bei Frauen 20g bis 40g reinem Alkohol bzw. 2 bis 4 Standardgläsern und bei Männern 40g bis 60g bzw. 4 bis 6 Standardgläsern pro Tag. Ein hohes Gesundheitsrisiko entspricht bei Frauen über 40g reinem Alkohol bzw. über 4 Standardgläsern, bei Männern über 60g bzw. über 6 Standardgläsern pro Tag. Ein Standardglas (= ein Glas Bier / Wein etc.) entspricht 10g bis 12g reinem Alkohol» (Obsan, 2025a).

Branchenverband von
ARTISET
Föderation der Dienstleister
für Menschen mit Unterstützungsbedarf

jährigen Frauen konsumieren fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel (Obsan, 2025b). Ausserdem nimmt rund ein Fünftel der Personen ab 55 Jahren Alkohol oft in Kombination mit Medikamenten ein, was zusätzliche Risiken birgt, insbesondere dann, wenn zwei oder mehr Gläser Alkohol konsumiert werden (BAG, 2018. Da die kombinierte Einnahme von Medikamenten und Alkohol schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen kann, wird auch dieser Aspekt thematisiert.

2. Definition von Sucht

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen wird nach der Intensität und den damit verbundenen Risiken sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft unterschieden (Fachverband Sucht, SBK / ASI, Infodrog, 2020). Es wird von folgenden drei Formen des Konsums gesprochen, wobei die Übergänge dazwischen fliessend sind:

- **Risikoarmer Konsum** umschreibt den Konsum psychoaktiver Substanzen in einem Mass und unter Umständen, die für die betroffene Person und ihr Umfeld risikoarm oder nicht schädlich sind (s. dazu Hinweis unten).
- **Problematischer Konsum** kann zu Schäden für die einzelne Person und ihr Umfeld führen. Es wird zwischen drei Konsummustern mit unterschiedlichem Schadenspotenzial unterschieden: (1) Exzessiver Konsum, (2) chronischer Konsum und (3) situationsunangepasster Konsum.
- **Sucht (Abhängigkeit)** charakterisiert einen Konsum, der auch dann weiterbesteht, wenn schwerwiegende gesundheitliche und / oder soziale Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld eintreten. Eine Abhängigkeit liegt laut der ICD-10 der WHO dann vor, wenn in den letzten drei Monaten mindestens drei der folgenden Kriterien aufgetreten sind (Fachverband Sucht, 2019):
  - Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychoaktive Substanzen zu konsumieren
  - Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
  - Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
  - Nachweis einer Toleranz
  - Fortschreitende Vernachlässigung von Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
  - Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger, schädlicher Folgen wie zum Beispiel Leberschädigung durch exzessives Trinken

Eine Abhängigkeit ist eine Krankheit und erfordert immer eine medizinische Diagnose durch Fachpersonen. Sie ist ein komplexes multikausales Phänomen – ihr zugrunde liegen oftmals verschiedene biologische, psychische, physische und soziale Ursachen und Faktoren (bio-psycho-soziales Modell).
In Bezug auf den Alkoholkonsum galt bislang die Empfehlung (s. u.a. Alter und Sucht, o.D.), dass gesunde erwachsene Männer nicht mehr als zwei Standardgetränke[2] Alkoholisches und gesunde erwachsenen Frauen nicht mehr als ein solches pro Tag konsumieren sollten. Für ältere Personen den Alkohol langsamer verstoffwechseln, wurde die als risikoarme Trinkmenge für diese Gruppe niedriger angesetzt (siehe dazu unten mehr). Neuere Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge an Alkohol oder gar protektive Effekte des Alkoholkonsums gibt (WHO 2023).

[2] Ein Standardgetränk (ca. 10-12 g reiner Alkohol) entspricht ca. 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 4 cl Spirituosen (Alter und Sucht, o.D.).

2.1 Spezifika von Sucht im Alter und Folgen der Konsumation

Da sich mit zunehmendem Alter der Prozess der Verstoffwechselung (Metabolisierung) ändert, wird beim Konsum von Alkohol und auch Medikamenten zu mehr Vorsicht aufgerufen. Es muss bedacht werden, dass diese Veränderung eine reduzierte Alkoholtoleranz und veränderte Nebenwirkungen von Medikamenten zur Folge haben kann.

2.1.1 Alkohol

Mit zunehmendem Alter ist beim Alkoholkonsum Vorsicht geboten. Da mit dem Älterwerden der Wasseranteil des Körpers abnimmt, wird der Alkohol in weniger Flüssigkeit verteilt und der Blutalkoholgehalt gesteigert, weshalb ältere Menschen sensibler auf Alkohol reagieren. Mehrere Studien zeigen, dass die physiologischen Veränderungen im Alter eine reduzierte Alkoholtoleranz zur Folge haben können (Kunz et al., 2014, Del Giorno et al., 2017). Das heisst, dass im Alter ein problematischer (d.h. sich negativ auf die Lebensqualität auswirkender) Konsum auch ohne Steigerung des absoluten Konsums entstehen kann.
Hoff et al. (2017) fassen die Risiken und Folgen eines problematischen, d.h. eines übermässigen Alkoholkonsums bei Menschen im Alter zusammen:

- Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln (siehe dazu auch Kunz et al., 2014);
- Erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko;
- Erhöhtes Risiko für komorbide psychische Erkrankungen (z.B. Depression);
- Beeinträchtigungen basaler Alltagsaktivitäten und kognitiver Funktionen, alkoholbedingte neuropsychiatrische Komplikationen (insb. Delir, amnestisches Syndrom), neuropsychologische Defizite (ausser Wernicke-Korsakow-Syndrom und Alkoholfolgekomplikationen wie z. B. Hirninfarkte);
- Erhöhtes Risiko demenzieller Erkrankungen (aber: Studienlage zu dieser Aussage ist widersprüchlich).

Dabei muss bedacht werden, dass gerade Symptome wie Vergesslichkeit, Apathie, eine gewisse Verwirrtheit oder auch Stürze zu den gängigen Alterserscheinungen gehören (können) und dadurch eine Früherkennung erschweren.

2.1.2 Medikamente

Medikamente bringen vielen Menschen eine Verbesserung der Lebensqualität, sie können aber auch problematische Nebenwirkungen und Abhängigkeiten zur Folge haben. Wie beim Alkohol gilt auch bei der Einnahme von Medikamenten: Mit zunehmendem Alter verändert sich die Reaktionsweise des Körpers auf die Substanzen, das heisst es bestehen «(…) altersbedingte(n) Veränderungen in der Pharmakinetik, die die Absorption, Distribution, den Metabolismus und die Eliminierung des Medikaments beeinflussen, und auf altersbedingte Veränderungen in der Pharmakodynamik zurückzuführen sind, welche durch die mögliche veränderte Rezeptorsensitivität zu veränderter Wirksamkeit der Medikation führen kann» (Kunz et al., 2014).
Hoff et al. (2017) nennen folgende Nebenwirkungen, die bei einer längeren Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (v.a. Benzodiazepine und Z-Drugs) auftreten können: Zittern, Schwindel, Ängste, Depressionen, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Gewichtsverlust, Aggressivität, Vernachlässigung der Körperhygiene, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit und Persönlichkeitsveränderungen. Ergänzend ist auf eine vermehrte Gangunsicherheit mit einem erhöhten Risiko für Stürze, Gedächtnislücken mit demenzähnlichen Symptomen sowie paradoxe Wirkungen der Medikamente hinzuweisen. «Eine weitere gefürchtete Folge der Langzeitbehandlung ist zudem auch der Anstieg des Risikos für

Suizid und Suizidgedanken (...)» (Del Giorno et al., 2017). Nicht zuletzt kann eine längere Einnahme dieser Medikamente zu einer Abhängigkeit führen.
Die Tatsache, dass viele dieser Symptome normale Alterserscheinungen darstellen, erschwert das Erkennen einer Abhängigkeit. Zudem werden gerade auch die Absetzeffekte teils als die (ursprünglich) zu behandelnden Symptomen fehlinterpretiert.

2.1.3 Wechselwirkung

Grundsätzlich ist davor zu warnen, Arzneimittel und Alkohol gleichzeitig einzunehmen, da es zu verschiedenen Wechselwirkungen kommen kann (ZFPS und Sucht Schweiz, 2020). Besonders problematisch sind die Nebenwirkungen des Alkohols wie veränderte Verhaltensweisen, Schläfrigkeit, Schwindel, Blutdruckabfall und Halluzinationen. Medikamente, die ähnlich wirken (z.B. Blutdruckmedikamente oder Schlafmittel), verstärken die Effekte von alkoholischen Getränken. Eine differenzierte und individuelle Analyse sowie Beobachtung bilden eine Voraussetzung, um die oft komplexe gesundheitliche Situation von Menschen im Alter und deren Medikamenten- und Alkoholkonsum beurteilen zu können (ZFPS und Sucht Schweiz, 2020). Wichtig ist zudem, dass bei einem vorliegenden Mischkonsum unbedingt eine Ärztin oder ein Arzt zu konsultieren ist.

2.2 Unterscheidung «early onset» vs. «late onset» und mögliche Gründe für das Ausbrechen einer Sucht im Alter

Bei Menschen im Alter mit einer Suchtproblematik, welche seit dem frühen oder mittleren Erwachsenenalter besteht, spricht man von einer «early onset» (früh manifestierten) Sucht. Bei Menschen, die erst im Alter eine Suchtproblematik entwickeln, spricht man folglich von «late onset» (spät manifestiert). Im Alter können Veränderungen der Lebenssituation (zum Beispiel Pensionierung, Verlust von Autonomie, Krankheit, Tod von Partnerinnen oder Partnern, Angehörigen oder Freunden) die Entstehung einer Sucht begünstigen.

3. Früherkennung und Frühintervention: Alkohol

Ziel der Früherkennung und Frühintervention (F+F) ist es, eine Suchtgefährdung oder gar eine Abhängigkeit, vor ihrem Entstehen beziehungsweise ihrer Manifestation zu verhindern.
Einerseits geht es dabei um das Erkennen der Suchtgefährdung oder der Abhängigkeit. Dazu sollten Fachpersonen im Erkennen (und im Umgang) mit einer Suchtgefährdung respektive einer Abhängigkeit geschult werden. Zentral ist ebenfalls, dass sie im Entwickeln einer Haltung zum Thema unterstützt werden. Wichtiges Hilfsmittel dafür kann ein Frühinterventionskonzept sein. Solch ein Konzept bildet die Basis für F+F und gewährt den Mitarbeitenden mehr Handlungssicherheit. Zudem bietet es für die gefährdeten Personen eine (frühzeitige) Unterstützung. Auf der Plattform Alter und Sucht finden sich ein Anschauungsbeispiel zu F+F in einer Altersinstitution (s. hier) sowie eine Vorlage zur Erarbeitung eines Frühinterventionskonzeptes (s. hier).
Wurde eine Sucht(-gefährdung) erkannt, kann in einem nächsten Schritt die Frühintervention gestartet werden. Dies kann beispielsweise durch motivierende Gesprächsführung, altersgerechte Wissensvermittlung, Unterstützung zur Selbsthilfe und auch durch die Verstärkung ärztlicher oder pflegerischer Begleitung geschehen. Eine weitere Möglichkeit der Frühintervention ist, Betroffene zu motivieren, den eigenen

Konsum selbstständig zu protokollieren und die Ergebnisse mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zu besprechen (Alter und Sucht, 2020).

4. Früherkennung und Frühintervention: Medikamente

In Bezug auf den Medikamentenmissbrauch ist die Ausgangslage für unterstützende Massnahmen häufig komplexer, da Medikamente in der Regel ärztlich verschrieben werden. Dies kann dazu führen, dass die Patientin oder der Patient sich nicht aktiv mit dem Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme auseinandersetzt, da die Verantwortung dafür dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zukommt beziehungsweise überlassen wird. In dieser Hinsicht ist immer die enge Zusammenarbeit der Pflegefachpersonen mit den Ärztinnen und Ärzten angezeigt. Erhöhte Achtsamkeit ist insbesondere dann geboten, wenn die Vermutung besteht, dass verschiedene Medikamente über verschiedene Quellen (z.B. verschiedene Ärztinnen und Ärzte) bezogen beziehungsweise verschrieben werden und diese keine Kenntnis voneinander haben. So kann sich unbemerkt eine Überdosierung oder ein systematischer Medikamentenmissbrauch entwickeln (Alter und Sucht, 2020).
Die häufig zur Akutbehandlung von psychischen Störungen (Ängste, depressive Zustände, etc.) eingesetzten Benzodiazepine oder Z-Drugs (z. B. Temesta ®, Seresta ®) können schwere Nebenwirkungen (erhöhte Sturzgefahr, Atemdepression, Delir, Abhängigkeit bei Toleranzentwicklung) haben (CURAVIVA Schweiz, 2021). Für die Behandlung von BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) wird von ihrer Anwendung abgeraten (CURAVIVA Schweiz, 2021), und der Verein smarter medicine empfiehlt: «(...) Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte auf Alkoholentzugserscheinungen/Delirium tremens oder schwere generalisierte Angststörungen, die nicht auf andere Therapien ansprechen, beschränkt sein» (smarter medicine, o.D). Wichtig ist zudem, die Betroffenen über die Risiken aufzuklären und eine regelmässige Überprüfung der Medikation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt vorzunehmen (oder dies für den Betroffenen zu übernehmen).
Weiterführende Informationen, insbesondere auch zu nichtmedikamentösen Alternativen, finden sich im Leitfaden «Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer Symptome bei Menschen mit Demenz» (CURAVIVA Schweiz, 2021, derzeit in Überarbeitung).

5. Umgang mit Sucht im Pflegealltag – Grundlagen und Instrumente für die Praxis

Auch wenn die Zahlen zum problematischen Konsum von Alkohol und Medikamenten in Pflegeinstitutionen absolut betrachtet niedrig sind, stellt die Pflege von Menschen im Alter mit einer Abhängigkeit oder einer Suchtgefährdung hohe Anforderungen an alle involvierten Fachpersonen und Organisationen und kann als hohe Belastung empfunden werden. Erfahrungen aus der Pflegepraxis zeigen: Eine klare Haltung zum Thema Sucht, geregelte Abläufe und die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe können helfen, kritische Situationen zu entschärfen. Geschulte und sensibilisierte Fachpersonen und interprofessionelle sowie interdisziplinäre Kooperationen sind Schlüsselfaktoren für eine optimale Versorgung von Suchtbetroffenen im Alter (Bachmann et al., 2019). Ebenso wichtig kann in diesem Kontext auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Suchtbetroffenen sein.
Eine gute Basis für den professionellen Umgang mit Suchtbetroffenen in Institutionen bildet die Erarbeitung eines Frühinterventionskonzepts (siehe Kapitel 3.1). Eine professionelle Versorgung hat nicht nur für

die Betroffenen positive Effekte, sondern auch für die Fachpersonen. Sie leiden unter anderem weniger unter moralischem Stress und verfügen über mehr Sicherheit im Umgang mit Betroffenen.

Aus einer Zusammenarbeit zwischen Institutionen aus dem Suchtbereich sowie der Pflege sind verschiedene Praxisinstrumente entstanden, die im Pflegealltag angewendet werden können. Eine **Sammlung von Praxisleitfäden und Orientierungshilfen** ist hier abrufbar; zudem stehen mehrere aktuelle Fachartikel zur Thematik hier und hier zum Download bereit.
Gemäss Studien sind Behandlungen der Suchtproblematik bei Menschen im Alter erfolgreicher oder mindestens ebenso erfolgreich wie bei jüngeren Personen (Hoff et al., 2017). Eine Behandlung lohnt sich und kann zu mehr Lebensqualität führen. Jedoch ist es wichtig, die Autonomie der Betroffenen zu wahren. Jede Person hat auch ein Recht darauf, risikoreich zu konsumieren und Hilfe zu verweigern – falls dem so ist, und sie keine Gefahr für sich oder ihre Umwelt darstellt, muss dieser Entscheid ebenfalls akzeptiert werden.

6. Weiterführende Links und Informationen zum Thema

- **Infodrog** – die Schweizer Koordinations- und Fachstelle Sucht bietet ein umfassendes Themendossier mit vielen Informationsmaterialien zum Thema Sucht und Alter.
  infodrog.ch
- Der **Fachverband Sucht** führt ein umfassendes Themendossier mit zahlreichen Informationen und Praxisinstrumenten zum Thema Sucht im Alter.
  fachverbandsucht.ch
- Diverse Infomaterialien für die Zielgruppe ältere Menschen und ihre Angehörigen finden sich auf der Plattform **Sucht Schweiz**, dem nationalen Kompetenzzentrum für Prävention, Forschung und Wissensvermittlung im Suchtbereich. Hier finden sich auch Faktenblätter und Broschüren in neun verschiedenen Sprachen.
  suchtschweiz.ch
- **Alter und Sucht** – eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten.
  alterundsucht.ch
- Informationen für Fachpersonen aus dem Pflegebereich und der Altersarbeit zu diesem Thema stellt die **ZFPS**, (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs) bereit.
  suchtimalter.ch

7. Quellen

- Alter und Sucht (2020). Fachpersonen: Alkohol und Medikamente. Frühintervention. Zuletzt abgerufen am 21.10.2025.
- Bachmann, A., et al. (2019). Kooperation zwischen Pflege und Suchthilfe verbessern. In CURAVIVA Fachzeitschrift 19(11), S. 35-37.
- BAG (2018). Faktenblatt: Gleichzeitiger Konsum von Alkohol und Arzneimitteln bei älteren Personen. Zuletzt abgerufen am 31.10.2025.

- BFS (2024). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Alkoholkonsum in der Schweiz von 1992 bis 2022. Zuletzt abgerufen am 16.09.2025.
- BFS (2023). Chronischer Alkoholkonsum. Daten-Tabelle. Zuletzt abgerufen am 8.10.2025.
- CURAVIVA Schweiz (2021). Leitfaden: Beurteilung und Therapie von BPSD. Zuletzt abgerufen am 8.10.2025.
- Del Giorno, R., et al. (2017). Benzodiazepine bei älteren Menschen. «Smarter Medicine»: Empfehlungen der Top-5-Liste für den Spitalbereich. In Swiss Medical Forum, 17(8), S. 176–178.
- Fachverband Sucht (2019). Konzept - Genuss, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in Alterszentren. Zuletzt abgerufen am 9.10.2025.
- Fachverband Sucht, SBK / ASI, Infodrog (2020). Empfehlungen - Umgang mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in der professionellen Pflege älterer Menschen. Zuletzt abgerufen am 9.10.2025.
- Hoff, T., et al. (2017). Sucht im Alter – Massnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Kunz, I., et al. (2014). Alkohol- und Benzodiazepinkonsum bei älteren und hochbetagten Menschen – Ergebnisse aus dem INTERREG-Projekt Alter und Sucht. In: Suchttherapie (15), S. 105–112.
- Meyer- Massetti, C. und Gisler, S. (2019). Benzodiazepine und Z-Drugs in der häuslichen Pflege. In Sucht Magazin 19(5), S. 22–29.
- Obsan (2025a). MonAM: Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+). Zuletzt abgerufen am 8.10.2025.
- Obsan (2025b). MonAM: Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. Chronische Medikamenteneinnahme (Alter: 15+). Zuletzt abgerufen am 8.10.2025.
- smarter medicine - Choosing Wisely Switzerland (o.D.). Empfehlungen für die Geriatrie. Zuletzt abgerufen am 9.10.2025.
- World Health Organization (WHO) (2023). Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. Zuletzt abgerufen am 31.10.2025.
- ZFPS (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs) und Sucht Schweiz. (2020). Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten Informationen für Fachpersonen aus dem Pflegebereich und der Altersarbeit. Zuletzt abgerufen am 14.11.2025.

Herausgeber
CURAVIVA
Zieglerstrasse 53, 3007 Bern

Zitierweise
CURAVIVA (2025), Faktenblatt: Sucht im Alter. Hrsg.: CURAVIVA

Fachlektorat
Alwin Bachmann, Infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht
Jonas Wenger und Olayemi Omodunbi, Fachverband Sucht

Auskünfte/Informationen
Anna Jörger, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

© CURAVIVA, 2025