

## 2.1 Alkohol

*Jakob Manthey, Carolin Kilian*

### Zusammenfassung

Da der Alkoholkonsum in Deutschland in den letzten fünf Jahren stagniert, werden die international vereinbarten Ziele zur Reduktion des Konsums voraussichtlich verfehlt. Etwa 44.000 Todesfälle pro Jahr sind in Deutschland auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Neben denjenigen, die Alkohol trinken, sind auch Kinder, Familienangehörige und unbeteiligte Dritte vom Alkoholkonsum anderer Personen betroffen. Auf der Grundlage aktueller Forschungserkenntnisse wird seit einigen Jahren davon ausgegangen, dass es keinen risikofreien oder gar gesundheitsförderlichen Alkoholkonsum gibt. Um die hohen gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums zu reduzieren, müssten vor allem die Verbrauchssteuern auf Alkohol stark angehoben und Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit gestärkt werden. Da diese Maßnahmen jedoch unzureichend umgesetzt sind, belegt Deutschland im europäischen Vergleich zusammen mit Österreich den vorletzten Platz in Sachen Alkoholpolitik.

### Abstract

*As alcohol consumption levels in Germany have been stagnating over the past five years, the internationally agreed targets for reducing consumption are likely to be missed. Approximately 44,000 deaths per year are attributable to alcohol use in Germany. In addition to those who drink alcohol, children, family members and uninvolved third parties are also affected by the alcohol consumption of others. Based on the latest evidence, it can be assumed that there is no safe level of alcohol consumption or even health benefits from drinking. To lower the high health and social costs of alcohol consumption, it would be required to significantly increase excise duties on alcohol and to strengthen measures to restrict availability. However, as these measures have not been adequately implemented, Germany ranks second to last in Europe in terms of alcohol policy, together with Austria.*

## 1 Alkoholkonsum in der Bevölkerung

In diesem Kapitel beschreiben wir die beiden wichtigsten Datenquellen zur Erfassung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung: bevölkerungsbasierte Befragungen und Verkaufs- bzw. Steuerstatistiken.

### 1.1 Alkoholkonsum in bevölkerungsbasierten Befragungen

Dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zufolge gaben im Jahr 2024 etwa 69 % der 18- bis 64-Jährigen an, Alkohol in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben (Olderbak et al., 2025). Die Konsumprävalenz ist dabei bei Männern (73 %) höher als bei Frauen (64 %). Auch episodisches Rauschtrinken, d. h. der Konsum von mehr als 5 alkoholischen Getränken (60 Gramm Reinalkohol) zu einer Gelegenheit in den vergangenen 30 Tagen, zeigt sich bei Männern (36 %) deutlich häufiger als bei Frauen (17 %). Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass das selbstberichtete Rauschtrinken unter Männern gegenüber 1995 deutlich zurückgegangen ist (48 % vs. 34 % in 2021), während die Verbreitung dieses besonders risikoreichen Konsummusters unter Frauen weitgehend stabil blieb (1995: 20 %; 2021: 17 %) (Möckl et al., 2023). Unter Frauen im Alter von 18 bis 24 Jahren stieg episodisches Rauschtrinken in diesem Zeitraum sogar deutlich an (1995: 23 %; 2021: 31 %).

Der ESA 2024 stellt zudem Schätzungen zur 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV zur Verfügung (Olderbak et al., 2025). Demnach leben in Deutschland 1,7 Millionen Menschen (3 %) im Alter von 18 bis 64 Jahren, bei denen ein Alkoholmissbrauch vorliegt, sowie weitere 2,16 Millionen (4 %) mit Abhängigkeit.

Aufgrund methodischer Einschränkungen, wie mangelnde Repräsentativität von Personen mit aktiver Alkoholproblematik und der Erfassung von Diagnosekriterien im Selbstbericht, ist davon auszugehen, dass die genannten Zahlen eine Unterschätzung darstellen. Im Gesundheitssystem ist dagegen nur ein kleiner Teil der Betroffenen erfasst. Daten aus Hamburg zeigen, dass lediglich 1,5 % der Versicherten aus zwei gesetzlichen Krankenversicherungen mit einer Alkoholabhängigkeit diagnostiziert werden (Manthey et al., 2025).

### 1.2 Pro-Kopf-Alkoholkonsum

Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA; englisch: alcohol per capita, APC) beschreibt das Volumen von Reinalkohol in Liter (L), welches im Durchschnitt von einer in Deutschland lebenden Person im Alter von 15 Jahren oder älter

**Tab. 1:** Registrierter Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA) in Liter Reinalkohol nach Getränkeart und Gesamt

Jahr	Bier	Wein <sup>1</sup>	Spirituosen	Andere <sup>2</sup>	Registrierter PKA	Gesamter PKA <sup>3</sup>
2010	5,9	3,2	2,4	0,03	11,6	12,2
2011	6,0	3,4	2,4	0,03	11,8	12,4
2012	5,8	3,4	2,5	0,02	11,7	12,3
2013	5,7	3,5	2,4	0,02	11,7	12,2
2014	5,7	3,4	2,5	0,02	11,6	12,1
2015	5,6	3,3	2,5	0,02	11,4	11,9
2016	5,6	3,3	2,5	0,03	11,4	11,9
2017	5,4	3,3	2,5	0,03	11,3	11,8
2018	5,4	3,3	2,6	0,03	11,3	11,9
2019	5,3	3,2	2,4	0,03	10,9	11,5
2020	5,0	3,3	2,3	0,04	10,7	11,2
2021	4,9	3,3	2,4	0,04	10,6	11,1
2022	5,1	3,2	2,5	0,05	10,8	11,3
2023	4,9	3,1	2,4	0,05	10,3	10,8
2024	4,7	3,1	2,7	0,07	10,5	11,0

Mehr Details zur Berechnung einschließlich der Datengrundlagen können unter OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>) eingesehen werden.

<sup>1</sup> Wein einschließlich Sekt; <sup>2</sup> Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops

Bevölkerungsumfang 15 Jahre oder älter nach DESTATIS (GENESIS Tabelle 12411-0041)

<sup>3</sup> Gesamter PKA = registrierter PKA + Konsum unregistrierter Alkohol + Adjustierung für Konsum durch Tourismus

in einem Jahr getrunken wird. Der PKA ist demnach ein Durchschnittswert für die gesamte Bevölkerung und schließt sowohl Personen ein, die Alkohol trinken, als auch solche, die keinen Alkohol konsumieren. Indem der PKA aus Daten der Verkaufs- und Steuerstatistik berechnet wird, unterliegt dieser keinen Verzerrungen durch mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität sowie ungenauen Angaben im Selbstbericht.

Konsistente Zeitreihen auf Basis derselben Berechnungsmethodik vom PKA liegen seit dem Jahr 2010 vor und sind in Tab. 1 dargestellt.

Die dargestellte Zeitreihe des PKA basiert auf einer neuen Berechnungsgrundlage, die für das DHS Jahrbuch Sucht 2026 in Zusammenarbeit mit DESTATIS harmonisiert wurde. Im Vergleich zu den im DHS Jahrbuch Sucht 2025 dargestellten Zahlen wurden in diesem Jahr die Verbrauchsschätzungen verschiedener Getränke und die Bevölkerungszahlen von DESTATIS übernommen, sowie die Schätzungen zum nicht-registrierten und touristischen Konsum durch die WHO aktualisiert. Durch diese Korrekturen ist der registrierte PKA leicht gestiegen und der Gesamt PKA leicht gesunken.

Nach einer Dekade graduellen Rückgangs liegt der registrierte PKA auf Basis der Verkaufs- und Steuerstatistiken seit dem Jahr 2019 konsistent unter 11 Litern. Zwischen 2019 und 2024 lag der Durchschnitt bei 10,6 Litern. Unter Berücksichtigung des Konsums nicht-registriertem Alkohols (z. B. nicht versteuerter Wein) und des Konsums von Alkohol während Auslandsreisen ergibt sich ein Gesamt-PKA für das Jahr 2024 in Höhe von 11,0 Litern. Europäische Vergleichsdaten liegen seitens der WHO als 3-Jahresdurchschnitt für das Jahr 2022 vor (World Health Organization, 2025). Der 3-Jahresdurchschnitt des PKA im Jahr 2022 lag in Deutschland bei 11,1 Litern und damit höher als der Durchschnitt in Westeuropa<sup>1</sup> (10,8), Nordeuropa<sup>2</sup> (10,5), Osteuropa<sup>3</sup> (10,9) und Südeuropa<sup>4</sup> (9,3).

Deutschland hat sich als Mitgliedsstaat der WHO dazu verpflichtet den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um mindestens 10 % zu verringern (World Health Organization, 2024a). Der Gesamt-PKA zwischen 2010 und 2024 ist um 9,8 % zurückgegangen (registrierter PKA: -9,5 %), daher könnte das selbstgesteckte Ziel möglicherweise verfehlt werden.

## 2 Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland

In diesem Kapitel stellen wir aktuelle Zahlen und Hintergründe zu den gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums für Konsumierende und Dritte vor. Wir gehen dabei insbesondere darauf ein, wie der Umfang der Todesfälle, die auf Alkohol zurückgehen, in international vergleichenden Studien geschätzt werden.

### 2.1 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol steht im Zusammenhang mit mehr als 200 Erkrankungen und Verletzungen. Dabei lassen sich gesundheitliche Folgen unter-

---

<sup>1</sup> Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Niederlande, Schweiz

<sup>2</sup> Ålandinseln, Dänemark, Estland, Färöer-Inseln, Finnland, Guernsey, Island, Irland, Isle of Man, Jersey, Lettland, Litauen, Norwegen, Svalbard und Jan Mayen, Schweden, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

<sup>3</sup> Belarus, Bulgarien, Tschechien, Ungarn, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Slowakei, Ukraine

<sup>4</sup> Albanien, Andorra, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Gibraltar, Griechenland, Heiliger Stuhl, Italien, Malta, Montenegro, Nordmazedonien, Portugal, San Marino, Serbien, Slowenien, Spanien

scheiden, die auf den akuten bzw. den chronischen Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

Unfälle, Gewalt, Suizid sowie die Übertragung von sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich dem Human Immundefizienz-Virus (HIV) können die Folge eines einmaligen Alkoholkonsums sein bzw. durch diesen begünstigt werden. Der entscheidende Mechanismus ist hierbei die enthemmende bzw. sedierende Wirkung des Ethanols, der neben Wasser zentraler Bestandteil alkoholischer Getränke ist und im Gehirn wirkt. Auch bei langjährigem (chronischen) Konsum von Alkohol können Unfälle, Suizid und sexuell übertragbare Erkrankungen vermehrt auftreten, was sich neben der enthemmenden Wirkung des Alkohols auch durch langfristige Veränderungen im Gehirn erklären lässt.

Durch den chronischen Konsum insbesondere größerer Mengen Alkohol steigt das Risiko einer Vielzahl von Erkrankungen, einschließlich Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. Leberzirrhose), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck), neuropsychiatrischen und psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Alkoholabhängigkeit), Diabetes Typ 2 und Krebs.

Um den Zusammenhang von chronischem Alkoholkonsum mit unterschiedlichen Erkrankungen zu verstehen, ist es notwendig, sich die Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge näher anzuschauen. Dabei unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungsrisiko je nach Erkrankung. Das heißt erstens, dass es keine Menge Alkohol gibt, die bei allen Erkrankungen zu einem vergleichbar erhöhten Erkrankungsrisiko für Männer und Frauen führt; und zweitens steigt das Risiko für verschiedene Krankheiten mit zunehmender Konsummenge in unterschiedlichem Maße an. So steigt beispielsweise das Risiko für Leberzirrhose erst, wenn im Durchschnitt täglich mehr als zwei kleine Bier ( $\geq 30$  g Reinalkohol) getrunken werden. Für Krebserkrankungen hingegen steigt das Erkrankungsrisiko bereits mit geringen täglichen Trinkmengen. Schätzungsweise geht jede vierte Brustkrebserkrankung, die durch Alkoholkonsum bei Frauen verursacht wird, auf den sogenannten moderaten Konsum zurück, also auf den durchschnittlichen Gebrauch von weniger als 0,5 Liter Bier ( $\leq 20$  g Reinalkohol) pro Tag (World Health Organization, 2020).

## 2.2 Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität

Wie im vorherigen Kapitel umrissen, steht der Konsum von Alkohol, insbesondere höherer Mengen, in einem kausalen Zusammenhang mit dem Risiko unterschiedlicher Erkrankungen sowie Unfällen. Falls der Konsum von Alkohol

über eine Erkrankung schließlich zu einem Todesfall führt, so ist der Todesfall ursprünglich auf Alkohol zurückzuführen, also alkohol-attributabel. Um den Umfang der alkohol-attributablen Mortalität zu bestimmen, wird geschätzt welcher Anteil der Todesfälle einer bestimmten Erkrankung in einer Population (z. B. in Deutschland) auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Diese Schätzungen der Anteile (d. h. Prozente), werden alkohol-attributable Fraktionen (AAF) genannt und sie werden für jede Erkrankung separat bestimmt, da der Einfluss von Alkohol sich über verschiedene Erkrankungen hinweg unterscheidet (zur Berechnung s. Kraus et al., 2023).

Am einfachsten ist die Bestimmung der AAF für Diagnosen im ICD-10, die per Definition nur auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Hierzu gehören Alkoholkonsumstörungen (Diagnose: F10) und alkoholische Leberzirrhose (K70), aber auch weniger häufige Erkrankungen wie alkoholische Gastritis (K29.2) oder alkoholische Kardiomyopathie (I42.6). Für diese Erkrankungen liegt die AAF bei jeweils 100 %, d. h. sie sind durch Abstinenz von Alkohol vollständig vermeidbar.

Die Bestimmung der AAF für Erkrankungen und Verletzungen, bei denen Alkohol nur einer von vielen Ursachen ist, beruht dagegen auf statistischen Schätzmodellen. Diese kombinieren kurz zusammengefasst zwei Komponenten:

- 1) die Menge des konsumierten Alkohols und
- 2) das Erkrankungs- oder Sterberisiko bei bestimmten Mengen des Alkoholkonsums (beschrieben in sogenannten Risikofunktionen).

Details zur Methodik werden an anderer Stelle genau beschrieben (Kehoe et al., 2012).

Zwei unterschiedliche Arbeitsgruppen haben in den letzten Jahren wiederholt Schätzungen für die alkohol-attributable Mortalität in Deutschland angefertigt. Da sich die Methoden zwischen den Arbeitsgruppen leicht unterscheiden, ergeben sich für bestimmte Erkrankungen unterschiedliche Ergebnisse – wie in Tab. 2 dargestellt.

Die Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basieren auf den Arbeiten der Forschenden am Centre for Addiction and Mental Health in Toronto. Aus einer im Jahr 2025 veröffentlichten Studie kann die Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität für alle Länder weltweit für das Jahr 2019 entnommen werden (Shield et al., 2025). Durch die Anwendung der gleichen Methodik wurde in einer separaten Studie geschätzt, dass in Deutschland 21.700 Erwachsene im Alter von 15 bis 69 Jahren im Jahr 2021 an den Folgen von Alkoholkonsum gestorben sind (Kraus et al., 2024).

Die Schätzungen der Global Burden of Disease (GBD) Studie basieren auf den Arbeiten der Forschenden am Institute for Health Metrics in Seattle. Die

**Tab. 2:** Anzahl alkohol-attributabler Todesfälle in unterschiedlichen Schätzungen

Erkrankung	WHO <sup>1</sup>		GBD <sup>2</sup>	
	N	%	N	%
<b>Übertragbare Erkrankungen</b>	1.851	4,0	1.756	4,2
Tuberkulose	106	0,2	105	0,2
Infektionen der unteren Atemwege	1.719	3,7	1.651	3,9
Sexuell übertragbare Krankheiten ohne HIV/AIDS	0	0,0	/	/
HIV/AIDS	24	0,1	/	/
<b>Nichtübertragbare Erkrankungen</b>	35.959	77,8	38.031	90,3
Krebserkrankungen (z. B. Darm- und Brustkrebs)	13.480	29,1	14.848	35,2
Gastrointestinale Erkrankungen (z. B. Leberzirrhose und Pankreatitis)	11.569	25,0	11.089	26,3
Alkoholkonsumstörungen	6.257	13,5	6.851	16,3
CVD (z. B. Schlaganfall)	4.197	9,1	4.083	9,7
Neurologische Erkrankungen <sup>a</sup>	676	1,5	331	0,8
Diabetes Mellitus	-219	-0,5	829	2,0
<b>Verletzungen</b>	8.434	18,2	2.339	5,6
Nicht-intentionale Verletzungen <sup>b</sup>	5.915	12,8	1.505	3,6
Intentionale Verletzungen <sup>c</sup>	2.519	5,4	834	2,0
<b>Gesamt</b>	46.244	100	42.127	100

Dargestellt sind die Anzahl der alkohol-attributablen Todesfälle für unterschiedliche Erkrankungen und Verletzungen. Die Fallzahlen für übertragbare Erkrankungen, nichtübertragbare Erkrankungen und Verletzungen ergeben Gesamt. Die unter diesen drei großen Kategorien eingerückten Erkrankungen und Verletzungen sind jeweils untergeordnete Kategorien von Todesursachen (z. B. Krebserkrankungen als Teil von nichtübertragbaren Erkrankungen). Die Prozentangaben sollten entsprechender dieser Hierarchien interpretiert werden und beziehen sich immer auf die Gesamtzahl der alkohol-attributablen Todesfälle. Theoretisch protektive Effekte von Alkohol werden als negative, also vermiedene, Todesfälle angegeben.

<sup>1</sup> Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2019, aus Shield et al., 2025: doi:10.1016/S2468-2667(25)00174-4

<sup>2</sup> Schätzungen der Global Burden of Disease (GBD) Studie 2023 für das Jahr 2023, aus: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

<sup>a</sup> umfasst Epilepsie bei der WHO und Epilepsie & Alzheimer bei GBD

<sup>b</sup> einschließlich Transportunfälle

<sup>c</sup> einschließlich Suizide und Homizide

Schätzungen der alkohol-attributablen Mortalität für unterschiedliche Jahre und Länder können in einem Datenbrowser abgerufen werden (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2025).

Die Methodik von WHO und GBD unterscheiden sich in zahlreichen Aspekten (s. Chrystoja et al., 2021, für einen umfassenden Vergleich). Im Folgenden sollen drei maßgebliche Unterschiede kurz erläutert werden:

- 1) Schätzung des Einflusses jeglichen Alkoholkonsums (WHO) vs. Schätzung des Einflusses hohen Alkoholkonsums;
- 2) Berücksichtigung unterschiedlicher Erkrankungen;
- 3) unterschiedliche Annahmen in den Risikofunktionen.

Erstens unterscheiden sich die beiden Schätzmethode in der Definition des geringsten Risikos in Bezug auf Alkoholkonsum. In der WHO-Methodik wird angenommen, dass Lebenszeitabstinenz das geringste Risiko birgt, womit die Schätzungen den Einfluss jeglichen Alkoholkonsums berücksichtigt. Dies schließt mögliche protektive Effekte mit ein. In der GBD-Studie wird hingegen nicht der gesamte Einfluss von Alkoholkonsum auf die Sterblichkeit erfasst, sondern seit GBD 2021 nur noch der Einfluss von „high alcohol use“. Dabei wird eine Menge Alkoholkonsum bestimmt, die aufgrund angenommener protektiver Effekte geringer Trinkmengen Alkohol für ausgewählte Erkrankungen theoretisch das geringste Gesundheitsrisiko aufweist: das sogenannte „theoretical minimum risk exposure level“ (TMREL).

Das TMREL wird pro Region, Jahr, Geschlecht und Altersgruppe geschätzt und maßgeblich über die Verteilung der alkohol-attributablen Disability-Adjusted Life Years (DALYs; deutsch: krankheitsbedingte Verlustjahre) bestimmt (s. Seite 193 ff. in Supplement 2 von Hay et al., 2025). Ein TMREL von 0 Getränken bedeutet, dass eine komplette Abstinenz mit dem geringsten Gesundheitsrisiko einhergeht. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um ein theoretisches Maß handelt und keinen Grenzwert für einen weniger riskanten Alkoholkonsum oder gar eine Empfehlung für moderaten Konsum darstellt.

Ein TMREL nahe 0 ist vor allem bei jüngeren Altersgruppen zu beobachten, unter denen alkohol-attributable Sterbefälle vor allem durch Unfälle, Krebs- und Lebererkrankungen charakterisiert sind. Mit steigendem Alter erkranken jedoch mehr Personen an Herz-Kreislaufkrankungen. Bei koronarer Herzkrankheit, einer bestimmten Herz-Kreislaufkrankung, wird in beiden Studien derzeit davon ausgegangen, dass ein geringer Alkoholkonsum – ohne Rauschtrinken – das Erkrankungsrisiko nicht steigert, sondern reduziert. Allerdings wird dieser mögliche protektive Effekt durch neuere Studien infrage gestellt (z. B. (Millwood et al., 2019); Meta-Analyse: (Carr et al., 2024); für eine Diskussion der Studienlage: (Piano et al., 2025); siehe auch Beitrag „Alkoholbezogene Störungen: körperliche Folge- und Begleiterkrankungen“ in diesem Jahrbuch für eine tiefere Diskussion der schädlichen Auswirkungen von Alkoholkonsum). Ungeachtet von möglichen protektiven Effekten für einzelne Erkrankungen, erhöht ein moderater Alkoholkonsum das Risiko für andere Gesundheitsprobleme (z. B. Krebserkrankungen sowie andere Herzerkrankungen), weshalb nur durch Abstinenz das Risiko auf 0 gesenkt werden kann.

Durch die angenommenen protektiven Effekte liegt das TMREL in der GBD-Studie nicht in jedem Alter bei 0, sondern steigt mit zunehmendem Alter an. Im Jahr 2020 lag in Westeuropa das TMREL unter 15- bis 19-Jährigen bei vollständiger Abstinenz (0 Gramm Reinalkohol), bei 30- bis 34-Jährigen bereits zwischen 1,2 und 1,6 Gramm Reinalkohol täglich. Bei 65- bis 69-Jährigen geht die GBD-Studie davon aus, dass das geringste Gesundheitsrisiko beim täglichen Konsum von 4,2 bis 4,9 Gramm Reinalkohol liegt, also durchschnittlich etwa 150 ml Bier täglich (s. Tab. 3 in Supplement 2 von Hay et al., 2025).

Auf Basis der verfügbaren Informationen lässt sich nicht genau bestimmen, wie sich die Berücksichtigung des TMREL auf die Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität auswirkt. Es ist jedoch anzunehmen, dass mit steigendem Alter der negative Einfluss geringer Konsummengen auf bestimmte Erkrankungen, z. B. Krebs, nicht in den Schätzungen berücksichtigt wird.

Zweitens unterscheiden sich die beiden Schätzmethode in der Berücksichtigung verschiedener Erkrankungen und Unfallarten. Wie in Tab. 2 dargestellt, wird in der GBD-Studie der Einfluss von hohem Alkoholkonsum auf sexuell übertragbare Erkrankungen sowie HIV/AIDS nicht berücksichtigt (zu den kausalen Zusammenhängen, s. Rehm et al., 2017; Scott-Sheldon et al., 2016). Andererseits geht der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Demenz nicht in die WHO-Schätzung ein (für den kausalen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Demenz, s. Kilian et al., 2023a). Diese Erkrankungskategorien machen jedoch nur einen sehr kleinen Teil der alkohol-attributablen Mortalität aus und sind daher für die methodischen Unterschiede nur wenig bedeutsam.

Drittens wird in der GBD-Studie der Einfluss von episodischem Rauschtrinken nicht berücksichtigt, obwohl dieses ein maßgebliches Gesundheitsrisiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Unfälle darstellt. Da der mögliche protektive Effekt moderaten Alkoholkonsums für koronare Herzkrankheit durch Rauschtrinken ausgeglichen wird (Roerecke, Rehm, 2014), adjustieren die WHO-Schätzungen für diesen Einfluss.

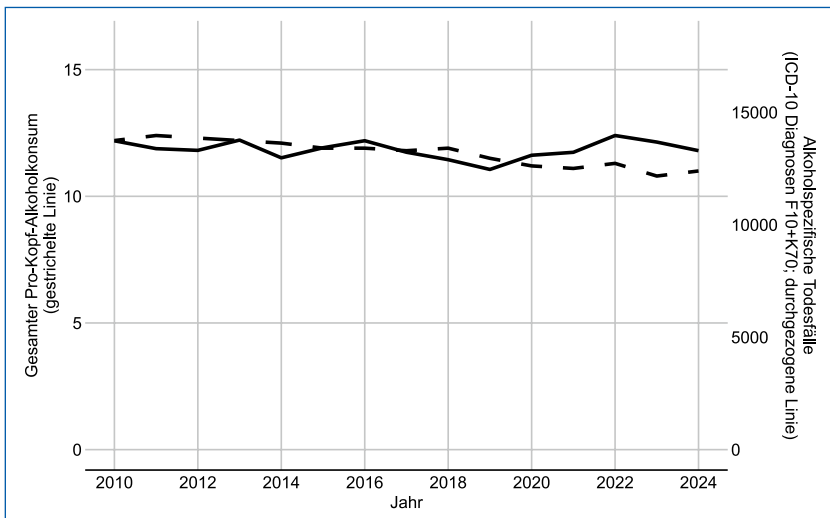
Ungeachtet dieser methodischen Unterschiede kommen beide Arbeitsgruppen zu ähnlichen Schätzungen hinsichtlich des Umfangs der alkohol-attributablen Todesfälle. Aus dem Mittelwert der beiden Schätzungen (42.127 bzw. 46.244 Todesfälle) lässt sich ableiten, dass derzeit jährlich rund 44.000 Todesfälle in Deutschland auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

### 2.3 Trends alkoholspezifischer Todesfälle

Unter den ca. 44.000 alkohol-attributablen Todesfällen (s. Tab. 2) sind ca. 13.000 auf Alkoholkonsumstörungen (F10) und alkoholische Leberzirrhose (K70) zurückzuführen. Beide Diagnosegruppen zusammen machen also einen relevanten Teil der alkohol-attributablen Mortalität aus. Wenn Diagnosen wie diese ausschließlich auf Alkoholkonsum und keine anderen Faktoren zurückzuführen sind, nennt man sie auch alkoholspezifische Diagnosen. Da diese Todesursachen auf sehr starken Alkoholkonsum über viele Jahre zurückzuführen sind, können sie als Indikator für eine unzureichend behandelte Alkoholabhängigkeit interpretiert werden.

Der Verlauf der alkoholspezifischen Sterbefälle zwischen 2010 und 2024 ist in Abbildung 1 dargestellt. Parallel zum sehr leichten Rückgang des PKA ist seit 2010 auch die Anzahl der Todesfälle minimal zurückgegangen. Dieser Trend wurde im Jahr 2020 unterbrochen: der PKA ist weiter leicht zurückgegangen, aber die Anzahl alkoholspezifischer Todesfälle ist leicht angestiegen. Während in den Jahren 2017 bis 2019 noch im Jahresmittel 12.861 Personen an einer Alkoholkonsumstörung oder alkoholischer Leberzirrhose gestorben sind, waren das 13.429 Personen in den Jahren 2020 bis 2022 (+4 %). Dieser gegenläufige

**Abb. 1:** Verlauf von Pro-Kopf-Alkoholkonsum (gestrichelte Linie) und alkoholspezifischer Todesfälle (durchgezogene Linie; Summe der Fälle mit Todesursache F10 und K70) zwischen 2012 und 2024; Mortalitätsdaten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025)



Trend von PKA und alkoholspezifischer Mortalität wurde in mehreren europäischen Ländern beobachtet (Kilian et al., 2023b). Daten aus Deutschland deuten darauf hin, dass die beobachteten Trendumbrüche während der COVID-19-Pandemie einerseits durch Verschiebungen im Alkoholkonsumverhalten (Manthey et al., 2020) und andererseits durch eine Unterversorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit zu erklären ist (Manthey et al., 2023). Seit 2022 ist die alkoholspezifische Mortalität wieder leicht rückläufig, allerdings weiterhin auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2024 sind 71.892 Erwachsene im Alter von 30 bis 59 Jahren gestorben – 4.734 davon durch eine Alkoholkonsumstörung oder alkoholische Leberzirrhose (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2025). Diese beiden alkoholspezifischen Erkrankungen bleiben also eine der häufigsten Todesursachen vor dem Renteneintrittsalter und nehmen damit weiterhin negativen Einfluss auf die Lebenserwartung in Deutschland, welche seit 2023 erstmals unter dem europäischen Mittelwert liegt (Eurostat, 2025).

## 2.4 Soziale und Gesundheitsfolgen des Alkoholkonsums gegenüber Dritten

Die dargestellten Trends zu den alkoholspezifischen Todesfällen beziehen sich auf die Gesundheitsfolgen der Konsumierenden und lassen Schäden gegenüber Dritten, z. B. durch Verkehrsunfälle oder Gewalt unter Alkoholeinfluss, außen vor. Im Jahr 2024 wurden rund 14.340 (4 % aller) Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss und rund 96.960 (19 % aller) Tatverdächtige bei Körperverletzungsdelikten unter Alkoholeinfluss registriert (Bundeskriminalamt, 2025; Statistisches Bundesamt, 2025). Alkoholeinfluss impliziert hier jedoch nicht, dass der Vorfall kausal auf Alkoholkonsum zurückzuführen wäre. Die Zahl alkohol-attributabler Vorfälle, d. h. solche, zu denen es ohne Alkoholkonsum nicht gekommen wäre, wurden für das Jahr 2014 einmalig geschätzt. Demnach gab es in Deutschland ca. 1.200 tödliche Unfälle im Straßenverkehr (45 % aller Unfälle) und 55 tödliche Gewaltdelikte (15 % aller tödlichen Gewaltdelikte), die auf den Alkoholkonsum einer dritten Person zurückzuführen war (Kraus et al., 2019). Berücksichtigt man ferner Vorfälle ohne tödlichen Ausgang sowie Vandalismus, ist davon auszugehen, dass der physische, psychische und materielle Schaden deutlich höher ausfällt.

Von den sozialen Folgen des Alkoholkonsums ist insbesondere das unmittelbare Umfeld von Personen mit schwerem Alkoholkonsum, d. h. Partnerinnen und Partner sowie Kinder, betroffen. Basierend auf Daten des ESA wird geschätzt, dass bis zu 1,25 Millionen Kinder in Deutschland mit einem El-

ternteil aufwachsen, welches die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt (Kraus et al., 2021). Werden die Unterschätzung von Alkoholabhängigkeit im ESA und weitere riskante Konsummuster (z. B. wiederholte Rauschtrinkepisoden oder anhaltender, schwerer Konsum) berücksichtigt, fällt diese Zahl sehr wahrscheinlich deutlich höher aus. Kinder, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, haben ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen (z. B. Depression oder Angststörungen) und fangen häufiger selbst an, frühzeitig Alkohol zu trinken.

### 3 Revision der Leitlinie Alkohol

Im Jahr 2008 wurde auf Grundlage des damaligen Kenntnisstands vorgeschlagen, dass ein risikoarmer Konsum vorliegt, wenn an mind. 2 Tagen pro Woche kein Alkohol konsumiert wird, Rauschtrinken vermieden wird, bestimmte Bevölkerungsgruppen (u. a. Schwangere, Jugendliche) komplett auf Alkohol verzichten und der tägliche Gebrauch von max. 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol nicht überschritten wird (Seitz et al., 2008).

Inwiefern diese Empfehlungen dem Stand der Forschung entsprechen, wurde bereits im Jahr 2019 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2019) und zuletzt in zwei Arbeiten im Jahr 2024 (Richter et al., 2024; Rumpf et al., 2024) überprüft.

Nach Sichtung des aktuellen Forschungsstandes hat das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) festgestellt, dass es potenziell keinen gesundheitsförderlichen oder sicheren Alkoholkonsum gibt. Da auch geringe Mengen Alkohol bereits schädlich sein können, sollte eine überarbeitete Leitlinie betonen, dass eine Reduktion des Alkoholkonsums immer zu einer Verbesserung der Gesundheit beiträgt (Rumpf et al., 2024). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) kommt zu einem ähnlichen Schluss und empfiehlt eine vollständige Abstinenz zur Vermeidung alkoholbezogener Risiken. In Abhängigkeit der wöchentlichen Trinkmenge von Reinalkohol ergeben sich laut DGE die folgenden drei Kategorien:

- 1) risikoarm (< 27 g, entspricht 660 ml Bier);
- 2) moderates Risiko (27–81 g, entspricht bis zu 2 Litern Bier);
- 3) riskant (> 81 g, entspricht mehr als 2 Litern Bier) (Richter et al., 2024).

Unter Berücksichtigung dieser neuen Grenzwerte liegt ein moderates Risiko bei 14 % und ein hohes Risiko bei 18 % der Erwachsenen vor (Richter et al., 2025). Nur ca. ein Fünftel der Erwachsenen ist risikofrei, da sie keinen Alkohol konsumieren.

## 4 Alkoholpolitik in Deutschland und im europäischen Vergleich

Die WHO empfiehlt drei Public Health Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Krankheitslast (World Health Organization, 2024b):

- 1) Einschränkungen der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke,
- 2) eine Anhebung von Verkaufspreisen alkoholischer Getränke sowie
- 3) ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing.

Die drei Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Alkoholkonsum in der breiten Bevölkerung bzw. in besonderen Risikogruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) besonders kosten-effektiv reduzieren können (Babor et al., 2023; Gapstur et al., 2025). Inwieweit Deutschland diese Empfehlungen der WHO umsetzt, stellen wir im Folgenden anhand einer neuen Metrik zur Implementierung alkoholpolitischer Maßnahmen vor. Der ausführliche Bericht zum Stand der gesundheitspolitischen Regulation von Alkoholkonsum (sowie den Bereichen Ernährung, Tabak und körperliche Aktivität) in Deutschland sowie 17 weiteren europäischen Ländern wurde im Dezember des vergangenen Jahres im Bericht „Public Health Index: Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich“ vom AOK-Bundesverband und dem Deutschen Krebsforschungszentrum veröffentlicht (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025).

### 4.1 Zum Stand der Alkoholpolitik in Deutschland

Zum Vergleich der gegenwärtigen Alkoholpolitik in Deutschland mit anderen europäischen Ländern wurde die von Forschenden des Karolinska Institut in Stockholm (Schweden) entwickelte Skala „Bridging the Gap-Modified“ (BtG-M) herangezogen (Karlsson, Österberg, 2007; Månsson et al., 2024). Diese bewertet alkoholpolitische Maßnahmen in sieben Bereichen: Regelungen zur Produktion, Regelungen zu Verkauf und Ausschank, Mindestverkaufsalter, Regelungen zu Werbung und Marketing, Regeln im Straßenverkehr, öffentliche Politik und Alkoholbesteuerung. Grundlage für die Bewertung sind die entsprechenden Gesetzestexte (für Deutschland: <https://www.gesetze-im-internet.de>), die durch ein Team von Fachleuten ausgewertet wurden. Beim Maximum von 40 Punkten werden alle empfohlenen Maßnahmen umfassend umgesetzt. Die Bereiche „Regelungen zu Verkauf und Ausschank“ (10 Punkte) und „Alkoholbesteuerung“ (16 Punkte) erhalten anteilig die höchsten Punkte

**Tab. 3:** Alkoholpolitik in Deutschland gegenüber dem Spitzenreiter Norwegen anhand der Bewertungskriterien der Bridging the Gap-Modified (BtG-M) (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025)

<b>Politikfeld</b>	<b>Deutschland</b>	<b>Norwegen</b>
Regelungen zur Produktion	Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. <i>0 von 0 Punkten</i>	Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. <i>0 von 0 Punkten</i>
Regelungen zum Verkauf/Ausschank	Alkoholische Getränke sind zu jeder Tages- und Nachtzeit nahezu flächendeckend verfügbar. Ausnahme: Verkauf über Automaten nicht gestattet. <i>1 von 10 Punkten</i>	Alkoholische Getränke ab 4,7 % Vol. werden nur in lizenzierten Geschäften zu deren Öffnungszeiten verkauft. Es gelten zeitliche Beschränkungen für Verkauf und Ausschank. <i>8,5 von 10 Punkten</i>
Mindestverfälscher	„Begleitete Trinken“ ab 14 Jahren, Bier und Wein ab 16 Jahren verfügbar. <i>2 von 4 Punkten</i>	Alkoholische Getränke ab 4,7 % Vol. sind erst ab 20 Jahren verfügbar. <i>4 von 4 Punkten</i>
Regelungen zur Werbung und Marketing	Werbung für alkoholische Getränke ist grundsätzlich erlaubt. Ausnahmen: Alkoholwerbung, die sich explizit an Kinder und Jugendliche richtet, ist nicht erlaubt. Alkoholwerbung darf im Kino erst ab 18 Uhr laufen. <i>1 von 3 Punkten</i>	Alkoholische Getränke dürfen bundesweit nicht beworben werden. <i>3 von 3 Punkten</i>
Regeln im Straßenverkehr	Regelverstoß ab 0,5 Promille am Steuer. <i>2 von 4 Punkten</i>	Regelverstoß ab 0,2 Promille am Steuer. <i>4 von 4 Punkten</i>
Öffentliche Politik	Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme. <i>1 von 1 Punkten</i>	Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme. <i>1 von 1 Punkten</i>
Alkoholbesteuerung	Die Besteuerung von alkoholischen Getränken gehört einkommensbereinigt zu den niedrigsten in Europa. <i>2 von 16 Punkten</i>	Durch eine gesundheitsorientierte Besteuerung sind alkoholische Getränke weniger erschwinglich für preissensible Zielgruppen wie Jugendliche. <i>12,5 von 16 Punkten</i>

(d. h. eine hohe Gewichtung), da diese Maßnahmen besonders effektiv sind, um Alkoholkonsum zu reduzieren (Guindon et al., 2022, 2025).

Deutschland belegte Stand 2025 mit nur 9 von 40 Punkten den vorletzten Platz. Im Länderranking liegt Österreich mit Deutschland gleich auf und nur Luxemburg (7 Punkte) schneidet noch schlechter ab. Spitzenreiter sind hingegen die skandinavischen Länder (mit Ausnahme von Dänemark), Litauen und Irland (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025).

Deutschlands schlechtes Abschneiden liegt insbesondere an einer fehlenden Regulation von Verkauf und Ausschank alkoholischer Getränke (1 von max. 10 Punkten), wodurch diese nahezu überall und zu jeder Tages- und Nachtzeit erhältlich sind, sowie an den hierzulande sehr niedrigen Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke (2 von max. 16 Punkten). Die unzureichende Besteuerung spiegelt sich auch in EU-weit sehr niedrigen Verkaufspreisen für alkoholische Getränke wider (Statistisches Bundesamt, 2026).

Auch in fast allen anderen Bereichen zeigen sich Defizite. Tab. 3 fasst den Stand der Alkoholpolitik in Deutschland in den jeweiligen Bereichen zusammen und stellt diese dem Spitzenreiter Norwegen (33 von max. 40 Punkten) gegenüber.

## 4.2 Gesundheitsorientierte Alkoholpolitik im europäischen Ausland

Neben Norwegen haben viele europäische Länder bereits kosten-effektive Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums umgesetzt. So ist beispielsweise der Verkauf alkoholischer Getränke in verschiedenen Ländern (Frankreich, Lettland, Litauen, Irland, Niederlande, Polen, Schweiz, Tschechien und Großbritannien) über ein Lizenzsystem geregelt. In Finnland, Norwegen und Schweden gibt es darüber hinaus ein staatliches Alkoholverkaufsmonopol. Solche regulativen Systeme können sowohl Verkaufstage und Öffnungszeiten als auch die Anzahl der Verkaufsstellen begrenzen. Eine entsprechende Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke hat dabei unmittelbare, positive Auswirkungen auf die Gesundheit: In Litauen führte eine Begrenzung der Verkaufszeiten (Montag bis Samstag: 10 bis 20 Uhr, Sonntag: 10 bis 15 Uhr) zu einem deutlichen Rückgang (-12 %) von Notaufnahmen aufgrund von Alkoholvergiftungen unter Männern (Jiang et al., 2022).

Litauen und Norwegen erlauben zusätzlich den Verkauf und Ausschank von Alkohol erst ab einem Alter von 20 Jahren. In Finnland (ab 22 % Vol.) und Schweden beträgt die Altersgrenze für den Verkauf ebenfalls 20 Jahre, während der Ausschank hier bereits ab 18 Jahren zulässig ist. Eine Anhebung des

Mindesterswerbsalter für alkoholische Getränke ist insbesondere vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendschutzes relevant. Ein später Konsumbeginn aufgrund eines höheren Mindesterswerbsalters hat dabei wahrscheinlich Auswirkungen auf das Konsumverhalten über die gesamte Lebensspanne (Luukkonen et al., 2023).

In Litauen und Norwegen besteht zudem ein umfassendes, bundesweites Werbeverbot für Alkohol. In Schweden gibt es ein entsprechendes Verbot für Produkte mit einem Alkoholgehalt von  $\geq 15\%$ , in Polen für Wein und Spirituosen, und in Finnland, Lettland, Österreich und der Schweiz für Spirituosen.

Schließlich erheben die meisten europäischen Länder auch höhere Verbrauchssteuern beim Kauf alkoholischer Getränke als in Deutschland. Die unzureichende Besteuerung führt nicht nur dazu, dass Alkohol nirgendwo so erschwinglich ist wie in Deutschland (Kilian et al., 2023b). Indem die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke seit 1992 nicht mehr erhöht wurden, gehen dem Bundeshaushalt jährlich mehrere Milliarden Euro an Steuereinnahmen verloren (Rehm et al., 2025).

## 5 Fazit

Der Gesamt-PKA in Deutschland ging in den letzten Jahren graduell zurück, jedoch ist unklar, ob das international vereinbarte Ziel zur Konsumreduktion von mindestens 10 % zwischen 2010 und 2025 erreicht wird. Alkoholkonsum in Deutschland führt jährlich zum Tod von etwa 44.000 Personen. Darüber hinaus sind auch Kinder und andere nicht am Konsum beteiligte Personen von den Folgen des weit verbreiteten Alkoholkonsums betroffen. Eine systematische Bewertung der Alkoholpolitik in Deutschland und 17 weiteren europäischen Ländern offenbart ein erhebliches Defizit: Deutschland liegt zusammen mit Österreich auf dem vorletzten Platz. Durch die Umsetzung kosteneffektiver Public Health Maßnahmen zur Alkoholregulierung könnte der Alkoholkonsum und seine Folgeprobleme hierzulande deutlich reduziert werden.

## Literatur

- AOK-Bundesverband; Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025): Public Health Index: Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich 2025. Berlin; Heidelberg. <https://www.aok.de/pp/public-health/index>, Zugriff: 19.01.2026.
- Babor, T. F. et al. (2023): Alkohol. Kein gewöhnliches Konsumgut. Eine Zusammenfassung der dritten Auflage. *Sucht*, 69(4), 147–162. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000822>.

- Bundeskriminalamt (2025): Polizeiliche Kriminalstatistik. PKS 2024 Bund-Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/PKSTabellen/BundTV/bundTV\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/PKSTabellen/BundTV/bundTV_node.html), Zugriff: 19.01.2026.
- Carr, S. et al. (2024): A burden of proof study on alcohol consumption and ischemic heart disease. *Nature Communications*, 15(1), 4082. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-47632-7>.
- Chrystoja, B. R. et al. (2021): A systematic comparison of the global comparative risk assessments for alcohol. *Addiction*, 116(8), 2026–2038. <https://doi.org/10.1111/add.15413>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Wie sollten Menschen mit Alkohol umgehen, um Gesundheitsrisiken zu verringern? Stellungnahme. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS\\_Stellungnahme\\_Umgang\\_mit\\_Alkohol.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Stellungnahme_Umgang_mit_Alkohol.pdf), Zugriff: 20.01.2026.
- Eurostat (2025): Life expectancy by age and sex. Luxembourg. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/DEMO\\_MLEXPPEC](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/DEMO_MLEXPPEC), Zugriff: 19.01.2026.
- Gapstur, S. M. et al. (2025): The IARC Perspective on the Effects of Policies on Reducing Alcohol Consumption. *The New England Journal of Medicine*, 392(17), 1752–1759. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2413289>.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025): Sterbefälle. Wiesbaden. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 19.01.2026.
- Guindon, G. E. et al. (2025): The effectiveness and cost-effectiveness of population-level policies to reduce alcohol use. A systematic umbrella review. *Canadian Journal of Public Health*, 116, 951–984. Open Access. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01013-9>.
- Guindon, G. E. et al. (2022): Prices, taxes and alcohol use. A systematic umbrella review. *Addiction*, 117(12), 3004–3023. Open Access. <https://doi.org/10.1111/add.15966>.
- Hay, S. I. et al. (2025): Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990–2023. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10513), 1873–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01637-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01637-X).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025): GBD Results Tool. Seattle. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff: 19.01.2026.
- Jiang, H. et al. (2022): Are restrictions in sales hours of alcohol associated with fewer emergency room visits in Lithuania? An interrupted time-series analysis. *Drug and Alcohol Review*, 42(2), 487–494. <https://doi.org/10.1111/dar.13584>.

- Karlsson, T.; Österberg, E. (2007): Scaling alcohol control policies across Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(6), 499–511. <https://doi.org/10.1080/09687630701392032>.
- Kehoe, T. et al. (2012): Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Population Health Metrics*, 10(6). <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-6>.
- Kilian, C. et al. (2023a): Alcohol use, dementia risk, and sex. A systematic review and assessment of alcohol-attributable dementia cases in Europe. *BMC Geriatrics*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03972-5>.
- Kilian, C. et al. (2023b): Affordability of alcoholic beverages in the European Union. *European Addiction Research*, 29(1), 63-66. <https://doi.org/10.1159/000527096>.
- Kilian, C. et al. (2023c): Changes in Alcohol-Specific Mortality During the COVID-19 Pandemic in 14 European Countries. *Sucht*, 69(6), 261–307. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000841>.
- Kraus, L. et al. (2024): Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021. A modelling study. *Drug and Alcohol Review*, 43(7). <https://doi.org/10.1111/dar.13928>.
- Kraus, L. et al. (2023): Schätzung alkohol-attribuierbarer Mortalität und Morbidität. Trends 2006–2021. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/schaetzung-alkohol-attribuierbarer-mortalitaet-und-morbiditaet-trends-2006-2021>, Zugriff: 20.01.2026.
- Kraus, L. et al. (2021): Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(63). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0>.
- Kraus, L. et al. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany. A register-based study. *BMC Medicine*, 17(59). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>.
- Luukkonen, J. et al. (2023): Minimum legal drinking age and alcohol-attributable morbidity and mortality by age 63 years. A register-based cohort study based on alcohol reform. *The Lancet Public Health*, 8(5), e339–e346. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00049-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00049-X).
- Månsson, A. et al. (2024): Alcohol control policy and alcohol-attributable disease burden in Finland and the Baltic countries. A longitudinal study 1995–2019. *Drug and Alcohol Review*, 43(6), 1338–1348. <https://doi.org/10.1111/dar.13901>.
- Manthey, J. et al. (2025): Identifying levels of alcohol use disorder severity in electronic health records. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 20(36). <https://doi.org/10.1186/s13011-025-00670-w>.
- Manthey, J. et al. (2023): Changes in the alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany. Interrupted time series analyses. *Euro-*

- pean Journal of Public Health, 33(4), 645–652. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad103>.
- Manthey, J. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66(5), 247–258. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000686>.
- Millwood, I. Y. et al. (2019): Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology. A prospective study of 500 000 men and women in China. *The Lancet*, 393(10183), 1831–1842. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31772-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31772-0).
- Möckl, J. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Alkoholkonsums und episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter 1995–2021. München: IFT Institut für Therapieforchung. [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2021\\_Trends\\_Alkohol.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2021_Trends_Alkohol.pdf), Zugriff: 20.01.2026.
- Olderbak, S. et al. (2025): Psychoactive substance use in Germany. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>.
- Piano, M. R. et al. (2025): Alcohol Use and Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 152(1). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001341>.
- Rehm, J. et al. (2025): Alcohol Excise Taxation, Tax Share and Revenue in the European Union and the United Kingdom in 2022. An Overview and Modelling Analysis. *Drug and Alcohol Review*, 44(7), 2003–2012. <https://doi.org/10.1111/dar.70028>.
- Rehm, J. et al. (2017): Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Population Health Metrics*, 15(4). <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0121-9>.
- Richter, A.; Starker, A.; Schienkiewitz, A. (2025): Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko? *Journal of Health Monitoring*, 10(3). <https://doi.org/10.25646/13396>.
- Richter, M. et al. (2024): Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). *Ernährungs Umschau*, 71(10). <https://doi.org/10.4455/eu.2024.033>.
- Roerecke, M.; Rehm, J. (2014): Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease. A narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*, 12(182). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0182-6>.

- Rumpf, H.-J. et al. (2024): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Positionspapier erarbeitet durch das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). *Sucht*, 70(2), 113–117, <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000868>.
- Scott-Sheldon, L. A. J. et al. (2016): Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS and Behavior*, 20(S1), 19–39. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1108-9>.
- Seitz, H. K.; Bühringer, G.; Mann, K. (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht: Neuland. 205–209.
- Shield, K. et al. (2025): National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burdens of disease 2000–20. A modelling study and comparative risk assessment. *The Lancet Public Health*, 10(9), e751–e761. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00174-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00174-4).
- Statistisches Bundesamt (2026): Dry January: Alkoholische Getränke in Deutschland so billig wie in fast keinem anderen EU-Land. Pressemitteilung Nr. 1 vom 06. Januar 2026. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/01/PD26\\_N001\\_61.html?templateQueryString=alkohol](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/01/PD26_N001_61.html?templateQueryString=alkohol), Zugriff: 20.01.2026.
- Statistisches Bundesamt (2025): Verkehrsunfälle 2024. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/\\_inhalt.html#238554](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/_inhalt.html#238554), Zugriff: 20.01.2025.
- World Health Organization (2025): Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2) three-year average (WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)). Geneva. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization (2024a): Global alcohol action plan 2022-2030. Geneva. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization (2024b): Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2020): Alcohol and cancer in the WHO European Region. An appeal for better prevention. Copenhagen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Zugriff: 20.01.2026.