

## 2.1 Alkohol

*Jakob Manthey, Carolin Kilian*

### Zusammenfassung

In diesem Beitrag beschreiben wir den Alkoholkonsum in Deutschland mittels Daten aus Befragungen sowie durch den sogenannten Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA) auf Basis von Verkaufs- und Steuerstatistiken. Der anhaltend hohe Alkoholkonsum resultiert in einer sehr hohen vermeidbaren Krankheitslast, d. h. Krankenhausaufenthalte und Sterbefälle. 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. Die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS wurden diesbezüglich bereits angepasst; die Leitlinie Alkohol wird aktuell überarbeitet. Um die hohen gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland zu reduzieren, müssten unterschiedliche evidenzbasierte, alkoholpolitische Maßnahmen umgesetzt werden. Da in Deutschland alkoholische Getränke überdurchschnittlich stark verfügbar und billig sind, wären Verfügbarkeits-einschränkungen sowie eine Anhebung der Verbrauchssteuern die effektivsten Maßnahmen. Darüber hinaus sollte die Versorgung von Personen mit Alkoholabhängigkeit durch den Abbau von Zugangsbarrieren verbessert werden.

### Abstract

*This contribution describes alcohol consumption in Germany using data from surveys and per capita alcohol consumption (APC) based on sales and tax statistics. Persistently high alcohol consumption results in a very high avoidable burden of disease, i.e. hospitalisations and deaths. 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. The recom-*

*mendations of the Scientific Advisory Board of the DHS have already been adapted in this respect and the alcohol guideline is currently being revised. To lower the high health and social costs due to alcohol consumption, various evidence-based policy measures need to be implemented. As alcoholic beverages are widely available and cheap in Germany, the most effective measures would be to restrict their availability and to increase excise duties. In addition, the provision of care for people with alcohol dependence should be improved by removing access barriers.*

## **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 2021 etwa 70,5 % der 18- bis 64-Jährigen an, Alkohol in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben (Rauschert et al., 2022). Im Vergleich zu den 1990er Jahren zeigt sich, dass die Verbreitung des Alkoholkonsums leicht zurückgegangen ist (Seitz et al., 2019). Ein stärkerer Rückgang ist beim besonders risikoreichen Rauschtrinken unter Männern zu beobachten: Während 1995 noch 47,5 % der 15- bis 59-Jährigen angaben, mind. 70g Reinalkohol (entspricht etwa 1,5 l Bier) an einem Tag im letzten Monat getrunken zu haben, sank dieser Anteil bis zum Jahr 2018 auf 35,3 %. Für Frauen wurde keine statistisch signifikante Veränderung dokumentiert (1995: 19,8 %; 2018: 17,3 %).

Mit diesen beiden Indikatoren — Konsum jeglicher alkoholischer Getränke und Rauschtrinken — kann die Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung insgesamt und auch für bestimmte Subgruppen, z. B. nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status beschrieben werden. Allerdings gibt es hinsichtlich der Informationen zum Alkoholkonsum aus Befragungen zwei zentrale Probleme: erstens sind die Befragungen in der Regel nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung und zweitens sind die Angaben ungenau. Die mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität ergibt sich daraus, dass Personen mit einer aktiven Alkoholproblematik in Befragungen unzureichend erreicht werden (z. B. weil sie zum Zeitpunkt der Befragung betrunken oder verkatert sind), während bestimmte Gruppen mit einem hohen Anteil von Alkoholproblemen gar nicht befragt werden (z. B. Menschen in Obdachlosigkeit,

im Gefängnis oder in stationärer Unterbringung, Renterinnen und Rentner). Die Angaben zum Alkoholkonsum sind zudem relativ ungenau, weil es vielen Menschen schwerfällt, die Häufigkeit und Menge des Konsums korrekt einzuschätzen, insbesondere bei unregelmäßigem Gebrauch größerer Mengen Alkohol, oder diesen aus Furcht vor Verurteilung unterschätzen.

## 1.2 Alkoholkonsum in der Verkaufs- und Steuerstatistik

Daten der Verkaufs- und Steuerstatistik bieten den Vorteil, dass sie keinen Verzerrungen durch mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität sowie ungenauen Angaben unterliegen. Durch die Kombination von Schätzungen aus Befragungen und Informationen aus Verkaufs- und Steuerstatistiken kann ein vollständigeres Bild des Alkoholkonsums in Deutschland gezeichnet werden.

Auf Basis von Verkaufs- und Steuerstatistiken hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bisher den Reinalkohol pro Kopf oder den sogenannten Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA; englisch: *alcohol per capita*, APC) geschätzt. Das ist die Menge von Reinalkohol in Liter, die im Durchschnitt von einer in Deutschland lebenden Person im Alter von 15 Jahren oder älter 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. Nachdem diese Berechnung im Jahr 2023 eingestellt wurde (Rummel et al., 2024), schlagen wir eine neue Berechnungsgrundlage vor. Anders als bislang ist die Berechnungsgrundlage mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) abgestimmt und resultiert in denselben PKA-Schätzungen. Folgende Datenquellen sollen genutzt werden:

- *Bier*: Durch die Erfassung der Biersteuer wird genau erfasst, wie viel Bier in Deutschland konsumiert wird. Im Jahr 2023 wurden nach Abzug der Exporte 6,9 Mrd. Liter Bier konsumiert.
- *Wein*: Da auf Wein keine Verbrauchssteuer erhoben wird, müssen andere Datenquellen genutzt werden. Das durch die Weinindustrie finanzierte Deutsche Weininstitut schätzt seit 2012 den inländischen Weinkonsum, der im fiskalischen Jahr 2021/2022 bei 1,7 Mrd. Liter Wein lag.
- *Sekt (Schaumwein)*: Durch die Erfassung der Schaumweinsteuer wird der Konsum von Sekt genau erfasst. Im Jahr 2023 wurden 267 Mio. Liter Schaumwein getrunken.
- *Spirituosen*: Die Alkoholsteuer (bis 2017: Branntweinsteuer) erfasst Spirituosen (z. B. Branntwein, Likör, angereicherter Wein, Wermut) mit einem Alkoholgehalt von über 22 Volumenprozent. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 172 Mio. Liter Reinalkohol in Form von Spirituosen getrunken.

- *Zwischenerzeugnisse*: Die Zwischenerzeugnissteuer umfasst alkoholische Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 und bis 22 Volumenprozent (z. B. angereicherter Wein, Wermut). Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 18 Mio. Liter Zwischenerzeugnisse konsumiert.
- *Alkopops*: Die Alkopopsteuer umfasst trinkfertige Mischgetränke mit einem Volumenalkohol von bis zu 10 %. Im Gegensatz zu den anderen Verbrauchssteuern stellt das Bundesamt für Statistik (DESTATIS) keine Steuerstatistik bereit, aus der die Absätze von Alkopops hervorgehen. Der Absatz kann jedoch über die Steuereinnahmen (2023: 1,426 Mio. €) zurückgerechnet werden.

Mit Hilfe dieser Datenquellen kann der aktuelle und historische Absatz aller Getränkearten berechnet werden. Um den PKA zu ermitteln, muss der Getränkeabsatz zunächst in Reinalkohol umgerechnet werden. Hierzu werden die folgenden durchschnittlichen Volumenprozent angenommen: Bier: 4,8 %; Wein und Sekt: 12 %; Zwischenerzeugnisse  $\leq 15$  %: 10 %; Zwischenerzeugnisse  $> 15$  %: 20 %. Teilt man die Gesamtmenge Reinalkohol schließlich durch die Größe der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, erhält man den PKA. Details zur Berechnung können an anderer Stelle eingesehen werden (Manthey, Kilian, 2025).

Der in Tabelle 1 beschriebene PKA aus Steuer- und Verkaufsstatistiken entspricht dem sogenannten registrierten PKA (aus dem Englischen: *recorded*). Für ein internationales Monitoring wird der registrierte PKA um zwei Einflussfaktoren korrigiert: (1) dem Konsum von nicht-registriertem Alkohol und (2) dem Einfluss touristischen Alkoholkonsums. Unter (1) ist der Umfang des Alkoholkonsums gemeint, der nicht in den Steuer- und Verkaufsstatistiken enthalten ist, wie z. B. selbstgebrautes Bier, nicht-erfasste Mengen Wein oder unsteuerter Alkohol zur medizinischen oder industriellen Verwendung. Für Deutschland wurde geschätzt, dass ca. 3,2 % des gesamten Konsums auf nicht-registrierten Alkohol zurückzuführen ist (Manthey et al., 2023). Unter (2) ist der Umfang des Alkoholkonsums gemeint, der durch deutsche Touristinnen und Touristen im Ausland konsumiert wird, abzüglich der Menge, die hierzulande durch Touristinnen und Touristen aus dem Ausland konsumiert wird. Diese Korrektur ist insbesondere für relativ kleine Länder mit einem hohen Anteil von Touristinnen und Touristen relevant (z. B. Malediven oder Österreich). Für Deutschland geht die WHO von einer Netto-Korrektur von 6,2 % aus, d. h. insgesamt trinken Deutsche durch Auslandsaufenthalte etwas mehr Alkohol als ausländische Touristinnen und Touristen hierzulande. Berücksichtigt man diese beiden Einflussfaktoren ergibt sich ein Gesamt-PKA für das Jahr 2023 in Höhe von 11,2 Litern. Für die 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union wurde zuletzt für das Jahr 2022 ein durchschnittlicher PKA-Wert

**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 <sup>4</sup>
2012	5,5	3,4	2,4	0,02	11,4
2013	5,4	3,4	2,4	0,02	11,3
2014	5,4	3,4	2,5	0,02	11,3
2015	5,4	3,3	2,5	0,02	11,2
2016	5,3	3,4	2,5	0,03	11,2
2017	5,2	3,4	2,5	0,03	11,1
2018	5,2	3,3	2,6	0,03	11,2
2019	5,1	3,3	2,4	0,03	10,8
2020	4,8	3,3	2,3	0,04	10,5
2021	4,7	3,3	2,4	0,04	10,4
2022	4,9	3,2	2,5	0,05	10,6
2023 <sup>3</sup>	4,7	3,1	2,4	0,05	10,2

<sup>1</sup> Wein einschließlich Sekt.

<sup>2</sup> Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops.

<sup>3</sup> Vorläufige Schätzung.

<sup>4</sup> Rundungsbedingt entspricht die Spalte „Registrierter PKA“ nicht zwangsläufig der Summe der anderen Spalten. Die exakten Angaben finden Sie unter: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>.

Bevölkerungsumfang basiert auf „UN Population Prospects 2022 revision“.

von 11,2 Litern ermittelt (unveröffentlichte Daten) – in diesem Jahr lag der PKA für Deutschland insgesamt bei 11,6 Litern und damit leicht über dem europäischen Durchschnitt.

Deutschland hat sich als Mitgliedsstaat der WHO im Jahr 2013 dazu verpflichtet den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um 10 % zu verringern (World Health Organization, 2024b). Da der Gesamt-PKA zwischen 2013 und 2023 bislang nur um 8 % zurückgegangen ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass das selbstgesteckte Ziel erreicht wird.

## 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.

### 2.1 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol steht im Zusammenhang mit mehr als 200 Erkrankungen und Verletzungen. Im Jahr 2021 starben in Deutschland schätzungs-

weise 21.700 Erwachsene im Alter von 15 bis 69 Jahren aufgrund ihres Alkoholkonsums (Kraus et al., 2024). Diese Zahl ist zwar deutlich geringer als noch vor 15 Jahren (2006: 26.800 Sterbefälle bzw. 13,7 % aller Sterbefälle vs. 11,5 % in 2021), allerdings ist seit der COVID-19-Pandemie wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2024). Es handelt sich zudem um vollständig vermeidbare Sterbefälle, d. h., dass ohne den gesundheitsschädigenden Konsum von Alkohol diese Sterbefälle zu einem späteren Zeitpunkt aufgetreten wären. Hinzukommen über 600.000 alkoholbedingte stationäre Behandlungsfälle unter den 15- bis 69-Jährigen (Kraus et al., 2024). Bei Männern war Alkoholkonsum demnach ursächlich für knapp 10 % aller stationären Behandlungsfälle, bei Frauen für ca. 3 %.

Von den 22 im Internationalen Klassifikationssystem (ICD-10) definierten Krankheitskategorien liegen in 16 Kategorien Erkrankungen und Verletzungen vor, die durch den Konsum von Alkohol (mit-)verursacht werden. Dabei lassen sich gesundheitliche Folgen unterscheiden, 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. Insbesondere die krebsfördernde Wirkung von Alkohol hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Dabei führt die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC) das Abbauprodukt von Alkohol Acetaldehyd bereits seit 1988 als Gruppe-1-Karzinogen – die gleiche Klassifizierung wie z. B. Zigaretten und Asbest.

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 ( $\geq 30\text{g}$  Reinalkohol) getrunken werden. Für Krebserkrankungen hingegen steigt das Erkrankungsrisiko bereits mit sehr geringen täglichen Trinkmengen. Schätzungsweise geht jede vierte Brustkrebserkrankung auf den sogenannten moderaten Konsum von Alkohol zurück, also auf den Gebrauch von weniger als 0,5 Litern Bier ( $\leq 20\text{g}$  Reinalkohol) pro Tag (World Health Organization, 2020).

## 2.2 Gesundheitliche und soziale Folgen für Dritte

Neben den gesundheitlichen Folgen für Konsumierende wirkt sich Alkoholkonsum auch auf Dritte aus. Dies geschieht auf vielfältigen Wegen und kann unterschiedlich schwere gesundheitliche und soziale Folgen für Betroffene haben. Besonders hervorzuheben ist das unmittelbare Umfeld von Personen mit schwerem Alkoholkonsum, d. h. Partnerinnen und Partner und Kinder. Basierend auf Daten des ESA wird geschätzt, dass bis zu 1,25 Millionen Kinder in Deutschland mit einem Elternteil 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. Darüber hinaus gilt Alkoholkonsum in der Schwangerschaft als bedeutsamster vermeidbarer Risikofaktor für angeborene Fehlbildungen, geistige Behinderung und Fehlgeburt. Erkrankungen, die in Folge pränataler Alkoholexposition auftreten, werden unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumstörung“ zusammengefasst.

Darüber hinaus steht Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen und Gewaltdelikten, die neben der trinkenden Person auch unbeteiligte Dritte involvieren können. Dies ist z. B. bei einem Verkehrsunfall oder einem tätlichen Angriff unter Alkoholeinfluss der Fall. Im Jahr 2023 wurden rund 15.150 (5 % aller) Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss und rund 102.200 (21 % aller) Tatverdächtige bei Körperverletzungsdelikten

unter Alkoholeinfluss registriert (Bundeskriminalamt, 2024; Statistisches Bundesamt, 2024). Dabei ist festzuhalten, dass Alkoholeinfluss nicht eine unmittelbare Kausalität des Alkoholkonsums bedeutet. Die kausale Zurückführung entsprechender Vorfälle auf Alkoholkonsum wurde für das Jahr 2014 einmalig geschätzt, wonach ca. 1.200 tödliche Unfälle im Straßenverkehr (45 % aller Unfälle) und 55 tödliche Gewaltdelikte (15 % aller tödlichen Gewaltdelikte) ursächlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen waren (Kraus et al., 2019). Berücksichtigt man ferner Verkehrsunfälle und Gewaltdelikte ohne tödlichen Ausgang sowie Vandalismus, ist davon auszugehen, dass der physische, psychische und materielle Schaden deutlich höher ausfällt. Laut einer aktuellen Studie aus Neuseeland ist es sehr wahrscheinlich, dass die durch den Alkoholkonsum verursachten Gesundheitsschäden gegenüber Dritten deutlich über denen der Konsumierenden selbst liegen (Casswell et al., 2024). Das heißt, dass aktuelle Berechnungen zum gesundheitlichen Schaden durch Alkoholkonsum die tatsächlichen Gesundheitsfolgen für die Gesamtbevölkerung stark unterschätzen.

### 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 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 l Bier);
- (3) riskant (> 81 g, entspricht mehr als 2 l Bier) (Richter et al., 2024).

Es bleibt festzuhalten, dass die Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol in Reaktion auf den veränderten Kenntnisstand angepasst werden, wodurch die Bedeutung von Abstinenz und Trinkmengenreduktion betont wird.

## 4 Alkoholpolitische Maßnahmen zur Eindämmung alkoholbedingter Folgen

Die WHO empfiehlt verschiedene Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und alkoholbedingter Folgen (World Health Organization, 2021):

- 1) Einschränkungen der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke,
- 2) Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer,
- 3) der niedrigschwellige Zugang zu Alkoholscreening, Kurzinterventionen und Behandlungen,
- 4) ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing sowie
- 5) eine Anhebung von Verkaufspreisen alkoholischer Preise.

Im Folgenden diskutieren wir die Themenblöcke Alkoholverfügbarkeit, Behandlung alkoholbezogener Störungen, Alkoholmarketing und Preispolitik in Bezug auf ihre Umsetzung in Deutschland.

### 4.1 Verfügbarkeit alkoholischer Getränke

Um die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke einzudämmen, kann zwischen Begrenzungen der Verkaufsorte und Verkaufszeiten unterschieden werden. In Baden-Württemberg wurde im März 2010 ein Verkaufsverbot von Alkohol zwischen 22 und 5 Uhr eingeführt, woraufhin es zu einem deutlichen Rückgang leichter und schwerer Körperverletzungen kam (Baumann et al., 2020). Trotz der erwünschten Effekte wurde das Gesetz im Dezember 2017 durch die Grün-Schwarze Landesregierung abgeschafft.

Um die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke für Jugendliche bzw. junge Erwachsene zu beschränken, gilt in den meisten Ländern weltweit ein Mindesterwerbsalter für alkoholische Getränke. Die Anhebung auf 18 Jahre wird von einer Mehrheit der Deutschen befürwortet (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2024), allerdings hat sich die öffentliche Debatte zuletzt auf das sog. „begleitete Trinken“ verlagert, also der legale Alkoholkonsum in Gaststätten ab einem Alter von 14 Jahren in Anwesenheit einer sorgeberechtigten Per-

son. Aus gesundheitspolitischer Perspektive ist die Anhebung des Mindestverwertsalters für alle alkoholische Getränke auf 18 Jahre sowie die Abschaffung des „begleiteten Trinken“ zu empfehlen.

## 4.2 Versorgung von Personen mit Alkoholabhängigkeit

Zur Behandlung von Personen mit Alkoholabhängigkeit empfiehlt die S3-Leitlinie u. a. die Aufnahme einer Entzugsbehandlung sowie einer anschließenden Rehabilitationsbehandlung zur längerfristigen Abstinenzsicherung. Tatsächlich werden nur wenige Personen leitliniengerecht behandelt, zudem in der Regel erst im höheren Alter und nach einem langen Krankheitsverlauf. In Bremen und Hamburg begannen z. B. nur 5 % bzw. 8 % der Personen mit Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit innerhalb von 10 bzw. 12 Monaten eine Rehabilitationsbehandlung (Kilian et al., 2025; Möckl et al., 2023).

Dass eine Behandlung erst spät oder gar nicht in Anspruch genommen wird, kann verschiedene Ursachen haben. Ein Problem liegt in der sehr späten Diagnosestellung, oftmals zu einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Eine standardisierte Erfassung des Alkoholkonsums in der allgemeinmedizinischen Versorgung könnte dem entgegenwirken. Neben strukturellen Barrieren (z. B. zeitliche Kapazitäten) stellt aber auch fehlendes Fachwissen auf Seiten der Behandelnden eine relevante Barriere dar (Hanschmidt et al., 2017). Zudem haben Behandelnde Sorge, Patientinnen und Patienten durch das Thematisieren von Alkoholproblemen zu stigmatisieren. Auf Seiten der Betroffenen wiederum stellen Scham und die Sorge davor, stigmatisiert zu werden, Barrieren beim Aufsuchen medizinischer Hilfsangebote dar. Ferner spielen lange Wartezeiten und begrenzte Behandlungskapazitäten eine entscheidende Rolle in der Bereitstellung geeigneter Behandlungsmaßnahmen.

Um Versorgungslücken zu schließen, sollten daher einerseits Behandlungskapazitäten erhöht und andererseits medizinisches Fachpersonal im Umgang mit Alkoholkonsum geschult werden. Darüber hinaus ist eine aktive, gesamtgesellschaftliche Aufklärung und Auseinandersetzung mit dem Thema Alkoholabhängigkeit notwendig, um Scham und Diskriminierung als Barrieren in der medizinischen Versorgung abzubauen.

## 4.3 Alkoholmarketing und Warnhinweise

Alkohol kann in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen nahezu uneingeschränkt beworben werden. Dem Rundfunkstaatsvertrag (RStV §7 Abs. 10)

zufolge darf durch Werbung der „übermäßige Genuss“ nicht gefördert werden und der Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV) legt fest, dass sich entsprechende Werbung nicht an Kinder und Jugendliche richten darf. Diese unzureichenden Beschränkungen sind – wie auch Selbstverpflichtungen der Alkoholindustrie – keine geeigneten Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums (Babor et al., 2023). Eine häufige Falschannahme in diesem Zusammenhang ist, dass Alkoholmarketing nur die Markenwahl, nicht aber das Konsumverhalten beeinflussen würde, was nachweislich nicht der Fall ist (World Health Organization, 2024a). Zudem wird die Glaubwürdigkeit der Selbstverpflichtungen dadurch in Frage gestellt, dass die Alkoholindustrie stark von jenen Personen abhängig ist, die Alkohol in moderaten oder hoch-riskanten Mengen konsumieren (mehr als 12 g bzw. 24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen bzw. Männer). Unsere bislang unveröffentlichten Berechnungen zeigen, dass ca. 50 % des Alkoholumsatzes auf diese Personengruppe entfällt.

Den Kinder- und Jugendschutz betreffend ist die zunehmende Bewerbung alkoholischer Getränke in den Sozialen Medien besonders bedenklich. Eine aktuelle Befragung von Jugendlichen aus Neuseeland zeigt, dass etwa dreiviertel der Befragten im Alter von 14 bis 20 Jahren durch Alkoholmarketing in den Sozialen Medien erreicht werden (McCreanor et al., 2024). Aufgrund der vielfältigen Kanäle, über die Alkoholmarketing in den Sozialen Medien stattfinden kann (z. B. Influencer-Marketing oder Reposting durch private Nutzende), ist es hier besonders herausfordernd, eine effektive Regulierung umzusetzen, wie ein Fallbeispiel aus Finnland veranschaulicht (Katainen et al., 2020).

Ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing erscheint plausibel und wird auch von der WHO empfohlen. Allerdings kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass dadurch der Alkoholkonsum auf Bevölkerungsebene gesenkt werden könnte, wie es bei Verfügbarkeitseinschränkungen oder preispolitischen Maßnahmen der Fall ist. Es ist zwar unbestritten, dass die wiederholte Wahrnehmung von Alkoholwerbung bei Jugendlichen Alkoholkonsum wahrscheinlicher macht (Sargent, Babor, 2020), allerdings konnte andersherum kein eindeutiger Beleg zur Senkung des PKA durch Werbeverbote erbracht werden (Manthey et al., 2024b). Dennoch gibt es entscheidende Gründe, Alkoholmarketing umfassend einzuschränken, wie z. B. die Denormalisierung von Alkohol und dessen Entkopplung von Identität, Feierlichkeit und Zusammengehörigkeit, die Schaffung alkoholwerbefreier Umwelten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie von Personen mit (ehemaliger) Alkoholabhängigkeit.

Neben dem Verbot von Alkoholmarketing ist die Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums zentral. Hierbei richtete sich in den vergangenen Jahren zunehmend die Aufmerksamkeit auf die Anbringung

**Abb. 1:** Warnhinweis auf alkoholischen Getränken in Irland ab 2026



von Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken. Entsprechende Warnhinweise erreichen Konsument\*innen sowohl beim Kauf der Produkte als auch in der Konsumsituation und wurden in experimentellen Studien als effektiv zur Erhöhung der Risikowahrnehmung und Veränderung der Kauf- und Konsumintention bewertet (z. B. Grummon et al., 2024). Irland wird das erste EU-Land sein, welches 2026 Warnhinweise für Leber- und Krebserkrankungen auf allen alkoholischen Getränken verpflichtend einführt (s. Abb. 1; Government of Ireland, 2023).

#### 4.4 Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke

Es ist hinreichend belegt, dass sich durch Preiserhöhungen der Alkoholkonsum und die dadurch bedingten Folgeprobleme reduzieren lassen (Babor et al., 2023). Ungeachtet dieser Evidenz wurden in Deutschland die Biersteuern zuletzt im Jahr 1993 erhöht und auf Wein werden keine Verbrauchssteuern erhoben. Die durchschnittlichen Preise für Getränke mit gleicher Menge Reinalkohol und die darauf anfallenden Steuern sind in Tabelle 2 dargestellt.

Das verlorene Potenzial dieser unzureichenden Preispolitik wird durch einen Vergleich mit anderen EU-Ländern deutlich. Im Jahr 2022 nahmen Estland, Litauen und Lettland pro Kopf zwischen 167 € und 218 € Steuern aus dem Verkauf alkoholischer Getränke ein, während in Deutschland lediglich 44 € pro Kopf eingenommen wurden – bei ähnlichem PKA (Manthey et al., 2024a). Würde man die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke auf ein Niveau erhöhen, dass die Verkaufspreise um etwa 5 % anstiegen (z. B. Preisanstieg ei-

**Tab. 2:** Verkaufspreise und Verbrauchssteuern für alkoholische Getränke mit 12 g Reinalkohol

Getränk	Durchschnittlicher Verkaufspreis <sup>1</sup> in €	Anteil Verbrauchssteuer in €	Anteil Verbrauchssteuer in %
330 ml Bier <sup>2</sup>	0,50 (0,38–0,65)	0,028	5,6 (4,3–7,3)
125 ml Wein <sup>3</sup>	0,54 (0,47–0,83)	0,000	0
125 ml Sekt <sup>4</sup>	0,63 (0,32–0,67)	0,170	27,2 (20,4–36,6)
50 ml Spirituosen <sup>5</sup>	0,62 (0,40–0,84)	0,208	33,6 (24,8–52,2)

<sup>1</sup> Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 2018, basierend auf Ausgaben von  $n = 2.131$  bis  $n = 6.690$  Haushalten (je nach Getränkeart): Median und Interquartilsabstand, d. h. entspricht den mittleren 50 % aller gekauften Produkte der jeweiligen Getränkeart.

<sup>2</sup> Berechnet für Bier mit 4,8 % Volumenalkohol (entspr. 10,7 Grad Plato) nach Biersteuergesetz (0,787 € je hl Bier je Grad Plato).

<sup>3</sup> Keine Verbrauchssteuer auf Wein.

<sup>4</sup> Berechnet für Sekt nach dem Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuergesetz (136 € je hl Sekt).

<sup>5</sup> Berechnet für Spirituosen mit 32 % Volumenalkohol nach dem Alkoholsteuergesetz (1.303 € je hl Reinalkohol).

ner Flasche Bier von 1,00 € auf 1,05 €), so ließen sich zusätzliche 1,4 Mrd. € Steuereinnahmen generieren (+44 %), der PKA um 2,2 % senken und der Tod von etwa 850 Personen in einem Jahr verzögern (Ergebnisse einer unveröffentlichten Studie).

Die aktuelle Preispolitik führt zu zwei ungünstigen Entwicklungen. Erstens stagnieren die Verbrauchssteuereinnahmen aus Alkoholverkäufen (2010: 3,15 Mrd. €; 2022: 3,17 Mrd. €) bei ansteigenden Kosten durch alkoholbedingte Folgeerkrankungen (z. B. durch einen Anstieg der Behandlungskosten). Berücksichtigt man die Inflation oder die allgemeine Entwicklung der Steuereinnahmen (alle Steuerarten einschl. Mehrwert-, Einkommens- und Verbrauchssteuern: 2010: 531 Mrd. €; 2022: 896 Mrd. €), so sinken die Real-Steuereinnahmen sogar. Die Verbrauchssteuereinnahmen werden häufig den direkten (v. a. Behandlungskosten; Schätzungen aus 2020: 16,59 Mrd. €) sowie den indirekten Kosten (z. B. Kosten durch eingeschränkte Produktivität und vorzeitigen Tod; Schätzungen aus 2020: 40,44 Mrd. €), die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, gegenübergestellt (Effertz, 2020). Dabei ist anzumerken, dass die Verbrauchssteuereinnahmen aus Alkoholverkäufen nur zu einem sehr kleinen Teil für die entstandenen Kosten aufgewendet werden (z. B. für Langzeitarbeitslosigkeit), während andere Kosten durch die Allgemeinheit (z. B. durch Krankenkassenbeiträge) bezahlt werden oder nicht direkt anfallen (z. B. Produktivitätsverlust durch vorzeitigen Tod), also nicht durch Steuereinnahmen bezahlt werden müssen.

**Tab. 3:** Einkommen, Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke und Veränderungen im Erschwinglichkeitsindex von 2000 bis 2022 in Deutschland

Jahr	Index des Haushaltseinkommens (HNE) <sup>1</sup>	Verbraucherpreisindex (VPI) <sup>2</sup>				Erschwinglichkeitsindex (EI) <sup>3</sup>				Proportionale Veränderung im EI (im Vergleich zum Vorjahr) <sup>4</sup>	
		Alkoholische Getränke	Bier	Wein	Spirituosen	Lebensmittel	Alkoholische Getränke	Bier	Wein		Spirituosen
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	NB
2001	104,3	101,0	100,9	101,0	101,0	104,5	103,2	103,3	103,2	103,2	3,2
2002	104,4	102,4	102,7	101,9	101,4	105,4	101,9	101,6	102,5	102,9	-1,2
2003	104,4	103,9	105,2	102,0	101,6	105,2	100,5	99,3	102,3	102,7	-1,4
2004	105,0	104,8	106,6	102,6	101,6	104,9	100,3	98,6	102,4	103,4	-0,2
2005	109,0	105,1	107,3	102,2	101,5	104,9	103,7	101,5	106,6	107,4	3,4
2006	108,9	105,4	107,2	102,6	103,0	107,1	103,3	101,6	106,1	105,7	-0,3
2007	111,9	108,3	110,6	104,6	105,7	111,1	103,3	101,2	106,9	105,8	0,0
2009	113,2	113,2	115,1	110,7	109,7	116,4	100,0	98,4	102,2	103,2	-3,2*
2010	115,1	113,7	114,9	111,7	110,4	117,8	101,3	100,2	103,1	104,3	1,3
2011	117,7	114,8	115,2	114,6	111,0	121,0	102,6	102,2	102,7	106,1	1,3
2012	120,9	116,3	115,6	117,6	112,4	125,2	104,0	104,6	102,8	107,6	1,4
2014	124,0	120,7	120,7	121,3	114,8	131,3	102,7	102,7	102,2	108,0	-1,2*
2015	126,8	121,7	122,7	121,8	115,2	132,1	104,2	103,4	104,1	110,1	1,4
2016	130,6	121,9	123,2	121,7	115,2	133,3	107,1	106,0	107,3	113,4	2,8
2017	133,9	122,4	124,1	122,2	115,3	136,9	109,4	107,9	109,6	116,2	2,1
2019	141,1	126,2	130,2	125,4	116,5	141,7	111,8	108,4	112,5	121,1	2,2*
2020	142,3	125,3	128,9	124,7	115,9	144,7	113,6	110,4	114,1	122,8	1,6
2021	150,2	127,3	130,5	126,8	118,1	149,2	118,0	115,1	118,5	127,2	3,9
2022	159,8	132,8	136,9	132,7	121,8	167,9	120,3	116,8	120,5	131,2	2,0

Daten des Statistischen Bundesamtes (Tabelle 61111-0003 und 63121-0004); NB: nicht berechenbar aufgrund fehlender Daten des Vorjahres.

Lebensmittel: VPI der Kategorie „Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke“ zum Vergleich.

<sup>1</sup> HNE<sub>t</sub> = HNE<sub>t</sub> / HNE<sub>2000</sub> \* 100.

<sup>2</sup> VPI = VPI<sub>t</sub> / VPI<sub>2000</sub> \* 100.

<sup>3</sup> EI<sub>t</sub> = HNE<sub>t</sub> / VPI<sub>t</sub> \* 100.

<sup>4</sup> Proportionale Veränderung im EI im Vergleich zum Vorjahr = ((HNE<sub>t+1</sub> / VPI<sub>t+1</sub>) - (HNE<sub>t</sub> / VPI<sub>t</sub>)) / (HNE<sub>t</sub> / VPI<sub>t</sub>) \* 100.

\* Aufgrund fehlender Daten des Vorjahres (für 2008, 2013 und 2018) wurde die proportionale Veränderung zum vorletzten Jahr berechnet.

Zweitens führt die unzureichende Besteuerung dazu, dass alkoholische Getränke im Verhältnis zum verfügbaren Haushaltsnettoeinkommen in Deutschland zunehmend günstiger werden. Das bedeutet, dass mit einem durchschnittlichen Haushaltseinkommen im Jahr 2022 deutlich mehr Reinalkohol gekauft werden konnte als noch vor 10 Jahren. In Tabelle 3 ist die Entwicklung der Alkoholpreise, des Haushaltsnettoeinkommens sowie deren Verhältnis als Indikator für Erschwinglichkeit dargestellt. Demzufolge sind die Preise für alkoholische Getränke in den letzten 20 Jahren deutlich weniger stark angestiegen als für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke. Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass Alkohol in keinem anderen Land so erschwinglich ist wie in Deutschland (Kilian et al., 2022).

## 5 Fazit

In Deutschland liegt der Gesamt-PKA über dem europäischen Durchschnitt und das international vereinbarte Ziel zur Konsumreduktion wird womöglich verfehlt. Der hohe Durchschnittskonsum spiegelt sich in einer sehr hohen Zahl von alkoholbedingten Sterbe- und Erkrankungsfällen wider. Darüber hinaus sind auch Kinder und andere nicht am Konsum beteiligte Personen von den Folgen des weit verbreiteten Alkoholkonsums betroffen. Würde man in Deutschland effektiv den Alkoholkonsum und die Folgeprobleme reduzieren wollen, müssten insbesondere der Zugang zu Alkohol eingeschränkt und die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke deutlich erhöht bzw. für Wein eingeführt werden. Durch diese Maßnahmen könnten Erkrankungen, Sterbefälle und damit einhergehendes Leid vermieden werden und es stünden gleichzeitig mehr Steuereinnahmen zur Prävention, Erforschung und Behandlung von Suchterkrankungen zu Verfügung.

## Literatur

- Babor, T. F. et al. (Eds.) (2023): *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy* (3rd ed.). Oxford: University Press.
- Baumann, F. et al. (2020): *Beschränktes Alkoholverkaufsverbot in Baden-Württemberg: Wirksames Gesetz abgeschafft*. Wirtschaftsdienst, 100(1), 60–63.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): *Polizeiliche Kriminalstatistik: PKS 2023 Bund – Tatverdächtige insgesamt*. Wiesbaden. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundTV/bundTV\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundTV/bundTV_node.html), Zugriff: 31.01.2025.

- Casswell, S. et al. (2024): Quantifying alcohol-attributable disability-adjusted life years to others than the drinker in Aotearoa/New Zealand: A modelling study based on administrative data. *Addiction*, 119(5), 855–862. <https://doi.org/10.1111/add.16435>.
- 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: 31.01.2025.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2024): Bier, Wein und Sekt erst ab 18: Steigende Zustimmung zu einem einheitlichen Mindestabgabebalter für Alkohol. Heidelberg. <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2024/dkfz-pm-24-52-Steigende-Zustimmung-zu-einem-einheitlichen-Mindestabgabebalter-fuer-Alkohol.php>, Zugriff: 31.01.2025.
- Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht*. Lengerich: Pabst. 225–234.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024): Sterbefälle. Bonn: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 31.01.2025.
- Government of Ireland (2023): S.I. No. 249/2023 – Public Health (Alcohol) (Labeling) Regulations 2023. Dublin. <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/print>, Zugriff: 31.01.2025.
- Grummon, A. H. et al. (2024): Health harms that discourage alcohol consumption: A randomized experiment of warning messages. *Addictive Behaviors*, 159, 108135. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108135>.
- Hanschmidt, F. et al. (2017): Barriers to Alcohol Screening Among Hypertensive Patients and the Role of Stigma: Lessons for the Implementation of Screening and Brief Interventions in European Primary Care Settings. *Alcohol and Alcoholism*, 52(5), 572–579. <https://doi.org/10.1093/alcalc/axg032>.
- Katainen, A. et al. (2020): Regulating Alcohol Marketing on Social Media: Outcomes and Limitations of Marketing Restrictions of Finland’s 2015 Alcohol Act. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(1), 39–46. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.39>.
- Kilian, C. et al. (2025): Re-hospitalisation of alcohol use disorder patients with and without qualified withdrawal and rehabilitation treatment: A data-linkage study (Germany). *Open Science Framework*.
- Kilian, C. et al. (2022): Affordability of alcoholic beverages in the European Union. *European Addiction Research*, 29(1), 63–66. <https://doi.org/10.1159/000527096>.



- 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), 1662–1675. <https://doi.org/10.1111/dar.13928>.
- 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(1), 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(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>.
- Manthey, J. et al. (2024a): The impact of raising alcohol taxes on government tax revenue: Insights from five European countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 22, 363–374. <https://doi.org/10.1007/s40258-024-00873-5>.
- Manthey, J. et al. (2024b): Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the ‘best buys’. *Addiction*, 119(5), 799–811. <https://doi.org/10.1111/add.16411>.
- Manthey, J. et al. (2023): Unrecorded alcohol use in 33 European countries: Analyses of a comparative survey with 49,000 people who use alcohol. *International Journal of Drug Policy*, 116, 104028. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104028>.
- Manthey, J.; Kilian, C. (2025): Pro-Kopf-Alkoholkonsum. Open Science Framework. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>
- McCreanor, T. et al. (2024): Alcohol marketing on social media: Young people’s exposure, engagement and alcohol-related behaviors. *Addiction Research & Theory*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/16066359.2024.2373145>.
- Möckl, J. et al. (2023): Estimating the prevalence of alcohol-related disorders and treatment utilization in Bremen 2016/2017 through routine data linkage. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1002526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1002526>.
- Rauschert, C. et al. (2022): The use of psychoactive substances in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Richter, M. et al. (2024): Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen. *Ernährungs-Umschau*, 71(10), 2–16. DOI: 10.4455/eu.2024.033.
- Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2024): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst. 9–35. <https://doi.org/10.2440/012-0002>.
- Rumpf, H.-J. et al. (2024): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Positionspaper des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS, Hamm. *SUCHT*, 70(2), 113–117. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000868>

- Sargent, J. D.; Babor, T. F. (2020): The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Supplement*, 19, 113–124. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>.
- Seitz, H. K.; Bühringer, G.; Mann, K. (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht: Neuland. 205–209.
- Seitz, N.-N. et al. (2019): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Dt. Ärzteblatt*, 116(35-36), 585–591. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>.
- Statistisches Bundesamt (2024): *Verkehrsunfälle 2023*. 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: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (2024a): *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: Alcohol policy playbook*. Copenhagen. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379378/WHO-EURO-2024-5624-45389-64949-eng.pdf?sequence=2>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization (WHO) (2024b): *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (2021): *Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019*. Copenhagen. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340727/9789289055048-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (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: 03.02.2025.