



Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko?

Autorinnen und Autoren: Almut Richter*, Anne Starker*, Anja Schienkiewitz

Institution: Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

*geteilte Erstautorenschaft

Abstract

Hintergrund: Laut dem neuen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gibt es keinen gesundheitlich risikofreien Alkoholkonsum. Ein bis zwei alkoholische Getränke pro Woche sind mit einem geringen, drei bis sechs mit einem moderaten und mehr als sechs mit einem hohen Risiko für gesundheitliche Folgeschäden assoziiert. Nach diesen Kategorien wurde der Alkoholkonsum in Deutschland bewertet.

Methode: Datenbasis ist die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) des Robert Koch-Instituts mit Daten von 22.708 Erwachsenen. Im telefonischen Interview wurden Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums erfragt.

Ergebnisse: 21,1% der Erwachsenen gaben an, keinen Alkohol zu trinken. 46,3% haben einen Alkoholkonsum mit geringem Risiko für gesundheitliche Folgeschäden. Einen Konsum mit moderatem oder hohem Risiko gaben 32,5% der Erwachsenen an, Männer deutlich häufiger (44,3%) als Frauen (21,4%). Am häufigsten war dieses Konsumverhalten bei Männern im Alter von 45 bis 64 Jahren sowie ab 65 Jahren (jeweils fast jeder Zweite) und bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren (etwa jede Vierte) und nahm bei beiden Geschlechtern in den höheren Bildungsgruppen zu.

Schlussfolgerungen: Nahezu jede dritte erwachsene Person weist mit drei oder mehr alkoholischen Getränken pro Woche ein Konsumverhalten auf, das mit einem moderaten oder hohen Krankheitsrisiko assoziiert ist. Deshalb sollten Maßnahmen ergriffen werden, die den Alkoholkonsum nachweislich reduzieren, wie Werbeverbote, höhere Besteuerung und Beschränkung der Verfügbarkeit.

Keywords: Alkoholkonsum, Konsumverhalten, Krankheitsrisiko, Gesundheitliche Folgeschäden, Erwachsene, Telefoninterview, GEDA, EHIS, Deutschland

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 05.05.2025

Akzeptiert: 21.08.2025

Veröffentlicht: 24.09.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Richter A, Starker A, Schienkiewitz A. Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko?

J Health Monit. 2025;10(3):e 13396.

doi: 10.25646/13396

Dr. Almut Richter

RichterA@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit

1. Einleitung

Alkoholkonsum zählt weltweit zu den wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lebererkrankungen und Krebs, sowie für gesundheitliche Beeinträchtigungen und Todesfälle [1]. Alkoholkonsum ist damit ein Hauptrisikofaktor für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen, vor allem auch in jüngeren Altersgruppen [2]. Nach den Daten der „Global Burden of Disease (GBD)“-Studie starben im Jahr 2021 weltweit ca. 1,8 Millionen Menschen an den Folgen von hohem Alkoholkonsum, in Deutschland waren es ca. 47.500 [3].

Der Alkoholkonsum variiert global erheblich [2, 4]. Deutschland gehörte im Jahr 2019 im internationalen Vergleich zu den Hochkonsumländern mit durchschnittlich 12,8 Liter Reinalkohol pro Person im Alter ab 15 Jahren, weltweit waren es durchschnittlich 5,8 Liter Reinalkohol pro Person [5].

Wegen der gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums gibt es Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Danach galten in Deutschland für gesunde Menschen bislang Trinkmengen von unter 20 bis 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und unter 10 bis 12 Gramm Reinalkohol bei Frauen als risikoarm [6, 7]. 10 Gramm Reinalkohol entsprechen etwa 0,25 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein. Neue Erkenntnisse zeigen aber, dass es keine gesundheitlich unbedenkliche Alkoholzufuhr gibt [8]. Dementsprechend hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Jahr 2024 in einem Positionspapier Handlungsempfehlungen formuliert, nach denen Erwachsenen empfohlen wird „auf alkoholische Getränke zu verzichten“. Außerdem werden Alkoholkonsummengen hinsichtlich des Risikos für gesundheitliche Folgeschäden bewertet [9]. Als Grundlage für die im DGE-Positionspapier genannten Risikostufen des Alkoholkonsums dienten die Berechnungen des Canadian Centre on Substance Use and Addiction aus dem Jahr 2023 [10] sowie Ergebnisse der GBD-Studie aus dem Jahr 2020 [11]. Basis für die kanadischen Empfehlungen war eine systematische Literaturrecherche der kurz- und langfristigen Folgen des Alkoholkonsums. Darauf aufbauend wurden durch mathematische Modellierung die Alkoholmengen ermittelt, die mit einem niedrigen Risiko (definiert als ein Todesfall unter 1.000 Personen) und einem moderaten Risiko (definiert als ein Todesfall unter 100 Personen) einhergehen. Ein niedriges Risiko wurde für bis zu zwei und ein moderates Risiko für bis zu sechs Standardgetränke pro Woche ermittelt. Dabei gab es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Ab einem Konsum von mehr als sechs Getränken wurden dagegen ausgeprägte Geschlechtsunterschiede ermittelt, wobei die Risiken für die Gesundheit bei Frauen stärker anstiegen als bei Männern. Auch die GBD-Studie ermittelte anhand aktualisierter systematischer Übersichtsarbeiten und Meta-Regressionen die Menge an Alkohol, bei der kein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht (Theoretical Minimum Risk Exposure Level).

Im DGE-Positionspapier werden die einzelnen Risikostufen als „risikofrei“, „risikoarm“, „moderates Risiko“ und „riskant“ bezeichnet. In vorliegendem Artikel werden die Risikostufen, angelehnt an die Bezeichnungen des Canadian Centre on Substance Use and Addiction aus dem Jahr 2023 [10], mit risikofrei, geringes, moderates und hohes Risiko bezeichnet. Diese Kategorien richten sich nach Anzahl alkoholischer Getränke pro Woche ausgedrückt in Standardgetränken (Abbildung 1). Als Standardgetränk gelten dabei die in Abbildung 1 gezeigten Getränke. Das bedeutet, dass ein geringes Risiko bei einer Alkoholzufuhr von bis zu 27 Gramm Reinalkohol pro Woche besteht, ein moderates Risiko bei 27 bis 81 Gramm Reinalkohol pro Woche und ein hohes Risiko bei über 81 Gramm Reinalkohol pro Woche.

Die bisher als risikoarm angenommene Menge lag bei ca. 140 Gramm Reinalkohol pro Woche bei Männern und 70

Kernaussagen

- ▶ Nach aktuellem Forschungsstand gibt es keinen gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum.
- ▶ Erwachsene sollten deshalb keinen oder möglichst wenig Alkohol zu sich nehmen.
- ▶ Ein Konsum von drei und mehr alkoholischen Getränken pro Woche ist mit einem moderaten bis hohen Risiko für negative Gesundheitsfolgen assoziiert.
- ▶ 21 % der Frauen und mehr als 44 % der Männer konsumieren Alkohol in Mengen, die mit einem moderaten oder hohen Risiko für gesundheitliche Folgeschäden verbunden sind.
- ▶ Neben einem stärkeren Bewusstsein für die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums können Beschränkungen für Alkoholwerbung und eine höhere Besteuerung dazu beitragen, den Alkoholkonsum in Deutschland zu reduzieren.



Der Alkoholkonsum innerhalb einer Woche wird je nach Getränkeanzahl mit folgenden Risikostufen bewertet:

Getränkeanzahl	Risikostufe
	Risikofrei
bis zu 	Geringes Risiko
	Moderates Risiko
 oder mehr	Hohes Risiko

1 Standardgetränk  entspricht dabei:



1 Flasche Bier
(5 % vol.) 330 ml

oder



1 Glas Wein
(12 % vol.) 125 ml

oder



1 Glas Schnaps
(38 % vol.) 40 ml

Abbildung 1: Risikostufen des Alkoholkonsums nach Anzahl der Standardgetränke. Quelle: Eigene Darstellung nach Richter et al. 2024 [9]

Gramm Reinalkohol pro Woche bei Frauen. Für Frauen entspricht der alte Grenzwert demnach jetzt den als moderat riskant angesehenen Mengen, bei Männern dagegen liegt der alte Grenzwert deutlich oberhalb des Schwellenwertes, ab dem nach neuer Bewertung ein hochriskanter Konsum vorliegt.

Im Hinblick auf die Empfehlung für einen kompletten Alkoholverzicht steht das DGE-Positionspapier im Einklang mit der Empfehlung zum Umgang mit Alkohol der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der zentralen Dachorganisation der deutschen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe [12].

Bisherige Analysen des Alkoholkonsums in Deutschland, basierend auf den alten, geschlechtsspezifischen Grenzwerten, zeigten bei 16,1 % der Männer und bei 11,1 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum. Insbesondere bei Frauen waren deutliche Unterschiede zwischen den Alters- und Bildungsgruppen zu verzeichnen [13, 14]. So war der Anteil an Frauen mit riskantem Alkoholkonsum im Alter von 30 bis 44 Jahren im Mittel niedriger als in anderen Altersgruppen. Außerdem lag bei Frauen ein deutlicher Bildungsgradient vor: Der Anteil mit riskantem Konsum steigt mit der Bildungsgruppe. Auch in früheren Daten, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut erhoben wurden, zeigten sich Unterschiede zwischen Geschlechtern, Alters- und Bildungsgruppen, letztere insbesondere bei Frauen [15, 16].

Im vorliegenden Beitrag wird anhand der neuen Risikostufen der Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland analysiert und im Vergleich zu bisherigen Grenzwerten eingeordnet. Es werden zudem soziodemografische Charakteristika (Geschlecht, Alter und Bildung) der Konsumierenden in den einzelnen Risikostufen untersucht.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine repräsentative Querschnittbefragung und Teil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) [17, 18]. In der Erhebung GEDA 2019/2020-EHIS wurde der Fragebogen der dritten Welle des European Health Interview Survey (EHIS) integriert. Die Datenerhebung fand zwischen April 2019 und September 2020 statt und wurde als telefonische Befragung mit einem computergestützten, voll strukturierten Interview (Computer Assisted Telephone Interview, CATI) durchgeführt [19]. Für die Erhebung wurde eine Telefonstichprobe verwendet, die Mobilfunk- und Festnetznummern kombiniert (Dual-Frame-Verfahren) [20]. Es nahmen 23.001 Personen ab 15 Jahren teil. In den vorliegenden Auswertungen wurden Personen ab 18 Jahren berücksichtigt. Weitere Informationen zu Erhebungsdesign, Befragungsinhalten und Rücklaufquoten sind bei Allen et al. [19] beschrieben.

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung von Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019–September 2020

GEDA-Erhebungswellen: GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2021, GEDA Fokus, GEDA 2022, GEDA 2023, GEDA 2024

Mehr Informationen unter www.rki.de/geda

2.2 Instrumente und Indikatoren

Alkoholkonsum

Die Fragen zum Alkoholkonsum sind Bestandteil des EHIS. Die Studienteilnehmenden wurden zunächst nach der Häufigkeit ihres Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten gefragt: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten Alkohol?“ Sie konnten zwischen den folgenden Antworten wählen: „Täglich oder fast täglich“, „5–6 Tage pro Woche“, „3–4 Tage pro Woche“, „1–2 Tage pro Woche“, „2–3 Tage pro Monat“, „Einmal im Monat“, „Weniger als einmal im Monat“, „Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke“, „Nie oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben“.

Wer angab, mindestens ein bis zwei Tage pro Woche Alkohol getrunken zu haben, wurde anschließend nach der Anzahl der Tage, an denen üblicherweise Alkohol getrunken wird, gefragt. Dabei wurde zwischen Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenenden (Freitag bis Sonntag) unterschieden. Daran schloss sich, ebenfalls getrennt nach

Wochentag und Wochenende, jeweils eine Frage zur durchschnittlichen Getränkeanzahl pro Konsumtag an. Als Bezugsgröße für ein Getränk wurden Beispiele anhand von Standardgetränken angegeben, wie 0,33 Liter Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit jeweils 0,125 Litern. Die Abfrage der Anzahl der Getränke erfolgte gestuft: „Kein Getränk pro Tag“, „1 Getränk pro Tag“, „2 Getränke pro Tag“, „3 Getränke pro Tag“, „4–5 Getränke pro Tag“, „6–9 Getränke pro Tag“, „10–15 Getränke pro Tag“, „16 oder mehr Getränke pro Tag“. Die genauen Fragenformulierungen können im Fragebogen von GEDA 2019/2020-EHIS [21] eingesehen werden.

Auf Basis dieser Angaben wurde die durchschnittliche Anzahl der konsumierten alkoholischen Getränke pro Woche ermittelt. Bei den Antwortkategorien, bei denen die Getränkeanzahl als Spanne erfragt wurde, wurde folgende Anzahl verwendet: bei 4 bis 5 Getränken: 4,5; bei 6 bis 9 Getränken: 7,5; bei 10 bis 15 Getränken: 12,5 und bei 16 oder mehr Getränken: 18.

Soziodemografie

Es wurde das bei der Geburt eingetragene Geschlecht und die Geschlechtsidentität der Teilnehmenden erfragt [22]. Die Analyse nach Geschlecht basiert auf Personen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Personen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen (genderdiverse Personen), werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht separat dargestellt.

Um das Alter zum Zeitpunkt der Befragung zu ermitteln, wurden die Teilnehmenden nach ihrem Geburtsmonat und -jahr gefragt. Für die Analyse wurden die Teilnehmenden in vier Altersgruppen eingeteilt: 18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre, 65 Jahre und älter.

Auf der Grundlage der Angaben zur Bildung, wurden gemäß der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) [23] drei Bildungsgruppen unterschieden: niedrig (Primar- oder niedrige Sekundarbildung), mittel (mittlere oder hohe Sekundarbildung) und hoch (Hochschulbildung).

Bewertung des Alkoholkonsums in Risikostufen

Die Bewertung des Alkoholkonsums erfolgt in den vier Kategorien „risikofrei“, „geringes Risiko“, „moderates Risiko“ und „hohes Risiko“. Die Kategorien wurden wie in [Abbildung 2](#) dargestellt gebildet.

2.3 Statistische Methoden

Der Anteil der Bevölkerung in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen für alle vier Risikostufen des Alkoholkonsums wird dargestellt. Die Ergebnisse werden für die Gesamtbevölkerung sowie getrennt für Frauen und Männer und zusätzlich nach Alters- und Bildungsgruppen beschrieben.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Es erfolgte zum einen eine Gewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Zum anderen erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Altersklasse, Geschlecht, Bundesland, den siedlungsstrukturellen Kreistyp (Stand: 31.12.2019) sowie an die Bildungsverteilung aus dem Mikrozensus 2017 [19].

Die Analyse wurde mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten angemessen zu berücksichtigen, wurden alle

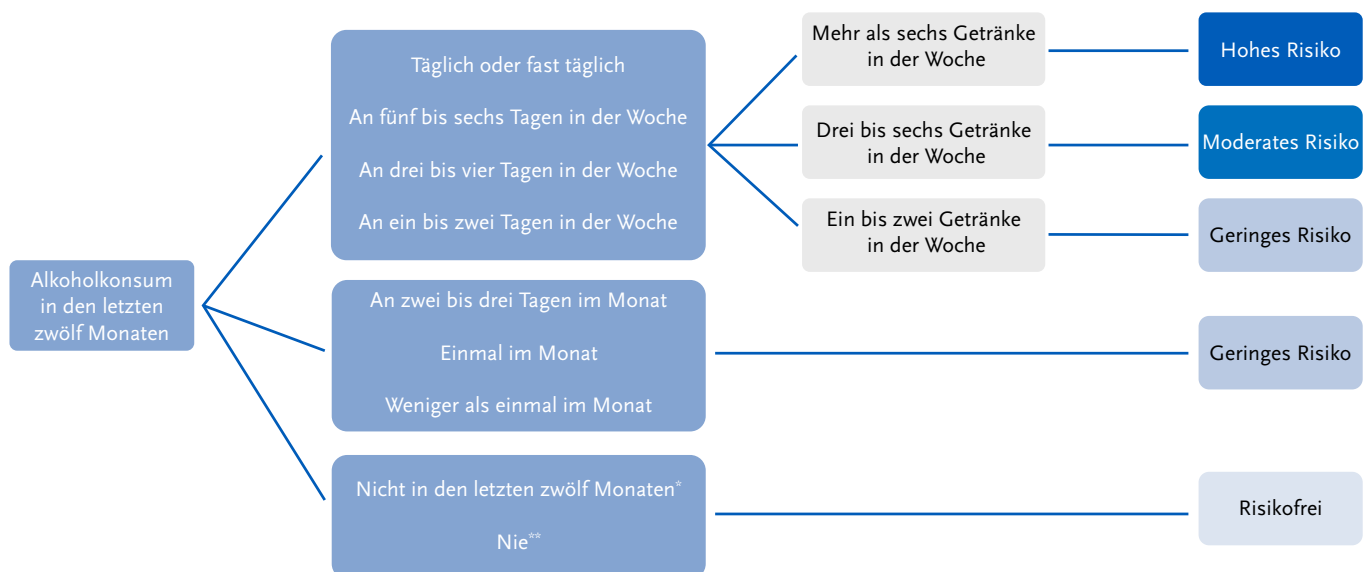


Abbildung 2: Definition der Risikostufen des Alkoholkonsums aus den Befragungsdaten

*Antwortkategorie: Nicht in den letzten zwölf Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke.

**Antwortkategorie: Nie oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben.

Tabelle 1: Beschreibung der Studienpopulation (n=22.392). Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Anzahl	Ungewichtet	Gewichtet
		%	%
Geschlechtsidentität			
Weiblich	11.817	52,8	51,1
Männlich	10.515	47,0	48,5
Divers	60	0,3	0,4
Altersgruppe (in Jahren)			
18–29	2.089	9,3	16,4
30–44	3.741	16,7	22,7
45–64	8.878	39,7	35,1
≥ 65	7.684	34,3	25,8
Bildungsgruppe*			
Niedrig	4.202	18,8	29,6
Mittel	9.843	44,1	52,3
Hoch	8.293	37,1	18,0

*Missings bei den Bildungsgruppen: n= 54

Analysen mit den SAS-Survey-Prozeduren berechnet. Ein Unterschied zwischen den betrachteten Gruppen wurde bei einem p-Wert kleiner als 0,05 im Rao-Scott-Chi-Quadrat-Test oder nicht überlappenden 95 %-Konfidenzintervallen als statistisch signifikant bewertet.

3. Ergebnisse

Die Stichprobe besteht aus 22.392 Personen im Alter ab 18 Jahren mit Angaben zum Alkoholkonsum. Vorab ausgeschlossen wurden 326 Teilnehmende aufgrund fehlender oder unvollständiger Angaben. Die soziodemografischen Merkmale der Studienpopulation sind in [Tabelle 1](#) dargestellt. 54 Teilnehmende konnten aufgrund fehlender Angaben keiner Bildungsgruppe zugeordnet werden. 60 Teilnehmende identifizierten sich weder als weiblich noch als männlich und wurden in der stratifizierten Analyse nach Geschlecht nicht dargestellt.

[Tabelle 2](#) veranschaulicht die Ergebnisse zum Alkoholkonsum in der Bevölkerung. 25,3 % der Frauen und 16,7 % der Männer gaben an, in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol getrunken zu haben oder generell keinen Alkohol zu konsumieren. Letzteres trifft auf 16,5 % der Frauen und 10,0 % der Männer zu (Zahlen in [Tabelle 2](#) nicht explizit ausgewiesen). Einen Konsum von maximal zwei alkoholischen Getränken in der Woche, der mit einem geringen Risiko für gesundheitliche Folgeschäden bewertet wird, geben 53,3 % der Frauen und 39,0 % der Männer an. 12,8 % der Frauen und 15,6 % der Männer haben mit drei bis sechs Getränken pro Woche einen Konsum mit moderatem Risiko für gesundheitliche Folgeschäden und 8,6 % der Frauen und 28,6 % der Männer haben mit mehr als sechs Getränken pro Woche ein hohes Risiko. Damit trinken 21,4 % der Frauen und mehr als doppelt so viele Männer (44,3 %) so viel Alkohol, dass ihr

Konsum im Bereich eines moderaten oder hohen Risikos liegt.

Die Gruppe, die einen Alkoholkonsum mit moderatem oder hohem Risiko aufweist, wird im Folgenden getrennt für Frauen und Männer beschrieben. Für dieses Konsummuster gibt es bei beiden Geschlechtern statistisch signifikante Unterschiede zwischen Alters- und Bildungsgruppen (jeweils $p < 0,0001$). Fast die Hälfte der 45- bis 64-jährigen Männer (47,8 %) und der ab 65-jährigen Männer (48,5 %) konsumiert Alkoholgengen mit moderatem oder hohem Risiko ([Abbildung 3](#)). In diesen Altersgruppen ist auch der Anteil an Konsumenten mit hohem Risiko für gesundheitliche Folgeschäden hoch ([Tabelle 2](#)).

Bei Frauen ist in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen im Vergleich zur jeweils angrenzenden jüngeren und älteren Gruppe ein höherer Anteil derer zu verzeichnen, die Alkohol mit moderatem oder hohem Risiko trinken ([Abbildung 3](#)). Positiv hervorzuheben ist, dass der Anteil der Frauen mit einem Alkoholkonsum mit hohem Risiko für gesundheitliche Folgeschäden bei den 30- bis 44-jährigen besonders niedrig ist (6,6 %; [Tabelle 2](#)).

Bei beiden Geschlechtern zeigt sich darüber hinaus ein Zusammenhang mit der Bildung: Je höher die Bildungsgruppe, desto größer ist der Anteil derjenigen, die einen Konsum mit moderatem oder hohem Risiko aufweisen. Unter Männern der hohen Bildungsgruppe gehört dazu mehr als jeder Zweite, bei den Frauen in der hohen Bildungsgruppe ist es fast jede Dritte ([Abbildung 3](#)).

Vergleich der Ergebnisse mit der bisherigen Definition von riskantem Alkoholkonsum

Das Positionspapier der DGE enthält die deutliche Botschaft, möglichst überhaupt keinen Alkohol zu konsumieren. Ein bis zwei alkoholische Getränke pro Woche gelten als Konsum mit geringem Risiko für gesundheitliche Folgeschäden [9]. Das liegt deutlich unterhalb dessen, was bisher als risikoarmer Konsum angesehen wurde (maximal ein Glas pro Tag bei Frauen und maximal zwei Gläser pro Tag bei Männern) [6, 7]. Aufgrund dieser neuen Risikodefinition weist ein erheblich größerer Anteil der Bevölkerung einen Alkoholkonsum oberhalb eines geringen Risikos auf. Während bisher von 13,5 % der Bevölkerung ausgegangen wurde [13], sind es bei gleicher Datenbasis mit der neuen Definition 32,5 %. Besonders groß fällt der Unterschied bei den Männern aus: Bisher wurde bei 16,1 % der Männer von einem Konsum oberhalb von risikoarm ausgegangen [14]. Mit der neuen Definition trinken 44,3 % der Männer Alkohol in Mengen, die oberhalb eines geringen Risikos für gesundheitliche Folgeschäden liegen. Bei Frauen lag der Anteil mit einem Konsum oberhalb von risikoarm bisher bei 11,1 % [14] und jetzt bei 21,4 % mit einem Konsum oberhalb eines geringen Risikos, was einer Verdopplung der Anteile entspricht.

Tabelle 2: Anteil der Bevölkerung nach Menge des Alkoholkonsums in Risikostufen, nach Geschlecht, Alter und Bildung (n=11.817 Frauen, n=10.515 Männer). Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Anzahl	Risikofrei (kein Alkoholkonsum)		Geringes Risiko (ein bis zwei Getränke pro Woche)		Moderates Risiko (drei bis sechs Getränke pro Woche)		Hohes Risiko (sieben und mehr Getränke pro Woche)	
		%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	22.392	21,2	(20,3–22,1)	46,3	(45,3–47,3)	14,2	(13,6–14,8)	18,3	(17,6–19,1)
Geschlecht									
Frauen	11.817	25,3	(24,0–26,6)	53,3	(51,9–54,7)	12,8	(12,0–13,7)	8,6	(7,9–9,3)
Männer	10.515	16,7	(15,6–17,9)	39,0	(37,6–40,5)	15,6	(14,7–16,6)	28,6	(27,3–29,9)
Frauen									
Altersgruppen (in Jahren)									
18–29	896	18,6	(15,4–22,3)	59,0	(54,7–63,1)	11,4	(9,1–14,2)	11,0	(8,5–14,0)
30–44	1.885	22,9	(20,2–25,9)	59,0	(55,9–62,1)	11,4	(9,7–13,4)	6,6	(5,4–8,1)
45–64	4.790	21,8	(19,9–23,8)	53,0	(50,9–55,1)	16,1	(14,7–17,6)	9,1	(8,1–10,3)
≥65	4.246	34,8	(32,4–37,2)	46,2	(43,8–48,6)	10,8	(9,6–12,1)	8,3	(7,2–9,5)
Bildungsgruppe									
Niedrig	2.249	41,8	(38,9–44,7)	45,6	(42,8–48,5)	6,9	(5,7–8,4)	5,6	(4,5–7,0)
Mittel	5.653	20,0	(18,5–21,6)	57,1	(55,3–59,0)	13,8	(12,6–15,1)	9,1	(8,1–10,2)
Hoch	3.888	14,3	(12,8–15,8)	53,4	(51,3–55,6)	20,1	(18,5–21,8)	12,3	(10,9–13,7)
Männer									
Altersgruppen (in Jahren)									
18–29	1.180	15,3	(12,7–18,4)	47,0	(43,3–50,7)	11,7	(9,5–14,3)	26,1	(22,9–29,5)
30–44	1.846	13,7	(11,4–16,3)	46,7	(43,4–50,0)	15,6	(13,6–17,8)	24,1	(21,4–27,0)
45–64	4.070	17,9	(15,9–20,1)	34,3	(32,1–36,6)	17,5	(16,0–19,1)	30,3	(28,2–32,5)
≥65	3.419	19,0	(16,9–21,3)	32,5	(30,1–35,1)	16,0	(14,2–17,9)	32,5	(30,0–35,1)
Bildungsgruppe									
Niedrig	1.938	24,6	(22,0–27,5)	37,3	(34,3–40,4)	12,2	(10,5–14,2)	25,8	(23,2–28,7)
Mittel	4.166	15,2	(13,6–16,8)	40,9	(38,9–43,0)	15,2	(13,8–16,7)	28,7	(26,8–30,6)
Hoch	4.384	8,5	(7,5–9,6)	37,1	(35,2–39,0)	22,1	(20,6–23,7)	32,4	(30,6–34,2)

KI = Konfidenzintervall

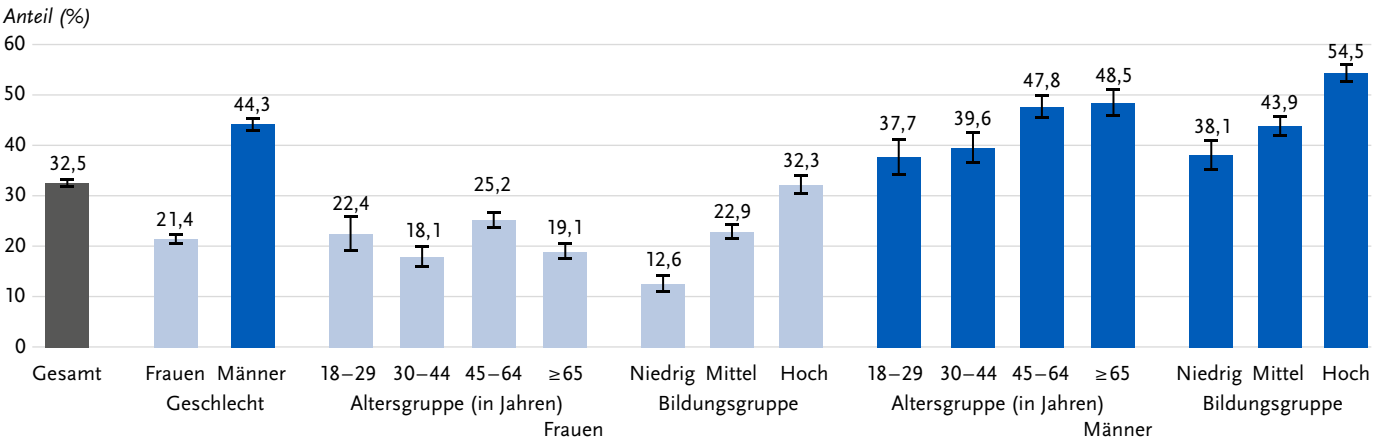


Abbildung 3: Anteil der Bevölkerung mit einem Alkoholkonsum mit moderatem oder hohem Risiko nach Geschlecht, Alter und Bildung (n=11.817 Frauen, n=10.515 Männer). Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Bei einem insgesamt niedrigen Anteil an Männern, die den alten Grenzwert bezüglich des riskanten Konsums überschritten haben (16,1 %), zeigten sich zudem kaum Unterschiede in den Alters- und Bildungsgruppen. Mit den neuen Risikostufen wird jedoch deutlich, dass insbesondere Männer in den Altersgruppen 45 bis 64 Jahre sowie über 65 Jahre Alkoholmengen oberhalb eines geringen Risikos zu sich nehmen. Darüber hinaus ist jetzt auch bei Männern, analog zu den Frauen, ein deutlicher Bildungsgradient zuungunsten der höheren Bildungsgruppen erkennbar.

4. Diskussion

4.1 Hauptergebnisse

In Deutschland konsumieren 78,8 % der Erwachsenen alkoholische Getränke, 74,7 % der Frauen und 83,3 % der Männer. Mit der Neubewertung des Alkoholkonsums auf der Basis des 2024 publizierten Positionspapiers der DGE zeigt sich, dass 21,4 % der Frauen und 44,3 % der Männer Alkohol in Mengen konsumieren, die mit einem moderaten oder hohen Risiko für negative gesundheitliche Auswirkungen assoziiert sind. Insbesondere in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen und bei Männern zusätzlich auch in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen ist der Anteil derer mit einem Alkoholkonsum mit moderatem oder hohem Risiko hoch. Das gilt ebenso für Menschen in der hohen Bildungsgruppe: Mehr als jeder zweite Mann und nahezu jede dritte Frau mit hoher Bildung trinkt Alkohol in Mengen, die mit einem moderaten oder hohen Risiko für negative gesundheitliche Folgen assoziiert sind. Mit der Neubewertung ist der Anteil an Personen, deren Alkoholkonsum als oberhalb von risikoarm (alte Definition) bzw. oberhalb eines geringen Risikos (neue Definition) eingestuft wird, bei Männern von 16,1 % auf 44,3 % und bei Frauen von 11,1 % auf 21,4 % gestiegen. Jegliches Gesundheitsrisiko aufgrund von Alkohol kann nur durch generellen Verzicht vermieden werden. Dies wird aktuell vom überwiegenden Teil der Bevölkerung nicht umgesetzt.

4.2 Einordnung und Interpretation

Es gibt in Deutschland verschiedene epidemiologische Studien, die den Alkoholkonsum in der Bevölkerung erfassen, z. B. den Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA). Daneben werden im Rahmen der amtlichen Statistik Kennzahlen des Alkoholkonsums erfasst, z. B. über die Alkoholsteuerstatistik. Die unterschiedlichen Schwerpunkte und methodischen Ansätze der Studien und Statistiken bieten den Vorteil, dass sie eine differenzierte Einschätzung des Alkoholkonsums und auch dessen Folgen in der Bevölkerung ermöglichen. Gleichzeitig ergeben sich dadurch Kennzahlen, die aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und -zeiträume sowie der Anwendung verschiedener Grenzwerte bzw. Definitionen

Infobox

Webportal der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Webseite www.gbe.rki.de der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes am Robert Koch-Institut (RKI) stellt verlässliche Informationen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland bereit: zeitnah, transparent und einfach zugänglich. Der Fokus liegt auf nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und psychischen Störungen. Zudem werden Faktoren dargestellt, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, zum Beispiel das Gesundheitsverhalten oder soziale Determinanten. Weiterhin bietet das Webportal Informationen zur gesundheitlichen Versorgung sowie zu den vorliegenden Rahmenbedingungen, etwa zur Lebensmittelbesteuerung oder zu den Tabakkontrollmaßnahmen, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Auf der Webseite finden sich derzeit über 60 Indikatoren aus dem Gesundheitsmonitoring am RKI und weiteren Datenquellen, die interaktiv visualisiert und textlich eingeordnet werden. Die Daten sind im Sinne von Open Data auf [GitHub](https://github.com) und [Zenodo](https://zenodo.org) veröffentlicht. Darüber hinaus bietet die Webseite einen Zugang zu sämtlichen Publikationen des RKI, die inhaltlichen Bezug zu den Themen der Webseite haben. Das Angebot wird kontinuierlich erweitert.

Weitere Informationen zum Thema dieses Artikels finden sich im Webportal der GBE unter

www.gbe.rki.de/alkoholkonsum-risikostufen

nicht vergleichbar sind und voneinander abweichen können. Insgesamt ist in den letzten Jahrzehnten ein leicht abnehmender berechneter Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in Deutschland zu verzeichnen [24].

Eine Bewertung des Alkoholkonsums der erwachsenen Bevölkerung gemäß der Risikostufen des Alkoholkonsums des aktuellen DGE-Positionspapiers ist mit den vorliegenden Daten erstmals für Deutschland vorgenommen worden. Ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien bzw. Statistiken ist aufgrund der unterschiedlichen Risikostufen nicht möglich. Vergleichbar ist lediglich der Anteil der abstinent lebenden Menschen. In unserer Stichprobe gaben 21,2 % der Befragten an, lebenslang oder zumindest in den letzten zwölf Monaten abstinent gelebt zu haben. Im ESA wurde im Jahr 2021 für 18- bis 64-Jährige ermittelt, dass 4,9 % lebenslang und 11,2 % in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol konsumiert haben; mit insgesamt 16,1 % ein etwas geringerer Anteil als in unserer Erhebung [25]. Jedoch erschweren die unterschiedlichen Altersgruppen den Vergleich, da in

GEDA 2019/2020-EHIS, im Gegensatz zum ESA, keine obere Altersbegrenzung besteht.

Die neuen Risikostufen mit einem höheren Risiko für gesundheitliche Folgeschäden bei zunehmendem Konsum veranschaulichen die Dosis-Wirkungs-Beziehung besser als der bisherige Grenzwert. Darüber hinaus wird die Kommunikation im Hinblick auf mögliche gesundheitliche Risiken durch die Übersetzung der Alkoholzufuhrmenge in konkrete Getränkeanzahlen und durch die jetzt geschlechtsunabhängigen Risikostufen erleichtert. Zentrale Empfehlung ist jedoch, dass jeglicher Alkoholkonsum mit Risiken verbunden ist.

Aus diesem Grund werden von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen keine Grenzwerte mehr angegeben und generell dazu aufgefordert, keinen oder möglichst wenig Alkohol zu konsumieren [12]. Begründet wird das auch mit individuellen Unterschieden, z. B. hinsichtlich Alter oder genetischer Faktoren sowie im Hinblick auf vulnerable Bevölkerungsgruppen, u. a. Kinder, Jugendliche, Schwangere, Stillende, Personen mit Vorerkrankungen oder mit Medikamenteneinnahme.

Ein gesundheitlich besonders riskantes Trinkverhalten ist darüber hinaus das Rauschtrinken, das definiert ist als Konsum von sechs und mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit. Hohe Alkoholmengen und Rauschtrinken sollten in jedem Fall vermieden werden [9].

4.3 Stärken und Limitationen

Die vorliegenden Analysen basieren auf Daten einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Die erstmalige Anwendung der neuen Risikostufen des Alkoholkonsums gemäß Positionspapier der DGE erlaubt eine auf aktuellen Erkenntnissen beruhende Beurteilung des berichteten Alkoholkonsums in der gesamten Bevölkerung und eine Differenzierung nach soziodemografischen Merkmalen.

Allerdings ergeben sich aus dem Studiendesign und den Methoden der Datenerhebung verschiedene Limitationen. Die Schätzung des Alkoholkonsums auf der Grundlage selbstberichteter Trinkhäufigkeiten und -mengen kann ungenau sein. So kann ein möglicher Einfluss von Erinnerungsverzerrungen (Recall Bias) zum Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten nicht ausgeschlossen werden. Ebenso bleiben mögliche Schwankungen bei der üblichen Trinkhäufigkeit und der durchschnittlichen Trinkmenge unberücksichtigt. Die Erfassung der Getränkeanzahl erfolgt zum Teil über Spannen. Die abgefragten Trinkmengen anhand von Standardgetränken dient als Orientierung, das reale Getränkemaß kann davon abweichen. In der Folge kann es sowohl zu einer Unter- als auch Überschätzung des Alkoholkonsums kommen. Die Fragen basieren jedoch auf dem etablierten und

europaweit eingesetzten Instrument des EHIS [26] und ermöglichen einen europäischen Vergleich [27].

Überdies könnten die Ergebnisse durch sozial erwünschte Antworten der Teilnehmenden hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge beeinflusst worden sein [28]. Telefoninterviews sind hierfür anfälliger als persönlich geführte Interviews [29]. In der Folge kann es zu einer Unterschätzung des Alkoholkonsums kommen. Telefonische Befragungen bergen außerdem das Risiko für einen Non-Response-Bias, einer Verzerrung die daraus resultiert, dass Befragte sich systematisch von Personen unterscheiden, welche die Teilnahme verweigert haben. So ist davon auszugehen, dass Personen, die an einer Gesundheitsstudie teilnehmen, auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben und sich zum Beispiel hinsichtlich ihres Alkoholkonsums von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden können. Auch ist denkbar, dass Personen mit schweren Gesundheitsproblemen in der Studie nicht ausreichend vertreten waren. Darüber hinaus haben Personen der niedrigen Bildungsgruppe seltener teilgenommen. Um diesen möglichen Selektionseffekt zu reduzieren, wurde ein Gewichtungsfaktor angewandt. Der Erhebungszeitraum zwischen April 2019 und September 2020 schließt auch den Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 ein, der möglicherweise Einfluss auf den Alkoholkonsum gehabt haben kann [30, 31], und damit für einen Teil der Teilnehmenden nicht den üblichen Konsum darstellt. Jedoch ist der Bezugszeitraum für den Alkoholkonsum die letzten zwölf Monate, sodass kurzfristige Schwankungen hier weniger zum Tragen kommen als bei kürzeren Befragungszeiträumen.

Eine Limitation der Berechnungen zur Schädlichkeit von Alkohol besteht darin, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass in den in die systematischen Literaturrecherchen eingeschlossenen Studien zu den kurz- und langfristigen Folgen des Alkoholkonsums möglicherweise auch Personen als Nichtkonsumierende eingestuft wurden, die aufgrund gesundheitlicher Probleme mit dem Alkoholkonsum aufgehört haben („ill quitters“). Dies kann zu einer Verzerrung dahingehend führen, dass die Risiken der Konsumgruppen mit geringem, moderatem oder hohem Risiko im Vergleich zu den Nichtkonsumierenden unterschätzt werden [32].

4.4 Handlungsempfehlungen

Die auf der Basis des aktuellen Positionspapiers der DGE vorgenommene Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland verdeutlicht, dass Gesundheitsrisiken aufgrund von Alkoholkonsum in der Bevölkerung weit verbreitet sind. Daraus ergibt sich ein deutlicher Handlungsbedarf für wirksame Präventionsmaßnahmen, um gesundheitliche Risiken zu minimieren. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt verschiedene Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und dessen Folgen. Dazu zählen Beschränkungen

der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke; Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer; Erleichterung des Zugangs zu Vorsorgeuntersuchungen, Kurzinterventionen und Behandlungen; Durchsetzung von Verboten oder umfassenden Beschränkungen für Alkoholwerbung, Sponsoring und Promotion sowie Erhöhung der Preise für Alkohol durch Verbrauchsteuern und Preispolitik [33]. Als erfolgversprechend wird ein Politikmix angesehen, der eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteure einbezieht und aus einer Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen besteht [1].

Eine aktuelle Bewertung der Umsetzung dieser Maßnahmen in Deutschland kommt zu dem Schluss, dass vor allem der Zugang zu Alkohol eingeschränkt und Verbrauchsteuern auf alkoholische Getränke deutlich erhöht bzw. für Wein eingeführt werden sollten [24]. Aktuell können in Deutschland alkoholische Getränke jederzeit gekauft werden und der Preis ist vergleichsweise niedrig: Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegt Deutschland bei den Alkoholsteuersätzen an drittletzter Stelle [34]. Zudem ist das gesetzliche Mindestalter für den Kauf alkoholischer Getränke in Deutschland mit 16 Jahren niedrig, eine Anhebung könnte den Alkoholkonsum von Jugendlichen und die damit verbundenen Risiken verringern [35].

Im Bereich Verhaltensprävention ist die Schaffung eines Problembewusstseins für die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums in Politik und Gesellschaft vorrangig [1] und wichtige Voraussetzung dafür, dass das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ wirksam umgesetzt werden kann [36]. Darin heißt es „Ein wichtiger Bestandteil der Alkoholprävention zu einer in diesem Sinne gut „informierten Gesellschaft“ ist die aufmerksamsstarke, umfassende und kontinuierliche Information der Bevölkerung über einen risikoarmen Konsum von Alkohol. Eine so gestaltete Informationsvermittlung ist auch mit dem Ziel verbunden, das Thema „Alkoholprävention“ auf der politischen Agenda zu halten und zum Gegenstand politischen Handelns zu machen“ [36]. Dazu soll auch die neue Handlungsempfehlung zum Alkoholkonsum dienen.

4.5 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wird der Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland anhand der Risikostufen gemäß Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung neu bewertet. Demnach weist ein erheblicher Anteil der Bevölkerung einen gesundheitlich bedenklichen Alkoholkonsum auf. Die Ergebnisse unterstreichen die dringende Notwendigkeit, Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung zu ergreifen. Gezieltes gesundheitspolitisches Handeln ist notwendig, die Weltgesundheitsorganisation hat konkrete Empfehlungen dafür vorgelegt. Zudem ist Aufklärung über die negativen Folgen

des Alkoholkonsums ein wichtiger Bestandteil von Prävention sowie die breite Kommunikation der Empfehlung, möglichst wenig oder keinen Alkohol zu trinken.

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten gelten einige Zugangsbeschränkungen. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: AR, AS; zur Analyse der verwendeten Daten: AR, AS; zur Interpretation der verwendeten Daten: AR, AS, AS. Ausarbeitung des Manuskripts: AR, AS, AS; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: AR, AS, AS. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: AR, AS, AS.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018 [cited 30.04.2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>.
- 2 Griswold MC, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015–35. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
- 3 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results 2021. 2025 [cited 04.03.2025]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- 4 World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2024 [cited 04.03.2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>.
- 5 World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2022 [cited 04.03.2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf?sequence=1>.
- 6 Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), editor. *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland; 2008. p. 205–209.

- 7 Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K. Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Prev Med.* 2004;39(1):111–27. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.11.011.
- 8 Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health.* 2023;8(1):e6–e7. doi: 10.1016/s2468-2667(22)00317-6.
- 9 Richter M, Tauer J, Conrad J, Heil E, Kroke A, Virmani K, et al. Alcohol consumption in Germany, health and social consequences and derivation of recommendations for action – Position statement of the German Nutrition Society (DGE). *Ernährungs Umschau* 2024; 71(10): 125–39.
- 10 Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T, et al. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2023 [cited 25.04.2025]. Available from: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf.
- 11 Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, Abate KH, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, et al. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *The Lancet.* 2022;400(10347): 185–235. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00847-9.
- 12 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. 2023 [cited 06.03.2025]. Available from: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf.
- 13 Robert Koch-Institut. Alkohol: Riskanter Konsum (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2024 [cited 06.03.2025]. Available from: www.gbe.rki.de/alkoholkonsum-risikostufen.
- 14 Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O, Kuhnert R, et al. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit.* 2021;6(3):28–48. doi: 10.25646/8460.
- 15 Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A, Mensink GBM. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *J Health Monit.* 2016;1(1):2–20. doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-025.
- 16 Lange C, Manz K, Kuntz B. Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *J Health Monit* 2017;2(2):66–73. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-031.
- 17 Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H. Health monitoring at the Robert Koch Institute: Status and perspectives. *Bundesgesundheitsbl.* 2009;52(5):557–70. doi: 10.1007/s00103-009-0843-3.
- 18 Lange C, Jentsch F, Allen J, Hoebel J, Kratz AL, von der Lippe E, et al. Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol.* 2015;44(2): 442–50. doi: 10.1093/ije/dyv067.
- 19 Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A, et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit.* 2021;6(3):72–87. doi: 10.25646/8558.
- 20 van der Heyde C. Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. 2013 [cited 19.12.2024]. Available from: https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstich-proben_DE-2013.pdf.
- 21 Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit.* 2021;6(3): 88–106. doi: 10.25646/8560.
- 22 Pöge K, Rommel A, Starker A, Prütz F, Tolsdorf K, Öztürk I, et al. Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit.* 2022;7(2): 2–71. doi: 10.25646/9957.
- 23 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, editors. *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables.* Boston, MA: Springer US; 2003. p. 221–44.
- 24 Manthey J, Kilian C. 2.1 Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), editor. *DHS Jahrbuch Sucht 2025.* Lengerich: Pabst; 2025. p. 39–56.
- 25 Möckl J, Rauschert C, Wilms N, Langenscheidt S, Kraus L, Olderbak S. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: (problematischer) Alkoholkonsum und episodisches Rauschtrinken nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. München: IFT Institut für Therapieforchung. 2023 [cited 30.04.2025]. Available from: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2021_Tabellen_Alkohol.pdf.
- 26 European Commission. European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual. Re-edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2020 [cited 25.04.2025]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/10820524/KS-01-20-253-EN-N.pdf/2d66d5d7-b966-38ba-881a-a8f4b6d3f5e0?t=1588680461000>.
- 27 Eurostat Statistics Explained. Alcohol consumption statistics; 2001 [cited 14.03.2024]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#-Frequency_of_alcohol_consumption.
- 28 Davis CG, Thake J, Vilhena N. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addict Behav.* 2010;35(4):302–11. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.11.001.
- 29 Hüfken V. Telefonische Befragung. In: Baur N, Blasius J, editor. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Wiesbaden: Springer VS; 2019. p. 757–68.
- 30 Statistisches Bundesamt (Destatis). Alkoholverbrauch geht im Corona-Jahr 2020 weiter zurück. Pressemitteilung Nr. 148 vom 25. März 2021. 2021 [cited 08.08.2025]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_148_799.html.
- 31 Schaller K, Kahnert S, Garcia-Verdugo R, Treede I, Greal N, Ouédraogo N. Alkoholatlas Deutschland 2022. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum. 2022 [cited 19.12.2024]. Available from: <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2022/dkfz-pm-22-50-Alkoholatlas-Deutschland-2022-neu-erschienen.php>.
- 32 Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do „Moderate“ Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs.* 2016;77(2):185–98. doi: 10.15288/jsad.2016.77.185.
- 33 World Health Organization (WHO). Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019. Copenhagen: WHO. 2021 [cited 30.04.2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340727/9789289055048-eng.pdf?sequence=1>.
- 34 Angus C, Holmes J, Meier PS. Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction.* 2019;114(8):1489–94. doi: 10.1111/add.14631.
- 35 Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002(14):206–25. doi: 10.15288/jsas.2002.s14.206.
- 36 gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. p. 8. 2015 [cited 25.04.2025]. Available from: https://vgv.org/wp-content/uploads/2022/01/Alkoholkonsum-reduzieren_Veroeffentlichung_150626.pdf.