

2 Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

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 ¹	Spirituosen	Andere ²	Registrierter PKA	Gesamter PKA ³
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.

¹ Wein einschließlich Sekt; ² Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops

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

³ 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 versteuertes 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 Westeuropa¹ (10,8), Nordeuropa² (10,5), Osteuropa³ (10,9) und Südeuropa⁴ (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-

¹ Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Niederlande, Schweiz

² 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

³ Belarus, Bulgarien, Tschechien, Ungarn, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Slowakei, Ukraine

⁴ 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 (≥ 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 (≤ 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 ¹		GBD ²	
	N	%	N	%
Übertragbare Erkrankungen	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	/	/
Nichtübertragbare Erkrankungen	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 ^a	676	1,5	331	0,8
Diabetes Mellitus	-219	-0,5	829	2,0
Verletzungen	8.434	18,2	2.339	5,6
Nicht-intentionale Verletzungen ^b	5.915	12,8	1.505	3,6
Intentionale Verletzungen ^c	2.519	5,4	834	2,0
Gesamt	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.

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

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

^a umfasst Epilepsie bei der WHO und Epilepsie & Alzheimer bei GBD

^b einschließlich Transportunfälle

^c 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 Schätzmethoden 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-Kreislauserkrankungen. Bei koronarer Herzkrankheit, einer bestimmten Herz-Kreislauserkrankung, 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 tiefergehende 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 Schätzmethoden 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)

