

Dr. Jakob Manthey

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig

STELLUNGNAHME ZUR ALKOHOLPRÄVENTIONSSTRATEGIE

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Berlin, 03.03.2021

DRUCKSACHE 19/24386

**„ALKOHOLPRÄVENTIONSSTRATEGIE ENTWICKELN UND
EUROPÄISCH VORANBRINGEN“**

VON DR. KIRSTEN KAPPERT-GONTHER UND KOLLEG:INNEN DER FRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

DRUCKSACHE 19/26118

**„UNGEBORENE KINDER VOR SCHWEREN SCHÄDEN
DURCH ALKOHOL SCHÜTZEN“**

VON DR. WIELAND SCHINNENBURG UND KOLLEG:INNEN DER FRAKTION DER FDP

Alkoholkonsum in Deutschland

In Deutschland setzt sich seit Jahrzehnten die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung den Risiken des Alkoholkonsums aus. Im Jahr 2018 haben etwa 72% der Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren im vergangenen Monat Alkohol konsumiert (1), wobei anzunehmen ist, dass der Konsum auch im höheren Alter in Deutschland weit verbreitet ist (für Schätzungen aus anderen Ländern, siehe (2)). In der gesamten Europäischen Region der WHO (ingesamt über 50 Länder), gibt es nur 3 Länder in denen derzeit mehr getrunken wird. Damit wird in ehemaligen Hochkonsumländern wie Russland und Litauen mittlerweile aufgrund erfolgreicher Alkoholkontrollpolitik weniger getrunken als hierzulande (3-5).

Unter denjenigen, die in der Bundesrepublik Alkohol konsumieren, werden *im Durchschnitt* jeden Tag ein Alkoholäquivalent von drei kleinen Bieren getrunken. Das ist insofern bedenklich, da laut der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen riskanter Alkoholkonsum durch den täglichen Konsum von ein bzw. zwei kleinen Bieren für Frauen und Männer definiert ist (6, 7).

Da Konsummengen ungleich verteilt sind, liegt der Konsum bei den meisten Konsumierenden unterhalb des Grenzwertes für riskanten Konsum. Realistische Schätzungen aus Bremen ergaben, dass ca. 38% der erwachsenen Bevölkerung diesen Grenzwert überschreiten (8). Besonders gesundheitsrelevant ist jedoch nicht nur die täglich eingenommene Alkoholmenge, sondern das übermäßige Trinken bei einer Gelegenheit („Rauschtrinken“). Den Grenzwert von mehr als fünf kleinen Bieren bei einer Gelegenheit haben in Deutschland 34% der Konsumierenden im Jahr 2018 überschritten.

Warum ist das relevant?

Wie im Antrag der GRÜNEN ausgeführt, sterben im Jahr zehntausende Menschen an alkoholbedingten Unfällen und Erkrankungen. Hinzu kommen eine hohe sechsstellige Zahl von alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten (ca. 300.000 nur durch Alkoholkonsumstörungen) und eine Schädigung von dritten Personen, die nicht selber konsumieren bzw. nicht direkt am Konsum beteiligt sind ((9); siehe auch Antrag der FDP Fraktion).

Die häufig zitierte Zahl von 74.000 Todesfällen basiert auf Daten und Methoden aus den 1990er Jahren (10), jedoch gibt es aktuellere Schätzungen, z.B. für das Jahr 2012 ((11); ca. 20.000 für 15 bis 64 Jährige) und 2016 ((12); ca. 45.000 für die gesamte erwachsene Bevölkerung). Letztere deckt sich auch mit den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO; (13)).

Unabhängig von der exakten Höhe der Todeszahlen ist festzuhalten: die gesellschaftliche Belastung durch den Alkoholkonsum für die direkt Betroffenen, für Angehörige (siehe auch Antrag der FDP Fraktion) und für die Wirtschaft (14) ist immens.

In diesem Kontext ist es wichtig, dass der alkoholbedingte Schaden in der Gesellschaft ungleich verteilt ist. Aus **Abbildung 1** geht hervor, dass sich die vermeidbaren alkoholbedingten Todesfälle – nicht wie in den beiden vorliegenden Anträgen angenommen – auf (ungeborene) Kinder oder junge Erwachsene konzentrieren, sondern über die gesamte Altersspanne verteilt sind, wobei der Höhepunkt im Alter von etwa 30 (Männer) bzw. 25-44 Jahren (Frauen) zu beobachten ist.

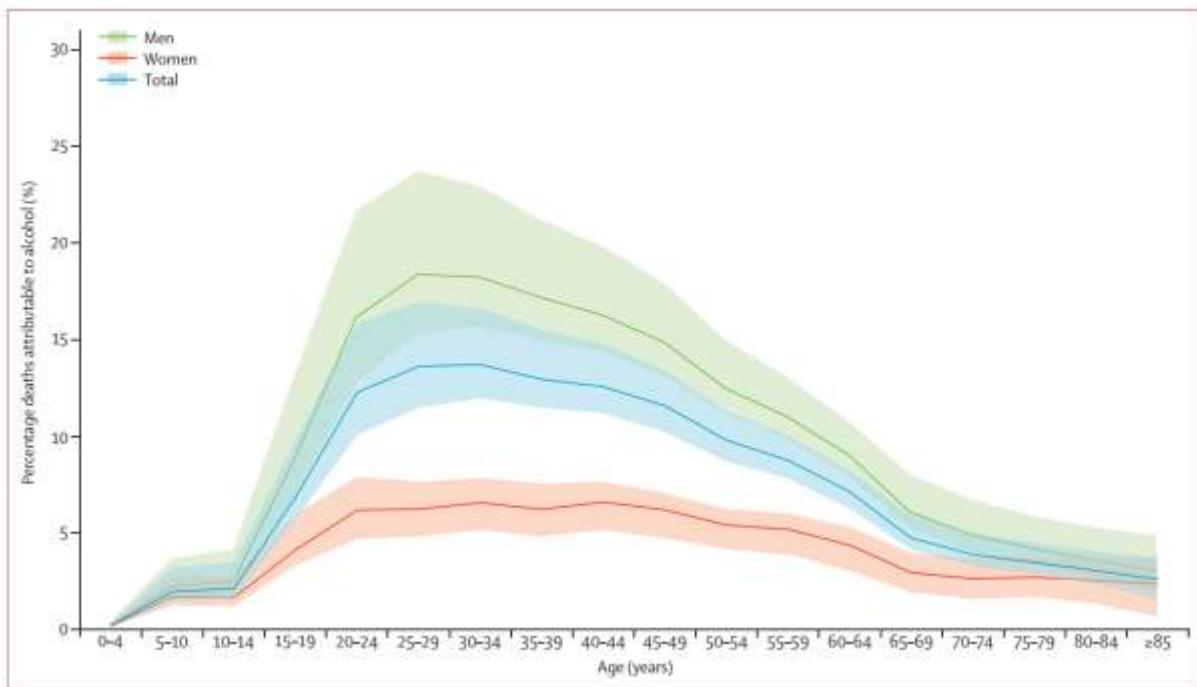


Abbildung 1 – Prozentsatz der alkoholbedingten Todesfälle (global) nach Alter und Geschlecht (Quelle: (12))

Außerdem ist bekannt, dass der Alkoholkonsum bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (z.B. Haupt- oder Realschulabschluss als höchste Qualifikation) in Deutschland weniger verbreitet ist (15). Allerdings sterben Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an alkoholbedingten Todesursachen (16) – und das trotz geringerem Konsum. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die niedrigere Lebenserwartung von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status in Deutschland ((Frauen: 4,4 Jahre, Männer: 8,6 Jahre; (17)) maßgeblich durch Alkoholkonsum erklärt werden kann (18).

Welche Ziele hat sich Deutschland verschrieben und warum?

Laut dem „Global Action Plan For the Prevention And Control of Noncommunicable Diseases“ der WHO, dem sich alle Mitgliedstaaten verpflichtet haben, soll die frühzeitige Mortalität von nicht-übertragbaren Krankheiten bis 2025 um ein Viertel gesenkt werden (19). Nicht-übertragbare Krankheiten sind v.a. durch Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes definiert. Eine Reduktion nicht-übertragbarer Krankheiten ist auch in den sogenannten „Sustainable Development Goals“ der Vereinten Nationen enthalten – zu denen sich Deutschland ebenfalls verpflichtet hat (20). Leider hat Deutschland bisher keine Fortschritte erzielt, die für eine entsprechende Zielerreichung notwendig sind (21).

Welche Rolle spielt der Alkoholkonsum in diesem Zusammenhang? Der Gebrauch von Alkohol erhöht das Erkrankungsrisiko für beinahe 200 Krankheiten, darunter eine Vielzahl an nicht-übertragbaren Krankheiten wie beispielsweise Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs bei Frauen, ischämische Herzkrankheit, Kardiomyopathien und Diabetes (22). Ähnlich zu den meisten Krebsarten sind hier bereits kleine Mengen an Alkohol ausreichend, um das Erkrankungsrisiko zu erhöhen, weshalb die zitierte Aussage der Bundesdrogenbeauftragten (https://twitter.com/Daniela_LudwigMdB/status/1278993087017226241) wissenschaftlich nicht haltbar ist.

Tatsächlich wurde erst kürzlich durch die WHO geschätzt, dass selbst bei Einhaltung „moderater“ Konsummuster, also bis zu einem halben Liter Bier pro Tag, weiterhin 11% der alkoholbedingten Krebsarten auftreten würden (23).

Vor diesem Hintergrund ist eine Reduktion des gesamten Alkoholkonsums, und nicht nur in bestimmten Subgruppen, von äußerster Relevanz, um international vereinbarte Ziele erfüllen zu können. Tatsächlich hat sich Deutschland, zusammen mit der globalen Gemeinschaft, auf eine konkrete Reduktion des sogenannten Pro-Kopf-Konsums verständigt. So ist eine 10%ige Verringerung des Pro-Kopf-Konsums bis zum Jahr 2025 geplant (19), zusätzlich zu einer Stärkung der präventiven und Behandlungsmaßnahmen von Substanzmissbrauch mit expliziter Nennung des schädlichen Alkoholgebrauchs (20, 24). Da es keinen unschädlichen Alkoholkonsum gibt, wird zur Überprüfung zur Zielerreichung der Pro-Kopf-Konsum herangezogen, welcher als zuverlässigster Indikator zur Beschreibung des Alkoholkonsums und den damit einhergehenden Schäden gilt (25, 26).

Welche Erfolge hat Deutschland hinsichtlich der Erreichung selbst gesetzter Ziele zur Konsumreduktion gemacht?

Zusammenfassend: keine.

In Deutschland ist der Pro-Kopf-Konsum in den letzten Jahren zwar leicht rückläufig (27), aber das trotz und nicht wegen politischer Maßnahmen. An zwei Beispielen möchte ich kurz erläutern, wie es um die alkoholpolitische Landschaft in Deutschland steht:

Als in Baden-Württemberg im Jahr 2010 der Verkauf alkoholischer Getränke zwischen 10 Uhr abends und 5 Uhr morgens eingeschränkt wurde, sind die alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen um 7% zurückgegangen (28). Diese nachweislich erfolgreiche Maßnahme wurde jedoch im Jahr 2017 wieder abgeschafft (29).

Im Jahr 2020 hat der Bundestag eine Änderung des Weingesetzes beschlossen (mit Unterstützung aller Parteien und Enthaltung der Partei DIE LINKE), mit der Absicht „*die wirtschaftliche Perspektive der hiesigen Erzeuger im Wettbewerb und bei abnehmenden mengenmäßigen Absätzen zu stärken*“ (30).

Mit dieser Entscheidung werden die oben genannten Ziele nicht nur konterkariert, da sie eine Steigerung des Alkoholkonsums beabsichtigt, sondern eine Verschlechterung der Gesundheit der eigenen Bevölkerung in Kauf genommen. Da Wein vor allem von Frauen konsumiert wird, steht diese Entscheidung auch im klaren Gegensatz zum Antrag der FDP Fraktion.

Welche Schritte sind zur Zielerreichung notwendig?

Die im Antrag der GRÜNEN aufgeführten Maßnahmen sind sogenannte, von der WHO empfohlene, „best buys“ (Werbeeinschränkungen, Verfügbarkeitseinschränkungen, Preissteigerungen) – eine Sammlung von kosteneffektiven Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums und den alkoholbedingten Schäden. Laut dem neuesten Datenblatt der Weltgesundheitsorganisation, ist in Deutschland besonders die Verfügbarkeit von Alkohol unvergleichbar hoch – aus 100 Punkten, die maximal erzielt werden können, erreichte Deutschland nur sechs, während der EU-Durchschnitt bei 62 lag (31). Im Gegensatz zu den allermeisten europäischen Ländern kann in Deutschland zu jeder Tages- und Nachtzeit in naher Wohnumgebung Alkohol gekauft werden. Ein Verkaufsverbot in Tankstellen oder die Lizensierung von Verkaufsstellen zur Reduzierung der Angebotsdichte wären effektive Maßnahmen, die den Konsum reduzieren könnten.

Neben der Verfügbarkeit begünstigt zudem das sehr niedrige Preisniveau alkoholischer Getränke in Deutschland den Konsum. Ein europäischer Vergleich der Besteuerung ist **Abbildung 2** zu entnehmen. Die Besteuerung alkoholischer Getränke unterscheidet sich dabei nicht nur zwischen alkoholischen Getränken, sondern vernachlässigt auch den Alkoholanteil pro Getränk. So wird beispielsweise, und

im Gegensatz zu anderen europäischen (nicht-EU) Ländern, keine gesonderte Steuer auf Wein erhoben – entsprechend der Subventionsstrategie der Europäischen Union (32). Die gegenwärtige Besteuerung unterschiedlicher alkoholischer Getränke führt dazu, dass Kaufanreize für Wein und Bier geschaffen werden.

Welches Potential in der Erhöhung von Alkoholsteuern liegt, wurde erst kürzlich geschätzt: so könnten schon bei einer Verdopplung der Verkaufspreise 4% der alkoholbedingten Krebserkrankungen vermieden werden (33). Noch unveröffentlichten Schätzungen unserer Arbeitsgruppe zufolge hätte eine Steuererhöhung auch auf andere alkoholbedingte Erkrankungen deutlich protektive Effekte (34).

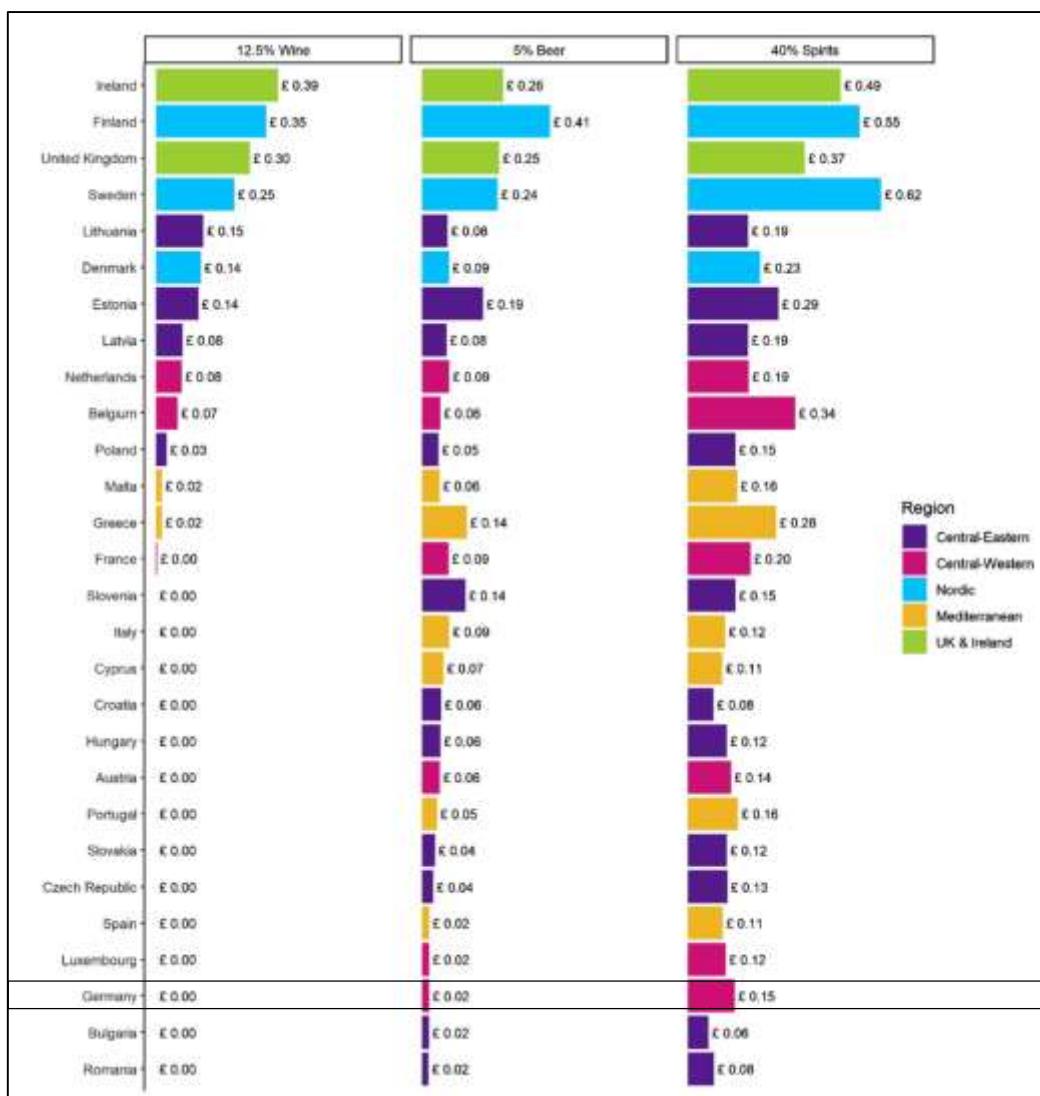


Abbildung 2 – Steuern (in Britischen Pfund) für 1 kleines alkoholisches Getränk mit einem Alkoholäquivalent von 8g (entspricht 80ml Wein, 200ml Bier, 25ml Spirituosen; Quelle: (32))

Was lässt sich von anderen europäischen Ländern lernen?

In den meisten europäischen Ländern werden die von der WHO empfohlenen alkoholkontrollpolitischen Maßnahmen nicht oder nur unzureichend umgesetzt. Eine wichtige Ausnahme und damit ein Vorbild ist Litauen. Hier wurden seit 2004 sukzessiv die drei ‚best buys‘, neben anderen effektiven Maßnahmen umgesetzt. Durch die Einführung dieser Maßnahmen zeigte sich in Litauen nicht nur eine Reduktion des Pro-Kopf-Alkoholkonsums, sondern auch eine Abnahme alkoholbedingter Unfälle und eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit (5, 35).

Ein weiteres positives Beispiel ist Großbritannien. Hier wurde in den letzten Jahren in zwei Regionen (Schottland und Wales) ein Mindestpreis für alkoholische Getränke eingeführt. Dieser Mindestpreis schreibt fest, dass die Alkoholmenge eines kleinen Biers (ca. 200ml) nicht unter £0,50 verkauft werden darf. Dadurch wurden vor allem sehr günstige alkoholische Getränke teurer, weshalb besonders diejenigen, die vorher viel Alkohol kauften, nach Einführung des Mindestpreises bedeutsam weniger Alkohol erwarben (36).

Wie wirkt sich die COVID-19 Pandemie auf den Konsum von Alkohol aus?

Leider existiert noch kein vollständiges Bild über die Auswirkungen der Pandemie auf den Alkoholkonsum und die dadurch bedingten gesundheitlichen sowie gesellschaftlichen Schäden. Allerdings gibt es bereits Erkenntnisse, welche Einflussfaktoren bei der Ausarbeitung einer Alkoholpräventionsstrategie berücksichtigt werden sollten:

- 1.) Durch die Schließung von Bars, Restaurants und dem Ausfall von privaten und öffentlichen Festen ist der Alkoholkonsum im Gesamten wahrscheinlich zurückgegangen. Das geht aus Umfragedaten (37, 38) und Biersteuerdaten hervor (39) und entspricht auch Auswertungen von Verkaufsdaten, z.B. aus Großbritannien (40).
- 2.) Dieser Rückgang ist nicht gleich verteilt. Personen mit höheren Belastungen während der Pandemie, z.B. durch pandemiebedingte Mehrfachbelastungen (Kinder, Arbeit, Pflege) oder Einkommensverlusten, und Personen, die bereits vor der Pandemie überdurchschnittlich viel getrunken haben, tendieren dazu ihren Konsum zu steigern (37) und damit besonders ihre Gesundheit zu belasten.
- 3.) Es liegen bislang noch keine gesicherten Erkenntnisse vor, ob und wie die Versorgung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen im Jahr 2020 sichergestellt wurde. Es gibt Hinweise darauf, dass das Versorgungsangebot während der ersten Welle im Frühjahr eingeschränkt (30) als auch angepasst wurde (41). Die wenigen empirischen Daten deuten allerdings eher auf einen Anstieg der Suchtproblematik hin. So stieg im Vergleich zum Vorjahr in einem Klinikum in Essen die Zahl an suchtbezogenen Notfällen um 25% an (31). Aus Routinedaten einer ambulanten Klinik in Barcelona, Spanien, wissen wir zudem, dass sich die Rückfallwahrscheinlichkeit bei Personen mit einer Alkoholkonsumstörung mit dem Lockdown verdoppelt hat (42).

Aus den bislang vorliegenden Daten geht weiterhin hervor, dass sich der Alkoholkonsum in Deutschland weniger stark reduziert hat als in den meisten anderen Ländern mit verfügbaren Daten (siehe auch **Abbildung 3**). Das lässt sich vermutlich u.a. dadurch erklären, dass die pandemiebedingten Einschränkungen in Deutschland weniger stark waren als in anderen Ländern. Eine weitere Erklärung ist, dass Alkoholkonsum im Alltag vieler Menschen in Deutschland eine größere Rolle spielt als in anderen Ländern, was wiederum durch eine hohe Verfügbarkeit und günstige Verkaufspreise begünstigt wird.

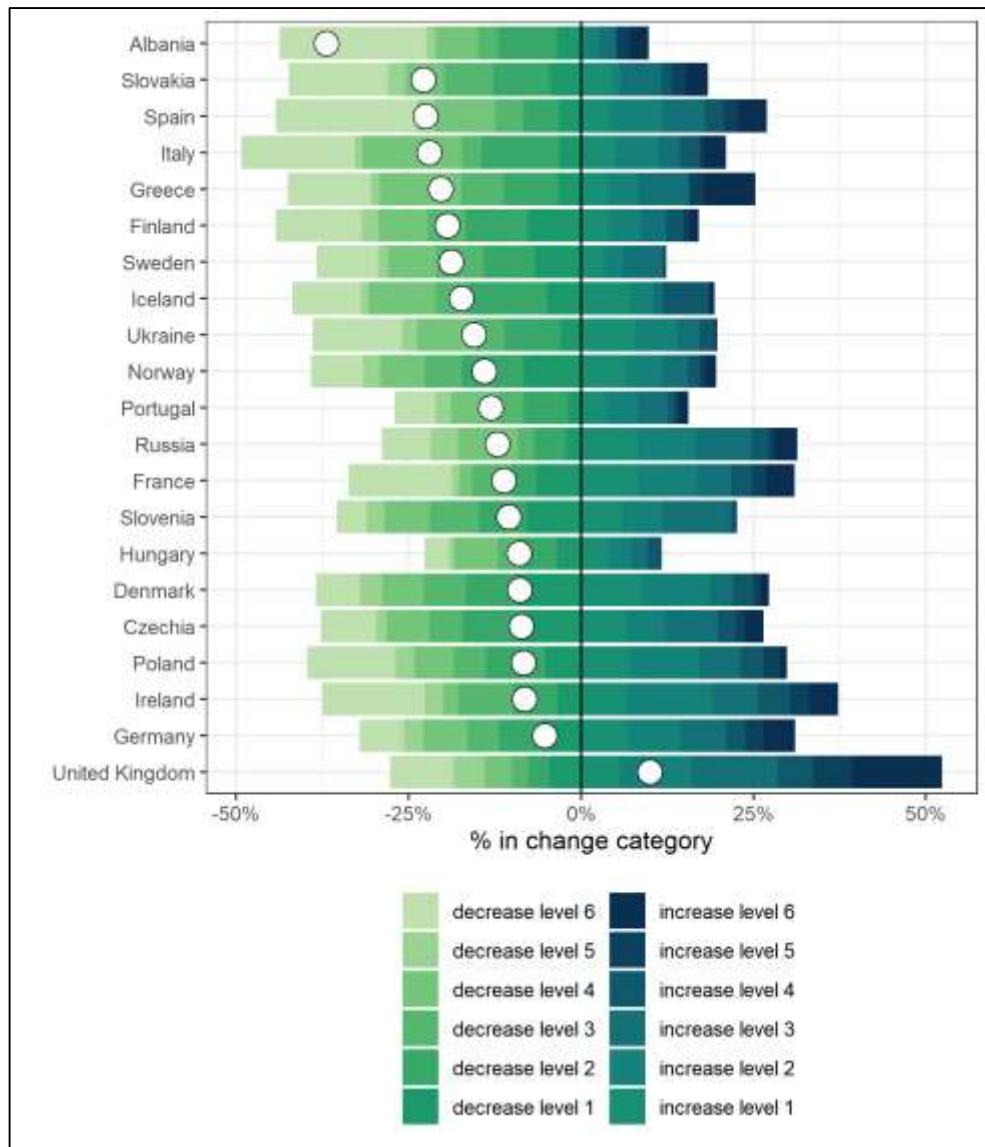


Abbildung 3 – Mittlere Tendenz zur Änderung des Alkoholkonsums während der ersten Welle im Frühjahr 2020, negative Werte geben eine Reduktion des Konsums an, positive Werte einen Anstieg des Konsums; farbige Balken entsprechen der Verteilung von Befragten hinsichtlich der Ausprägung ihrer Konsumänderung (höhere Level = höhere Veränderung; Quelle: (38))

Die folgenden Schlussfolgerungen können aus der vorliegenden Studienlage gezogen werden:

- Erstens, der Konsum von Alkohol kann durch Verfügbarkeitseinschränkungen reduziert werden. Diese und andere kosteneffektive Maßnahmen können zu einer Verbesserung der Gesundheit breiter Bevölkerungsteile beitragen. Zudem haben Umfragen gezeigt, dass diese Maßnahmen von der breiten Mehrheit der deutschen Bevölkerung befürwortet wurden (43).
- Zweitens, bei der Gestaltung politischer Maßnahmen sollte darauf geachtet werden, dass insbesondere vulnerable Gruppen unterstützt werden und Hilfsangebote umfassend und beständig zugänglich bleiben. Dies ist vor dem Hintergrund der hohen Stigmatisierung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen (44) sowie niedriger Behandlungsraten (8, 45) ausschlaggebend für die Verbesserung der Gesundheit dieser Personengruppe.

Einschätzungen der Anträge 19/24386 sowie 19/26118 auf Grundlage der bisherigen Ausführungen
Beide Anträge sind unzureichend in der Beurteilung der weitreichenden Belastung, die Alkoholkonsum für die Bevölkerung darstellt.

Zu Drucksache 19/26118 (von Dr. Wieland Schinnenburg und Kolleg:innen)

Das Ziel „ungeborene Kinder vor schweren Schäden durch Alkohol schützen“ ist wohl konsensfähig, wobei sich zwei Fragen unmittelbar aufdrängen:

- Erstens: Warum sollen ungeborene Kinder lediglich vor *schweren* Schäden geschützt werden sollen, aber nicht vor allen Schäden?
- Zweitens: Warum sollen Maßnahmen nur für eine kleine Gruppe der von Alkoholkonsum Geschädigten ergriffen werden?

Die Prävalenzschätzung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist methodisch anspruchsvoll und die Ergebnisse hierzu sind teils widersprüchlich (siehe z.B. (46) für deutlich niedrigere Schätzungen als im Antrag zitiert). Eine Unterstützung entsprechender Forschungsvorhaben ist notwendig, jedoch nicht im Antrag vorgesehen.

Wie im Antrag weiterhin beschrieben, sind die Risiken von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft vielen Personen nicht ausreichend bekannt. Eine umfassende Strategie zur Reduzierung des fetalen Alkoholsyndroms / fetaler Alkoholspektrumstörungen (FAS / FASD) muss daher früh ansetzen und auch ein Werbeverbot sowie die Einführung großflächiger Warnhinweise auf Getränkebehältern (Flaschen, Dosen, Kartons) einschließen. In Kanada hat ein groß angelegtes Experiment gezeigt, dass das Wissen um alkoholbedingte Risiken durch die Einführung entsprechender Warnhinweise deutlich gesteigert werden konnte (47).

Weiterhin geht aus dem Antrag hervor, dass die Verantwortung in der Entstehung von FAS / FASD größtenteils oder ausschließlich bei schwangeren Frauen liegt. Um den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft effektiv vermeiden zu können, braucht es jedoch eine Unterstützung der Partner:innen, sowie des gesamten sozialen Umfeldes. Deshalb ist es notwendig, eine gesellschaftliche Umgebung zu schaffen, in der Alkoholkonsum nicht die Normalität, sondern die Ausnahme darstellt.

Es ist zu begrüßen, dass der Antrag auf die schädlichen Effekte Dritter eingeht. Allerdings ist zu beachten, dass nicht nur (ungeborene) Kinder, sondern auch andere am Konsum unbeteiligte Personen häufig geschädigt werden (sogenanntes Passivtrinken). Hier ist neben Schlägereien in Bars und nach Fußballspielen insbesondere die häusliche und sexualisierte Gewalt zu nennen, welche vorwiegend Frauen betrifft (48).

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel, ungeborene Kinder vor den Schäden von Alkoholkonsum zu schützen, nicht ohne eine umfassende Alkoholpräventionsstrategie umsetzbar. Eine entsprechende Strategie sollte darauf abzielen die Schäden von Passivtrinken zu reduzieren, wobei die besondere Schutzbedürftigkeit von (ungeborenen) Kindern hervorzuheben ist. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass diese Ziele erreicht werden können ohne kohärente Maßnahmen zur Reduktion des gesamten Konsums zu ergreifen (siehe Antrag der GRÜNEN).

Zu Drucksache 19/24386 (von Dr. Kirsten Kappert-Gonther und Kolleg:innen)

Der Antrag hebt hervor, dass Jugendschutzregeln einzuhalten sind und Personen mit Alkoholkonsumstörungen mehr Unterstützung benötigen. Diese Forderungen sind wichtig, allerdings zielen sie nicht darauf ab, die alkoholbedingten Schäden in weiten Teilen der Gesellschaft zu reduzieren.

Weiterhin ist es unzureichend, dass Vorschläge von Expert:innen zu den drei aufgeführten ‚best buys‘ (Werbeeinschränkungen, Verfügbarkeitseinschränkungen, Preissteigerungen) der WHO geprüft werden sollen. Die Evidenzlage ist mehr als ausreichend, um zu fordern, dass diese Vorschläge zeitnah umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert werden sollen.

Schließlich ist eine EU-weite Koordination hinsichtlich einer Alkoholpräventionsstrategie zwar wünschenswert, aber auch unzureichend. Um maßgebliche Fortschritte in der Reduktion alkoholbedingter Schäden für die Gesellschaft zu erzielen, braucht es verbindliche Ziele in internationalen Verträgen. Die Erfahrungen in der Tabakpolitik (Stichwort: ‚WHO Framework Convention on Tobacco Control‘) sollten hier ein Vorbild sein. Eine Kooperation über die EU-Grenzen hinweg, beispielsweise in der Europäischen Region unter Koordination der WHO, die über 50 Länder einschließt, ist anzustreben. In diesem Bezugsrahmen wäre es möglich, aus den alkoholpolitischen Erfahrungen von nicht-EU Ländern zu lernen (z.B. (49)).

Schlussfolgerungen

Eine umfassende Alkoholpräventionsstrategie der Bundesregierung ist überfällig. Sie sollte sich an den vereinbarten internationalen Zielen ausrichten und Maßnahmen enthalten, die von der WHO zur Zielerreichung als sogenannte ‚best buys‘ empfohlen werden und nachweislich zur Reduktion des Alkoholkonsums und damit zur Vermeidung von Krankheit und Todesfällen führen.

Eine solche Strategie sollte genaue Ziele spezifizieren, die in regelmäßigen Abständen durch ein unabhängiges Gremium überprüft werden. Eine Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, einschließlich verbindlicher und nicht freiwilliger Ziele, ist für eine erfolgreiche Alkoholpräventionsstrategie unabdingbar.

LITERATUR

1. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz N-N, Lochbühler K, Kraus L. The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 2019.
2. Calvo E, Allel K, Staudinger UM, Castillo-Carniglia A, Medina JT, Keyes KM. Cross-country differences in age trends in alcohol consumption among older adults: a cross-sectional study of individuals aged 50 years and older in 22 countries. *Addiction*. 2020.
3. World Health Organization. *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>.
4. Neufeld M, Ferreira-Borges C, Gil A, Manthey J, Rehm J. Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*. 2020;80:102636.
5. Štelemėkas M, Manthey J, Badaras R, Casswell S, Ferreira-Borges C, Kalėdienė R, et al. Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. accepted.
6. Mann K, Batra A. S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Düsseldorf: AWMF; 2016.
7. Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. 2008. In: *Jahrbuch Sucht* [Internet]. Geesthacht: Neuland; [205-9].
8. Manthey J, Lindemann C, Verthein U, Frischknecht U, Kraus L, Reimer J, et al. Versorgung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und schwerer Alkoholkonsumstörung in Bremen: bedarfsgerecht und leitlinienkonform? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2020;63(1):122-30.
9. Kraus L, Seitz NN, Shield KD, Gmel G, Rehm J. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med*. 2019;17(1):59.
10. John U, Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country -- Germany. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):581-5.
11. Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H, et al. Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany. *Eur Addict Res*. 2015;21(5):262-72.
12. Shield KD, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(1):e51-e61.
13. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO Press; 2018.
14. Effertz T, Verheyen F, Linder R. The costs of hazardous alcohol consumption in Germany. *Eur J Health Econ*. 2017;18(6):703-13.
15. Pabst A, van der Auwera S, Piontek D, Baumeister SE, Kraus L. Decomposing social inequalities in alcohol consumption in Germany 1995 - 2015: An Age-Period-Cohort Analysis. *Addiction*. 2019.
16. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(4):1314-27.
17. Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A. Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. 2007;42:11-8.
18. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324-e32.
19. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2013.
20. United Nations. *Sustainable Development Goals: Good Health and Well-being 2016* [Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>].
21. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*. 2020.
22. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
23. World Health Organization. *Alcohol and Cancer in the WHO European Region: An Appeal for Better Prevention* 2020 24 Feb 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. Droogers M, Jansen D, Lindert J, Saboga-Nunes L, Ruden M, Guichardson M, et al. Health-related Sustainable Development Goals: countdown on alcohol use, smoking prevalence, child overweight and suicide mortality. *Eur J Public Health*. 2020;30(Supplement_1):i10-i3.
25. Rossow I, Mäkelä P. Public Health Thinking Around Alcohol-Related Harm: Why Does Per Capita Consumption Matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;82(1):9-17.
26. Rehm J, Crépault J-F, Wettlaufer A, Manthey J, Shield K. What is the best indicator of the harmful use of alcohol? A narrative review. *Drug and Alcohol Review*. 2020.
27. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J. Alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: A global modelling study. *The Lancet*. 2019;393(10190):2493-502.
28. Marcus J, Siedler T. Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*. 2015;123:55-77.
29. Baumann F, Buchwald A, Friehe T, Hottenrott H, Mechtel M. Beschränktes Alkoholverkaufsverbot in Baden-Württemberg: wirksames Gesetz abgeschafft. *Wirtschaftsdienst*. 2020(1):60-3.
30. Entwurf eines Zehnten Gesetzes zur Änderung des Weingesetzes, Drucksache 19/24512 (2020).
31. World Health Organisation. *TRENDS IN ALCOHOL CONSUMPTION 2016 - GERMANY* 2019 25 Feb 2021. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/402186/ACHP_FS_Germany.pdf.
32. Angus C, Holmes J, Meier PS. Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction*. 2019;114(8):1489-94.

33. Gredner T, Niedermaier T, Brenner H, Mons U. Impact of reducing alcohol consumption through price-based policies on cancer incidence in Germany 2020 to 2050 - a simulation study. *Addiction*. 2020.
34. Kilian C, Rovira P, Neufeld M, Manthey J, Rehm J. Auswirkung erhöhter Alkoholsteuern auf die alkohol-bedingte Krankheitslast in Deutschland in preparation.
35. Rehm J, Manthey J, Lange S, Badaras R, Zurlyte I, Passmore J, et al. Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*. 2020;115:655-65.
36. O'Donnell A, Anderson P, Jane-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ*. 2019;366:l5274.
37. Manthey J, Kilian C, Schomerus G, Kraus L, Rehm J, Schulte B. [Alcohol Use in Germany and Europe during the SARS-CoV-2 Pandemic] Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *SUcht*. 2020;66(5):247-58.
38. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *ResearchSquare*. 2021.
39. DESTATIS. Pressemitteilung Nr. 046 vom 1. Februar 2021 2021 24 Feb 2021. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21_046_799.html
40. Richardson E, Mackay D, Giles L, Lewsey J, Beeston C. The impact of COVID-19 and related restrictions on population-level alcohol sales in Scotland and England & Wales, March–July 2020. Edinburgh: Public Health Scotland; 2021.
41. Weissinger V. Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. *SUcht*. 2020;66(4):183-94.
42. Barrio P, Baldaquí N, Andreu M, Baldaquí N, Killian C, Rehm J, et al. Abstinence among alcohol use disorder patients during the COVID-19 pandemic: Insights from Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. under review.
43. COVID-19 Snapshot Monitoring. Akzeptanz aktueller Maßnahmen 2021 24 Feb 2021. Available from: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/politik/20-akzeptanz/#zustimmung-zum-alkoholverbot-erhebungswelle-23-13.10.20>.
44. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(2):105-12.
45. Kraus L, Piontek D, Pfeiffer-Gerschel T, Rehm J. Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*. 2015;16(1):18-26.
46. Adler J, Rissmann A, Kropf S, Mohnicke K, Taneva E, Ansorge T, et al. Estimated Prevalence of Harmful Alcohol Consumption in Pregnant and Non-pregnant Women in Saxony-Anhalt (North-East Germany) Using Biomarkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. n/a(n/a).
47. Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK, et al. Testing Alcohol Labels as a Tool to Communicate Cancer Risk to Drinkers: A Real-World Quasi-Experimental Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020;81(2):249-61.
48. Kilian C, Manthey J, Rehm J. Gender Differences and the Role of Social Inequality in Alcohol's Harm to Others in Europe. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020;81(6):762-9.
49. Neufeld M, Ferreira-Borges C, Rehm J. Alcohol policy impact case study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/alcohol-policy-impact-case-study-the-effects-of-alcohol-control-measures-on-mortality-and-life-expectancy-in-the-russian-federation-2019>.