

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Tempel, Birgit Wöllert, Jan Korte, Ulla Jelpke, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg, Jörn Wunderlich und der Fraktion DIE LINKE.

Schädigung von Föten durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Legale Drogen wie Alkohol und Nikotin sind allgegenwärtig. Hinsichtlich der Tabakregulierung sind inzwischen sehr weitreichende Maßnahmen gesellschaftlich akzeptiert. Bestimmte Drogen sind strafrechtlich verboten und die Notwendigkeit von Präventionsarbeit zum Schutz vor den gesundheitlichen Schädigungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen weitestgehend gesellschaftlich anerkannt. Konsum von Alkohol, seine Suchtwirkung und die massiven gesundheitlichen Schäden, die durch den Genuss von Alkohol entstehen, werden hingegen nicht nur durch die Einstufung als legale Droge, sondern auch in der Regulierungspolitik im Vergleich zu Tabakprodukten relativiert und verharmlost.

Dies gilt – genau wie bei Alkoholmissbrauch von Männern – in bestimmter Hinsicht auch für die Wirkung von Alkohol während der Schwangerschaft, obwohl von einer latenten Bewusstheit des schädigenden Einflusses grundsätzlich ausgegangen werden kann. Genussgewohnheiten und Drogenkonsumgewohnheiten ändern sich mit Beginn einer Schwangerschaft nicht von heute auf morgen. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann erhebliche Folgen für Neugeborene haben. Die Auswirkungen können von unspezifischen Beeinträchtigungen etwa der Lernfähigkeit oder der Impulskontrolle bis hin zu schweren Behinderungen mit charakteristischen Ausprägungen reichen. Um die Breite der Schädigungen zu benennen, wird in der Regel der Begriff fetale Alkoholspektrumstörungen (Fetal Alcohol Spectrum Disorder – FASD) verwendet.

Das fetale Alkoholsyndrom (FAS) bezeichnet die schwersten Formen der Schädigung und ist die häufigste nichtgenetische Ursache für eine geistige Behinderung (<http://fasd-zentrum.blogspot.de/p/fetale-alkoholspektrum-storungen-fasd.html>). Unspezifischere Formen müssen nicht automatisch weniger schwerwiegend sein. Sie werden als fetale Alkoholeffekte (FAE) bezeichnet (www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100319_Factsheet_FASD_-_DIN.pdf).

Der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft hängt – genau wie der Alkoholkonsum im Allgemeinen – von einer Vielzahl von Faktoren ab. Laut Studien können etwa das Leben in einer Partnerschaft, Regelmäßigkeit und Sicherheit in der beruflichen Situation sowie Überschaubarkeit der Anforderungen vor einem riskanten Konsumverhalten schützen. Leider sind Überforderungen bei ungewolltem Alleinleben und Alleinerziehen von Kindern sowie mangelnde soziale Unterstützung offenbar Indikatoren, die das Risiko eines riskanten Alkoholkonsums erhöhen (vgl. oben verlinktes Factsheet der DHS). Wie bei anderem gesundheitsrelevanten Verhalten liegen die Ursachen weniger in den individuellen Entscheidungen und der subjektiven Motivation. Vielmehr zeigte sich in der

Public-Health-Wissenschaft, dass „gesundheitliche Ungleichheiten vor allem durch materielle Faktoren zu erklären sind, denn sie wirken sich im hohen Maße über das Gesundheitsverhalten und über psychosoziale Faktoren aus.“ (www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLeIN9gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--).

In Frankreich wurde eine FAS-Prävalenz von 1:212 gefunden (www.kindernetzwerk.de/images/Krankheitsuebersichten/Krankheitsuebersichten-alkoholembryopathie.pdf). Allerdings tritt „das Vollbild des Fetalen Alkohol-syndroms [...] nach Expertenschätzung nur bei ca. 10 % aller Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden auf. Das bedeutet, dass die Fetale Alkoholspektrumstörung eine der häufigsten angeborenen Erkrankungen darstellt, ohne als solche bislang erkannt und berücksichtigt zu werden“ (www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-0251_S3_Fetales_Alkohol-Syndrom_Diagnostik_Langfassung_2012-12.pdf). Frankreich hat verpflichtende Piktogramme als Warnhinweise für alle Alkoholflaschen vorgeschrieben.

Der Erfassung und Behandlung muss eine ärztliche Diagnose vorausgehen. „Allerdings wird die Diagnose FAS viel zu selten gestellt, da die professionellen Helfer im Gesundheitssystem Hemmungen haben, einen diesbezüglichen Verdacht auszusprechen oder zu wenig über das Krankheitsbild informiert sind“, stellt die zuständige wissenschaftliche Fachgesellschaft für Neuropädiatrie in ihrer Leitlinie für die FAS-Diagnostik fest (siehe ebenda). Die Unkenntnis oder moralisierende Scham, die zu ausbleibenden Diagnosen führen, sind damit Teil eines Stigmatisierungsdiskurses, wo eigentlich Unterstützungsangebote und soziale Verantwortung bei der Problemlösung nötig wären. Alkoholmissbrauch wird damit individualisiert und unter der Hand als verantwortungslose psychosoziale Problemlage der Schwangeren klassifiziert. Unterstützungs- und Lösungsangebote bleiben auf der Strecke.

Überdies haben wir ein unzureichendes Netz von Angeboten in Deutschland, die insbesondere Frauen während der Schwangerschaft oder mit Kinderwunsch Information, Beratung und helfende Unterstützung bieten. Angebote, wie das neue internetbasierte Beratungsprogramm „IRIS II“ für tabak- und alkoholkonsumierende Schwangere, das am Universitätsklinikum Tübingen entwickelt wurde, zeigen die Möglichkeiten einer modernen Mediengesellschaft auf, machen zugleich aber auch den großen Mangel an entsprechenden Angeboten im Spektrum der Gesundheitsprävention und aber auch an Familienberatungssystemen und Familienhilfesystemen offenbar. Solange das Beratungsangebot auf diesem niedrigen Level bleibt, wird sich ein moralisierender, Alkoholmissbrauch individualisierender und damit ein stigmatisierender Umgang mit FAS und FAE bestimmend sein. Schwangere werden somit – genau wie andere Menschen, die einen riskanten Alkoholkonsum auch im Umfeld von Schwangeren betreiben – nicht in ihren sozialen Konflikten angesprochen und Lösungsangebote werden allein auf einer individualisierten und moralisierten psychosozialen Ebene entworfen, obwohl eine spürbare Verbesserung der sozialen Sicherheit für Alleinerziehende die unmittelbaren weiterführenden Lebensperspektiven und damit die persönliche Handlungsmotivation verbessern könnte.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Zahlen sind der Bundesregierung über Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bekannt?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen im internationalen Vergleich und in Relation zu anderen Gruppen mit riskantem Alkoholkonsum, z. B. Jugendliche, Ältere, bestimmte Berufsgruppen?

2. Wie hoch ist der Anteil alkoholabhängiger, also chronisch kranker Frauen, in der Gruppe der während der Schwangerschaft Alkohol konsumierenden Frauen?
3. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussagefähigkeit der Daten für die Beantwortung der Fragen 1 und 2 für Deutschland (Aktualität, Validität etc.), und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?
4. Welche physischen, psychischen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen durch FAS sind der Bundesregierung bekannt?
5. Welche physischen, psychischen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen durch FAE sind der Bundesregierung bekannt?
6. Wie beurteilt die Bundesregierung die vorliegenden Daten unter dem Gesichtspunkt der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere Artikel 25 (Gesundheit) und Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation), die sowohl für Menschen mit chronischen Erkrankungen als auch mit Behinderungen gilt?
7. Welche Mengen Alkohol können nach Kenntnis der Bundesregierung während der Schwangerschaft als unbedenklich gelten (bitte auflgliedern nach Schwangerschaftsphasen)?
8. Ab welcher Menge Alkohol während der Schwangerschaft kann nach Kenntnis der Bundesregierung ein FAS verursacht werden?
9. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der nichtdiagnostizierten FAS?
10. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland die Prävalenz von FAE, und welche Unsicherheiten sieht die Bundesregierung bei der Angabe?
11. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der nichtdiagnostizierten FAE?
12. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über internationale Prävalenzzahlen von FAS bzw. FAE?
13. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland die Prävalenz von FAS, und welche Unsicherheiten sieht die Bundesregierung bei der Angabe?
14. Welche Rolle spielt nach Kenntnis der Bundesregierung der Alkoholkonsum der Väter oder Lebenspartnerinnen, Familien auf die Entstehung einer FASD?
15. Welchen Stellenwert misst die Bundesregierung FASD bei?
16. Was unternimmt die Bundesregierung, um in der Gesellschaft für die Rolle des sozialen Umfelds, insbesondere des Lebenspartners bzw. der Lebenspartnerin der Schwangeren für die Entstehung von FASD zu sensibilisieren?
17. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über soziale Determinanten und FASD?
18. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus diesen Kenntnissen über soziale Determinanten auf ihre Präventionspolitik allgemein und in Bezug auf FASD im Speziellen?
19. Sind seitens der Bundesregierung Programme in Planung, die sich ähnlich dem in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnten Beratungsprogramm „IRIS II“ um die besonderen Beratungs- und Hilfebedarfe von Schwangeren und deren Partnerinnen und Partnern mit Suchtproblemen widmen?

20. Ist eine Fortsetzung der Förderung des Beratungsprogramm „IRIS II“ durch das Bundesministerium für Gesundheit über den bisher angegebenen Förderzeitraum (April 2015) vorgesehen?
Wenn ja, bis wann, und wenn nein, bitte begründen?
21. Ist eine Ausweitung auf andere Städte bzw. Kommunen bzw. Länder des Beratungsprogramms „IRIS II“ vorgesehen?
Wenn ja, bitte einzeln benennen, und wenn nein, bitte begründen?
22. Plant die Bundesregierung, die Kenntnisse über FASD-Prävalenz und FASD-Inzidenz und Konsummuster von Schwangeren zu verbessern?
Falls ja, wann und wie?
23. Welche Forschungsvorhaben plant und unterstützt die Bundesregierung zur Verbesserung der Datenlage und zur Einschätzung von Entwicklungstrends bei FASD?
24. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Information über die entsprechenden Krankheitsbilder bei professionellen Helferinnen und Helfern und damit auch die Verfahren zur Diagnostizierung zu verbessern?
25. Plant die Bundesregierung, wie in Frankreich, verpflichtende Piktogramme oder andere Warnhinweise für Alkoholflaschen und bzw. oder deren Sekundärverpackungen vorzuschreiben?
Falls nein, warum nicht?
Falls ja, wann?
26. Welche verhältnispräventiven Maßnahmen zur Bekämpfung (außerhalb von Aufklärungskampagnen etc.) sind der Bundesregierung bekannt?
27. Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen aus Public-Health-Sicht (morbiditätsorientierte Zielparame-ter)?
Welche Informationen hat die Bundesregierung bezüglich sozialer Einfluss-faktoren für Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?
28. Wie schätzt die Bundesregierung den Wissensstand in der Bevölkerung über die Auswirkungen von (auch geringem) Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein?
29. Welche Regelungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bezüglich der Zulassung von alkoholhaltigen Arzneimitteln zur Anwendung von Schwangeren?
30. Welche Regelungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bezüglich der Zulassung von Alkohol als Konservierungsstoff in Lebensmitteln?
31. Wie beurteilt die Bundesregierung die Aufklärung und Information sowie die deutliche Kennzeichnung solcher Konservierungs- und Zusatzstoffe, insbesondere für besonders gefährdete schwangere Verbraucherinnen in diesem Sachverhalt, und welche Möglichkeiten der Verdeutlichung einer Gefährdung sieht die Bundesregierung?
32. Wie hoch darf der Alkoholgehalt in Lebensmitteln ohne Deklarationspflicht sein?
33. Welche Lebensmittel enthalten natürlicherweise Alkohol?
34. Inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung gesichert, dass der Konsum von als alkoholfrei deklariertem Bier, also mit max. 0,5 Prozent V/V, wäh- rend der Schwangerschaft unschädlich ist?

35. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass alkoholfreie Biere durch die Bewerbung dieser alkoholfreien Getränke durch (ehemalige) Leistungssportlerinnen und Leistungssportler wie Franziska Schenk oder Vitali Klitschko sogar eine gesundheitsfördernde Wirkung angedeutet wird?

Berlin, den 12. November 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

