

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Birgit Wöllert, Jan Korte,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/3206 –**

Schädigung von Föten durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Vorbemerkung der Fragesteller

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,lnp610NTU0421Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLeIN9gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--).

In Frankreich wurde eine FAS-Prävalenz von 1:212 gefunden (www.kinder-netzwerk.de/images/Krankheitsuebersichten/Krankheitsuebersichten-alkohol-embryopathie.pdf). Allerdings tritt „das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms [...] 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/022-025l_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 psycho-soziale 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 psycho-sozialen Ebene entworfen, obwohl eine spürbare Verbesserung der sozialen Sicherheit für Alleinerziehende die unmittelbaren weiterführenden Lebensperspektiven und damit die persönliche Handlungsmotivation verbessern könnte.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Konsum von Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung. „Punktnüchternheit in

Schwangerschaft und Stillzeit“ ist daher ein wichtiges Ziel der 2012 verabschiedeten Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Schwangerschaften sind gleichzeitig ein Zeitraum für Frauen und ihre Partner, ihren Suchtmittelkonsum zu verändern. In dieser Zeit sind werdende Eltern für gesundheitsrelevante Informationen und Beratungsangebote besonders aufgeschlossen. Dennoch fällt es vielen Frauen schwer, in Schwangerschaft und Stillzeit auf Alkohol zu verzichten. In den vorliegenden Studien werden übereinstimmend die Trinkgewohnheiten der Frauen vor ihrer Schwangerschaft als Risikofaktor genannt. Soziale Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle. Aber anders als die Fragesteller in der Vorbemerkung darstellen, steigt das Risiko des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft auch mit höherem Alter und höherem sozioökonomischem Status. Daher ist es wichtig, die Prävention zur Vermeidung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit durch vielseitige zielgruppenspezifische Initiativen unterschiedlicher Akteure weiter zu stärken und auszubauen.

Vor diesem Hintergrund haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung seit der letzten Legislaturperiode zahlreiche Initiativen zur Information, Stärkung der Prävention sowie zur Verbesserung der Diagnostik von FAS durchgeführt.

Über die Prävention von FASD sowie die Diagnose von FAS, aber auch zu den sozialrechtlichen Grundlagen für den Umgang mit den praktischen Problemen der Versorgung von FASD betroffenen Kindern und Jugendlichen für Ämter, Behörden und Träger der Freien Wohlfahrtspflege informiert die Homepage der Drogenbeauftragten (www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft.html).

Weil im Gegensatz zu anderen Behinderungen das fetale Alkoholsyndrom bei Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe und bei den zuständigen Behörden zu wenig bekannt ist, haben die damalige Drogenbeauftragte, Mechthild Dyckmans, und der damalige Behindertenbeauftragte, Hubert Hüppe, im Mai 2012 gemeinsam Bundestagsabgeordnete, Ärzte, Juristen und Therapeuten sowie betroffene Adoptiv- und Pflegeeltern zu einem Fachgespräch in den Deutschen Bundestag eingeladen, um über eine bessere Teilhabe von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom zu diskutieren (www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2012/Fachgespraech_FAS.pdf).

Zwischen März 2011 und Februar 2012 hat das BMG sieben Modellvorhaben mit Haushaltsmitteln i. H. v. rund 261 000 Euro gefördert, die sich auf lokaler und regionaler Ebene unterschiedlichen Ansätzen der Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit widmeten. Hierbei sollten zum einen geeignete Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden geschaffen werden. Zum anderen galt es, die zielgruppenspezifischen Interventionsangebote durch verschiedene Formen der sektorübergreifenden Zusammenarbeit – etwa der Schwangerenberatung mit der Suchthilfe – zu organisieren. Aktuell werden im Rahmen einer zweiten Förderphase drei der sieben Modellvorhaben für zwei weitere Jahre mit Haushaltsmitteln i. H. v. rund 415 000 Euro unterstützt, um ihre Ansätze überregional zu implementieren. Außerdem wird dieser Förderschwerpunkt evaluiert, um wichtige Aussagen für mögliche künftige Präventionsansätze zu gewinnen. Hierfür stellt das BMG Fördermittel i. H. v. rund 185 000 Euro zur Verfügung. Die Ergebnisse der Projekte werden auf der diesjährigen Jahrestagung der Drogenbeauftragten „NEIN zu Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft“ am 12. Dezember 2014 in Erlangen vorgestellt. Dabei soll auf neue Wege und Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden, wie die Fachkräfte der Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufe die Beratung zu Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit noch erfolgreicher in ihren beruflichen Alltag integrieren können.

Das in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnte internetbasierte Beratungsprogramm IRIS – Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren – und IRIS II wurde bzw. wird vom BMG mit Haushaltsmitteln von insgesamt rund 350 000 Euro gefördert.

Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des BMG wurde die bereits vom Fragesteller erwähnte evidenzbasierte S3-Leitlinie zur Diagnostik des FAS bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Damit ist Deutschland international Vorreiter. Die daraus entstandenen Materialien (Buch sowie Kurzfassung für die Kitteltasche) wurden unter Fachkräften weit verbreitet. Hierfür stellte das BMG Fördermittel i. H. v. rund 205 000 Euro zur Verfügung.

Außerdem fördert das BMG zur Zeit ein Projekt mit Haushaltsmitteln i. H. v. rund 60 000 Euro, in dem eine spezifische Sucht-Clearinggruppe konzipiert werden soll. Damit sollen für Menschen mit Beeinträchtigungen durch FASD, die zugleich einen riskanten bis abhängigen Suchtmittelkonsum aufweisen, adäquate Hilfen entwickelt werden.

In den letzten Jahren hat das BMG auch verschiedene Fachtagungen zu der Problematik gefördert: das internationale Symposium zu Fetalen Alkoholspektrum-Störungen des Evangelischen Vereins Sonnenhof e. V. im Jahr 2009 sowie die FASD-Fachtagungen von FASD Deutschland e. V. in den Jahren 2011 bis 2014. Im Oktober 2010 wurde zudem bei der Jahrestagung der damaligen Drogenbeauftragten zum Thema „Alkohol – für Frauen (k)ein Problem?“ das Thema Prävention von FASD ebenfalls aus nationaler und internationaler Perspektive beleuchtet.

Mit all diesen Maßnahmen konnte nicht nur die Aufmerksamkeit der Bevölkerung für die Schäden durch Alkohol gesteigert werden, sondern es wurden auch Beratungsangebote für Schwangere geschaffen bzw. ausgebaut sowie professionell im Versorgungswesen Tätige sensibilisiert und qualifiziert.

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?

Daten zur Schwangerschaft und zum Alkoholkonsum wurden am Robert Koch-Institut (RKI) in drei Surveys mit erhoben: in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). In KiGGS wurde im Elternfragebogen gefragt, ob die Mütter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben. In DEGS1 und in GEDA wurde zur Erfassung des Alkoholkonsums der aus drei Fragen bestehende Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C) eingesetzt (Bush et al. 1998).

Aus den Angaben in der KiGGS-Basiserhebung wurde die „präinatale Alkoholexposition“ (PAE) für die Geburtsjahrgänge der Kinder 1985 bis 2005 extrahiert. Aufgrund der Angaben der Eltern hat die PAE 13,5 Prozent betragen. Über die 20 Jahre hinweg ließ sich kein Rückgang der Prävalenz verzeichnen. Nach Sozialschichten unterteilt war die Exposition in der höchsten Sozialschicht am häufigsten. Verglichen mit abstinenten Schwangeren rauchten die Alkoholkonsumtinnen häufiger während der Schwangerschaft und hatten seltener einen

Migrationshintergrund (Pfinder, Feldmann und Liebig, 2013). In den späteren KiGGS-Erhebungen wurde keine Frage zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gestellt.

Die Daten aus GEDA der Jahre 2009, 2010 und 2012 sind in diesem Zusammenhang die aktuellsten. Für die Beantwortung dieser Kleinen Anfrage wurden die drei Erhebungswellen zusammengefasst und zum Bevölkerungsstand vom 31. Dezember 2011 gewichtet ausgewertet. Eine Trendanalyse zwischen den Jahren 2009 bis 2012 ist bei der gegebenen Fallzahl Schwangerer nicht aussagekräftig. Von den Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren waren 374 zum Zeitpunkt der Befragungen schwanger. Von den Schwangeren tranken 72,4 Prozent (95 Prozent Konfidenzintervall: 66,7 bis 77,5 Prozent) keinen Alkohol, 19,8 Prozent (15,6 bis 24,7 Prozent) hatten einen „moderaten Alkoholkonsum“ und 7,8 Prozent (4,7 bis 12,6 Prozent) einen riskanten Alkoholkonsum. Zum Vergleich: bei den Frauen dieser Altersgruppe, die nicht schwanger waren, tranken 20,0 Prozent (19,2 bis 20,7 Prozent) keinen Alkohol, 55,8 Prozent (55,0 bis 56,7 Prozent) hatten einen moderaten und 24,2 Prozent (23,5 bis 24,9 Prozent) einen riskanten Alkoholkonsum.

Eine zusätzliche Analyse zum sogenannten Rauschtrinken (mindestens sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegenheit) bei den schwangeren Frauen ergab, dass 84,0 Prozent (78,6 bis 88,2 Prozent) nie, 12,1 Prozent (8,4 bis 17,0 Prozent) seltener als 1 Mal im Monat, 3,8 Prozent (1,9 bis 7,4 Prozent) jeden Monat und 0,1 Prozent (0,0 bis 1,0 Prozent) mindestens jede Woche ein solches Rauschtrinken praktizierten. In der Gruppe der nicht schwangeren Frauen in der Altersgruppe haben 49,7 Prozent (48,8 bis 50,6 Prozent) nie, 37,7 Prozent (36,9 bis 38,6 Prozent) seltener als einmal im Monat, 10,9 Prozent (10,4 bis 11,5 Prozent) monatlich und 1,7 Prozent (1,5 bis 1,9 Prozent) ein mindestens wöchentliches Rauschtrinken berichtet.

Im Untersuchungssurvey DEGS1, der in den Jahren 2008 bis 2011 durchgeführt wurde, haben 2 856 Frauen die Frage zur Schwangerschaft im ärztlichen Interview beantwortet. Hiervon waren 31 Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung schwanger. Die Fallzahlen in DEGS1 sind damit insgesamt zu gering, um die Zahlen weitergehend auszuwerten und interpretieren zu können.

Ein fundierter internationaler Vergleich und ein Vergleich mit anderen Gruppen mit riskantem Alkoholkonsum, z. B. Jugendliche, Ältere und bestimmte Berufsgruppen war in der Kürze der Zeit nicht möglich.

2. Wie hoch ist der Anteil alkoholabhängiger, also chronisch kranker Frauen, in der Gruppe der während der Schwangerschaft Alkohol konsumierenden Frauen?

Darüber liegen der Bundesregierung keine verlässlichen Daten vor. Eine Diagnostik zur Feststellung von Alkoholabhängigkeit ist in dem Zusatzmodul des DEGS „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) durchgeführt worden. Bei 1,6 Prozent (N=41) der untersuchten Frauen ist eine Alkoholabhängigkeit festgestellt worden. Wegen der geringen Fallzahl ist eine Analyse hinsichtlich des Bestehens einer Schwangerschaft nicht sinnvoll.

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?

Die Daten zum Alkoholkonsum bei bestehender Schwangerschaft in GEDA sind aktuell. Der AUDIT-C ist ein international validiertes Instrument zur Erfassung von Alkoholkonsum in den Ausprägungen „abstinent“, „moderater

Konsum“ und „riskanter Alkoholkonsum“. Hierzu ist anzumerken, dass in der Zeit der Schwangerschaft auch der „moderate Alkoholkonsum“ als riskant für die Gesundheit des heranwachsenden Kindes anzusehen ist. Die Daten zeigen, dass zwar die Mehrheit der Frauen darauf verzichtet, ihr Kind diesem Risiko auszusetzen, andererseits ist davon auszugehen, dass bei den 19,8 Prozent (15,6 bis 24,7 Prozent) der Frauen mit „moderatem Alkoholkonsum“, aber insbesondere bei den 7,8 Prozent (4,7 bis 12,6 Prozent) mit riskantem Alkoholkonsum ein gesundheitliches Risiko für die pränatale Entwicklung besteht. Verstärkt wird dieses Risiko vermutlich dadurch, dass Frauen mit riskantem Alkoholkonsum häufiger rauchen. Hierdurch besteht ein zusätzliches, durch Wechselwirkungen kumulativ erhöhtes Risiko für die Gesundheit.

Die Daten sind dennoch mit Vorsicht zu bewerten. Einschränkend ist insbesondere, dass die Fragen des AUDIT-C ohne einen Zeitbezug gestellt werden. Es wird nach dem „üblichen“ Konsum gefragt. Es ist zu vermuten, dass zumindest ein Teil der Frauen, die gemäß AUDIT-C moderat Alkohol konsumieren, durchaus auf Alkohol in der Schwangerschaft verzichtet haben könnte. Andererseits gibt es aber auch Alkohol konsumierende Frauen, die im AUDIT-C den Konsum negieren. Fachkreise gehen davon aus, dass in alkoholspezifischen Fragebögen öfter im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ geantwortet wird. Dieses ist insbesondere bei bestehender Schwangerschaft durchaus zu erwarten.

Aufgrund einer nicht präzisen Überlappung der Zeiträume von Schwangerschaft und dem Zeitfenster von AUDIT-C lassen sich insgesamt keine belastbaren Prävalenzen für die Schwangeren bestimmen und die auf den GEDA-Daten ermittelten Häufigkeiten sind als grobe Schätzung zu werten. Dennoch machen die Zahlen deutlich, warum die Drogenbeauftragte und das BMG seit einigen Jahren der Prävention von Schäden durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eine hohe Bedeutung beimisst (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung sowie Antworten zu den Fragen 15 und 16 ff.).

4. Welche physischen, psychischen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen durch FAS sind der Bundesregierung bekannt?

Der Bundesregierung ist bekannt, dass die Beeinträchtigungen durch FAS vielfältig sind. Die in der Vorbemerkung bereits zitierte AWMF-Leitlinie zur Diagnostik von FAS beschreibt die Schädigungen kurz gefasst wie folgt: „Intrauterine Alkoholexposition kann Auffälligkeiten des Wachstums, cranio-faciale, cardiale, renale, ossäre und okuläre Malformationen, Störungen der Entwicklung, der Kognition und des Verhaltens sowie Einschränkungen in Teilleistungen und somit globale Einschränkungen im Alltag bewirken.“

5. Welche physischen, psychischen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen durch FAE sind der Bundesregierung bekannt?

Seit einigen Jahren werden unter Experten die Schädigungen durch Alkohol in der Schwangerschaft, bei denen kein Vollbild FAS vorliegt, als Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bezeichnet. Eine Unterscheidung zwischen FAE und anderen alkoholbedingten Schäden ist nicht mehr geläufig. Es ist davon auszugehen, dass die Einschränkungen von FASD ebenso vielfältig sind, wie in der Antwort zu Frage 4 benannt.

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?

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist seit dem 26. März 2006 geltendes Recht in Deutschland im Range eines einfachen Bundesgesetzes. Damit fallen alle Menschen mit Behinderungen in Deutschland in den Schutzbereich der UN-BRK. Die Anwendbarkeit der UN-BRK im Einzelfall ist mit Hilfe völkerrechtlicher Auslegungsmethoden bei der Anwendung bzw. Auslegung deutschen Rechts zu ermitteln.

FAS geschädigte und mit einer Behinderung geborene Kinder fallen eindeutig in den Schutzbereich der UN-BRK. Allerdings ist hier nach den verschiedenen Wirkdimensionen der Rechte aus der Konvention zu differenzieren. Die von den Fragestellern in Bezug genommenen Artikel 25 UN-BRK, der das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung durch den geschlechtsspezifischen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen regelt, und Artikel 26 UN-BRK, wonach die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme für Menschen mit Behinderungen bereitstellen sollen, fallen in den Bereich der Leistungsverpflichtungen bzw. wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte. Für diese Rechte gilt gemäß Artikel 4 Absatz 2 UN-BRK der Progressionsvorbehalt, d. h. diese Rechte sind erst nach und nach im Rahmen des jeweiligen finanziellen Spielraums der Vertragsstaaten umzusetzen. Hinsichtlich der für die Umsetzung zu ergreifenden Maßnahmen kommt den Vertragsstaaten ein Gestaltungsspielraum zu. Die Beurteilung der Anwendbarkeit der Vorgaben der UN-BRK obliegt hier also der Bewertung im Einzelfall.

7. Welche Mengen Alkohol können nach Kenntnis der Bundesregierung während der Schwangerschaft als unbedenklich gelten (bitte aufgliedern nach Schwangerschaftsphasen)?

Es lässt sich keine valide Feststellung dazu treffen, dass bestimmte Mengen Alkohol während der Schwangerschaft oder in bestimmten Schwangerschaftsphasen als unbedenklich gelten können.

Zwar gibt es Studien, die Hinweise darauf geben, dass eine geringe Menge Alkohol während der Schwangerschaft als unbedenklich gelten könnte. Keine dieser Untersuchungen macht aber eine sichere Aussage darüber, unter welchem Grenzwert alkoholbedingte Schädigungen des Ungeborenen ausgeschlossen werden können. Andere Studien weisen auf gesundheitliche Risiken durch Alkohol bereits aufgrund von geringen Mengen hin. So zeigen z. B. Studienergebnisse Beeinträchtigungen der sprachlichen Fähigkeiten bei 2- bis 3-Jährigen bereits bei sehr geringer Alkoholexposition während der Schwangerschaft. Ergänzend kommt hinzu, dass der Grad der fötalen Schädigung sehr stark vom individuellen Trinkmuster der Mutter (Häufigkeit und Höhe des Konsums bei einzelnen Trinkanlässen) abhängt.

Diese individuellen Parameter finden bei der Nennung von Grenzwerten, die sich auf Durchschnittswerte beziehen, keine angemessene Berücksichtigung. In der Konsequenz sollte auf Alkohol während der Schwangerschaft, unabhängig von der jeweiligen Schwangerschaftsphase, gänzlich verzichtet werden.

8. Ab welcher Menge Alkohol während der Schwangerschaft kann nach Kenntnis der Bundesregierung ein FAS verursacht werden?

Es gibt keine eindeutig festlegbare Grenze, ab der die Verursachung von FAS angenommen werden muss. Zur Vermeidung von FAS und FASD ist der komplette Alkoholverzicht während der gesamten Schwangerschaft das Ziel. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

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?

Die Fragen 9 bis 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zudem wird auf den Hinweis zur FAE in der Antwort zu Frage 5 verwiesen.

Da keine einfachen Diagnostikinstrumente zur Verfügung stehen, ist die Erhebung von Prävalenzen zu FAS und FASD mit erheblichen methodischen und ethischen Schwierigkeiten behaftet. Verlässliche Zahlen aus Deutschland zur Prävalenz von FAS oder FASD liegen nicht vor. Studien zur Prävalenzschätzung für FAS in Europa bewegen sich zwischen 0,2 und 8,2 pro 1 000 Geburten. Studien aus den USA kommen zu einer Schätzung zwischen 0,2 bis 4,5 pro 1 000 Geburten. Basierend auf diesen Analysen ist laut Schätzungen von Experten von mindestens 2 000 Kindern mit FAS pro Jahr in Deutschland auszugehen.

Wie bereits in der Vorbemerkung der Fragesteller zitiert, gehen Experten davon aus, dass das Vollbild FAS nur bei 10 Prozent der Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden auftritt. Damit liegen die Prävalenzzahlen für Kinder mit FASD deutlich höher (AWMF-Leitlinie FAS Diagnostik). Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass es sich bei all diesen Angaben nur um Schätzungen handelt, die von ausländischen Studien auf Deutschland übertragen wurden. Es ist sowohl für FAS als auch für FASD von einer deutlichen Unterdiagnostik auszugehen (AWMF-Leitlinie FAS Diagnostik).

14. Welche Rolle spielt nach Kenntnis der Bundesregierung der Alkoholkonsum der Väter oder Lebenspartnerinnen, Familien auf die Entstehung einer FASD?

Studien zeigen, dass ein hoher Alkoholkonsum des Vaters ein Risikofaktor für die Entwicklung von FAS darstellt. Ob dies durch den höheren Alkoholkonsum der Mutter bei Alkoholkonsum des Vaters oder durch Veränderung des paternalen Genoms vermittelt wird, ist nicht geklärt (Landgraf, Hilgendorff, Heinen 2014. Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Fetales Alkoholsyndrom. Risikofaktoren und ihre Bedeutung in der Prävention und frühen Diagnose. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 162: 903–910).

15. Welchen Stellenwert misst die Bundesregierung FASD bei?

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik von 2012 weist darauf hin, dass ein missbräuchlicher oder riskanter Alkoholkonsum zu erheblichen gesundheitlichen Risiken und Schäden sowohl für Konsumierende wie für Dritte führt. Das Ziel „Punktnüchternheit in Schwangerschaft und Stillzeit“ zählt deshalb zu einem der fünf Ziele im Bereich Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung. Die Bundesregierung misst FAS und FASD folglich einen hohen Stellenwert bei. Zahlreiche der in der Strategie vorgesehenen Maßnahmen wurden umgesetzt. Darüber hinaus hat die Bundesregierung weitere Initiativen gestartet (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung). Die Prävention von FASD ist eine andauernde gesellschaftliche Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und der Selbstverwaltung sowie weiterer gesellschaftlicher Interessengruppen wie beispielsweise Arbeitgeber, Gewerkschaften, Verbände und Einrichtungen der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Engagement der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sowie von FASD Deutschland besonders hervorzuheben. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

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?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Das Thema FASD wird zudem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über unterschiedliche Kommunikationswege vermittelt, um den unterschiedlichen Lese- und Informationsgewohnheiten der Zielgruppe gerecht zu werden. Bei allen Kommunikationsmedien, mit denen sich die BZgA an Schwangere wendet, werden auch die Partner bzw. das soziale Umfeld der Schwangeren angesprochen. In den Materialien der BZgA, die sich direkt an werdende Väter richten, wird die Bedeutung des Alkoholverzichts betont, so z. B. in den Inhalten speziell für Väter auf www.familienplanung.de und in der Broschüre „Väter auf die Geburt vorbereiten“, die sich an Fachkräfte in der Geburtsvorbereitung richtet.

Der Flyer „Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner“ spricht ebenfalls die Partner direkt an. Die Broschüre „Andere Umstände – neue Verantwortung“ bietet ausführliche Informationen zu den Risiken von Alkohol in der Schwangerschaft und dessen Folgen. Ferner findet sich hier ein Selbsttest zur Bewertung des eigenen Alkoholkonsums speziell für Schwangere und Angebote zur Verhaltensänderung. In dieser Broschüre wendet sich ein separates Kapitel an die (werdenden) Väter („auch auf die zukünftigen Väter kommt es an“). Hier werden neben Interviews mit Vätern auch Anregungen gegeben, wie die Partnerin beim Alkoholverzicht unterstützt werden kann. Der Selbsttest für Väter regt zur Reflexion und Reduzierung des eigenen Alkoholkonsums an. Im Internet, das einen niedrighwelligen Informationszugang ermöglicht, stehen Informationen speziell für (werdende) Väter zur Verfügung (www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit/infos-fuer-werdende-vaeter/). Das Rezeptheft „Alkoholfreie Drinks nicht nur für Schwangere“ stellt alkoholfreie Cocktails vor, die für die ganze Familie und den Freundeskreis geeignet sind.

17. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über soziale Determinanten und FASD?

Zu unterscheiden sind Risikofaktoren für mütterlichen Alkoholkonsum und Risikofaktoren zur Entstehung von FAS bzw. FASD, wenn Alkohol getrunken wird. Studien zeigen, dass ältere Frauen, Frauen mit höherem sozialem Status, Frauen ohne Migrationshintergrund, alleinstehende Frauen und Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken, geraucht oder illegale Drogen genommen haben, häufiger in der Schwangerschaft Alkohol trinken.

Das Risiko, bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ein Kind mit FAS zu gebären, ist abhängig von der Konsummenge, der Zeitspanne des Konsums, der Regelmäßigkeit sowie von zahlreichen weiteren Faktoren wie z. B. Alter der Mutter, Nikotin-, Kaffee- oder Drogenkonsum, geringer sozialer Status, Unter- oder Fehlernährung sowie der Alkoholkonsum des Vaters.

18. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus diesen Kenntnissen über soziale Determinanten auf ihre Präventionspolitik allgemein und in Bezug auf FASD im Speziellen?

Ziel der Präventionspolitik ist es, alle schwangeren Frauen und ihre Partner für die Schäden beim Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft zu sensibilisieren und zum Verzicht zu motivieren. Über die unterschiedlichen Kommunikationswege spricht die BZgA verschiedene Zielgruppen zum Themenfeld Schwangerschaft an. Der Verzicht auf Alkoholkonsum ist als Querschnittsthema eingebettet (siehe Antwort zu Frage 16). Studien zeigen, dass besonders Frauen aus der höheren sozialen Statusgruppe vermehrt Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren. Daher müssen die Art der Informationsvermittlung und die Bildersprache der Medien auch Schwangere aus höheren sozialen Statusgruppen in ihrer Lebenswelt ansprechen (siehe hierzu Rezeptheft „Alkoholfreie Drinks nicht nur für Schwangere“).

Bei Frauen mit problematischem Alkoholkonsum besteht die Sorge, dass sie eher als Männer dazu tendieren, ihren Alkoholkonsum zu verheimlichen. Dies führt dazu, dass Fragen nach dem Alkoholkonsum in der Schwangerenberatung von diesen Frauen eher ausweichend beantwortet werden. Daher stellt die BZgA Informationsmaterialien für in der Schwangerenvorsorge Tätige zur Verfügung. Damit werden sowohl Gynäkologen und Gynäkologinnen als auch Hebammen unterstützt, das Thema Alkohol und Schwangerschaft bei allen Schwangeren und ihren Partnern anzusprechen und für die Bedeutung eines Alkoholverzichts während der Schwangerschaft zu sensibilisieren. Für die Begleitung (riskant) alkoholkonsumierender Frauen bieten die Materialien anhand etablierter Beratungs- und Veränderungsmodelle Handlungshilfen, um diese Frauen aus Anlass der Schwangerschaft auf ihrem Weg zum Alkoholverzicht zu unterstützen.

Darüber hinaus wurden in den Modellprojekten des BMG gezielt Präventionsstrategien für schwangere Frauen in Risikosituationen entwickelt (siehe Vorbermerkung der Bundesregierung).

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?

Entscheidend ist es, Frauen und ihre Partner mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft frühzeitig zu erreichen, um sie in vorhandene Beratungsangebote vermitteln zu können. Aus diesem Grund hat das BMG die Modellprojekte zur selektiven Prävention von Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft gefördert (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung). Das Modellprojekt des Sozialdienstes katholischer Frauen (SKF e. V.) in Köln widmete sich z. B. der besseren Vernetzung zwischen Schwangerenberatung und Suchthilfe. Die Erhebung und Beratung zu Suchtmittelkonsum wurde im Rahmen des Projektes systematisch in die Schwangerenberatung integriert. Das Projekt wurde in der Implementierungsphase auf die Standorte Trier, Paderborn, Heiligenstadt, Erfurt, Wuppertal/Solingen und Berlin ausgeweitet. Auf die Antworten zu den Fragen 20 und 21 wird zudem verwiesen.

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?

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In dem Projekt „IRIS II“ wird untersucht, inwieweit ein vollautomatisiertes Beratungsprogramm vergleichbare Effekte wie die bereits unter „IRIS“ getestete professionelle Unterstützung bringt. Dies kann ein entscheidender Kostenfaktor für die Fortführung und Nutzung des Programms über die Modellphase hinaus darstellen. Daher sind die Ergebnisse abzuwarten, bevor über die Fortführung oder Ausweitung des Programms zu entscheiden ist. Zu beachten ist zudem, dass IRIS als internetgestütztes Beratungsangebot bereits jetzt nicht auf eine Stadt, eine Kommune oder ein Land begrenzt ist.

22. Plant die Bundesregierung, die Kenntnisse über FASD-Prävalenz und FASD-Inzidenz und Konsummuster von Schwangeren zu verbessern?

Falls ja, wann und wie?

Derzeit plant die Bundesregierung keine diesbezügliche Studie.

23. Welche Forschungsvorhaben plant und unterstützt die Bundesregierung zur Verbesserung der Datenlage und zur Einschätzung von Entwicklungstrends bei FASD?

Die Bundesregierung prüft derzeit, inwieweit die Förderung eines Expertenkonsens zur Diagnostik von FASD die Leitlinie zur Diagnostik von FAS sinnvoll ergänzen könnte. Zudem fördert die Bundesregierung die Entwicklung eines Beratungsansatzes für (junge) Erwachsene mit FAS und FASD zur Prävention von und Beratung bei Alkoholmissbrauch (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung).

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?

Seit Vorliegen der S3-Leitlinie zur Diagnostik von FAS hat sich das Wissen zum Krankheitsbild FAS und FASD im Gesundheitswesen und im Bereich der Jugendhilfe deutlich verbessert. Dazu haben zahlreiche Veröffentlichungen, Vorträge auf Kongressen sowie das Versenden des Buches zur Leitlinie an entsprechende Stellen beigetragen. Auch die Modellprojekte des BMG zur Prävention des Substanzkonsums in der Schwangerschaft (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung) haben zur Sensibilisierung und Schulung von professionell mit der Thematik Konfrontierten beigetragen (siehe auch Antwort zu Frage 19). Die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wird zusätzlich zur Verbreitung von Interventions- und Beratungskonzepten zur Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft beitragen (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung). Zur Jahrestagung wird auch die Kurzfassung der Leitlinie zur Diagnostik von FAS neu aufgelegt und verteilt.

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?

Die bisherige Lebensmittelkennzeichnungs-Verordnung (LMKV), mit der die Etikettierungsrichtlinie 2000/13/EG umgesetzt wurde, enthält genauso wie die ab dem 13. Dezember 2014 geltende Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 keine Pflicht zu Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken. Es wird lediglich die Angabe des Alkoholgehalts bei Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent verlangt.

Die Bundesregierung steht der Einführung einer Warnpflicht gegenüber Schwangeren auf alkoholischen Getränken zurückhaltend gegenüber, da sie den Ansatz der Prävention durch gezielte Aufklärungs- und Informationskampagnen über die Gefahren des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit für wirkungsvoller hält.

26. Welche verhältnispräventiven Maßnahmen zur Bekämpfung (außerhalb von Aufklärungskampagnen etc.) sind der Bundesregierung bekannt?

Verhältnispräventive Maßnahmen zur selektiven Vermeidung von FAS oder FASD sind der Bundesregierung nicht bekannt. Auch die internationalen Initiativen fokussieren vor allem auf verhaltenspräventive Ansätze (z. B. schulische Prävention) und Kurzintervention und Beratung von Frauen mit Alkoholkonsum oder mit einem Risiko zum Konsum in der Schwangerschaft. Auch das vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2013 veröffentlichte Health Technology Assessment (HTA) zu „Prävention des fetalen Alkoholsyndroms“ fokussiert auf Studien zur Verhaltensprävention.

27. Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen aus Public-Health-Sicht (morbidityorientierte Zielparameter)?

Welche Informationen hat die Bundesregierung bezüglich sozialer Einflussfaktoren für Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?

Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von FAS wurde mittels des vom DIMDI 2013 veröffentlichten HTA „Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms“ systematisch untersucht. Die vorliegende Evidenz bewerten die Autoren als sehr begrenzt. Sie basiert allein auf Studien aus den USA. Zusammenfassend kommen die Autoren zum Schluss, dass Kurzinterventionen, insbesondere aber bereits ein systematisches Erfassen des Alkoholkonsums, zu einer Reduktion des Alkoholkonsums bzw. zu einer Erhöhung der Abstinenz bei Schwangeren führen. Daran orientiert sich die Bundesregierung. Im Mutterpass wird explizit auf die Frage nach Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen hingewiesen. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

Hinsichtlich der Frage der sozialen Einflussfaktoren für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird auf die Antworten zu den Fragen 17 und 18 verwiesen.

28. Wie schätzt die Bundesregierung den Wissensstand in der Bevölkerung über die Auswirkungen von (auch geringem) Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein?

Die Fachstelle für Suchtprävention Berlin hat zum Tag des alkoholgeschädigten Kindes am 9. September 2014 eine repräsentative Studie beauftragt. Von TNS Infratest wurden über 1 000 Personen über 14 Jahren befragt (s. www.berlin-suchtpraevention.de/Studien-c1-l1-k23.html). Gemäß der Studie sind 85 Prozent der Bevölkerung der Auffassung, dass Alkohol während der Schwangerschaft generell problematisch ist. In der Altersgruppe der 14 bis 29-Jährigen sind es 94 Prozent, bei den über 60-Jährigen 80 Prozent. Unterschieden nach Berufsgruppen zeigt sich, dass nur 65 Prozent der Freien Berufe und Selbstständigen Alkohol als generell problematisch einschätzen und 35 Prozent der Meinung sind, dass ab und zu ein Glas Sekt nicht schaden kann. Auf die Frage „Wie kann sich Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schlimmstenfalls auf das werdende Kind auswirken?“ geben nur 56 Prozent an, dass es zu lebenslangen schweren Behinderungen führen kann.

29. Welche Regelungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bezüglich der Zulassung von alkoholhaltigen Arzneimitteln zur Anwendung von Schwangeren?

Die Kennzeichnung von Alkohol als Hilfsstoff in Arzneimitteln ist in Deutschland durch die „Besonderheitenliste des BfArM“ festgelegt. Diese Liste kann auf den Internetseiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte unter nachfolgendem link eingesehen werden: www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/BSHL_Version1_10_14032013.html. Die Angaben der nationalen Besonderheitenliste basieren auf der EU-Guideline „Excipients in the label and package leaflet of medicinal products for human use“ in der auf EU-Ebene entsprechende Angaben beschlossen worden sind.

Alkohol als Hilfsstoff in Arzneimitteln muss ab einer bestimmten Menge auf der Umhüllung bzw. dem Behältnis unter Angabe des entsprechenden Alkoholgehalts gekennzeichnet sein. Was die Anwendung von alkoholhaltigen Arzneimitteln von Schwangeren angeht, so ist je nach Alkoholgehalt eine zweifach ab-

gestufte Warnung für Schwangere in der Fachinformation für den Arzt bzw. in der Packungsbeilage für den Patienten bzw. die Patientin auszusprechen (vgl. S. 22 bis 26 der Besonderheitenliste). Wenn beispielsweise bei einer maximalen Einzelgabe entsprechend der Dosierungsanleitung ein Alkoholgehalt von 3 g bei oraler Einnahme überschritten wird, muss folgender Warnhinweis für Schwangere aufgenommen werden: „Dieses Arzneimittel darf nicht bei Schwangeren angewendet werden.“

30. Welche Regelungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bezüglich der Zulassung von Alkohol als Konservierungsstoff in Lebensmitteln?

Konservierungsstoffe sind gemäß Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates über Lebensmittelzusatzstoffe eine der Klassen von Lebensmittelzusatzstoffen. Alkohol ist jedoch kein Lebensmittelzusatzstoff im Sinne der Begriffsbestimmung gemäß Artikel 3 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 und unterliegt somit nicht den Rechtsvorschriften über Lebensmittelzusatzstoffe.

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?

Die Frage ist aufgrund der Ausführungen zu Frage 30 nicht einschlägig.

32. Wie hoch darf der Alkoholgehalt in Lebensmitteln ohne Deklarationspflicht sein?

In Getränken mit einem Alkoholgehalt von bis zu 1,2 Volumenprozent gibt es keine Pflicht, den Alkoholgehalt prozentual anzugeben. Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent müssen den vorhandenen Alkoholgehalt durch eine Ziffer mit nicht mehr als einer Dezimalstelle angeben. Ihr ist das Symbol „% vol“ anzufügen.

Bei vorverpackten Lebensmitteln ist jede Zutat anzugeben, die zur Herstellung des Lebensmittels verwendet wurde. Dies betrifft auch verwendeten Alkohol oder alkoholische Getränke. Je nach Aufmachung des Lebensmittels ist eine Mengenkennzeichnung der Zutaten notwendig. Ab dem 13. Dezember 2014 ist die Rechtsgrundlage für das Zutatenverzeichnis Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe b) der Verordnung (EU) 1169/2011. Die Pflicht zur Mengenkennzeichnung der Zutaten ergibt sich aus Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe d) nach den Vorgaben des Artikels 22 in Verbindung mit Anhang VIII der Verordnung (EU) 1169/2011.

Gemäß Artikel 3 Absatz 1 in Verbindung mit Anhang II, Teil IV, Nr. 6 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 über die gemeinsame Organisation der Agrarmärkte wird bei Traubensaft ein vorhandener Alkoholgehalt von bis zu 1 Volumenprozent geduldet.

33. Welche Lebensmittel enthalten natürlicherweise Alkohol?

Alkohol ist in niedrigen Konzentrationen natürlicher Bestandteil vieler Lebensmittel wie z. B. reifer Früchte, Fruchtsäfte, Brot oder Kefir, der durch die darin enthaltenen natürlich vorkommenden Mikroorganismen entstehen kann.

34. Inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung gesichert, dass der Konsum von als alkoholfrei deklariertem Bier, also mit max. 0,5 Prozent V/V, während der Schwangerschaft unschädlich ist?

In der Schwangerschaft und in der Stillzeit sollte auf alkoholhaltige Getränke ganz verzichtet werden. Der maximale Alkoholgehalt von als alkoholfrei deklariertem Bier liegt im Bereich des bei einigen Lebensmitteln (z. B. Fruchtsäfte, Obst, Kefir) enthaltenen natürlichen Alkoholgehalts. Mittlerweile werden alkoholfreie Biere auch mit 0,0 Volumenprozent angeboten. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

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?

Die Bundesregierung bewertet die Inhalte von einzelnen Medienwerbekampagnen grundsätzlich nicht. Die Werbung wird durch die verfassungsrechtliche Medienfreiheit geschützt; sie findet allerdings ihre Schranken in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze – etwa des Strafrechts, des Schutzes der Gesundheit oder der Jugend beschränkt.

Ergänzend sind mit dem europaweit harmonisierten Lebensmittelkennzeichnungsrecht Bedingungen für nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben in der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 festgelegt. Für gesundheitsbezogene Angaben gibt es eine Einschränkung, dass diese nicht auf Empfehlungen von einzelnen Ärzten oder Vertretern medizinischer Berufe und von bestimmten Vereinigungen gemacht werden dürfen. Leistungssportler sind dort nicht genannt.

