



Fachbereich WD 8

Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD)

Erscheinungsformen, Diagnostik und Verbreitung

Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD)
Erscheinungsformen, Diagnostik und Verbreitung

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 029/25
Abschluss der Arbeit: 28.07.2025
Fachbereich: WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung,
Lebenswissenschaften

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzugeben und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Krankheitsbild und Entstehung von FASD	4
3.	Klassifizierung und Diagnostik	6
4.	Verbreitung von FASD und Umfang des Alkoholkonsums von Schwangeren	8
4.1.	Verbreitung innerhalb der Gesamtbevölkerung	8
4.2.	Verbreitung bei Pflegekindern	10

1. Einleitung

Die Entwicklung des Fötus im Mutterleib ist ein hochkomplexer und damit störanfälliger Vorgang. Neben genetischen Prädispositionen der Eltern haben verschiedene äußere Faktoren Einfluss auf die embryonale Entwicklung. Hierzu zählen auch Ernährung und Lebensstil der Mutter. So kann sich eine mangelhafte Aufnahme bestimmter (Mikro-)Nährstoffe wie Folsäure negativ auswirken, vor allem aber der Konsum von Nikotin oder Alkohol während der Schwangerschaft. Letzterer kann eine Vielzahl an Auswirkungen auf die betroffenen Kinder haben und gilt als die häufigste Ursache für nicht genetisch bedingte Fehlbildungen bei Neugeborenen. Die alkoholbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) zusammengefasst, der eine Vielzahl von Symptomen abbildet, die das Leben der betroffenen Kinder dauerhaft (massiv) beeinflusst. Neben den persönlichen und sozialen Folgen von FASD haben die Beeinträchtigungen der Betroffenen auch ökonomische Auswirkungen – sowohl auf individueller als auch gesamtgesellschaftlicher Ebene – etwa durch Arbeitsausfälle oder entstehende Gesundheitskosten.¹ Die schädliche Wirkung von Alkohol auf den Fötus wird denn auch zunehmend öffentlich thematisiert; gerade die Bedeutung von gesellschaftlicher Prävention zur Vermeidung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und damit von FASD findet daher aktuell auch Eingang in die politische Diskussion.

Nachfolgend werden die dauerhaften Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Fötus sowie die spätere Entwicklung des Kindes dargestellt, statistische Angaben zur Verbreitung wiedergegeben und auf die aktuelle Studienlage zur Verbreitung und zu den Auswirkungen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft eingegangen. Schließlich wird auftragsgemäß betrachtet, ob Pflegekinder häufiger von FASD betroffen sind bzw. diese bei ihnen diagnostiziert wird.

2. Krankheitsbild und Entstehung von FASD

Die Bezeichnung Fetale Alkoholspektrumstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder – FASD) stellt den Oberbegriff verschiedener körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen sowie Verhaltensauffälligkeiten dar, die durch den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft verursacht werden. In der Diagnostik erfolgt dabei eine Differenzierung zwischen verschiedenen

1 Die volkswirtschaftlichen Kosten durch FASD wurde bereits im Rahmen wissenschaftlicher Studien betrachtet, die sich jedoch überwiegend auf Kanada und die USA beziehen, vgl. hierzu z. B. Popova, Svetlana (u. a.), The Economic Burden of Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Canada in 2013, in: Alcohol an Alcoholism, Volume 51, Issue 3, 1. Mai 2016, S. 367-375, abrufbar <https://academic.oup.com/alc/article/51/3/367/2888203?login=true>. Weitere Informationen hierzu finden sich bei Canada FASD Research Network (Hrsg.), Social and Economic Cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorder, abrufbar unter https://canfasd.ca/wp-content/uploads/publications/IssuePaper_CostFASD-Final.pdf, Greenmyer, Jacob (u. a.), A Multicountry Updated Assessment of the Economic Impact of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Costs for Children and Adults, in: Journal of Addiction Medicine, November/Dezember 2018, 12(6), S. 466-473, abstract abrufbar unter https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/abstract/2018/12000/a_multicountry_updated_assessment_of_the_economic.10.aspx. sowie Andersson, E. (u. a.), Economic Costs of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD), in: Journal of Paediatrics and Child Health, Volume 54, Mai 2018, S. 1-23, 2018, abstract abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpc.13946> sowie bei Popova, Svetlana (u. a.), Burden and Social Cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorders, in: Oxford Handbook Topics in Psychology, März 2014, abrufbar unter <https://academic.oup.com/edited-volume/42044/chapter/355797217?login=true>. Für Deutschland liegen bislang keine konkreten Berechnungen vor; dennoch ist davon auszugehen, dass auch hierzulande ein nicht unerheblicher gesamtgesellschaftlicher Schaden durch diese vermeidbaren Krankheitsbilder entsteht.

Krankheitsbildern, da die pränatalen Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt sein können. Das Vollbild der Störung wird als Fetales Alkoholsyndrom (FAS) bzw. als Alkoholembryopathie (AE) bezeichnet. Darüber hinaus kann zwischen dem partiellen Fetalen Alkoholsyndrom (pFAS), alkoholbedingter Fehlbildungen (alcohol-related birth defects – ARBD) und alkoholbedingter neurologischer Entwicklungsstörungen (alcohol-related neurodevelopmental disorders – ARND) unterschieden werden, wobei die konkrete Zuordnung zu einer der genannten Bezeichnungen nicht immer eindeutig möglich ist.²

Typische Krankheitsbilder einer FASD gehen bei Kindern im Säuglingsalter mit Leitsymptomen wie Kleinwuchs, Untergewicht, Gesichtsauffälligkeiten, Mikrozephalus und unterschiedlich stark ausgeprägten Entwicklungsstörungen einher. Darüber hinaus können dauerhaft bleibende intellektuelle Beeinträchtigungen, Störungen der Kognition, des Verhaltens und der Exekutivfunktionen sowie Einschränkungen in Teilleistungen bestehen. Auch Herzfehler, Nierenfehlbildungen und skelettale Fehlbildungen sowie weitere körperliche Symptome werden bei von FASD betroffenen Personen häufig beobachtet. Im Rahmen wissenschaftlicher Studien wurden insgesamt 428 Komorbiditäten identifiziert, die bei einer bestehenden FASD vorliegen können.³ Neben den körperlichen und geistigen Einschränkungen können als Folge gestörter Exekutivfunktionen umfangreiche Einschränkungen im Alltag sowie im Bereich der schulischen und beruflichen Ausbildung auftreten. Häufig werden diese jedoch nicht mit der Beeinträchtigung in Zusammenhang gebracht.⁴

Da die Entstehung von FASD in allen Ausprägungen ausschließlich auf den Konsum von Alkohol durch die Mutter während der Schwangerschaft zurückzuführen ist, handelt es sich um eine zu einhundert Prozent vermeidbare Störung. Der von der Mutter aufgenommene Alkohol passiert die sog. Plazentaschranke, wodurch die Mutter und der Fötus den gleichen Alkoholpegel aufweisen, während die Leber des Ungeborenen für dessen Abbau jedoch noch nicht ausgereift ist. Der Grad der Schädigung ist abhängig von Reifestadium des Ungeborenen, der aufgenommenen Alkoholmenge sowie der individuellen Disposition. Der konkrete Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und dem Auftreten sowie der Ausprägung möglicher irreversibler körperlicher Schäden und Beeinträchtigungen der späteren kognitiven und sozialen Fähigkeiten des Kindes ist jedoch bislang nicht bekannt. Sicher ist aber, dass in den unterschiedlichen Stadien der Schwangerschaft unterschiedliche Risiken überwiegen. So besteht zum Beispiel im ersten Schwangerschaftsdrittels das größte Risiko für körperliche Fehlbildungen, während danach insbesondere Wachstumsstörungen und ab dem dritten Schwangerschaftsdrittelpunkt auch Entwicklungsstörungen durch Störung der Gehirnbildung auftreten können.

2 Vgl. hierzu Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Die Fetale Alkoholspektrumstörung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, Stand März 2017, S. 4, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf.

3 Popova, Svetlana (u. a.), Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis, in: The Lancet, Volume 387, 5. März 2016, abrufbar unter [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet-PIIS0140-6736\(15\)01345-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet-PIIS0140-6736(15)01345-8.pdf) (dieser und sämtliche weiteren Links wurden zuletzt am 21. Juli 2025 aufgerufen).

4 Vgl. hierzu Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Die Fetale Alkoholspektrumstörung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, Stand März 2017, S. 4, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf.

Unabhängig davon ist jedoch jeder Alkoholkonsum während der kompletten Schwangerschaft potenziell fruchtschädigend, so dass entsprechende Präventionsmaßnahmen auf eine möglichst vollständige Abstinenz abzielen.⁵ Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund von Bedeutung, dass einem nicht unwesentlichen Teil der Bevölkerung die Gefahren eines (auch einmaligen bzw. gelegentlichen) Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind in seinem vollständigem Ausmaß nicht bewusst sind – insbesondere das Auftreten bleibender Schäden. So gaben im Jahr 2017 im Rahmen einer Forsa-Umfrage 22 Prozent der Befragten an, Alkohol in der Schwangerschaft könnte schlimmstenfalls Entwicklungsverzögerungen beim Kind verursachen. Immerhin drei Prozent waren der Ansicht, Alkoholkonsum in der Schwangerschaft könnte für das Kind schlimmstenfalls unangenehm sein, habe aber sonst keine Folgen.⁶ Einer TNS Infratest-Umfrage zufolge war die Gefahr bleibender Schäden von Alkoholkonsum während Schwangerschaft für das Kind 44 Prozent der Befragten unbekannt, auch wenn 85 Prozent der Befragten grundsätzlich bewusst war, dass der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft problematisch ist.⁷

3. Klassifizierung und Diagnostik

Bisher gibt es keine umfassende Abbildung der verschiedenen Ausprägungen von FASD in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10). Zwar wird „Alkoholembryopathie“ (FAS) im ICD 10 unter der Verschlüsselung Q 86.0 in der Kategorie „angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ als Krankheit eingestuft⁸, verschiedene Ausprägungen sind aktuell jedoch nicht nach dem ICD 10 klassifizierbar. Lediglich Komorbiditäten und Folgeerkrankungen können nach ICD 10 diagnostiziert werden. Die fehlende Erfassung anderer FASD-Erscheinungsformen wird als unzureichend kritisiert, da sich so die Komplexität des Krankheitsbildes nicht angemessen widerspiegelt.

5 Vgl. hierzu z. B. Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Schwangere im Rahmen der Kampagne „Kenn dein Limit“, abrufbar unter <https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholverzicht/alkohol-in-der-schwangerschaft/>.

6 Vgl. hierzu Forsa (Hrsg.), Alkoholkonsum und Schwangerschaft, 10. November 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Beichte/Studie_BevBefragung_Alkohol_Schwangerschaft_Forsa.pdf.

7 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht, Oktober 2018, S.68, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Beichte/Drogen-_und_Suchtbericht_2018.pdf.

8 Dies entspricht der Einordnung nach der deutschen Modifikation des ICD; vgl. hierzu Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2025 (ICD-10-GM Version 2025), abrufbar unter <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-su-che/htmlgm2025/index.htm>. In der aktuellen Version des ICD 11, deren deutsche Fassung sich jedoch noch im Entwurfsstadium befindet, wird das fetale Alkoholsyndrom (FAS) unter dem Diagnoseschlüssel LD2F.00 erfasst; der Diagnoseschlüssel 6A0Y findet für das Neuromentale Entwicklungssyndrom durch pränatale Alkoholexposition Anwendung. Die Entwurfsfassung des ICD-11 in Deutsch ist abrufbar unter https://www.bfarm.de/DE/Ko-diersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html.

Auch bestehe die Gefahr, aus dem Vorliegen einzelner Symptome fälschlicherweise FASD nicht (bzw. stattdessen eine andere Erkrankung) zu diagnostizieren, was zu Fehlbehandlungen führen könnte.⁹

Seit Ende des Jahres 2012 gibt es in Deutschland eine S3-Leitlinie¹⁰, auf deren Grundlage eine Diagnostik der verschiedenen Formen von FASD sowie deren Behandlung bzw. therapeutische Unterstützung der Betroffenen und deren Bezugspersonen erfolgen kann.¹¹ Deutschland ist damit bislang das einzige Land, das mit der Leitlinie evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von FASD aufgestellt hat.¹² Die Langfassung der Leitlinie enthält neben ausführlichen Empfehlungen auch die Ergebnisse systematischer Literaturrecherchen zu verschiedenen Themenkomplexen. Die Feststellung einer FASD erfolgt anhand der beim betroffenen Kind individuell vorliegenden Symptome, die den Bereichen Wachstumsauffälligkeiten, Auffälligkeiten des Gesichtes und Auffälligkeiten des Zentralen Nervensystems (ZNS, funktionell und strukturell) zugeordnet werden. Als vierte diagnostische Säule wird der mütterliche Alkoholkonsum in der Schwangerschaft betrachtet. Die konkrete Diagnose einer FAS, pFAS oder ARND erfolgt in Abhängigkeit der individuellen Symptome des Betroffenen.¹³ Je früher eine Diagnose erfolgt, umso besser ist die Prognose für die Entwicklung des Kindes. Untersuchungen zufolge erhalten circa 50 Prozent ihre Diagnose jedoch erst nach Vollendung des fünften Lebensjahres.¹⁴ Anderen

9 Vgl. hierzu Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Die Fetale Alkoholspektrumstörung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, Stand März 2017, S. 4, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf.

10 Somit handelt es sich um eine evidenz- und konsensusbasierte Leitlinie, die nach Maßgabe des Regelwerks Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF-Regelwerks Leitlinien) erstellt wurde und alle Elemente einer systematischen Entwicklung aufweist. Informationen hierzu sind abrufbar unter <https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik> sowie <https://www.awmf.org/regelwerk/regeln-fuer-das-ll-register>.

11 Die aktuelle Fassung (Kurz- und Langform) der S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen – Diagnostik & Intervention ist abrufbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>. Eine kurze Darstellung zur Leitlinie findet sich auch bei Landgraf, Mirjam N. (u. a.), Diagnostik Fetaler Alkoholspektrumstörungen in der Kinder- und Jugendmedizin – Empfehlungen für die Praxis gemäß der S3-Leitlinie, in: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, Ausgabe 165, S. 786-793, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-016-0191-y>.

12 Stricker, Sonja (u. a.), First Evidence-Based Guideline for Interventions in FASD, in: *Neuropediatrics*, Juni 2025, 56(3), S. 160-171, abrufbar unter <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12068929/>.

13 Ausführlichere Informationen zur Zuordnung der einzelnen Symptome zur den Krankheitsbildern finden sich auch bei Landgraf, Mirjam, Fetale Alkoholspektrumstörung – Diagnose und frühe Förderung, abrufbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-108418.pdf>. Zink, Nicola, Fetale Alkoholspektrumstörung – Verdacht wird zu selten angesprochen – Aktualisierte Leitlinie erschienen, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s15013-024-5992-9> sowie Moder, Judith E. (u. a.), Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, Prognose und Prävention, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03329-6>.

14 Weinmann, Tobias (u. a.), Prognostic factors for long-term outcome in children with fetal alcohol spectrum disorders, in: *Research in Developmental Disabilities*, May 2023:136:104481, abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36924617/>.

Studien zufolge wird die Prävalenz von FASD von Ärzten und Eltern unterschätzt; auch bestehen in der Ärzteschaft offenbar Schwierigkeiten bei der Unterscheidung der verschiedenen Ausprägungen von FASD.¹⁵

4. Verbreitung von FASD und Umfang des Alkoholkonsums von Schwangeren

Die Erfassung der von FASD betroffenen Kinder gestaltet sich insbesondere aufgrund der bestehenden Diagnostikprobleme schwierig; offizielle Statistiken hierzu werden nicht geführt. Dies gilt auch für den Umfang des Alkoholkonsums von Frauen während einer Schwangerschaft, der die einzige Ursache für die Entstehung von FASD ist und somit zumindest einen Anhaltspunkt für das Auftreten von FASD liefern könnte. Die Verbreitung von FASD kann somit ebenso wie der Konsum von Alkohol während einer Schwangerschaft lediglich geschätzt werden, wobei insbesondere bei letzterem die Gefahr einer Unterschätzung aufgrund bewusst oder unbewusst falscher Angaben besteht.

4.1. Verbreitung innerhalb der Gesamtbevölkerung

Zur Verbreitung von FASD in Deutschland gibt es bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen. Im Rahmen einer im Jahr 2019 veröffentlichten Studie¹⁶ wurden Daten aus dem Jahr 2014 zum Alkoholkonsum während einer Schwangerschaft unter Berücksichtigung des Risikozusammenhangs zwischen diesem und dem Auftreten von FASD sowie FAS ausgewertet. Danach waren 41 von 10.000 Kindern (entspricht 0,41 Prozent) und damit insgesamt 2.930 Kinder bei der Geburt von FAS und 177 von 10.000 Kinder (entspricht 1,77 Prozent) und damit insgesamt 12.650 Kinder von FASD betroffen.

Studien zum Auftreten von FASD im internationalen Vergleich enthalten zwar in der Regel keine konkreten Angaben zur Verbreitung in Deutschland, liefern aber zum Teil Informationen zur regionalen Verbreitung auch im europäischen Raum und damit Anhaltspunkte zur Einordnung der für Deutschland vorliegenden Daten. Grundsätzlich variieren die Prävalenzen von FASD bzw. einzelner Ausprägungen in den einzelnen Weltregionen zum Teil sehr stark. Im weltweiten Durchschnitt konsumieren geschätzt zehn Prozent der Frauen während einer Schwangerschaft Alkohol; eine von 67 Frauen, die Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert haben, gebiert ein Kind mit FAS. Im Ergebnis resultierten daraus durchschnittlich 15 FAS-Fälle je 10.000 Lebendgeburten; jährlich würden somit – ausgehend von gut 81 Millionen Lebendgeburten –

15 Landgraf, Mirjam N. (u. a.), Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) – What we know and what we should know – The knowledge of German health professionals and parents, in: European Journal of Paediatric Neurology, Volume 22, Issue 3, Mai 2018, S. 507-515, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090379817318123>.

16 Kraus, Ludwig (u. a.), Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study, in: BMC Medicine, 19. März 2019; 17(1):59, abrufbar unter https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC_6423764/. Eine kurze Darstellung wesentlicher Studienergebnisse findet sich u. a. auch bei Süddeutsche Zeitung, Fast 13 000 Babys pro Jahr kommen geschädigt zur Welt, 19. März 2019, abrufbar unter <https://www.sued-deutsche.de/gesundheit/deutschland-alkohol-gesundheit-schaden-1.4373188>.

weltweit circa 120.000 Kinder mit FAS geboren.¹⁷ Der Anteil der Frauen, die während einer Schwangerschaft Alkohol konsumieren, liege jedoch in der europäischen Region der WHO¹⁸ bei bis zu 25 Prozent und damit deutlich über dem weltweiten Durchschnittswert. Daraus resultiere eine zwei- bis sechsfach höhere FAS-Prävalenz als in anderen Regionen. Unterschiede in der regionalen Prävalenz von FASD wurden auch im Rahmen anderer Studien bzw. Literaturoauswertungen ermittelt.¹⁹

Untersuchungen zum Alkoholkonsum von Schwangeren haben ergeben, dass in Deutschland ein nicht unwesentlicher Teil der Schwangeren während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert. Befragungen zufolge trifft dies auf 20 Prozent der Schwangeren zu, wobei 8 Prozent einen auch für nicht schwangere Frauen riskanten Alkoholkonsum aufweisen.²⁰ Im Zuge regionaler Studien wurden teilweise deutlich höhere Konsumraten ermittelt. So ergab z. B. die querschnittliche Analyse einer nicht repräsentativen Befragung in Bremen einen Anteil an Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol und/oder Nikotin konsumierten, von fast 50 Prozent²¹. Eine bessere soziale Einbindung und ein höheres Alter der Frau erhöhten demnach die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums, während ein islamischer Kulturhintergrund diese verringerte. Deutliche Unterschiede beim Ausmaß des Alkoholkonsums von schwangeren Frauen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen wurden bereits im Zuge des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS) des Robert Koch Instituts ermittelt.²² Danach konsumierten 14 Prozent der Befragten gelegentlich Alkohol während einer Schwangerschaft. Der Anteil der Frauen ohne Migrationshintergrund lag dabei mit 15 Prozent circa dreimal so hoch wie bei Frauen mit Migrationshintergrund. Deutliche Unterschiede wurden auch im Hinblick auf die soziale Schicht der befragten Mütter festgestellt. Während 8,5 Prozent der Frauen mit niedrigem Sozialstatus angaben, im Verlaufe der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben, traf dies auf 13,2 Prozent der Frauen mit mittlerem

17 Popova, Svetlana (u. a.), Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis, in: The Lancet Global Health, Volume 5, Issue 3, E290-E299, März 2017, abrufbar unter [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30021-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30021-9/fulltext).

18 In die Studie flossen keine konkreten Daten zu Deutschland ein; betrachtet wurden jedoch u. a. Daten aus Frankreich, Dänemark und Belgien.

19 Roozen, Sylvia (u. a.), Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis, in: Alcohol Clinical and Experimental Research, Januar 2016; 40(1):18-31, abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.12939> sowie Popova, Svetlana (u. a.), Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder, in: Biochemistry and Cell Biology, Volume 96, Number 2, April 2018 abrufbar unter <https://cdnsciencepub.com/doi/abs/10.1139/bcb-2017-0077>.

20 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), Alkohol in der Schwangerschaft – Factsheet, S. 3, abrufbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FS_Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf.

21 Römer, Pia (u. a.), Alcohol and Nicotine Consumption during Pregnancy – Prevalence and Predictors among Women in Bremen, Germany, in: SUCHT (2023), 69 (3), 99–110, abrufbar unter <https://econtent.hogrefe.com-/doi/10.1024/0939-5911/a000815>.

22 Vgl. hierzu RKI (Hrsg.), Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, S. 670 – 676, abrufbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/422/294eMArPnfU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sozialstatus und 20,3 Prozent der Frauen mit hohem Sozialstatus zu. Einen regelmäßigen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gaben weniger als ein Prozent der Schwangeren an. Die Autoren der Studie gehen insgesamt von einer Unterschätzung des tatsächlichen Alkoholkonsums aus. Im Rahmen einer Studie, die auf das Vorhandensein bestimmter Biomarker, die nur bei häufigem und hohem Alkoholkonsum zu finden seien, abstellt, wurde ein Anteil an alkoholkonsumierenden Schwangeren in Höhe von 13,8 Prozent ermittelt.²³ Wissenschaftler und Akteure der Suchtbewältigung haben in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt einen Anstieg des Alkoholkonsums von Frauen beobachtet. Feststellbar sei, dass ein höherer sozioökonomischer Status eher mit einem höherem Alkoholkonsum einher gehe,²⁴ und dass Frauen, die bereits vor einer Schwangerschaft regelmäßig Alkohol konsumierten, dies auch während einer Schwangerschaft häufiger täten.²⁵

4.2. Verbreitung bei Pflegekindern

Zur Verbreitung von FASD bei Kindern, die außerhalb ihrer Herkunftsfamilie bei Pflegeeltern oder in Heimen aufwachsen, liegen keine Statistiken vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Prävalenz von FASD unter Pflegekindern sowie bei Heimkindern höher als im Gesamt-durchschnitt ist: FASD ist ausschließlich auf den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft zurückzuführen, und Alkoholabhängigkeit ist einer der Faktoren, die häufig zu einer Herausnahme von Kindern aus der Herkunftsfamilie führen. Darüber hinaus ergeben sich durch die zusätzlichen gesundheitlichen Einschränkungen der von FASD betroffenen Kinder zusätzliche Herausforderungen im Alltag, die zu einer Überforderung und dem Ausfall der Eltern als Betreuungspersonen beitragen können. Je stärker die neuropsychologischen Einschränkungen des Kindes aufgrund der FASD sind, umso häufiger finden (mehrmalige) Wechsel des Betreuungssettings

23 Adler, Jakob (u. a.), Estimated Prevalence of Harmful Alcohol Consumption in Pregnant and Nonpregnant Women in Saxony-Anhalt (NorthEast Germany) Using Biomarkers, in: *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, Volume 45, Nr. 4, 2021, S. 819-827, abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.14567>. Ausführlichere Informationen zur Bedeutung von Biomarkern bei der Ermittlung, wie viele Frauen während einer Schwangerschaft Alkohol konsumieren finden sich auch in der Langfassung der S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen – Diagnostik & Intervention, S. 63, abrufbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/022-0251_S3_Fetale-Alkoholspektrumstoerungen-FASD-Kinder-Jugendliche-Diagnostik-Intervention_2025-06.pdf.

24 Ausführlichere Informationen hierzu finden sich bei Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), Alkohol in der Schwangerschaft – Factsheet, S. 3, abrufbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FS_Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf.

25 Vgl. hierzu Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht, Oktober 2018, S.66, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Drogen-_und_Suchtbericht_2018.pdf.

statt.²⁶ Es wird geschätzt, dass in Deutschland 23 Prozent der Pflegekinder unter FASD leiden²⁷ – ein Anteil, der deutlich über der allgemein geschätzten Prävalenz von knapp zwei Prozent liegt.²⁸ Auch für andere Länder wurden im Rahmen von Studien deutlich höhere Prävalenzen von FASD bei Kindern in Pflegesettings ermittelt als für die Gesamtbevölkerung. Diese liegen einer systematischen Literaturauswertung zufolge für FAS bei sechs Prozent bzw. für FASD bei 16,9 Prozent.²⁹ Die im Rahmen nationaler Studien ermittelten Prävalenzraten unterscheiden sich dabei zwischen einzelnen Ländern zum Teil erheblich.³⁰ Zum Anteil der von FASD betroffenen Kindern, die außerhalb der Herkunftsfamilie aufwachsen, liegen ebenfalls keine belastbaren Zahlen vor. Älteren Schätzungen zufolge, wird jedoch davon ausgegangen, dass 80 Prozent der Kinder mit FASD in einem Pflegesetting aufwachsen,³¹ aktuellere Zahlen hierzu sind nicht ersichtlich.

Einer Untersuchung aus dem Jahr 2021 zufolge findet bisher keine ausreichende Unterstützung von Personen statt, die sich im familiären sowie im beruflichen Kontext um FASD-Betroffene kümmern.³² Erste Projekte zur besseren Unterstützung dieser Personen verliefen erfolgreich; diese wurden überwiegend von Pflegeeltern (42 Prozent) und Professionellen (38 Prozent) in Anspruch genommen.³³ Zur Verbesserung der therapeutischen Begleitung von Personen, die an einer FASD leiden, soll zukünftig auch verstärkt auf telemedizinische Maßnahmen und digitale Tools gesetzt

-
- 26 Weinmann, Tobias (u. a.), Prognostic factors for long-term outcome in children with fetal alcohol spectrum disorders, in: Research in Developmental Disabilities, Mai 2023:136:104481, abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36924617/>.
- 27 Nordhues, Philipp (u. a.), Das Fetale Alkoholsyndrom: Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern, in: Feldmann, R., Michalowski, G., Lepke, K., (Hrsg.), Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), 2013, Idstein. Für Heimkinder wurden in ersten Erhebungen 4,4 FASD-Fälle pro 100 Kinder/Jugendlichen ermittelt, wobei von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird; vgl. hierzu Stallmann, Martina (u. a.), FASD in der Heimerziehung – Eine Pilotstudie zur Schätzung der Prävalenz, abrufbar unter https://www.diakonie-portal.de/diadwbo-uploads/user_upload/Themen/Jugendhilfe_und_Jugendliche-Downloads/VIEW_Poster_EUFASD_Deutsch.pdf.
- 28 Ausführlicher hierzu Gliederungspunkt 4.1.
- 29 Lange, Shannon (u. a.), Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Child Care Settings: A Meta-analysis, in: Pediatrics, Volume 132, Issue 4, Oktober 2013, abrufbar unter <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/132/4/e980/64847/Prevalence-of-Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorders-in>.
- 30 Popova, Svetlana (u. a.), Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis, in: Addiction, Volume 114, Issue 7, Juli 2019, S. 1150-1172, abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.14598>.
- 31 Vgl. hierzu Löser, Hermann, Alkoholeffekte und Schwachformen der Alkoholembryopathie, in: Deutsches Ärzteblatt, 88, Heft 41, 10. Oktober 1991, A-3416-3424, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/alkoholeffekte-und-schwachformen-der-alkoholembryopathie-5c5879ac-b0c6-49aa-95ef-a45045a313cd>.
- 32 Weinmann, Tobias (u. a.), Assessing the needs of caregivers of children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders: Results from a survey among families and professionals in Germany, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090379821000945?via%3Dihub>.
- 33 Weinmann, Tobias (u. a.), Establishing a multidisciplinary specialist centre for fetal alcohol spectrum disorders–Lessons learned from a model project in Germany, in: Child: Care, Health and Development, 2024 Januar;50(1):e13143, abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37317477/>.

werden.³⁴ Auch finanziell werden Pflegeeltern von Pflegekindern mit FASD zum Teil durch die Zahlung eines erhöhten Pflegegeldes unterstützt. So gilt z. B. in Berlin eine diagnostizierte Alkohol-Embryopathie (FAS) als globale Entwicklungsstörung, wodurch für betroffene Kinder ein erweiterter Förderbedarf anerkannt ist. Dies führt zu einer Erhöhung der sog. Erziehungskostenpauschale von 420 Euro auf 959 Euro.³⁵

34 Erste Forschungsvorhaben hierzu haben bereits stattgefunden, z. B. das Projekt FASD Smiley Digital. Ein Kurzbericht zu dem Projekt ist abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Kurzbericht/Kurzbericht_FASD_Smiley_Digital_270125_bf.pdf.

35 Senatsverwaltung Berlin für Bildung, Jugend und Familie, Leitfaden zur Ermittlung eines erweiterten Förderbedarfs bei Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) und teilstationärer Familienpflege (§ 32 Satz 2 SGB VIII), abrufbar unter <https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/pflegekinder/fachinfo/>. Ausführlichere Informationen zu den finanziellen Leistungen für Pflegeeltern finden sich in der Arbeit der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, WD 8 – 028/25, Zur Situation von Pflegekindern.