

2025/2026

SUCHTDRUCK

Magazin für Suchtfragen in Sachsen und Thüringen



UMGANG MIT ALKOHOL, TABAK UND CO. IN DER SCHWANGERSCHAFT

Eine Einordnung

FETALE ALKOHOL-SPEKTRUM-STÖRUNG (FASD)

Eine unterschätzte Herausforderung

„CLEAN4US“ JENA UND „MAMA, DENK AN MICH“ DRESDEN

Zwei wegweisende Projekte



WENN DER ANFANG DAS GANZE LEBEN PRÄGT – KONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT UND FASD

Die Schwangerschaft ist eine Phase des Wandels, der Hoffnung – und der besonderen Verantwortung. In kaum einer anderen Zeit ist das ungeborene Leben so stark auf Schutz, Fürsorge und gesunde Rahmenbedingungen angewiesen. Was viele nicht wissen oder unterschätzen: Der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen oder auch bestimmten Medikamenten kann in dieser sensiblen Phase schwerwiegende, teils irreversible Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben.

Eine der bekanntesten und folgenschwersten Schädigungen ist die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD). Sie entsteht durch den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft – und sie ist vollständig vermeidbar. Dennoch kommen allein in Deutschland jedes Jahr mehrere tausend Kinder mit FASD zur Welt. Die Dunkelziffer ist hoch. FASD ist ein lebenslanges Syndrom. Es umfasst ein Spektrum an körperlichen, neurologischen und kognitiven Beeinträchtigungen. Betroffene Kinder und Erwachsene kämpfen oft mit Konzentrationsstörungen, Impulsivität, Lernschwierigkeiten, sozialen Auffälligkeiten und einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen. Die Diagnose ist komplex, die Versorgungslage herausfordernd, und die öffentliche Aufmerksamkeit bleibt vielerorts unzureichend.

Diese Ausgabe des SuchtDruck will aufklären, sensibilisieren und zur Auseinandersetzung mit einem Thema anregen, das immer noch zu oft mit Schuld und Scham belegt ist – nicht zuletzt auf Seiten der betroffenen Mütter. Denn wer während einer Schwangerschaft konsumiert, tut das selten leichtfertig oder aus Gleichgültigkeit. Häufig stehen Suchtproblematiken, psychische Erkrankungen, soziale Isolation oder fehlende Unterstützung im Hintergrund. Umso wichtiger ist ein gesellschaftlicher Umgang, der nicht verurteilt, sondern unterstützt, der informiert statt stigmatisiert – und der Hilfe anbietet, bevor Schaden entsteht.

Wir beleuchten in dieser Ausgabe die Auswirkungen von schädlichen Substanzen für das ungeborene Leben dar, erläutern medizinische Grundlagen von FASD, stellen Erfahrungen aus der Praxis vor und zeigen, welche Präventions- und Hilfsangebote es gibt – und welche es dringend noch braucht. Fachleute aus Beratung und Medizin kommen ebenso zu Wort wie betroffene Familien. Denn nur durch ein ganzheitliches Verständnis kann echte Veränderung gelingen.

Unser Anliegen: einen Beitrag dazu leisten, dass alle Kinder die Chance auf einen gesunden Start ins Leben erhalten – und dass Frauen in schwierigen Lebenslagen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um ihren Kindern dies zu ermöglichen.

INHALT

- 4** **Der Umgang mit Alkohol, Tabak und Co. – eine erste Einordnung**
- 11** **Gesetzliche und politische Maßnahmen zur Eindämmung gesundheitsschädlicher Folgen während der Schwangerschaft**
(Deutschland/weltweit)
- 14** **Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD): Eine unterschätzte Herausforderung für Medizin, Gesellschaft und Prävention**
- 16** **Selbsthilfegruppe Jena und FASD Selbsthilfegruppe Westsachsen – Betroffene berichten**
- 22** **Fetale Alkoholspektrumstörung – Hilfe durch das clean4us Netzwerk am Universitätsklinikum Jena**
- 25** **Mama, denk an mich – ein multiprofessionelles Behandlungsangebot für suchtbelastete Familien am Universitätsklinikum Dresden**
- 29** **Auswirkungen von Methamphetamin in Schwangerschaft**
- 33** **FASD-Selbsthilfegruppe Westsachsen**
- 35** **Kontaktadressen und Links**
- 38** **Schlusswort: Der Raum dazwischen**



DER UMGANG MIT ALKOHOL, TABAK UND CO. – EINE ERSTE EINORDNUNG

Die positive Nachricht zuerst: Die Mehrheit der Deutschen ist sich bewusst, dass Alkohol, Tabak und andere Substanzen dem ungeborenen Kind während der Schwangerschaft schaden können.

ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

89%

der Befragten ist der Ansicht, dass Alkohol während der Schwangerschaft generell problematisch sei.

8%

der Befragten meinen, ab und zu ein Glas Sekt, Wein oder Bier könne nicht schaden.

41%
37%
20%

unter diesen Befragten verstehen unter „ab und zu ein Glas Sekt, Wein oder Bier“ im Monat.

meinen damit ein Glas in der Woche.

sagen zwei bis vier Gläser in der Woche.

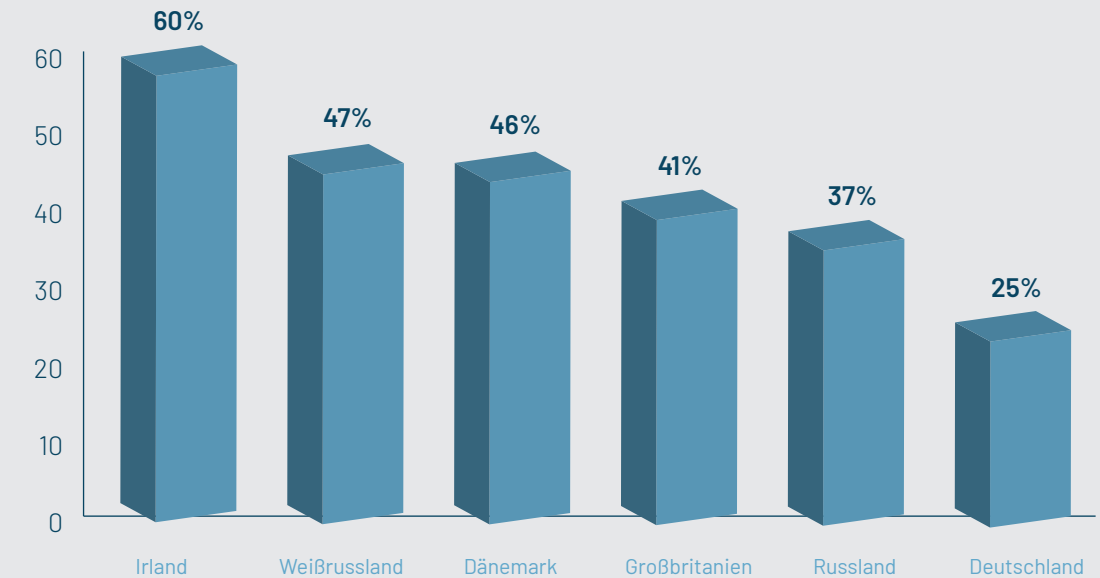
< 1%

äußern die Meinung, welche Menge Alkohol in der Schwangerschaft unbedenklich sei, hänge davon ab, wie viel Alkohol die schwangere Person gewöhnt ist.

Quelle: repräsentative Befragung „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ durch Forsa im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2017)

Dennoch trinkt europaweit betrachtet laut einer internationalen Studie jede vierte Frau gelegentlich Alkohol während der Schwangerschaft. Spitzenreiter der Studie war Irland – hier gaben 60 von 100 Frauen an, mindestens einmal während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben. In Deutschland trinken schätzungsweise zwischen 20% bis 25% der Schwangeren Alkohol. Weiteren Studien zufolge zeigte sich, dass ein moderater Alkoholkonsum in der Gruppe der werdenden Mütter mit akademischem Abschluss am höchsten sei,

obwohl diese eher entsprechende Präventionskampagnen wahrnehmen als dies Personen mit einem niedrigeren Abschluss tun. Vermutet werden hierbei gesellschaftliche Konventionen. Auch gibt es immer noch Empfehlungen und vermeintlich gut gemeinte Ratschläge an Schwangere, dass ein Glas Wein doch gesundheitsförderlich wäre oder Bier zur Stärkung des Babys und der Mutter dienlich sei. Auch hält sich der Mythos, dass Sekt die Milchproduktion beim Stillen anrege.



Quelle: Internationale Studie zum Alkoholkonsum schwangerer Frauen in The Lancet Global Health, 2017

NEUE EMPFEHLUNGEN ZUM UMGANG MIT ALKOHOL

Im Oktober 2024 startete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre neue Kampagne „Neudefinition von Alkohol“, mit dem Ziel, dass der Stellenwert von Alkohol in der Gesellschaft neu überdacht wird. Ausgangspunkt der Kampagne sind die 2023 veröffentlichten Erkenntnisse,

dass es beim Alkoholkonsum generell keine gesundheitlich unbedenkliche Menge gibt. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) passte in Folge dessen ihre Empfehlungen im Umgang mit Alkohol den neuesten Erkenntnissen an:

- Auch geringe Trinkmengen können zur Verursachung von körperlichen Krankheiten beitragen.**
- Leitlinien für den Umgang mit Alkohol sollten in Übereinstimmung mit anderen internationalen Empfehlungen daran ausgerichtet sein, dass zur Gesunderhaltung der Alkoholkonsum generell reduziert werden sollte, unabhängig davon wie hoch die aktuelle Trinkmenge ist. Für die Gesundheit ist es am besten, keinen Alkohol zu trinken.**

Am besten null Promille
Alkoholkonsum pro Woche – Risiko für negative Gesundheitsfolgen



Risikofrei 0 g / Woche	Risikoarm < 27 g / Woche	Moderates Risiko 27 – 81 g / Woche	Riskant > 81 g / Woche
Es gibt keine sichere Alkoholmenge für einen unbedenklichen Konsum.	bis insgesamt 280 ml oder 1-2 kleine Gläser Wein (Alkoholgehalt 12 % vol) oder: bis insgesamt 660 ml oder 1-2 kleine Flaschen Bier (Alkoholgehalt 5 % vol) oder: bis insgesamt 80 ml oder 2-4 Gläser à 0,02 l Spirituosen (Alkoholgehalt 38 % vol)	bis insgesamt 825 ml oder bis 5 kleine Gläser Wein (Alkoholgehalt 12 % vol) oder: bis insgesamt 2 l Bier oder bis 6 kleine Flaschen Bier (Alkoholgehalt 5 % vol) oder: bis insgesamt 250 ml oder 6 Gläser à 0,04 l Spirituosen (Alkoholgehalt 38 % vol)	> 825 ml oder mehr als 5 kleine Gläser Wein (Alkoholgehalt 12 % vol) oder: > 2 l oder mehr als 6 kleine Flaschen Bier (Alkoholgehalt 5 % vol) oder: > 250 ml oder mehr als 6 Gläser à 0,04 l Spirituosen (Alkoholgehalt 38 % vol)
Quelle: DGE-Positionspapier Alkohol			

Doch nicht jeder Frau, selbst wenn sie sich lange ein Kind gewünscht hat, gelingt es sofort, auf Alkohol, Tabak oder andere schädliche Substanzen zu verzichten. Insbesondere Alkohol und Tabak werden als Genussmittel bezeichnet und sind meist fester Bestandteil von Festen, Partys oder beim Zusammensein mit Freunden. Ablehnen fällt aus verschiedensten Gründen oft schwer, insbesondere wenn man zu Beginn der Schwangerschaft diese noch nicht öffentlich machen möchte. Hier sollte man sich vor Augen halten, welche Folgen eine vermeintlich unhöfliche Ablehnung für das Ungeborene haben könnte. Auch das Vermeiden von Schuldgefühlen gegenüber dem Baby und sich selbst kann eine gute Ablehnungsmotivation darstellen. Ein bestimmtes „Nein, danke!“ ergänzt um eine alkoholfreie Alternative „Ich hätte gern eine Apfelschorle“ kann bereits weiteres Nachbohren unterbinden. Große Unterstützung kann und sollte hierbei auch das soziale Umfeld der Schwangeren bieten.

Was Sie als Partner für die werdende Mutter tun können:

- Übernehmen Sie ebenso Verantwortung für ihr gemeinsames Kind und schränken Sie ihren Konsum ebenfalls ein. Studien belegen, dass ein gemeinsamer Verzicht ein wichtiger Erfolgsbaustein ist.
- Wenn Sie weiter rauchen – tun Sie dies nicht im Beisein der werdenden Mutter. Der Großteil des Passivrauchs, der im Raum verbleibt, enthält hohe Dosen an giftigen Substanzen, die der Mutter und dem Ungeborenen schaden. Steigen Sie, wenn möglich, auf E-Zigaretten um.
- Zeigen Sie Verständnis für Unruhe, Stimmungsschwankungen und Frust, die der Verzicht für die Schwangere mit sich bringt. Motivieren Sie ihre Partnerin, durchzuhalten.
- Machen Sie sich Gedanken, welches Vorbild Sie später für ihr Kind im Umgang mit Alkohol, Tabak und anderen Substanzen sein wollen und stellen Sie bereits jetzt die entsprechenden Weichen.

Für werdende Mütter gibt es sowohl online als auch durch Beratungsstellen vor Ort Hilfen, um den Konsum von schädlichen Substanzen zunächst zu reduzieren, bis sie diesen gänzlich einstellen können. Hilfreiche Strategien können sein, sich zunächst bewusst zu machen, welchen Zweck das Konsummittel erfüllen soll z. B. Reduktion von Anspannung, zur Beruhigung bei Kritik, Entspannungsritual und welche Alternativen dafür zur Verfügung stehen – ein warmes Bad nehmen, telefonieren, kurzzeiti-

ge Ablenkung durch andere suchen. Mitunter stellt sich nach eigener Zeit des Verzichts eine gewisse Müdigkeit ein, die zu Nachlässigkeit bzw. Sorglosigkeit führen kann. Wichtig ist es hier, sich während der Schwangerschaft und der Stillzeit stets an die eigenen Grenzen zu halten und sich diese beispielsweise durch kleine ermutigende Botschaften am Spiegel oder einer Pinnwand immer wieder in Erinnerung zu rufen.

WAS TUN BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN?

Schwangere, die aufgrund von Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sorge um ihr Kind und die Zukunft haben, sollten sich zunächst beraten lassen, denn auch sie können viel tun, damit das Kind möglichst gesund heranwächst. Abhängigkeitserkrankten ist es häufig trotz ihres Wunsches, ihr Ungeborenes zu schützen, nicht rein willentlich möglich, konsumfrei zu leben. Aber: Suchtmittelabhängigkeit ist eine Erkrankung, die behandelt werden kann. Erste Anlauf-

stellen können Frauenärzte, Hebammen, Ambulanzen in Kliniken, Schwangerenberatungen, Suchtberatungsstellen und viele andere Stellen sein. Es gibt zahlreiche Initiativen und Kooperationen, die abhängige werdende Mütter ab der Schwangerschaft unterstützen – zwei davon werden in diesem Magazin vorgestellt. Die Einnahme verschiedener Substanzen in der Schwangerschaft wirkt sich unterschiedlich auf die werdende Mutter und das Kind aus. Die folgenden Übersichten, die in der kostenfrei bestellbaren Broschüre der DHS „Du bist schwanger...“ enthalten sind, geben Auskunft über die potenziellen Risiken für das ungeborene Baby sowie Vorschläge für erste Sofortmaßnahmen zur Verhaltensänderung.





Alkohol	
Risiken für das Ungeborene	Ursache für die häufigste, jedoch vermeidbare angeborene Fehlbildung (Fetales Alkohol Syndrom FAS) Geringes Geburtsgewicht Geringerer Saugreflex, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit Körperliche Fehlbildungen der inneren Organe Verformungen im Gesicht Minderwuchs Störungen der geistigen Entwicklung bis hin zu schweren Schädigungen
Was vermieden werden sollte	Tägliches bzw. häufiges trinken Viel Alkohol auf einmal konsumieren
Verhaltensänderung	Am besten gänzlich auf Alkohol verzichten Zumindest zunächst versuchen, weniger Alkohol zu trinken Beratungsangebote nutzen, um den Alkoholkonsum während Schwangerschaft und Stillzeit gänzlich einzustellen
Tabak	
Risiken für das Ungeborene	Fehl- und Frühgeburten Höheres Sterberisiko vor und nach der Geburt Erhöhte Gefahr plötzlichen Kindstodes Niedriges Geburtsgewicht
Was vermieden werden sollte	Viele Zigaretten am Stück rauchen Tägliches Rauchen Passivrauchen
Verhaltensänderung	Möglichst sofort aufhören bzw. so stark wie möglich reduzieren Ziel der Abstinenz bei Notwendigkeit zunächst mit Nikotinersatztherapien (Kaugummi, Pflaster) unterstützen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	
Risiken für das Ungeborene	Fehl- und Frühgeburten Höheres Sterberisiko vor und nach der Geburt Erhöhte Gefahr plötzlichen Kindstodes Niedriges Geburtsgewicht Sprach- und Gedächtnisstörungen Lernstörungen
Was vermieden werden sollte	Weiterer Konsum
Verhaltensänderung	Möglichst sofort Konsum gänzlich einstellen ggf. zunächst bis zur vollständigen Abstinenz mit Ersatzprodukten (z.B. CBD) überbrücken

Benzodiazepine (Beruhigungsmittel)	
Risiken für das Ungeborene	Gefahr von Atemstillstand und Entzugssymptomen nach der Geburt Langwieriger Entzug beim Neugeborenen
Was vermieden werden sollte	Sofortiger Stopp - Gefahr von Krampfanfällen und Totgeburt
Verhaltensänderung	Konsum und -reduktion unter ärztlicher bzw. stationärer Kontrolle
Ecstasy, Speed, Methamphetamin (Crystal)	
Risiken für das Ungeborene	Schädigung des Nervensystems Herzfehler, Gefäßverengungen, Fehlbildungen der Harn- und Geschlechtsorgane Entwicklungs- und Wachstumsstörungen z. B. kleiner Kopfumfang (Mikrozephalie) Schreckhaftigkeit und gestörter Tag- Nachtrhythmus beim Neugeborenen Gefahr der Hyperaktivität und psychosozialen Entwicklungsstörungen
Was vermieden werden sollte	Konsum sollte möglichst sofort eingestellt werden
Verhaltensänderung	Beratungsangebote nutzen, um Abstinenz zu erreichen ggf. stationäre Entgiftung
Kokain	
Risiken für das Ungeborene	Fehlbildungen des Herzens, Gehirns sowie der Harn- und Geschlechtsorgane Plazentaablösung möglich Fehl- und Frühgeburt Entwicklungsrückstände
Was vermieden werden sollte	Konsum sofort stoppen Kokain spritzen Konsum von mehreren Tagen am Stück
Verhaltensänderung	Beratungsangebote nutzen, um Abstinenz zu erreichen ggf. stationäre Entgiftung

Heroin**Risiken für das Ungeborene**

- > Schwankender Gebrauch und abrupter Entzug sind lebensbedrohlich für das Ungeborene
- > Wachstumsstörungen und Untergewicht beim Ungeborenen
- > Durch Beimischungen Gefahr von Fehlbildungen
- > Frühgeburt
- > Entzugssyndrom beim Neugeborenen
- > Entwicklungs-, Verhaltensstörungen, Lernprobleme

Was vermieden werden sollte

- > Unregelmäßiger Gebrauch von Heroin
- > Beikonsum anderer Substanzen
- > Plötzliche Reduktion bzw. gänzlich Absetzen

Verhaltensänderung

- > In Substitutionstherapie begeben

Substitutionsmittel**Info**

- > Substitutionsmittel sind eine Alternative zu Heroin, da sie keine unbekannten Beimischungen enthalten
- > Sie werden unter ärztlicher Aufsicht über spezielle Programme ausgereicht
- > Die Dosis ist einstellbar, die Wirkdauer länger, sodass weniger Substanzen benötigt werden

Risiken für das Ungeborene

- > Entzugssymptome beim Neugeborenen

Was vermieden werden sollte

- > Beikonsum anderer Substanzen
- > Spritzengebrauch

Verhaltensänderung

- > Substitutionsmittel nur nach ärztlicher Verordnung einnehmen
- > Dosis so wählen, dass durch psychisches Abhängigkeitserleben Bedürfnis nach Opiaten gestillt ist
- > Dosis einhalten, in Absprache mit dem behandelnden Arzt Dosis ggf. reduzieren



Mischkonsum ist generell und besonders während der Schwangerschaft gefährlich für Mutter und Kind, da sich die verschiedenen Substanzen wechselseitig beeinflussen und verstärken können!

Mischkonsum**Risiken für das Ungeborene**

- > Wachstumsstörungen
- > Fehl- und Frühgeburt
- > Fehlbildungen
- > Entzugssyndrom des Neugeborenen
- > Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung

Was vermieden werden sollte

- > Weiterhin Mischkonsum betreiben

Verhaltensänderung

- > Bei Heroingebrauch Beratung hinsichtlich Substitutionsmitteln suchen
- > Benzodiazepine langsam mit ärztlicher Betreuung reduzieren
- > Alkoholkonsum reduzieren
- > Alle anderen Substanzen sofort weglassen

Quelle: DHS Broschüre „Du bist schwanger...“

GESETZLICHE UND POLITISCHE MASSNAHMEN ZUR EINDÄMMUNG GESUNDHEITSSCHÄDLICHER FOLGEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

(DEUTSCHLAND/WELTWEIT)

Während der Schwangerschaft steht die Gesundheit der Mutter in direktem Zusammenhang mit der Entwicklung des ungeborenen Kindes. Um gesundheitsschädliche Folgen in dieser sensiblen Lebensphase zu vermeiden, ergreifen Staaten weltweit gesetzliche und politische Maßnahmen. In Deutschland stellt das Mutterschutzgesetz (MuSchG) die zentrale gesetzliche Grundlage zum Schutz werdender Mütter dar. Es regelt unter anderem Beschäftigungsverbote bei gefährlichen Tätigkeiten, einen besonderen Kündigungsschutz sowie Schutzfristen vor und nach der Geburt. Ziel ist es, physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu minimieren, um Mutter und Kind zu schützen.

Ergänzt wird dieses Gesetz durch die Mutterschaftsrichtlinien, die die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft festlegen. Hierzu zählen regelmäßige ärztliche Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen sowie Beratungen zu Ernährung, Impfungen und dem Verzicht auf Alkohol, Nikotin und andere Schadstoffe. In Deutschland gibt es zudem verschiedene Präventionskampagnen, beispielsweise zur Vermeidung von fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), die auf die Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufmerksam machen. Suchtberatungsstellen und Programme zur Tabakentwöhnung richten sich gezielt an schwangere Frauen, um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

WAHRNEHMUNG VON INFORMATIONEN ZUM THEMA ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

62%

der Befragten haben Hinweise in den Medien zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gehört oder gesehen

- > Angaben häufig von Frauen von 30 bis 44 Jahren

35%

nehmen solche Informationen im Rahmen von Kampagnen (z.B. BzgA) oder der Wirtschaft wahr

- > vorwiegend Befragte im Alter von 30 bis 59 Jahren und Frauen

32%

haben Piktogramme bzw. Warnhinweise auf alkoholischen Getränken zum Thema Alkohol in der Schwangerschaft gesehen

- > überdurchschnittlich häufig Befragte unter 45 Jahren

17%

hatten ein Aufklärungsgespräch beim Frauenarzt bzw. der Frauenärztin, bei dem diese Thematik angesprochen wurde

- > äußern häufiger Frauen und Befragte im Alter von 30 bis 44 Jahren

Formal höher Gebildete geben durchgehend tendenziell etwas häufiger als Befragte mit mittlerem oder niedrigerem Schulabschluss an, die beschriebenen Informationen schon einmal wahrgenommen zu haben.

Quelle: repräsentative Befragung „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ durch Forsa im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2017)



Auch auf internationaler Ebene existieren zahlreiche Strategien. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt mindestens acht Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Maßnahmen zur Vermeidung von Mangelernährung wie Eisen- und Folsäuregaben sowie den Zugang zu sicherer Geburtshilfe. Darüber hinaus wird die Bedeutung der psychosozialen Betreuung betont. Viele Länder setzen diese Empfehlungen in eigenen Programmen um. In den USA beispielsweise sind Warnhinweise auf alkoholischen Getränken gesetzlich vorgeschrieben, um vor Konsum während der Schwangerschaft zu warnen. Medicaid-Programme stellen schwangeren Frauen mit geringem Einkommen eine grundlegende Gesundheitsversorgung bereit. Schweden wiederum setzt stark auf die Betreuung durch Hebammen und eine frühzeitige psychosoziale Unterstützung.

In Entwicklungs- und Schwellenländern fördern internationale Organisationen wie UNICEF und UNFPA den Zugang zu medizinischer Grundversorgung, sauberem Wasser, gesunder Ernährung und Aufklärung über Schwangerschaft und Geburt. Besonders in abgelegenen Regionen leisten mobile Kliniken und sogenannte Community Health Worker wertvolle Arbeit, um gesundheitliche Risiken zu verringern und lebenswichtige Informationen zu vermitteln. Trotz zahlreicher Fortschritte bestehen weltweit weiterhin große Herausforderungen. In Deutschland etwa werden sozial benachteiligte Schwangere nicht immer ausreichend erreicht. In vielen Ländern fehlt es an finanziellen Mitteln, politischem Willen oder medizinischer Infrastruktur, um schwangeren Frauen eine angemessene Versorgung zu garantieren. Deshalb bedarf es weiterer Maßnahmen, die Prävention, Digitalisierung (beispielsweise

BEREICH	Deutschland	International
GESETZLICHE GRUNDLAGEN	Mutterschutzgesetz (MuSchG): Beschäftigungsverbot, Kündigungsschutz, Schutzfristen	Nationale Schutzgesetze (z. B. USA: Pregnancy Discrimination Act, Schweden: Arbeitsrechtlicher Schutz)
VORSORGE-UNTERSUCHUNGEN	Mutterschaftsrichtlinien: Regelmäßige ärztliche Untersuchungen, Ultraschall	WHO-Empfehlung: Mindestens acht Vorsorgeuntersuchungen, Zugang zu medizinischer Basisversorgung
AUFKLÄRUNG & PRÄVENTION	FASD-Kampagnen, Tabakentwöhnung, Suchtberatung für Schwangere	Warnhinweise auf Alkohol (z. B. USA), Bildungsprogramme in Entwicklungsregionen
ERNÄHRUNGSMASSNAHMEN	Beratung zur Ernährung, Folsäure- und Eisenpräparate	WHO: Supplementierung von Eisen, Folsäure und Vitamin A in Risikogebieten
PSYCHOSOZIALE BETREUUNG	Beratung durch Hebammen, Zugang zu Sozialdiensten	Integrierte Betreuung in Schweden, Community Health Worker in ländlichen Gebieten weltweit
SOZIALE ABSICHERUNG	Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Krankenkassenleistungen	Medicaid in den USA, internationale Programme (UNICEF, UNFPA) für benachteiligte Gruppen
UMWELTSCHUTZ & ARBEITSPLATZ	Arbeitsplatzregelungen (z. B. Verbot von gefährlichen Tätigkeiten)	Teilweise Gesetze zum Schutz vor Umweltgiften, jedoch große Unterschiede je nach Land
DIGITALE ANGEBOTE	Gesundheits-Apps für Schwangere, digitale Mutterpässe (Pilotprojekte)	Zunehmend Einsatz mobiler Gesundheitsplattformen in Entwicklungsregionen

durch digitale Gesundheitsanwendungen) und gezielte Unterstützung für besonders gefährdete Gruppen stärken.

Insgesamt zeigt sich: Gesetzliche und politische Maßnahmen sind ein wirksames Mittel, um gesundheitsschädliche Einflüsse in der Schwangerschaft zu reduzieren. Deutschland

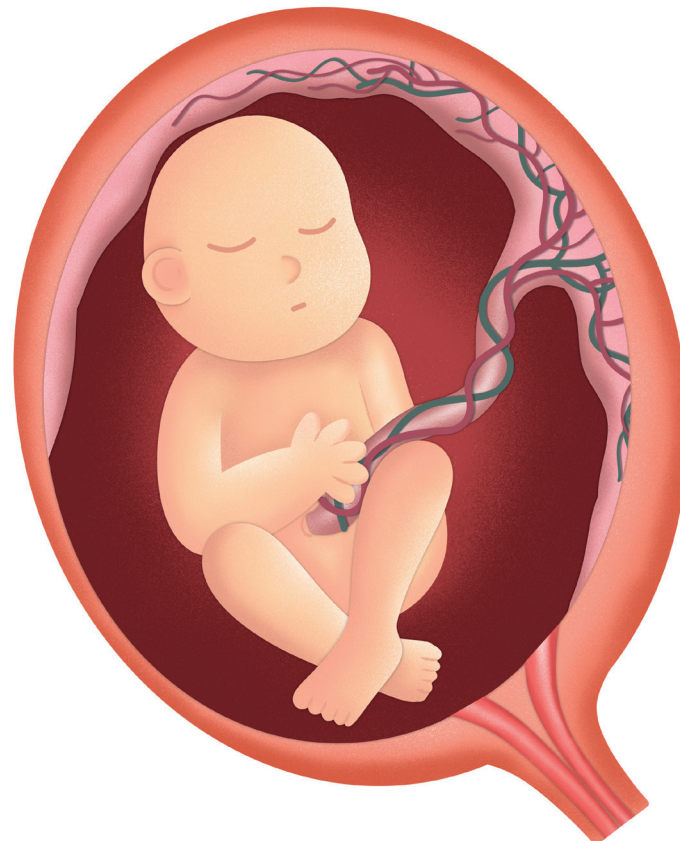
bietet mit seinem rechtlichen und medizinischen Rahmen eine solide Basis, die jedoch kontinuierlich weiterentwickelt werden muss. Auch international sind verstärkte Kooperationen und Investitionen notwendig, um weltweit gleiche Chancen für die Gesundheit von Mutter und Kind zu gewährleisten.

FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNG (FASD): EINE UNTERSCHÄTZTE HERAUSFORDERUNG FÜR MEDIZIN, GESELLSCHAFT UND PRÄVENTION

Die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) zählt zu den häufigsten, jedoch zugleich am meisten unterschätzten, angeborenen Störungen bei Kindern. Sie entsteht durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft und äußert sich in vielfältigen physischen, kognitiven und psychischen Auffälligkeiten. Dabei ist FASD eine vollständig vermeidbare Erkrankung – ein Faktum, das angesichts der immensen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen besonders schwer wiegt. Obwohl schätzungsweise jährlich rund 10.000 Kinder in Deutschland mit einer Form von FASD geboren werden, bleibt die Störung häufig unerkannt oder wird erst spät diagnostiziert, da die typischen Merkmale nicht immer offensichtlich sind.

FASD ist ein Sammelbegriff, unter dem verschiedene Diagnosekategorien zusammengefasst werden. Die bekannteste und schwerste Form ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), bei dem typische Gesichtsmerkmale, Wachstumsstörungen und zentrale neurologische Schäden vorliegen. Weniger ausgeprägt, aber ebenfalls gravierend sind das partielle FAS (pFAS), alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND) und alkoholbedingte körperliche Fehlbildungen (ARBD). Gemeinsam ist allen Formen, dass sie langfristige Beeinträchtigungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung verursachen können – mit weitreichenden Folgen für das gesamte Leben.

Die Ursachen von FASD sind eindeutig: Alkohol wirkt bereits in geringen Mengen als Zellgift



auf das ungeborene Kind. Besonders gefährlich ist der Konsum in den ersten Schwangerschaftswochen, oft noch bevor die Schwangerschaft überhaupt bemerkt wird. Neben dem reinen Konsumverhalten sind auch soziale und psychische Risikofaktoren bedeutsam – etwa mangelnde Aufklärung, ungewollte Schwangerschaften oder Suchtproblematiken bei der Mutter. Auch die gesellschaftliche Verharmlosung von Alkohol trägt zur Problematik bei. Noch immer wird die Botschaft „Kein Alkohol in der Schwangerschaft“ nicht flächendeckend umgesetzt. Studien zeigen, dass ein relevanter Teil der Frauen in Deutschland Alkohol trinkt, bevor sie von ihrer Schwangerschaft weiß – ein Zeitfenster, in dem bereits irreversible Schäden entstehen können.

EINSCHÄTZUNG DER AUSWIRKUNG VON ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT AUF DAS WERDENDE KIND

70%

der Befragten glauben, dass Alkohol in der Schwangerschaft schlimmstenfalls zu lebenslangen schweren Behinderungen beim Kind führen kann.

22%

meinen, Alkohol in der Schwangerschaft könne schlimmstenfalls Entwicklungsverzögerungen beim Kind verursachen.

3%

äußern die Ansicht, Alkoholkonsum in der Schwangerschaft könne schlimmstenfalls für das Kind unangenehm sein, hätte aber sonst keine Folgen.

Quelle: repräsentative Befragung „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ durch Forsa im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2017)

Die Diagnose von FASD gestaltet sich komplex. Zwar sind bei der klassischen Form des FAS bestimmte kraniofaziale Merkmale wie schmale Lidspalten, ein glattes Philtrum und eine schmale Oberlippe charakteristisch, doch bei vielen Betroffenen fehlen diese sichtbaren Anzeichen. Die Folge: Kinder mit FASD werden oft fälschlich mit anderen Störungsbildern wie ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen oder Bindungsstörungen diagnostiziert. Eine umfassende Diagnostik nach anerkannten Kriterien, etwa dem 4-Digit Diagnostic Code oder den aktuellen Leitlinien der AWMF (2022), ist daher essentiell, um eine korrekte Einordnung zu ermöglichen. Neben den äußeren Merkmalen müssen dabei neurologische, kognitive und verhaltensbezogene Auffälligkeiten sowie die Anamnese des Alkoholkonsums berücksichtigt werden.

Prävention ist der zentrale Ansatz im Umgang mit FASD. Die primäre Prävention basiert auf der Null-Toleranz-Haltung: Während der gesamten Schwangerschaft darf kein Alkohol konsumiert werden – auch nicht in kleinen Mengen. Diese Botschaft muss in der breiten Öffentlichkeit stärker verankert werden. Wichtig ist auch die Sensibilisierung von medizinischem Fachpersonal, das frühzeitig über Risiken aufklären und gezielt nachfragen sollte. In der Sekundär- und Tertiärprävention stehen frühzeitige

Diagnostik und gezielte Fördermaßnahmen im Fokus. Kinder mit FASD benötigen verlässliche, strukturierte Alltagsumgebungen und interdisziplinäre Unterstützung – durch Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegefamilien.

Gesellschaftlich betrachtet stellt FASD eine immense Herausforderung dar. Die langfristigen Kosten durch medizinische Versorgung, Frühförderung, Schulbegleitung und später oft auch betreutes Wohnen oder Arbeitsassistentz sind erheblich – ebenso wie der emotionale und soziale Aufwand für Familien. Umso verständlicher ist es, dass FASD im gesundheitspolitischen Diskurs bislang nur eine untergeordnete Rolle spielt. Es mangelt an spezialisierten Anlaufstellen, an flächendeckenden Fortbildungsangeboten und an interdisziplinären Versorgungsstrukturen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Zusammenfassend lässt sich sagen: FASD ist eine chronische, aber vermeidbare Erkrankung, die noch zu selten erkannt wird. Sie verlangt eine konsequente Präventionspolitik, klare diagnostische Standards und langfristige Unterstützung für die Betroffenen. Nur durch ein erhöhtes Maß an Aufklärung, medizinischer Wachsamkeit und politischer Initiative kann dieser Herausforderung adäquat begegnet werden.

SELBSTHILFEGRUPPE JENA UND FASD SELBSTHILFEGRUPPE WESTSACHSEN – BETROFFENE BERICHTEN

LEBEN MIT FASD: *Eine Mutter erzählt*

Für viele Betroffene und deren Familien bedeutet das Leben mit FASD eine tägliche Herausforderung: Reizüberflutung, emotionale Überforderung, starre Routinen und verzögerte Entwicklung sind nur einige der Begleiterscheinungen. In diesem sehr persönlichen Erfahrungsbericht gibt eine Mutter aus der Selbsthilfegruppe (SHG) Jena einen Einblick in ihren Alltag mit ihrer Tochter, die mit FASD lebt. Anhand der scheinbar einfachen Situation einer Urlaubsreise zeigt sie eindrucksvoll, wie viel Struktur, Geduld, Einfühlungsvermögen und Klarheit nötig sind – und wie wichtig Verständnis und Unterstützung im sozialen Umfeld sind.

Dies spiegelt sich auch in den Erfahrungen der Eltern der FASD Selbsthilfegruppe Westsachsen (Bericht auf Seite 33) wider, die nachfolgend in Form von Steckbriefen ihre Erlebnisse, Erkenntnisse und Veränderungsvorschläge in Bezug auf ihre Kinder festgehalten haben.

WIR FAHREN IN DEN URLAUB

Morgen fahren wir in den Urlaub an die Ostsee. Es geht in ein Familienhotel mit Inklusion. Seit sieben Jahren fahren wir ein- oder zweimal im Jahr dorthin. Meine heute zwölfjährige Tochter ist gern dort – sie liebt das Wasser, das Spaziergehen mit den Füßen im Wasser, das Sammeln von Muscheln und Steinen. In den Ferien ist es immer voll dort, denn es ist ein toller Platz für Familien mit kleineren und größeren Kindern, Familien mit besonderen jungen oder erwachsenen Kindern, für alleinerziehende Mamas oder Papas mit ihrem Nachwuchs und auch für Omas und Opas mit oder ohne ihre Enkel. Alle treffen sich morgens und abends im Restaurantbereich zum Essen.

Meine Tochter freut sich auf das Essen und auch auf die Ostsee. Wegfahren möchte sie aber nicht.



Mama, ich freu mich. Das Essen ist lecker. Der leckere Nachtisch. Und ich kann mir Sprite holen.

Aber Mama, ich will da nicht hin. Ich will zu Hause bleiben, hier chillen und malen. Ich will nicht weg.

Mach dir keine Sorgen, meine Große. Es gefällt dir dort. Bitte leg dir bereit, was du mitnehmen möchtest. Das musst du dann einpacken.

Nein.

Mama, ich will da nicht hin.

Du wirst dich wohlfühlen, alles ist wie immer.

An diesem Tag schafft meine Tochter es nicht, ihre Sachen bereitzulegen und einzupacken. Sie kommt abends nicht zur Ruhe, um 22 Uhr ist sie noch hellwach.

Mama, darf ich malen? Ich kann nicht schlafen.

Nein, es ist schon spät. Du musst jetzt langsam schlafen.

Ich kann nicht.

Magst du bei mir mit schlafen?

Jaaaaaaa.

Wir tragen das Bettzeug gemeinsam ins Schlafzimmer. Meine Tochter kuschelt sich ein; das große und das kleine Kuschelkissen sind dabei, ihre liebsten Kuscheltiere Hundi, Ferdi und Zonki auch. Meine Tochter nuffelt sich hin und her, und wir reden noch eine Weile. Ohne das kann sie einfach nicht die Augen zumachen. Gegen 23 Uhr kuschelt sie sich an mich und findet in den Schlaf.

Am Morgen der Abreise schläft sie bis 8:30 Uhr und kommt allein aus dem Schlafzimmer.

Mama, darf ich malen?

Guten Morgen, meine Große. Hast du gut geschlafen? Wir fahren heute in den Urlaub. An die Ostsee.

Guten Morgen. Darf ich malen?

Wir essen jetzt erst einmal Frühstück. Dann musst du ins Bad gehen, dich fertig machen und anziehen. Danach musst du deine Sachen einpacken, die du mitnehmen möchtest. Wenn du fertig bist, kannst du malen.

Ok.

Nach dem Frühstück steht meine Tochter vom Tisch auf.

Mama, was muss ich jetzt machen?

Geh bitte ins Bad und mach dich fertig.

Sie geht ins Bad und kommt zurück:

Mama, was muss ich jetzt machen?

Erst gehst du auf die Toilette, dann wäschst du dein Gesicht und putzt deine Zähne. Und wasch dich bitte. Dann ziehst du dich an. Deine Sachen liegen auf dem Stuhl im Bad bereit.

Mann! Ich wasch mich nicht.

Dann geht sie zurück ins Bad.

Mama, du darfst nicht reinkommen!

Nach zehn Minuten kommt sie gekämmt und angezogen wieder heraus.

Mama, darf ich malen?

Bitte leg deine Sachen bereit, die du mitnehmen möchtest, und pack sie in deinen Rucksack ein.

Ok.

Meine Tochter hat viele Buntstifte, Filzstifte, Farben, Hefte, Pinsel – einfach viel – zum Malen. Das ist eine ihrer liebsten Beschäftigungen. Dafür kann sie Stunde um Stunde am Tisch sitzen, Mangas malen und abmalen, vorgezeichnete Postkartenmotive ausmalen oder Augen, Tiere, halbe Körper malen. Jetzt räumt sie ihre vielen Stifte aus den Stiftebechern auf den Boden – sie hat für jede Sorte Stift einen Becher, die alle gut sichtbar an der

Wand am Schreibtisch angebracht sind – und vertieft sich darin, die Buntstifte anzuspitzen, zu sortieren und auch die Filzstifte in einer bestimmten Ordnung einzupacken. Dann folgen die Aquarellfarben, die Palette und die Pinsel – alles wird sortiert. Dann kommt es in den Rucksack. Sie weiß nun nicht, welche Ausmalhefte sie mitnehmen möchte und mag mich nicht fragen. Sie packt einfach alle ein. Ihr Handy muss auch mit, aber es muss für die Reise in eine sichere Hülle. In diese Hülle fummelt sie auch ihren Schwerbehindertenausweis hinein:

Mama, das Handy muss ich in die andere Hülle einpacken, damit es geschützt ist und auf der Reise nicht kaputt geht.

Das alles dauert eine gute Stunde. Ich unterbreche sie nicht – im Gegenteil, ich lasse sie in Ruhe alles erledigen. Es wäre sonst Stress für uns beide. Wir sind an keine Zeit gebunden; heute müssen wir einfach nur ankommen. Die Fahrt wird mindestens fünf Stunden dauern. Im Hotel können wir bis 20:30 Uhr zu Abend essen.

Als meine Tochter mit dem Packen fertig ist, tragen wir gemeinsam ihren Rucksack, den Koffer und alles andere zum Auto. Das steht auf unserem Carport am Haus. Meine Tochter weiß nicht, wo sie unsere Sachen hinstellen soll. Sie ist unsicher: links oder rechts daneben? Ich muss es ihr ein paarmal sagen.

Bitte stell es einfach neben das Auto. Das ist so gut – einfach nur neben das Auto.

Mama, was soll ich jetzt machen?

Du kannst dich schon ins Auto setzen. Ich packe dann alles in den Kofferraum.

Meine Tochter steht neben dem Auto, steht einfach nur da.

Mama, darf ich schon rein?

Ja. Setz dich hin und mach es dir gemütlich.

Wir kommen wohlbehalten und froh am Urlaubsort an. Meine Tochter kennt alles und erkennt es, als wir heranfahren. Beim letzten Mal, vor neun Monaten, hat sie den Gepäckwagen geholt und voll beladen gern zum Zimmer geschoben. Dieses Mal nicht. Sie mag nicht aus dem Auto aussteigen.

Mama, ich hab Angst. Ich kann nicht allein aussteigen.

Sie schafft es nach Ermutigung und Zureden doch. Wir legen dann gemeinsam unser Gepäck auf den Gepäckwagen – dabei muss ich genau ansagen, was zu tun ist. Wir bringen alles ins Zimmer und gehen gleich zum Abendessen ins Restaurant. Hier hat sich nichts verändert. Buffet, Vorspeisen, Hauptessen, Desserts – alles arrangiert wie gewohnt. Wir werden vom Restaurantchef begrüßt. Meine Tochter lächelt. Dennoch: Sie fasst mit beiden Händen meinen Arm, möchte nichts essen und auch nichts trinken. Sie möchte sich auch nicht allein im Restaurant bewegen, nichts zu essen oder trinken holen. Wir machen es gemeinsam – das geht. Damit sie etwas isst, gebe ich ihr die Hälfte meines Essens – von Suppe, Hauptgericht und Dessert. Ich sehe: Es schmeckt ihr.

Am Nachbartisch erzählen die Kinder laut über die Schule und die Lehrer – man versteht es super. Meine Tochter:

War ich auch so?! Das geht mir auf die Nerven!

Wir gehen dann ins Zimmer. Es gefällt ihr. Sie sortiert nun ihre Malsachen. Ich weiß: Es wird ein schöner Urlaub werden.

DEINE GESCHICHTE – LEBEN MIT „FETALE ALKOHOLSPEKTRUM-STÖRUNG (FASD)“ – ELTERN, PFLEGEELTERN UND ANGEHÖRIGE TEILEN IHRE ERFAHRUNGEN – EHRlich, BERÜHREND, STARK.

Thomas – Vater eines Kindes mit FASD

HINTERGRUND

Ich bin alleinerziehender Vater (39) meines 7-jährigen Sohnes. Er hat die Diagnose FASD. Meine Exfrau war 6 Jahre nasse Alkoholikerin und ist an den Folgen verstorben.

(Anmerkung: Als nasse Alkoholiker werden Menschen bezeichnet, die abhängigkeitskrank sind und weiterhin Alkohol trinken.)

Was bedeutet „Konsum in der Schwangerschaft“ für dich, und warum ist es dir wichtig, über dieses Thema zu sprechen?

In meinem Fall hat es ein Leben voller Lügen bedeutet. Man glaubt und hofft und wurde doch immer wieder eines Besseren belehrt. Eine Sucht ist eine sehr schwere Erkrankung. Wenn ich ehrlich bin, hatte ich selbst vorher noch nie etwas von FASD gehört. Im Nachhinein sieht man vieles anders und kritischer. Hat man damals selbst Fehler gemacht? Alkohol in der Schwangerschaft sollte viel mehr thematisiert werden, denn FASD entsteht nur deshalb. Es ist eine irreparable Behinderung, die man zu 100% vermeiden kann, aber die ein Leben lang bleibt. Alkohol ist eine gesellschaftspolitische Herausforderung. Im Bezug auf FASD und Alkohol sollte es flächendeckend Schulungen geben, besonders für Ärzte, Hebammen, Familien- und Suchtberatungsstellen, aber auch in Schulen zur Prävention.

Was bedeutet „Fetale Alkoholspektrumstörung“ für dich, und warum ist es dir wichtig, über dieses Thema zu sprechen?

Es ist eine Behinderung mit einer großen Anzahl an Facetten. Mein Sohn hat sehr starke Probleme mit der Aufmerksamkeit, er ist sehr schnell überfordert in alltäglichen Dingen. Neue ungewohnte Situationen sind eine enorme Herausforderung. Wenn er mit einer Situation überfordert ist, neigt er sehr schnell zu Frustration und Wutanfällen oder er weint und zweifelt an sich selbst. Er braucht täglich bzw. wöchentlich die gleichen Abläufe, wenn etwas aus der „Reihe“ geschehen soll, dann muss man es min. 2 bis 3 Tage vorher besprechen. Nebenbei führe ich einen nahezu täglichen Kampf mit Behörden, um Anerkennung und Hilfeleistungen. Das ist sehr kraftraubend.

Gibt es eine spezielle Erkenntnis, Erfahrung oder Botschaft, die du weitergeben möchtest?

Jedes Kind mit FASD ist komplett anders, es gibt hier so viele Unterschiede, obwohl es doch dieselbe Behinderung ist. Liebt eure Kinder so wie sie sind. Es gibt nicht nur schwere und anstrengende Momente, sondern auch ganz viele schöne Momente. Fördert und fordert eure Kinder so, wie diese es benötigen. Sucht euch Hilfe und Unterstützung.

Hast du Ideen, wie Menschen in solchen Situationen besser unterstützt werden können oder welche Unterstützungsmöglichkeiten hast du bekommen?

Unterstützung fand ich bei der FASD Selbsthilfegruppe. Es ist sehr gut, wenn man einfach mal reden kann mit Menschen, die einen verstehen. Unterstützung habe ich bei freien Trägern erfahren, obwohl auch hier das Thema FASD nicht sehr bekannt ist. Wie man Menschen helfen kann, da gibt es nur einen Weg: Es müsste die Politik und die Gesellschaft aufwachen. Es müsste viel mehr Beratungsmöglichkeiten ohne Vorurteile geben. FASD müsste gesellschaftlich anerkannt werden.

Reinhard – Pflegevater zweier Kinder mit FASD

HINTERGRUND

Meine Frau ist seit fast 40 Jahren in der Pflege von schwerst-mehrfachbehinderten Menschen tätig und hat dadurch in nahezu allen pflegerischen Bereichen vertiefte Kenntnisse. Ich habe eine psychologische Teilausbildung und habe beruflich mit rechtlichen Problemen im Allgemeinen und im Sozialrecht im Besonderen zu tun. Wir haben zwei Pflegekinder, die im Alter von 6 bzw. 4 Jahren in unsere Familie kamen. Mittlerweile sind sie 27 und 18 Jahre alt. Mit beiden Kindern haben wir sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Beim ersten Kind klappte alles relativ problemlos, beim zweiten Kind gibt es große Probleme in Bezug auf Sozialleistungen, Behindertenausweis und Schule.

Was bedeutet „Fetale Alkoholspektrumstörung“ für dich, und warum ist es dir wichtig, über dieses Thema zu sprechen?

FASD ist eine nicht sichtbare Behinderung, die angeboren, nicht heilbar und mit zunehmendem Alter (speziell in der Pubertät) zusätzliche Probleme macht. Dazu kommt, dass sie zu 100% vermeidbar ist. Es fehlt an Aufklärung an allen Fronten. Angefangen von Schule, über die Medien bis hin zu Ärzten, die immer noch ein Glas Wein in der Schwangerschaft empfehlen.

Gibt es eine spezielle Erkenntnis, Erfahrung oder Botschaft, die du weitergeben möchtest?

Es gibt aus unserer Sicht nur sehr wenige Experten, die sich mit FASD auskennen. Diese zu finden ist für betroffene Familien das größte Problem. Und selbst wenn man sie gefunden hat, werden die entsprechenden Empfehlungen durch Schule, Werkstatt und Physiotherapeuten meist nicht umgesetzt. Es fehlt hier häufig an Wissen um die Erkrankung, sodass die Diagnose negiert und die Problematiken anderen Faktoren zugeschrieben wird. Leider wird die Schuld für auffällige Verhaltensweisen aus diesem Grund auch den Angehörigen, Pflegeeltern und leiblichen Eltern zugeschoben.

Hast du Ideen, wie Menschen in solchen Situationen besser unterstützt werden können oder welche Unterstützungsmöglichkeiten hast du bekommen?

Es werden viel mehr Menschen wie Ärzte, Therapeuten, Lehrer u.a. benötigt, die sich mit dem Thema auskennen. Wir hatten genau 2 Ärzte, eine Psychologin, aber keine Physio- oder Ergotherapie, die sich mit FASD auskannte. Dies ist viel zu wenig. Wir haben von Seiten der Therapeuten regelmäßig Anzeigen wegen Kindeswohlgefährdung bekommen, weil wir mit dem Kind nicht verantwortungsbewusst umgehen würden. Dieses ganze Drumherum nimmt viel Zeit in Anspruch und kostet die meiste Kraft.

Heike – Mutter zweier Adoptivkinder (23 und 24 Jahre)

HINTERGRUND

58 Jahre, Krankenschwester mit heilpädagogischer Zusatzausbildung, 20 Std. pro Woche in einem Heim für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen tätig, Gründungsmitglied einer FASD-Selbsthilfegruppe

Was bedeutet „Fetale Alkoholspektrumstörung“ für dich, und warum ist es dir wichtig, über dieses Thema zu sprechen?

FASD bedeutet eine lebenslange, unheilbare Behinderung für die Betroffenen und Herausforderung für alle Angehörigen. FASD „verwächst“ sich leider nicht. Betroffene sind meistens nicht in der Lage, ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu führen. Es braucht ein informiertes und sicheres Umfeld, um den Betroffenen ein maximal lebenswertes und glückliches Leben zu ermöglichen. Nicht die Menschen mit FASD müssen sich anpassen (sie können es nicht), sondern das Umfeld muss das tun. Leider ist FASD noch sehr unbekannt. Informationen an werdende Mütter, Schulen, Behörden, Ärzte, Pädagogen,... sind sehr wichtig.

Gibt es eine spezielle Erkenntnis, Erfahrung oder Botschaft, die du weitergeben möchtest?

Die beste Förderung für unsere Kinder ist die Inklusion. Beide können nach ihren Möglichkeiten mit steigendem Selbstwertgefühl einer Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt nachgehen (mit Unterstützung durch Kosten- und Leistungsträger). Hierbei haben wir bei den Kindern sehr positive Entwicklungen erlebt, die wir so nicht für möglich gehalten hätten. FASD-Betroffene brauchen ein stabiles, verlässliches Umfeld, was sie trägt, annimmt wie sie sind, liebt und fördert. FASD ist vermeidbar!

Hast du Ideen, wie Menschen in solchen Situationen besser unterstützt werden können oder welche Unterstützungsmöglichkeiten hast du bekommen?

Wichtig ist die Informationsverbreitung zum Thema FASD. Wir wurden vor ca. 20 Jahren durch unsere Adoptionsvermittlungsstelle, im Rahmen eines Seminars, auf FASD aufmerksam. Das war sehr entscheidend für uns als Familie. Weiterhin ist eine FASD-Diagnostik sehr wichtig. Ohne Diagnose keine weitere Unterstützung. Es braucht Ansprechpartner, die Betroffenen helfen und sie beraten. Ein Fachzentrum für FASD wäre wichtig bzw. SPZ's sollten über FASD Bescheid wissen und Diagnosen erstellen können. Uns hat unsere SHG sehr geholfen. Alleine und ohne den Austausch mit anderen betroffenen Eltern ist es schwer, alles zu tragen.

FETALE ALKOHOLSPEKTRUM-STÖRUNG - WENN ALKOHOL IN DER SCHWANGER- SCHAFT DAS BABY SCHÄDIGT

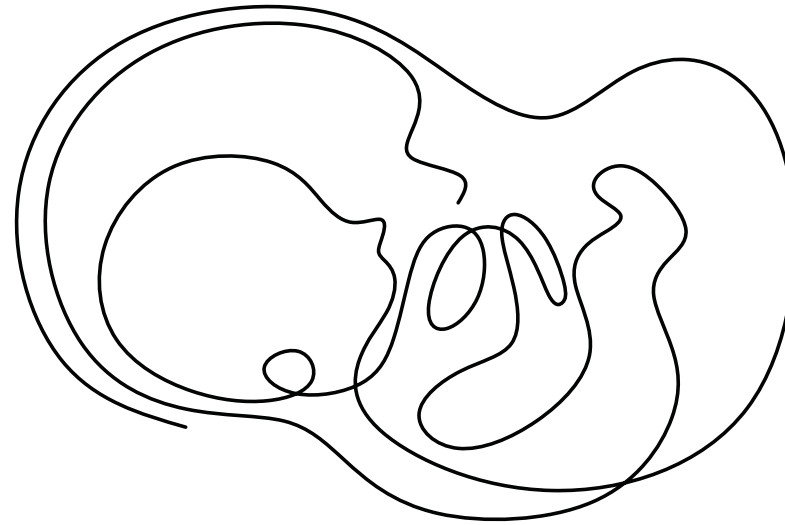
Hilfe durch das clean4us Netzwerk um Universitätsklinikum Jena

Der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für körperliche und geistige Schäden bei Neugeborenen. Experten schätzen, dass in Deutschland rund 10.000 Kinder pro Jahr betroffen sind. Frauen sollten sich darüber bewusst sein, dass bereits geringe Mengen Alkohol Gift für ihre Kinder sind.

Fast jede zehnte Frau weltweit trinkt während der Schwangerschaft Alkohol. In

Deutschland sind es im Schnitt sogar 26 von 100 Frauen – also mehr als jede vierte. Das ist das Ergebnis der ersten weltweiten Studie zum Trinkverhalten in der Schwangerschaft und den gesundheitlichen Folgen für das Kind. Svetlana Popova vom Centre of Addiction and Mental Health in Toronto und Kollegen haben Daten aus fast 400 Studien ausgewertet.
(Quelle: FASD Deutschland e.V.)

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) sind der Oberbegriff für alle Schädigungen des Kindes, die durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft entstehen. Die Diagnostik der FASD erfolgt nach der S3 Leitlinie FASD (Stand Juni 2016): Wachstumsauffälligkeiten, Faciale Auffälligkeiten, ZNS (Zentrales Nervensystem) Auffälligkeiten, Bestätigte oder nicht bestätigte Alkoholexposition. Die Diagnose FAS (Fetales Alkoholsyndrom) wird gestellt, wenn in den ersten drei der oben genannten Bereiche, Auffälligkeiten vorliegen. Diese Diagnose, auch Vollbild genannt, kann auch gestellt werden, wenn keine genaue Alkoholanamnese (vierter Punkt) vorliegt. Für die



Diagnose pFAS (partielles Fetales Alkoholsyndrom) müssen sich in zwei der ersten drei oben genannten Bereiche Auffälligkeiten zeigen und eine Alkoholexposition in der Schwangerschaft vorliegen. Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND = Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders) werden nur bei gesicherter Alkoholexposition während der Schwangerschaft diagnostiziert. Die Dysfunktionen des Nervensystems, wie zum Beispiel eine Teilleistungsstörung, stehen im Vordergrund, da keine körperlichen Merkmale wie die typischen Gesichtsveränderungen oder Minderwuchs vorliegen.

(Quelle: FASD Deutschland e.V.)

Jedes Jahr kommen in Deutschland rund 10.000 Kinder mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen zur Welt. Etwa 3.000 der Betroffenen leiden unter dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS), der schwersten Form, bei der Fehlbildungen des Skeletts, der Extremitäten und des Gesichts sowie Nierenschäden oder Herzfehler

hinzukommen können. Explizit für Thüringen liegen dem Gesundheitsministerium keine Zahlen vor. FASD ist die häufigste geistige Behinderung. Und es ist 100-prozentig vermeidbar.

FSAD ist kein Unterschichtenproblem

Glaubt man Experten, ist es keine Seltenheit, dass Menschen, die von FASD betroffen sind, irgendwann in ihrem Leben obdachlos, straffällig oder drogenabhängig werden, weil sie aus dem Kreislauf von Überschätzung, Überforderung und Scheitern nicht herauskommen. Die Tatsache, dass diese Kinder häufig bei Pflege- oder Adoptiveltern leben, die nichts über den Alkoholkonsum der leiblichen Mutter wissen, machen die Diagnose zusätzlich schwierig. Nur etwa 20 Prozent der betroffenen Kinder leben in ihrer Herkunftsfamilie. Schätzungen nach, zählt FASD noch vor dem Down-Syndrom zu den häufigsten angeborenen Behinderungen. Es gibt Experten, die von 130.000 Kindern mit angeborenen Alkoholschäden pro Jahr in Deutschland sprechen – eine hohe Dunkelziffer eingerechnet.

Denn „FASD ist kein Problem der Unterschicht“, sagt Liane Menke vom Projekt „clean4us“ an der Uniklinik Jena.

Auch in Unternehmerfamilien und Akademikerkreisen existiert das Problem. Gerade diese Mütter würden aber selten offen kommunizieren, in der Schwangerschaft zu trinken. Ihre Kinder bekommen dann häufig ihr Leben lang keine Diagnose, was zu körperlichen und psychischen Problemen führen kann. Übrigens ist das Thema auch nicht auf Menschen mit regelmäßigem Alkoholmissbrauch beschränkt. Je nach Entwicklungsstadium kann tatsächlich ein Schluck schon großen Schaden anrichten.

Das Projekt „clean4us“

Mit „clean4us“, dem Thüringer Hilfenetzwerk für Suchtmittel gebrauchende Schwangere

und junge Mütter, haben das Universitätsklinikum Jena und die Stadt Jena bereits 2018 ein Angebot entwickelt, um Frauen individuelle Hilfen für den Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Seit 2020 wurden weit über 100 Frauen durch das Projekt erreicht. Dies geschieht in Form von Koordination der einzelnen Hilfsangebote, um zusammen mögliche Wege für eine gesunde Schwangerschaft und Entwicklung des Kindes zu ermöglichen.

Dementsprechend kann dieses Projekt auch hinsichtlich einer Vorbeugung von FASD sehr hilfreich sein. Hier kooperiert man mit Vertretern aus Medizin, Familienhilfe und „Clean4us“. Unterstützung bietet Liane Menke, Diplom-Sozialarbeiterin und Koordinatorin von „clean4us“. Begonnen hat das Ganze als Modellprojekt, inzwischen ist „clean4us“ am Jenaer Klinikum verstetigt.

In einem unverbindlichen und (wenn gewünscht) anonymen Erstgespräch mit der Schwangeren werden die Unterstützungsbedarfe und die Teilnahmemodalitäten besprochen. Bei Teilnahmeeinwilligung übernimmt die Koordinatorin in Rücksprache mit der Schwangeren die kurzfristige Terminplanung mit den entsprechend zu beteiligenden medizinischen und sozialen Akteurinnen und Akteuren. Das Ziel ist, individuelle Unterstützung aus „einer Hand“ anzubieten.

Prof. Dr.med. Ekkehard Schleußner leitet die Klinik für Geburtsmedizin in Jena und ist wichtiger Teil des Projekts. Oft trifft er auf Schwangere, die sich Sorgen machen, weil sie getrunken haben, oder suchtkrank waren, bevor sie von der Schwangerschaft wussten. „Da kann man auf jeden Fall gut beraten. Man kann stationär entgiften, aber auch eine ambulante Entgiftung machen.“ Mit einem Märchen will er aber unbedingt aufräumen: „Da kommen Frauen, die sagen, ihr Arzt habe gesagt, sie



MAMA, DENK AN MICH – EIN MULTIPROFESSIONELLES BEHANDLUNGSANGEBOT FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

ANGABEN ZUR AUTORIN

Judith Kunkis, Sozialarbeiterin in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, FamilieNetz - Initiative „Mama, denk an mich“

In Sachsen wurden im Jahr 2023 ca. 26.000 Kinder geboren. Ein gesundes Aufwachsen dieser Kinder kann durch mütterlichen Drogenkonsum während und nach der Schwangerschaft gefährdet sein, da diese ein hohes Risiko haben, vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht zu werden. Im Bundesvergleich zählt Sachsen dabei seit Jahren zu den „Spitzenreitern“ in Bezug auf die Anzahl von Konsument:innen illegaler Drogen. Insbesondere die Zahl derer, die Stimulanzien konsumieren, ist seit Jahren konstant hoch.

Parallel zu diesem seit Jahren gleichbleibend hohen Konsum von Stimulanzien in Sachsen ist vor allem in den Regionen Dresden und Leipzig seit vielen Jahren eine konstant große Zahl von Früh- und Neugeborenen zu verzeichnen, welche intrauterin der Wirkung illegaler Substanzen ausgesetzt waren und stationär behandelt werden mussten. Im Jahr 2021 wurden in Sachsen 53 Früh- und Neugeborene mit einem neonatalen Entzugssyndrom (Hauptdiagnose) erfasst. Schließt man auch die Nebendiagnose mit ein, waren es 2021 insgesamt 119 Früh- und Neugeborene in ganz Sachsen, die mit einem neonatalen Entzugssyndrom behandelt wurden. Dennoch ist die Statistik sehr wahrscheinlich lückenhaft, da allein am Universitätsklinikum Dresden pro Jahr zwischen 40 und 50 Früh- bzw. Neugeborene mit neonatalem Entzugssyndrom behandelt werden.

Neben der Erweiterung des medizinischen Wissens über die Risiken der Droge Crystal Meth für Mutter und Kind ist vor allem eine fachübergreifende multiprofessionelle medizinische und sozialpädagogische sowie eine suchtttherapeutische Versorgung von Familien mit Suchtbelastung zu fordern. Die Risiken des Scheiterns suchtbelasteter Familiensysteme und der damit verbundenen Kindeswohlgefährdung sind aufgrund einer Vielzahl von Problemlagen sehr hoch.

Häufig zeigt sich bereits im Rahmen des Erstkontaktes, dass sich die Patientinnen in einer komplex belasteten Lebenssituation befinden. Ein konsumierendes Milieu mit ggf. Wunsch nach räumlicher Veränderung und Umzug, Probleme in der (instabilen) Partnerschaft mit teilweise ebenfalls konsumierenden Partner:innen, Androhung von Haft oder Maßregelvollzug, Arbeitslosigkeit, mangelnde Schulbildung oder Ausbildung sind einige dieser sich wiederholenden Herausforderungen. Sie werden meist ergänzt durch fehlende wirtschaftliche Absicherung und Krankenversicherung, Obdachlosigkeit, mangelnde persönliche oder soziale Ressourcen, sozialer Isolation, eingeschränkte Kompetenz sich selbstständig Hilfe zu suchen und mittel- bis langfristige Ziele zu verfolgen. Aufgrund dieser häufig vorzufindenden, multiplen Problemlagen bedarf es viel Zeit sowie einer leitlinienkonformen Zusammenarbeit verschiedenster Professionen, um bis zur Geburt des Kindes stabile soziale Verhältnisse zu schaffen, die auch darüber hinaus tragfähig sind. Multiprofessionelle Betreuungsmodelle



sollen nicht sofort aufhören, das wäre jetzt gefährlich. Das ist gelogen, es ist gelogen und es ist einfach falsch. Es gibt keinen Arzt, der das sagt. Man kann von jetzt auf gleich aufhören.“ Wenn man eine richtige Suchterkrankung hat,

dann muss das natürlich ärztlich begleitet werden, so der Mediziner weiter. Und er wünscht sich, hierzulande auf den Alkoholflaschen das entsprechende Symbol, wie in England oder den USA.



für diese suchtblasteten Familien sollten deshalb bereits zu einem frühen Zeitpunkt – und nicht erst nach der Geburt – angeboten werden.

Die Betreuung eines drogenkonsumierenden Paares sollte idealerweise bereits vor dem Eintritt der Schwangerschaft beginnen; Frauen im gebärfähigen Alter könnten bei einer geplanten Familiengründung begleitet werden. Dieser Ansatz ist bei anderen Krankheitsbildern, bei denen eine Medikamenteneinnahme mit einem teratogenen Risiko verbunden ist, gut etabliert. Vorgeburtliche Aufklärung, Hilfsangebote und Integration in diese Angebote können wirksamere Hilfen darstellen als nachgeburtliche Hilfestellungen bei noch bestehender Sucht. Die Phase der Schwangerschaft, die Geburt eines Kindes und die neue Elternrolle als sogenannte kritische Lebensereignisse unterstützen nachweislich die Motivation für Veränderungsprozesse, weshalb diese auch für seit Jahren konsumierende Patient:innen eine große Chance für die Umgestaltung des eigenen Lebensweges darstellen kann. Aufei-

nander abgestimmte medizinische, psychosoziale sowie familien- und suchtttherapeutische Leitlinien unter Einbeziehung von Geburtshelfenden, Kinderärzt:innen, Pflegepersonal, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen, Suchtberater:innen als Bestandteil eines gut vernetzten stationären und ambulanten Suchthilfeprogrammes sind damit unabdingbar.

Versorgungspfad „Mama, denk an mich“

Im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden wurde im Jahr 2015 der Versorgungspfad „Mama, denk an mich“ etabliert. Ziel dieses Pfades ist, die Zeit der Schwangerschaft bereits zu nutzen, um der betroffenen Frau bzw. Familie eine medizinische und psychosoziale Betreuung anzubieten. Ein stabiles System aus Fachkräften verschiedener Berufsgruppen und ausreichend Zeit für die Betreuung wird genutzt, damit ein Vertrauensverhältnis zwischen Betroffenen und Helfenden aufgebaut werden kann. Innerhalb des Pfades wird für die Mütter bzw. Familien mit ihren Neugeborenen die notwendige medizinische Betreuung sichergestellt, ihre Einbindung in soziale Netzwerke koordiniert und eine langfristige medizinische Betreuung der betroffenen Kinder organisiert, die sich an deren individuellen Bedürfnissen und Belastungen orientiert.

Unter Beachtung dieser Erfordernisse erfolgt die Betreuung des (noch ungeborenen) Kindes über eine multiprofessionell ausgestattete und fachübergreifende Ambulanz, die der Schwangeren und ihrer Familie gangbare Wege zur Reduktion der Sucht und Hilfen zum Ausstieg anbietet. Wichtigste Voraussetzung hierbei ist, dass der mütterliche Drogenkonsum nicht stigmatisiert, sondern als Erkrankung akzeptiert wird, welche einer entsprechenden medizinischen, aber auch psychologisch-sozialmedizinischen Begleitung bedarf. Die



Abbildung 1: Übersicht zu den an „Mama, denk an mich“ beteiligten Einrichtungen und zum Pfadablauf; GYN (Gynäkologie), KIK (Kinderklinik), PSY (Psychiatrie), Mu-Ki (Mutter-Kind)

gesundheitliche und soziale Vorsorge für das noch ungeborene Kind wird gemeinsam mit den (werdenden) Eltern und in enger Kooperation mit den regional ansässigen und darauf spezialisierten medizinischen Einrichtungen sowie den Angeboten der Jugendhilfe, den frühen Hilfen und weiteren Unterstützungsangeboten koordiniert. Bereits während der erforderlichen stationären Behandlung des Kindes erfolgt die Organisation der weiteren Begleitung und Unterstützung der Familie, die sich an deren individuellen Belastungsfaktoren orientiert. Vor dem Hintergrund der Datenlage bezüglich der Auswirkungen eines längerdauernden Drogenmissbrauchs bei Erwachsenen erfolgt mit Entlassung des Kindes die Überleitung in medizinische und soziale Nachsorge. Ziel ist es, die gesundheitliche Entwicklung des Kindes und die Lebensqualität der Familie zu sichern sowie Fehlentwicklungen und Gefahren für Kind und Familien frühzeitig zu erkennen, um diesen korrigierend entgegenwirken zu können.

Der Versorgungspfad „Mama, denk an mich“ vernetzt somit die unterschiedlichen Schnittstellen der medizinischen Versorgung (verschiedene Kliniken und ihre Zuständig-

keitsbereiche) mit denen der einzelnen Versorgungssektoren (ambulante, stationäre und kommunale Einrichtungen). Dieser ermöglicht damit eine adäquate Betreuung von suchtblasteten Schwangeren und Eltern bzw. ihrer Neugeborenen. Ein auf die Schwangeren bzw. Eltern zugeschnittenes Case Management schafft die nötigen Rahmenbedingungen, um diese individuell zu unterstützen. Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind neben dem Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin auch die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Psychiatrie und Psychotherapie sowie kommunale Versorgungsangebote (u.a. Jugendhilfe, Suchtberatungsstellen) involviert.

Zusammenfassung

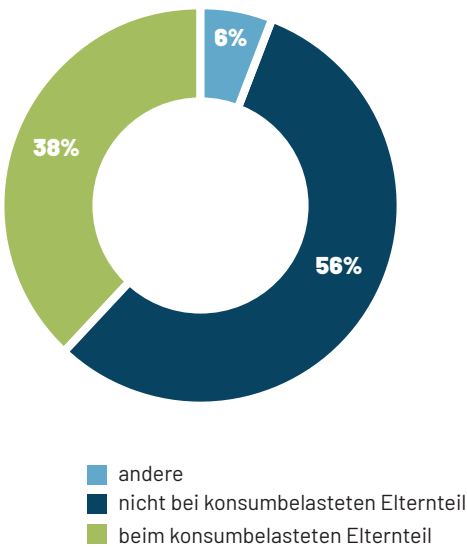
„Mama, denk an mich“ schafft für die betroffenen Familien neben der Akutversorgung im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (Entbindung, Förderung der Mutter-Kind-Beziehung, therapeutische Suchtbehandlung) Möglichkeiten, um nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ebenso Unterstützungsangebote anderer Einrichtungen zu erhalten (Programme der Drogenberatungs- und

psychosozialen Beratungsstellen, Frühe Hilfen, (Familien-)Hebammen, Familienhilfe, Angebote des Jugendamts der Stadt Dresden). Hierbei ist das Jugendamt der Stadt Dresden fallführend und koordiniert jeweilige Nachsorgemaßnahmen.

Diese Arbeitsweise hat sich über mehrere Jahre etabliert, wodurch die Versorgung der Patient:innen nachhaltig verbessert wurde. Seit Beginn des Versorgungspfades 2015 konnten unter Einbeziehung ambulanter oder

stationärer Hilfen zur Erziehung mehr Kinder nach der Geburt aus der Kinderklinik zu den Eltern entlassen werden. Waren es 2015 noch 2/3 der Kinder, die in Obhut genommen und anschließend fremd untergebracht werden mussten, so veränderte sich das Verhältnis mit dem Start von „Mama, denk an mich“ positiv: fast 3/4 der Kinder verbleiben nach Entlassung aus der Kinderklinik nun in elterlicher Obhut (Abbildung 2).

Unterbringung nach maternalem Substanzkonsum vor/während der Schwangerschaft 2015 (n=34)



Unterbringung nach maternalem Substanzkonsum vor/während der Schwangerschaft 2023 (n=45)

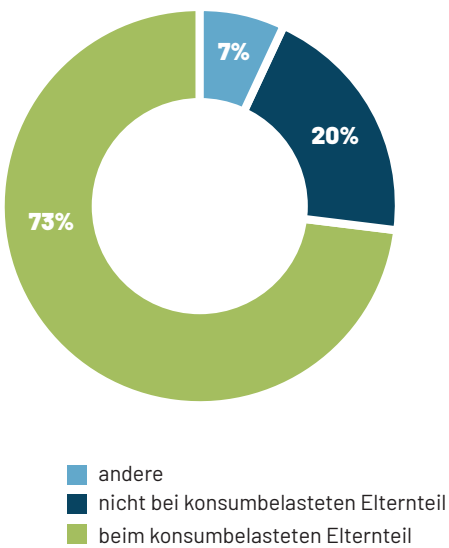
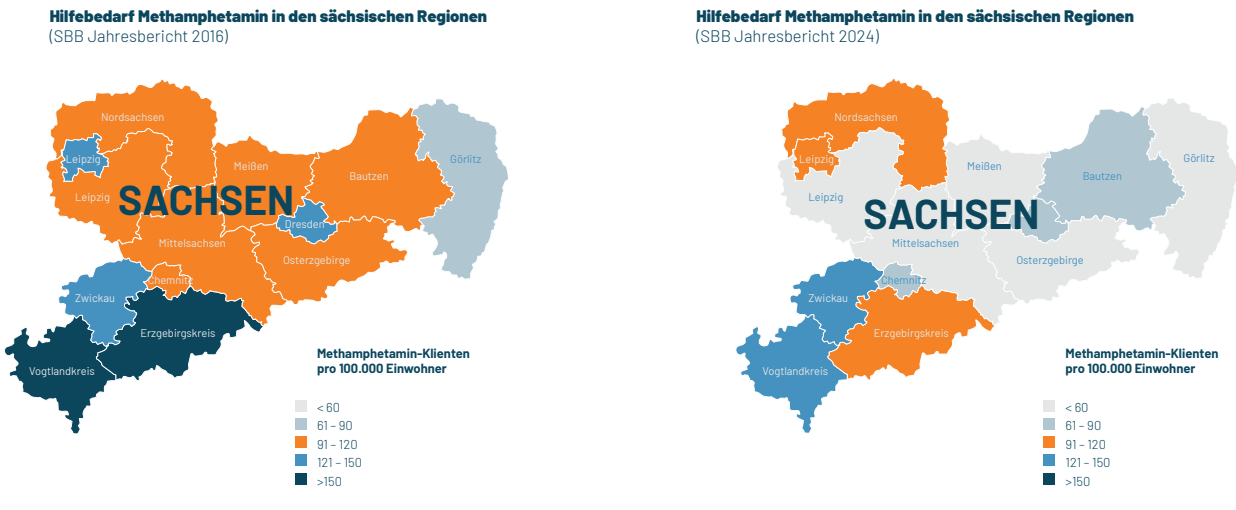


Abbildung 2: Vergleich 2015 & 2023 Unterbringung der Neugeborenen nach Entlassung aus Kinderklinik

AUSWIRKUNGEN VON METHAMPHETAMIN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

ANGABEN ZUM AUTOR

Prof. Dr. med. Mario Rüdiger, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden



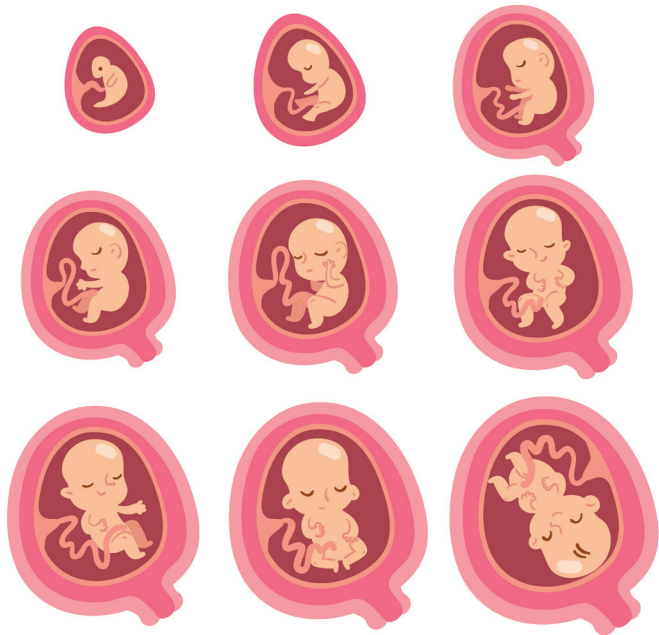
Quelle: SLS-Suchtbericht 2024

Im vergangenen Jahrzehnt hat der Konsum von (Meth)-Amphetamin (MA) in bestimmten Regionen Deutschlands deutlich zugenommen. Eine Ursache ist die, im Vergleich zu anderen unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Substanzen, relativ leichte Verfügbarkeit von MA. Von besonderer Bedeutung sind das hohe Suchtpotential und die Verbreitung gerade unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nimmt Deutschland beim Konsum von MA bei 15-34-Jährigen einen Spitzenplatz (D: 1,9%; EU: 1,0%) ein.

Der Konsum von MA steht bei Jugendlichen oftmals im Zusammenhang mit risikoreichem Sexualverhalten und einer daraus resultierenden frühen Schwangerschaft. Allerdings liegen für Deutschland keine zuverlässigen Daten zur Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen während der Schwangerschaft vor. In einer engli-

schen Untersuchung hatten 3,3% aller getesteten Schwangeren einen positiven Nachweis von Amphetamin im Urin. In Sachsen kam es in den 10er Jahren des 21. Jahrhunderts zu einem kontinuierlichen Anstieg der stationär behandelten Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft MA konsumierten.

Die vorgeburtliche Organentwicklung ist ein sehr komplexer Prozess. Insbesondere während der ersten Wochen der Schwangerschaft besteht eine hohe Gefahr, dass der Konsum von Drogen zu schwerwiegenden und lebenslangen Schädigungen führt. Besonders betroffen ist dabei die Gehirnentwicklung. Die Schäden werden sowohl durch den Zeitpunkt der Drogeneinnahme, als auch die Häufigkeit und die Dosis bestimmt. So geht der Konsum in sehr frühen Schwangerschaftswochen mit einer schwerwiegenden Schädigung des Gehirns einher, die häufig nicht mit dem Leben



vereinbar ist. Neben der direkt schädigenden Wirkung des Drogenkonsums wird die langfristige Entwicklung der Kinder aber auch durch das, den Drogenkonsum bestimmende, soziale Umfeld der Eltern mitbestimmt. Letztlich besteht bei einem bis zum Ende der Schwangerschaft andauernden Drogenkonsum die Gefahr, dass das Kind nach der Geburt deutliche Entzugssymptome aufweist.

Für die Versorgung des Neugeborenen und die langfristige Betreuung der betroffenen Kinder ist es von großer Relevanz, mögliche Folgen des Drogenkonsums in der Schwangerschaft zu kennen. Daher wurden die Auswirkungen eines MA-Konsums in der Schwangerschaft relativ intensiv untersucht. Dabei standen insbesondere die körperlichen und neurokognitiven Konsequenzen für das Neugeborene im Mittelpunkt. Bei der Interpretation dieser Studienergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Ausmaß des vorgeburtlichen Drogenkonsums häufig nicht genau erfasst werden konnte. So wurde nicht in allen Studien die MA-Exposition mittels Urin- oder Meconium-Tests objektiviert bzw. quantifiziert. Letztlich liegen nur sehr wenige Ergebnisse aus Deutschland vor. Daher sollten die Ergebnisse vor dem Hin-

tergrund unterschiedlicher Gesundheitssystemen vorsichtig interpretiert werden.

Auswirkungen einer PME auf den Zustand des Neugeborenen

Drogenkonsumierende Frauen nehmen die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft deutlich später und seltener wahr. Häufig bekommen sie ihr Kind deutlich vor dem errechneten Termin. Bedingt durch den Drogenkonsum in der Schwangerschaft aber auch die damit verbundene sozio-ökonomische Situation der Schwangeren findet sich häufig eine unzureichende Versorgung des Ungeborenen, was mit einem deutlich reduzierten Wachstum einher geht. Im Ergebnis haben die betroffenen Neugeborenen oft ein niedrigeres Geburtsgewicht, Körpergröße und Kopfumfang. Diese Unterschiede waren jedoch bei Nachuntersuchungen bis zum Schuleintritt meistens nicht mehr nachweisbar.

Unmittelbar nach der Geburt fallen die Neugeborenen oft mit Anpassungsstörungen auf und benötigen entsprechende medizinische Unterstützung. Im weiteren Verlauf wird dann oft eine stationäre Behandlung des Neugeborenen notwendig, die deutlich länger als bei vergleichbaren Neugeborenen ohne mütterlichen Drogenkonsum dauert. In einer kleinen Untersuchung verstarben sogar 4% der betroffenen Neugeborenen.

Während der ersten Lebenstage und -wochen zeigten die betroffenen Neugeborenen sehr unterschiedliche Symptome, was eine Beurteilung der Auswirkungen des mütterlichen Drogenkonsums erschwerte. Einige Kinder hatten deutlich mehr Anzeichen für Stress und aufgeregte Bewegungen. Hingegen waren Kinder von Müttern, die einen häufigen MA-Konsum berichteten (>3 mal pro Woche) eher schläfrig und schwieriger in Erregung zu versetzen.

Auswirkungen einer PME auf die neuro-kognitive und motorische Entwicklung

Teilweise finden sich bereits in den vorgeburtlichen Ultraschalluntersuchungen Auswirkungen des mütterlichen Drogenkonsums auf das Hirnwachstum. Unmittelbar nach der Geburt äußert sich diese Wirkung in einem deutlich niedrigeren Kopfumfang. Im weiteren Verlauf finden sich dann neurokognitive Auffälligkeiten, die auch bis in das Grundschulalter nachweisbar sind. Ähnliche Effekte wurden auch für andere Drogen beschrieben: der Konsum von Methadon und Marihuana in der Schwangerschaft führt zu einem kleineren Kopfumfang, der von Kokain und Methadon geht mit negativen Auswirkungen auf die kognitive und motorische Entwicklung der Kinder einher.

Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft MA konsumierten, hatten im Alter von vier Jahren eine niedrigere soziale Kompetenz und zeigten in Entwicklungstests deutlich schlechtere Ergebnisse. Die kognitiven Probleme persistierten bis ins Grundschulalter, wobei insbesondere Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten im Mittelpunkt standen.



Interessanterweise fanden sich diese negativen Auswirkungen auch unabhängig vom sozioökonomischen Status und Bildungsstand der Mutter.

Auffällig war weiterhin eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit. So hatten betroffene Kinder eine niedrigere Reaktionszeit und ungenauere Reaktionen in Tests, was als Hinweis für ein erhöhtes Risiko einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu werten ist. Auch dieses Ergebnis war unabhängig vom sozioökonomischen Status und Bildungsstand der Mutter. Kinder, die im Mutterleib häufig (>3 mal pro Woche) MA ausgesetzt waren, machten deutlich mehr Fehler in strukturierten Tests und zeigten häufiger ADHS-Symptome.

Letztlich zeigten die Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft MA konsumierten, auch Verhaltensauffälligkeiten. Diese waren charakterisiert durch ein externalisierendes Verhalten und Anzeichen für ADHS. Die Kinder verhielten sie sich eher emotional reaktiv oder aggressiv und begingen häufiger Regelbrüche. Bei häufigerem MA-Konsum in der Schwangerschaft fand sich hingegen eher ein internalisierendes und zurückgezogenes Verhalten.

Im weiteren Verlauf ihres Lebens hatten die betroffenen Kindern auch häufiger Kontakt mit Einrichtungen des Jugendschutzes und wuchsen in einer signifikant schlechteren Wohnumgebung auf.

Einfluss des familiären und sozio-ökonomischen Hintergrundes

Extreme Armut seitens der Erziehungsberechtigten, ein Wechsel derselben als primäre Bezugspersonen des Kindes und ein insgesamt niedrigerer sozialer Status führten dazu, dass die betroffenen Kinder eher externalisierendes Verhalten zeigten. Dieses Verhalten verstärk-

te sich durch ein schlechtes Wohnumfeld, psychologische Auffälligkeiten der Erziehungsberechtigten und deren Alter. Auch die Verhaltenskontrolle von fünfjährigen Kindern litt unter einem instabilen, von Konflikten geprägten Wohnumfeld, was wiederum zu schlechteren exekutiven Funktionen führte.

Dauerte der mütterliche MA-Konsum nach der Geburt des Kindes an, so verstärkte dies ein enthemmtes Verhalten des Kindes. Tabakkonsum der Mutter nach der Geburt sowie psychologische Störungen bei den Erziehungsberechtigten und Erfahrungen von physischer und sexueller Gewalt hatten ähnliche negative Auswirkungen.

Bedeutung für Prävention und Versorgung

Ein soziales Umfeld, das durch Gewalt, Armut und niedriger Bildungsstand der primären Bezugspersonen geprägt ist, verstärkt die Effekte des vorgeburtlichen MA-Konsums der Mutter auf die Verhaltensentwicklung des Kindes. Dies ist insofern relevant, als dass die betroffenen Mütter häufiger alleinerziehend sind, einen niedrigeren sozialen Status haben und eher zu Depressionen oder Perspektivlosigkeit neigen. Auf mütterliche Abstinenz ausgerichtete Entzugstherapien sollten daher so früh wie möglich in der Schwangerschaft ansetzen. Die Interventionen sollten auf die individuellen Konsummotive abstellen, um den Konsum während der Schwangerschaft zu verhindern

und sicherzustellen, dass Kinder mit PME in einem stabilen sozialen Umfeld aufwachsen. Werdende Mütter sollten gezielt entsprechend der Risikoprofile, angesprochen werden und in multi-professionelle Versorgungsnetze integriert werden. Diese können helfen, den Drogenkonsum schwangerer Frauen rechtzeitig zu erkennen und sie von der Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen zu überzeugen, da diese das ideale Setting für Entzugsmaßnahmen sind.

Zusammenfassung

Der Konsum vom Methamphetamin während der Schwangerschaft hat in vielfacher Weise negative Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes. Während Auswirkungen auf Größe und Gewicht im Schulalter meist nicht mehr nachweisbar sind, finden sich Beeinträchtigungen der neuro-kognitive Entwicklung bis weit über das Kleinkindalter hinaus. Diese werden letztlich durch ungünstige sozio-ökonomische Verhältnisse verstärkt.

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, entsprechende Entzugsprogramme für die betroffenen Frauen vorzuhalten und so einer vorgeburtlichen Metamphetaminexposition der Kinder vorzubeugen. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit verdeutlicht, die betroffenen Kinder in speziellen Programmen strukturiert nachzuuntersuchen, um Auswirkungen erkennen und behandeln zu können.



FASD- SELBSTHILFEGRUPPE WESTSACHSEN

ANGABEN ZUM AUTOR

Mein Name ist René Thiemann. Ich bin verheiratet und 60 Jahre alt. Zusammen mit meiner Frau haben wir 2 Adoptivkinder 23, u. 24 Jahre mit FASD und sind Gründungsmitglieder der Selbsthilfegruppe „FASD Selbsthilfe Westsachsen“.

Anfangs hatten wir keine Vorstellung, wie sehr uns das Thema FASD bis heute beschäftigt, prägt, fordert und nicht selten überfordert. Oftmals hatten wir den Wunsch, uns Rat zu holen und uns mit anderen FASD-Eltern auszutauschen. Leider gab es in unserer Region diesbezüglich keine Möglichkeit. Pflege- und Adoptiveltern kommen zudem im Umgang mit Schulen, Ämtern und Behörden immer wieder an Grenzen.

Die FASD-Selbsthilfegruppe- Westsachsen wurde im Jahr 2017 gegründet. Alle 2 Monate treffen sich die Mitglieder aus verschiedenen Regionen Sachsens in Burkhardtsgrün im Erzgebirgskreis. Dabei tauschen sich regelmäßig etwa 15 bis 20 betroffene Familien zu Problemen in Familie, Schule, Beruf, Wohnformen und Behördenangelegenheiten aus. Da die Besonderheiten der Kinder mit FASD einer professionellen Betreuung bedürfen, bietet die SHG parallel zu den Treffen eine separate Kinderbetreuung durch Ergotherapeuten an. Zu den Treffen der SHG werden oftmals Gäste eingeladen, unter anderem vom FASD Deutschland e.V. oder aus dem fachärztlichen Kontext, zum Beispiel Psychologinnen und Psychologen oder Traumatherapeutinnen und -therapeuten. Angehende Fachkräfte konnten wir bei der Erstellung von Facharbeiten zum Thema FASD, zum Beispiel durch Interviews, Fragebögen oder der Teilnahme an Treffen, unterstützen. Einmal im Jahr organisiert die SHG ein Sommertreffen und führt Wanderungen mit Alpakas durch. Zudem haben die Mitglieder die Möglichkeit, an Fachtagungen und Weiterbildungen teilzunehmen.

Um dem Thema FASD eine größere Aufmerksamkeit zu verschaffen, engagiert sich die SHG-Westsachsen ebenso in der Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit durch Informationsbereitstellung auf der Webseite der Selbsthilfegruppe und Facebook. Im Jahr 2018 konnte die SHG bei der MDR-Sendung Exakt die Story „Kinder aus der Schnapsflasche“ mitwirken und eine große Zahl von Zuschauern für das Thema sensibilisieren.

Im Rahmen der Suchtkonferenz der SLS im Jahr 2019 stellte die SHG ihre Arbeit vor. Auf regionaler Ebene fand im Jahr 2022 ein Austausch im Haus der Suchtprävention des FAB e. V. Crimmitschau statt, in dessen Folge das Thema FASD in die Parcoursarbeit des Präventionszentrums sowie der Suchtberatung aufgenommen werden konnte. Dieses Engagement der SHG wurde im Jahr 2017 im Rahmen des Sächsischen Selbsthilfepreises der Ersatzkassen mit dem Ehrenpreis und im Jahr 2019 mit dem Sonderpreis gewürdigt. Unterstützt wird die FASD-Selbsthilfegruppe Westsachsen durch die kassenübergreifende Pauschalförderung für Selbsthilfegruppen nach § 20h SGB V.

Bei regionalen Infoveranstaltungen zum Thema FASD sind wir regelmäßig mit unserem Info-stand vertreten.



UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE IN THÜRINGEN, SACHSEN UND ONLINE RUND UM FASD UND KONSUMFREIE SCHWANGERSCHAFT

Für betroffene Familien, Fachkräfte und werdende Mütter gibt es in Thüringen und Sachsen eine Vielzahl an Beratungs- und Unterstützungsangeboten.

Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über zentrale Anlaufstellen, Fachberatungen, Selbsthilfegruppen und regionale Initiativen, die sich mit FASD-Prävention und der Begleitung von Schwangeren mit Suchtmittelthematik beschäftigen.



Besonders erfreulich ist die ausführliche Erwähnung unserer Gruppe im 4. Sächsischen Drogen und Suchtbericht in welchem auf die wichtige Arbeit unserer Gruppe hingewiesen wird.

Wichtig für FASD-Betroffene und deren Angehörigen ist eine Anlaufstelle für Diagnosen, Beratung und Hilfen. Das einzige FASD-Fachzentrum in Leipzig schloss zum 31.03.2025. Wir kämpfen z.Z. gegen diese Schließung des FASD-Fachzentrum in Leipzig. In einer von

uns gestarteten Petition wurden bereits 3422 Unterschriften gesammelt (Stand 24.03.2025). Wichtig wäre, dass alle SPZ eine FASD-Diagnostik leisten können. Weiterhin sehen wir die dringende Notwendigkeit für geeignete Wohnformen von Jugendlichen und Erwachsene mit FASD.

Wir setzen uns für eine Kennzeichnungspflicht der Gefahren des Konsums alkoholischer Getränke während der Schwangerschaft ein.

Einrichtung/ Angebot	Ort	Kontaktinformationen	Angebotsschwerpunkte
Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)-Frauengesundheit	online	www.frauengesundheitsportal.de	Informationen für Frauen rund um das Thema Gesundheit, Gesunderhaltung, Familienplanung
IRIS-Plattform-Onlineberatung für eine gesunde Schwangerschaft	online	www.iris-plattform.de	Unterstützung bei der Alkohol- und Tabakabstinenz während der Schwangerschaft, Angebote für Männer zur Unterstützung der Partnerin
Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)-Kenn dein Limit-Projekt	online	www.kenn-dein-limit.de	Informationen zu Alkoholverzicht vor und während der Schwangerschaft, Tipps zur Unterstützung durch Angehörige
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	online	www.dhs.de	kostenfreie Informationsmaterialien zum Thema Konsum in der Schwangerschaft

Institut für FASD	online	www.institut-fasd.de	Fort- und Weiterbildungen, Coaching und Beratung für Fachkräfte, Eltern und Angehörige
FASD Deutschland e.V.	Bundesweit	www.fasd-deutschland.de	Informationsportal für Betroffene und Angehörige, Selbsthilfegruppen, Aufklärung und Beratung
Anja Bachmann-Duscha – FASD-Beratung Thüringen	Erfurt	www.fasd-beratung-thueringen.de	Ehrenamtliche Beratung für soziale Eltern, Weiterbildungen für Fachkräfte, Selbsthilfegruppen in Gotha und Austauschgruppen für soziale Eltern
clean4us – Universitätsklinikum Jena	Jena	Koordinatorin: Liane Menke Tel.: 03641 9-32 92 19 oder 01523 2183382 www.uniklinikum-jena.de/geburtsmedizin/clean4us-font-14.html	Unterstützung für suchtmittelkonsumierende Schwangere, Koordination von Hilfsangeboten
pro familia Thüringen	Erfurt, Gera, Artern, Sonneberg, Weimar	www.profamilia.de	Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualpädagogik, Verhütungsberatung
donum vitae Thüringen e.V.	Erfurt, Gotha	www.donum-vitae-thueringen.de	Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung, Unterstützung bei Familienplanung
Diako Thüringen gGmbH – Familienberatungszentrum Eisenach	Eisenach	Tel.: 03691 260340 www.diako-thueringen.de	Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung, Unterstützung bei sozialrechtlichen und psychosozialen Fragen
Caritas Beratungsstellen	Gotha, Heiligenstadt, Suhl	www.dicverfurt.caritas.de	Beratung für Schwangere und Familien, Unterstützung bei finanziellen und sozialen Fragen

Diakonie Thüringen	Gera, Greiz, Hildburghausen, Sondershausen	www.diako-thueringen.de	Schwangerschaftsberatung, Familienhilfe, Unterstützung bei Erziehungsfragen
AWO Thüringen	Mühlhausen, weitere Orte	www.awothueringen.de	Schwangerschaftsberatung, Unterstützung bei Familienplanung und Verhütung, Beratung für Migrantinnen und Geflüchtete
DRK Beratungsstellen	Leinefelde, Pößneck	www.drk-eichsfeld.de drk-sok.de	Schwangerschaftskonfliktberatung, Unterstützung bei sozialen und finanziellen Fragen
Sozialministerium für Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt	Dresden	www.Schwangerschaftsberatungsstellen-FamilieninSachsen-sachsen.de	Übersicht über Schwangerenberatungsstellen in Sachsen
Mama denk an mich- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Dresden	Tel.: 0351 458 66 33 www.uniklinikum-dresden.de	Informationen für Drogenkonsumierende Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Mütter
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Zentrum für Drogenhilfe Fachbereich Familienhilfe	Demmeringstr. 47, 04177 Leipzig	Tel: 0341 4442100 www.zfdfamilienhilfe@sankt-georg.de www.sanktgeorg.de	Beratung zum Thema Sucht und Familie, Gruppenangebot „MUT! Mütter/Väter Unterstützungs-Training“ und andere

Um Menschen bei Fragen in Zusammenhang mit Konsum zu unterstützen, stehen bundesweit ca. 1.500 Suchtberatungsstellen mit qualifizierten Fachkräften zur Verfügung. Auch in Thüringen und Sachsen gibt es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten solche Angebote. Suchtberatungsstellen haben Nebenstellen eingerichtet, um eine möglichst gemeindenahe Nutzung zu ermöglichen. Die Beratungsangebote sind für alle Ratsuchenden kostenfrei, es ist auch kein Überweisungsschein notwendig. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch anonym erfolgen.

Die Landesstellen in Thüringen und Sachsen veröffentlichen regelmäßig aktuelle Verzeichnisse der Suchtberatungsdienste und andere Einrichtungen der Suchthilfe in den jeweiligen Ländern.

Auf den Internetportalen unter www.tls-suchtfragen.de und www.suchthilfe-sachsen.de können Sie nach geeigneten Angeboten (u. a. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, stationäre Einrichtungen) in ihrer Region suchen.

SCHLUSSWORT

Kinder aus suchtbelasteten Familien brauchen mehr als Aufmerksamkeit – sie brauchen Verständnis, Haltung und konkrete Unterstützung. In ihrem Beitrag lädt Beate Kühnel, Diplom-Sozialpädagogin und Traumazentrierte Fachberaterin, dazu ein, den „Raum dazwischen“ zu betreten: zwischen den Lebenswelten betroffener Kinder und den Perspektiven von Fachkräften, Angehörigen und der Gesellschaft.

Seit über zwei Jahrzehnten engagiert sie sich in der Suchtprävention, seit 2013 im Präventionszentrum der SiT – Suchthilfe in Thüringen gGmbH. Ihr Schwerpunkt: Kinder, deren Alltag durch elterliche Abhängigkeit geprägt ist.

Der Artikel ist mehr als ein Fachbeitrag – er ist eine Einladung zum Mitfühlen, Mitverstehen und Mitverantworten. Für Fachkräfte, Angehörige, Wegbegleitende – und für uns alle als Gesellschaft. Denn kein Kind wächst im luftleeren Raum auf. Und keine Herausforderung im Kontext elterlicher Sucht darf uns unberührt lassen.

Ein persönlicher, fachlich fundierter und eindringlicher Abschluss dieser SuchtDruck-Ausgabe.

DER RAUM DAZWISCHEN

Der SuchtDruck als Magazin für Suchtfragen in Sachsen und Thüringen ist mir seit Jahren vertraut, mit dem Team der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen arbeite ich insbesondere zum Thema konsumfreie Schwangerschaft eng zusammen. Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt im großen Feld der Auswirkungen elterlicher Sucht auf Kinder. Erkrankungen wie das Fetale Alkoholsyndrom/Fetale Alkoholspektrumsstörung gehören zwangsläufig mit dazu. Nach Überlegungen zu wissenschaftlich fundierten Aussagen und Statistiken für diesen Artikel landeten meine Gedanken bei einer Vielzahl von Erinnerungen. Lange Zeit durfte ich in der Zusammenarbeit mit betroffenen Familien und ihren Kindern (lebens-)praktische Erfahrungen sammeln. Nach wie vor bezeichne ich ganz besonders diese Kinder als meine größten Lehrmeister.

Ich möchte mit den nachfolgenden Zeilen eine Einladung aussprechen: kommen Sie mit in den Raum dazwischen. Zwischen den Lebenswelten betroffener Familien und dem Arbeitsalltag von Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe sowie Suchtprävention. Fachkräfte aus diesen Arbeitsfeldern begegnen betroffenen Kindern fast täglich. Manche erkennen die Notlage, manche fühlen sich angestrengt von den gezeigten Verhaltensweisen. Auch FAS(D) kann in seinen Auswirkungen dazu führen, dass Kinder zum Beispiel vermeintlich nicht in das Schulsystem passen, weil sie sich Aufgaben nicht merken oder nicht stillsitzen können. Ich bitte Sie dabei um einen Vertrauensvorschuss, der sich hoffentlich in einem späteren Kopf wiegen und Nicken als Zustimmung beim Lesen wiederfindet. Auch wenn Sie mit großer Wahrscheinlichkeit in keiner meiner Veranstaltungen waren oder

eventuell mit geringer Wahrscheinlichkeit mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, so sind Sie auf jeden Fall ein Mensch – mit zwischenmenschlichen Vernetzungen, Familie und/oder Freundeskreis, Kolleginnen und Kollegen. Ich selbst habe noch keine Familie kennengelernt, in der alle Angehörigen kerngesund waren. Ganz vielleicht haben Sie also auch Erfahrungen mit suchterkrankten Menschen gemacht. Der Raum dazwischen, in den ich Sie hier einlade, ist von persönlicher Natur.

Ein ganzes Jahrzehnt arbeitete ich mit Kindern von suchterkrankten Eltern, habe mit ihnen gelacht, geweint, sie getröstet, ihnen Mut gemacht und Grenzen gesetzt. Das Zusammensein mit den Kindern und Jugendlichen hat mich enorm geprägt. Ein weiteres Jahrzehnt bin ich bereits im Präventionszentrum der SiT – der Suchthilfe in Thüringen gGmbH – tätig. Das Präventionszentrum ist eine thüringenweit agierende Fachstelle, die im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie (TMSGAF) eine Vielzahl von präventiven Maßnahmen, Multiplikationsschulungen und Aufklärungskampagnen durchführt. Ich gebe Erfahrungen aus der Praxis und erforschte Inhalte weiter, basierend auf den europäischen, deutschen und thüringischen Qualitätsstandards modernder Suchtprävention (EDPQS).

In den ersten Jahren meiner Referentinnen-tätigkeit war es mir wichtig, durch „hunderte Präsentationsfolien“ all mein Wissen über Kinder aus suchtbelasteten Familien an die Teilnehmenden in den Seminaren weiterzugeben. Heute spreche ich auch dort vorrangig Einladungen aus. Ich arbeite mit deutlich weniger Folien, dafür mit Methoden, die

lebensnah Wissen vermitteln und gebe authentisch Einblicke in mein Scheitern während des Zusammenseins mit den Kindern. Nicht immer ist in der Praxis alles gelungen. Mit meinem heutigen Wissen hätte ich den Kindern und Jugendlichen damals anders begegnen können. Unangepasstes Verhalten ist für mich inzwischen deutlich einfacher zu erklären. „Mädchen und Jungen aus herausfordernden Lebensumständen leiden unter einer verstärkten Ausschüttung von Stresshormonen, sie reagieren auf tatsächliche oder vermeintliche Gefahr mit Hypervigilanz, Übererregung.“

Im Austausch mit Fachkräften wird sichtbar, wie unterschiedlich sie durch ihre verschiedenen dienstlichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen auf ein und dieselbe Familie blicken können: Ein:e Erzieher:in im Kindergarten sieht die Eltern täglich und hat regelmäßige Kontakte – zumindest zwischen der berühmten Tür und Angel. Hortner:innen in Grundschulen dagegen brauchen etwas Glück, um den Blick auf Eltern zu erhaschen. In den weiterführenden Schulen folgen Eltern dann maximal Einladungen und sind außerhalb dieser Zeiten gar nicht mehr gesehen. Arbeitet man in einem Jugendclub, hat man zu Eltern wahrscheinlich gar kein Gesicht mehr, reimt sich häusliche Gegebenheiten aus den Erzählungen oder dem Verhalten des Kindes zusammen. Jede:r von ihnen würde für dieselbe Familie eine andere Einschätzung geben, was zu Hause die Problemlage sei. Ob eine:r von ihnen die elterliche Suchterkrankung erkennen könnte, bleibt offen.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat in der Broschüre „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ bereits 2017 festgehalten, dass

über drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland mindestens ein Elternteil haben, das an einer Suchterkrankung leidet. Und die Kinder leiden mit. Ihre Bedarfe gehen im Strudel von Scham, gesellschaftlicher Tabuisierung und Folgen der elterlichen Erkrankung unter. Nicht wenige erleben massive Grenzverletzungen bis hin zu (sexualisierter) Gewalt. Die Wahrscheinlichkeit, dass man betroffene Kinder kennt, doch nichts davon ahnt, ist hoch. Dazu zählen auch Kinder mit FAS(D).

Betroffene Kinder können mitunter schon in jungen Jahren weder ihr Bedürfnis nach (Ver-) Bindung, noch ihr Bedürfnis nach Autonomie ausleben. Die Suchterkrankung übernimmt die 1. Geige, die eigentlich Familienmitglieder spielen sollten. „Die unsichere Bindung des Kindes kann sich im späteren Leben in allen Lebensbereichen auswirken und zu psychischen und sozialen Störungen führen (Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Suizidalität)“. Außerdem geschieht im Laufe unserer ersten sechs bis sieben Lebensjahre eine Prägung durch das Umfeld, in dem wir aufwachsen. Gibt es „Schieflagen“ in unserer Herkunftsfamilie, ist das für uns das „Normale“ – sind körperliche Auseinandersetzungen bei Streit das Mittel der Wahl. Bruce Lipton spricht hier von „Programmierung im Unterbewusstsein“. Dies finde ich sehr zutreffend, weil es doch aufzeigt, dass kindliche Verhaltensweisen, die sich im Familiensystem herausbilden und im Kindergarten oder Schule für Aufregung sorgen, durch die Kinder nicht freiwillig gewählt wurden.

Ein markantes Beispiel dafür ist die sogenannte Parentifizierung, die Übernahme von elterlichen Aufgaben innerhalb des Familiensystems. Sie führt dazu, dass kindliche Entwicklungsschritte wie Spielen oder das Entdecken persönlicher Vorlieben unerfüllt bleiben. Henning Mielke, der Mitbegründer von NACOA Deutsch-

land (Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.), bezeichnet dies als Betrug an der Kindheit. Für Autonomie bleibt keine Zeit, das Überleben der Familie muss gesichert werden. Zwischenmenschliche Verbindungen sind für das Kind ambivalent und risikoreich. „Seine Erfahrung besagt, dass man sich nicht auf die Erwachsenen verlassen kann.“

Junge Menschen, die diese verrückten Lebensumstände überlebt haben, werden gern in Nischen gedrängt. Dabei sind sie mitten in der Gesellschaft zu finden, verstecken ihre Ängste, Sorgen und Nöte gekonnt – so wie schon ihre an Sucht erkrankten Eltern. Wenn man so will: Sie leben in einem Raum dazwischen, der schwer zu fassen ist, wenn man sich noch nicht mit Abhängigkeitserkrankungen und ihren Auswirkungen beschäftigt hat. Gefangen in Verhaltensweisen, die das Überleben innerhalb des suchterkrankten Familiensystems gesichert haben, ecken sie auch als Erwachsene immer wieder an oder tapen in ähnliche (Beziehungs-)Fallen.

Sucht ist gesellschaftlich stigmatisiert. Wir trinken gern in Gesellschaft und Geselligkeit, mögen jedoch in unserer Gemeinschaft nicht so gern Menschen, die unbegründet nicht mehr mit uns anstoßen wollen. Oder lassen Sie ein „Nein, Danke.“ als Antwort auf die Frage nach einem Schluck Sekt zu einer Feierlichkeit einfach so gelten? Als Frau gilt da als einziger legitimer Grund die Schwangerschaft. Männern steht noch nicht einmal diese Antwort zur Verfügung.

Ich wirke im Raum dazwischen: zwischen dem, was in den Familien passiert, und dem Berufsalltag der Fachkräfte. In den Seminaren halte ich den Raum für Wachstum, Veränderung, Austausch, Freude, Trauer und Wut. Für ganz persönliche, familiäre „Outings“ genauso wie für banal erscheinende Fragen. Was ich selbst

darin lernen durfte? Es braucht ehrliches Interesse, ja fast Entdeckerfreude, sich einem Tabuthema zu widmen. Auch Humor ist von unschätzbarem Wert, eine subversive Kraft. Damit sich vorhandene Entdeckerfreude, oder zumindest ehrliches Interesse am (unangepassten) Kind, später nicht im Frust verliert, braucht es zum einen Wissen über das Krankheitsbild und seine multiplen Folgeerscheinungen. Zum anderen braucht es Kenntnis darüber, wohin man sich wenden kann, wenn man Bauchweh vom eigenen Bauchgefühl bekommt, vom sich Sorgen machen. Selbiges gilt im Übrigen auch für besorgte Nachbarn, Freunde der Familie oder für Sie als Leser:in.

Nach all den Jahren an Wissens- und Erfahrungsanhäufung kann ich Ihnen verraten: man lernt nie aus. Auch bei diesem Thema nicht. Und weil es so viele Ecken und Kanten hat, Stolperfallen, Untiefen, manchmal sogar Abgründe, propagiere ich folgende Idee: Niemand

sollte sich dem schweren Thema SUCHT allein widmen (müssen). In den Austausch gehen, sich im Netz belesen, eine Zeitschrift wie diese in die Hand nehmen sind erste Schritte für mehr (Handlungs-)Sicherheit. Die TLS veröffentlicht nicht nur diese Zeitschrift, sie gibt auch den Thüringer Wegweiser für Suchtfragen heraus. Hier finden sich alle Adressen von Beratungsstellen, sortiert nach den Orten, einfach zu finden. DigiSucht ist eine weitere Möglichkeit (www.digisucht.de). Für NACOA Deutschland e. V. bin ich Thüringer Regionalsprecherin und empfehle auch deren Angebote wärmstens. Es gibt eine Vielzahl an Chancen, um Unterstützung zu finden. Je mehr Erwachsene sich mit diesem Tabuthema auseinandersetzen, umso selbstverständlicher wird es für erkrankte Menschen und ihre Kinder, Hilfe anzunehmen. Die Räume dazwischen würden die Türen ganz weit aufmachen oder – noch besser – Wände einreißen. Was für ein freudvoller Gedanke.

Sprechen Sie mit professionellen Suchtberaterinnen und Suchtberatern.

als betroffene Person

als angehörige Person

als Elternteil

...

bei Drogenproblemen

bei Spielsucht

bei Internetsucht

...

über Ziele

über Sorgen

über Fragen

über Hilfsangebote

...

17:04

Beraterin

Termin erstellen

Textberatungstelle delphi | Berater_in

Hallo! Schön, dass du dich zur Chatberatung eingeloggt hast. Wie geht es dir heute?

17:03

Ich

Hi! Ich weiß nicht genau... irgendwie durcheinander.

17:03

Berater_in - Beraterin

Das klingt, als wäre gerade viel los bei dir. Magst du erzählen, was dich beschäftigt?

17:03

Schreiben Sie uns, was Sie bewegt.

suchtberatung.digital

DigiSucht

suchtberatung.digital

starten Sie Ihre Beratung auf
www.suchtberatung.digital
professionell. kostenlos. anonym. online.

Herausgeber:
Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Steigerstraße 40
99096 Erfurt

Telefon: 0361-7464585
E-Mail: info@tls-suchtfragen.de

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
Glacisstraße 26
01099 Dresden

Telefon: 0351- 8045506
E-Mail: info@slsev.de

Fotos:
©Michael, AdobeStock (Titel); ©Nadine Hillemeyer, Pixabay (Seite 2); ©Stockgiu, AdobeStock (Seite3); Grafik-Alkoholkonsum-DGE (Seite 6); ©studiogstock, FreePik (Seite7); ©raphicroyalty, AdobeStock (Seite 12); ©Midmueang, AdobeStock (Seite 14); ©Stockgiu, AdobeStock (Seite 16); ©freepik (Seite19 – 21); ©ngupakarti, AdobeStock (Seite 22); ©jun_Yang, Pixabay (Seite 23);
©pikisuperstar, FreePik (Seite 26); ©FreePik (Seite 30, 31, 32, 34, 35, 38);

Die Herausgabe unseres Magazins wurde finanziell unterstützt von:

Die Landesstellen werden gefördert durch die zuständigen Staatsministerien der jeweiligen Länder sowie durch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland.

Vielen Dank an alle Unterstützenden im Namen der Suchthilfe!

42

43

WWW-TLS-SUCHTFRAGEN.DE
WWW.SLSEV.DE
WWW.SUCHTHILFE-SACHSEN.DE

