

<https://doi.org/10.1007/s00350-023-6477-x>

# Der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft: Die Faktenlage

Gunnar Duttge

## I. Problem und Begriffe

Jedweder Alkohol- und/oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft begründet das manifeste Risiko gravierender, mitunter lebenslanger Entwicklungsstörungen der Kinder. Je nach Dauer und Intensität des Suchtstoffmissbrauchs ist eine Fetal Alcoholic Spectrum Disorder (FASD) typischerweise Ursache für mehr oder minder erhebliche Fehlbildungen, Verhaltensstörungen, Intelligenzminderungen sowie generelle (partielle) Einschränkungen bei der Bewältigung des Lebensalltags. Beim klinischen Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS), das glücklicherweise die Ausnahme darstellt, nehmen die Beeinträchtigungen ein solches Ausmaß an, dass den betroffenen Kindern die Chance auf eine „selbstbestimmte“ Lebensgestaltung von vornherein für immer verwehrt ist.

## II. Epidemiologische Fakten

Das Vollbild des FAS bildet heute eine der häufigsten angeborenen Schädigungen mit einer Prävalenz (in Deutschland) von mindestens 41 Kindern pro 10.000 Geburten<sup>1</sup>; bei einer Geburtenziffer von ca. 795.000 (2021)<sup>2</sup> sind also in jedem Jahr mehr als 3.250 Neugeborene schwerwiegend betroffen (zur generellen Prävalenz von alkohol-/drogenbedingten Einschränkungen – FASD – liegen die Einschätzungen bei 177 Kinder pro 10.000 Neugeburten [d.h. Gesamtzahl pro Jahr: mehr als 14.000]). Weil betroffene Frauen generell (zumeist) um das mögliche Schädigungspotential wissen und eine soziale Stigmatisierung fürchten oder gar Folgen für ihr Erziehungsrecht (vgl. §§ 1666, 1666a BGB, § 8a SGB VIII) zumindest erahnen dürften, werden sie ihre Sucht in praxi nicht selten zu verheimlichen oder zu bagatellisieren suchen: Infolgedessen muss zusätzlich von einem relevanten – allerdings kaum näher abschätzbaren – Dunkelfeld ausgegangen werden<sup>3</sup>. Der Drogen- und Suchtbericht des Jahres 2019 weist aus, dass die aktuellen Belastungszahlen, verglichen mit Einschätzungen früherer Jahre, deutlich höher liegen und demzufolge dringlicher Handlungsbedarf besteht<sup>4</sup>.

Ausweislich der bereits in den Jahren 2003–2006 bundesweit durchgeführten Erhebungen (im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS) gaben etwa 14 % der befragten Frauen an, während ihrer Schwangerschaft „gelegentlich“ Alkohol konsumiert zu haben; „regelmäßig“ getrunken haben danach (mindestens) ca. 1 % der Schwangeren<sup>5</sup>. Dieser Anteil hat sich ausweislich der Folgeerhebungen bis 2005 nochmals erhöht. Die sog. GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland Aktuell) aus dem Jahr 2012 offenbarte für knapp 20 % der befragten schwangeren Frauen einen „moderaten Alkoholkonsum“ (nichts Schwangere Frauen: ca. 55 %), für knapp 8 % von ihnen einen „riskanten Alkoholkonsum“ (nichts Schwangere Frauen:

24 %)<sup>6</sup>. Bemerkenswert ist der Umstand, dass der Anteil jener, die nach Feststellung bzw. Kenntniserlangung von der Schwangerschaft ihren Alkohol- bzw. Drogenkonsum aufgegeben haben, offenbar eher gering ist (nach einer Berliner Befragung ca. 4 % der Betroffenenengruppe)<sup>7</sup>. Schließt man die Fälle des Suchtstoffkonsums vor Bekanntwerden der Schwangerschaft und auch jene, die einen einmaligen „geringen“ Alkoholkonsum betreffen, aus der Kalkulation aus, so ergibt sich ausweislich der S3-Leitlinie zur Diagnose des FASD eine Bandbreite von bis zu 30 %<sup>8</sup>. Für das sog. „binge drinking“, d. h. das exzessive Trinken bei einer singulären Gelegenheit, wird die Prävalenz (nach Abzug der Fälle mangelnder Kenntnis von der Schwangerschaft) mit einem Anteil von 1,2–3,5 % angegeben<sup>9</sup>.

## III. Spektrum an schädlichen Auswirkungen

Im Ausgangspunkt kann es als wissenschaftlich gesichert angesehen werden, dass der Konsum von Alkohol und/oder sonstiger Drogen während der Schwangerschaft selbst in geringen Mengen bzw. zu seltenen Anlässen niemals „sicher“, sondern stets riskant für die Gesundheit des ungeborenen Kindes ist. Umgekehrt gewendet lassen sich die toxischen Wirkungen daher verlässlich nur bei vollständigem Verzicht auf jedweden Alkohol-/Drogenkonsum ausschließen<sup>10</sup>. Nach Maßgabe der bekannten medizinisch-

- 1) Kraus/Seitz/Shield/Gmel/Rehm, Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study, *BMC Medicine* (2019) 17:59, S. 1, <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>.
- 2) Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/Lebendgeborene-gestorbene.html;jsessionid=FC2191971EFDAB-B4A383DDDB55CFC3090.live?42>.
- 3) Wie hier auch Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025)“, 2016, S. 30, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 4) Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Drogen- und Suchtbericht 2019, S. 66.
- 5) Bergmann u. a., Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, 670, 675.
- 6) Vgl. Römer/Reinelt/Petermann/Teickner, Kindheit und Entwicklung 2019, 6, 8; ebenso die Angaben der BReg. in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage: BT-Dr. 18/3378, S. 5.
- 7) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Factsheet: Alkohol in der Schwangerschaft, Dezember 2015, S. 3.
- 8) Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025)“, 2016, S. 30, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 9) Ebd.
- 10) Statt vieler nur Numan/Shulman/Liu, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, in: Slikker/Wag (Hrsg.), Handbook of Developmental Neurotoxicology, 2018, S. 427ff.; Williams/Smith/Committee on Substance Abuse, Fetal Alcohol Spectrum Disorders, *Pediatrics* Volume 136, number 5, 11 2015:e20153113, S. 1, <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3113>.

biologischen Zusammenhänge bildet somit der folgenlose Alkoholkonsum während der Schwangerschaft – und zwar ganz gleichgültig, in welchem Trimester geschehen – ein glückliches Ereignis, auf das ex ante nicht ernstlich vertraut werden kann.

Im Kern erklären sich die manifesten neurologischen wie organbezogenen Schadensfolgen aus dem Umstand, dass aufgrund der noch nicht ausgeprägten Blut-Hirn-Schranke des Fetus das konsumierte Ethanol über die Plazenta ungehindert in den fetalen Blutkreislauf Eingang findet („das Kind trinkt mit“). Wegen des biochemisch noch unreifen Organismus (insbesondere der noch nicht ausgebildeten Leber) können die bei Erwachsenen einsetzenden Entgiftungsprozesse beim ungeborenen Kind nicht bzw. nur schwächer und verzögert stattfinden. In der Folge sind die toxischen Auswirkungen der Alkoholexposition hier um ein Vielfaches verstärkt. Besonders sensibel ist selbstredend das erste Trimester, weil hier essenzielle Prozesse für die Entwicklung des embryonalen Organismus vonstattengehen, was manifeste Fehlbildungen verursachen kann<sup>11</sup>. Im zweiten und dritten Trimester sind Wachstumsverzögerungen eine naheliegende Schadensfolge, die sich häufig im weiteren Verlauf nicht mehr ausgleichen lassen. Vor allem aber wird durch eine Alkoholintoxikation die Entwicklung des zentralen Nervensystems über die gesamte Schwangerschaft hinweg – mehr oder weniger massiv – beeinträchtigt<sup>12</sup>. Ein häufig benanntes Beispiel ist die Mikrozephalie: eine Fehlbildung des Gehirns, mit der in aller Regel erhebliche kognitive Einschränkungen einhergehen<sup>13</sup>.

Solche können sich im Rahmen der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit, insbesondere der Gedächtnisleistung, aber auch der Exekutivfunktionen, der Selbstregulationsprozesse (v. a. Impulskontrolle, lebenszielorientiertes Selbstmanagement u. a. m.), des erfahrungsbaasierten Lernens und beim Spracherwerb manifestieren<sup>14</sup>. Die kognitiven Einschränkungen erstrecken sich dabei auf die gesamte Bandbreite des Spektrums: von leichten Lernbeeinträchtigungen bis zur schweren geistigen Behinderung. Auf der Verhaltensebene zeigen sich offenbar bereits bei sechs Monate alten Säuglingen typische „Temperamentsauffälligkeiten“ wie häufiges Schreien, Weinen, Ess- und/oder Schlafstörungen, die sich im weiteren Verlauf zu externalisierten Verhaltensauffälligkeiten wie insbesondere eine ADHS, eine verlangsamte kognitive Informationsverarbeitung und gestörte Vigilanz (Wachheit, Aufmerksamkeit) entwickeln können<sup>15</sup>. In einer aktuellen US-amerikanischen Befragungsstudie gaben 35,2 % der interviewten Jugendlichen (im Alter zwischen 13 und 18 Jahren) mit FASD an, immer wieder suizidale Gedanken zu entwickeln (Vergleichsgruppe ohne FASD: 17,2 %); 13 % von ihnen hatten bereits einen ernsthaften Suizidversuch im vorausgegangenen Jahr unternommen (ohne FASD: 2,4 %)<sup>16</sup>. Im Ganzen führt also kein Weg an der Erkenntnis vorbei, dass der pränatale Konsum von Alkohol – neben jenem von Nikotin – als ein hochpotenter Risikofaktor für die frühkindliche Entwicklung in körperlicher, neurologischer wie verhaltenspsychologischer Hinsicht begriffen werden muss. Die therapeutischen Optionen beschränken sich hingegen – in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Entdeckung – auf Förderleistungen zum Zwecke einer symptombezogenen Milderung (je nach konkreter Komorbidität); die FASD als solche ist jedoch eine irreversible Schadensfolge ohne „Heilungsaussicht“<sup>17</sup>. Manche Auswirkungen können sich auch erst als irreversible Spätfolge zeigen (wie beispielsweise schwere, klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten)<sup>18</sup>. Die neuere Literatur geht davon aus, dass erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer FASD weit häufiger als bisher wahrgenommen in psychiatrischen Einrichtungen oder Praxen vorstellig werden, ohne dort als solche erkannt zu werden, was eine adäquate Behandlung unmöglich macht<sup>19</sup>.

#### IV. Diagnose(-un-)sicherheit

Um den Kindern überhaupt eine sinnhafte Therapieoption offenzuhalten, ist eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung unverzichtbar. Diese fällt jedoch deshalb schwer, weil es an einer eindeutigen pathognomonischen (für die Krankheitsanlage signifikanten) Symptomatik fehlt. In der Praxis werden daher häufig nur ausgeprägte Formen von FAS erkannt, insbesondere in Fällen, in denen Mütter bereits in der Geburtsklinik als chronisch Alkoholerkrankte identifiziert werden. Ein partiales FAS zu diagnostizieren ist jedoch eine anspruchsvolle Aufgabe, zumal in der Lebenswirklichkeit viele der betroffenen Frauen polytoxikoman sind<sup>20</sup>.

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik der FASD nennt vier Kriterien, die in eine Gesamtbeurteilung einfließen sollten („4-Digit-Diagnostic-Code“)<sup>21</sup>; Auffälligkeiten lediglich in einer „Säule“ reichen danach nicht aus: Erstens weist eine Wachstumsauffälligkeit (Kleinwuchs, Untergewicht bei Geburt) auf eine intrauterine Alkoholexposition hin, weil diese Folge bei FASD-Kindern signifikant häufiger auftritt<sup>22</sup>. Die Verdachtslage verstärkt sich, wenn kraniofaziale Stigmata (im Gesichtsbereich) hinzukommen, d. h. kurze Lidspalten, eine schmale Oberlippe und eine abgeflachte Rinne zwischen Nase und Oberlippe (Philtrum)<sup>23</sup>. Diese Kennzeichen verlieren aber ihre visuelle Deutlichkeit im Jugendlichen- und Erwachsenenalter. Zudem besteht unter Experten ein Konsens, dass derartige Auffälligkeiten des Gesichts als alleiniges Kriterium für die Diagnose FAS/FASD nicht ausreichen<sup>24</sup>. Drittens leiden die Kinder wesentlich an psychiatrisch relevanten Störungen und nicht altersentsprechenden Verhaltensauffälligkeiten, die auf strukturelle<sup>25</sup> und funktionelle<sup>26</sup> Beeinträchtigungen des Zentralen Nervensystems hinweisen. Ein großes Problem für das Ziel einer möglichst frühzeitigen Diagnostik ist

- 11) Dazu näher Römer/Reinelt/Petermann/Teickner, *Kindheit und Entwicklung* 2019, 6, 9, <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000267>.
- 12) Römer/Reinelt/Petermann/Teickner, *Kindheit und Entwicklung* 2019, 6, 9, <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000267>.
- 13) Dazu bspw. Fryer/McGee/Matt u. a., *Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure*, *Pediatrics* 2007, e733 ff.
- 14) Z. B. Mattson/Crocker u. a., *Fetal alcohol spectrum disorders: Neuropsychological and behavioural features*, *Neuropsychology Review* 2011, 81 ff.
- 15) Vgl. Römer/Reinelt/Petermann/Teickner, *Kindheit und Entwicklung* 2019, 6, 11 (m. w. N.), <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000267>.
- 16) O'Connor/Portnoff/Lesack-Coleman/Dipple, *Suicide risk in adolescents with fetal alcohol spectrum disorders*, *Birth Defects Research* 2019, 828 ff., doi: 10.1002/bdr2.1465.
- 17) Z. B. Denny/Coles/Blitz, *Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, *American Family Physician* 2017, 515 ff., 518.
- 18) Dazu bspw. Spohr/Steinhausen, *DÄBl.* 2008, 693 ff., 696.
- 19) Näher Walloch/Burger/Kornhuber, *Psychiatrie* 2012, 320 ff.
- 20) Vgl. Spohr/Steinhausen, *DÄBl.* 2008, 693, 694.
- 21) Spohr/Steinhausen *DÄBl.* 2008, 693, 694.
- 22) Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025)“, 2016, S. 46 f., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 23) Dazu im Einzelnen Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025)“, 2016, S. 48 ff., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 24) Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025)“, 2016, S. 54, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 25) Gemeint: Mikrozephalie, d. h. signifikant reduzierter Kopfumfang (bereits o. bei Fn. 13).
- 26) Z. B. generelle Intelligenzminderung, signifikante (nicht altersspezifische) Defizite im Sprachvermögen, in der Feinmotorik, in exekutiven Funktionen und/oder sozialen Fähigkeiten.

aber, dass viele psychologische Testverfahren erst ab einem bestimmten Alter des Kindes einsetzbar sind; im Säuglings- und auch im Kleinkindalter lassen sich derartige Leistungsminderungen „nur sehr schwer oder überhaupt nicht evaluieren“<sup>27</sup>. Zudem treten diese ZNS-Auffälligkeiten zwar häufig bei Kindern mit FAS/FASD auf, sind aber hierfür nicht spezifisch, d. h. es sind stets auch andere Krankheitsursachen denkbar<sup>28</sup>. So wird bei einem Symptombild, das von Hyperaktivität und impulsiv-unkontrolliertem Verhalten gekennzeichnet ist, ergänzt um eine schlechte Konzentrationsfähigkeit und verlangsamten Reaktionszeiten, häufig eine Diagnose für ADHS gestellt. Da es jedoch offenbar an einer suffizienten Datenlage zum (genetischen?) Zusammenhang von pränataler Alkoholbelastung und ADHS fehlt<sup>29</sup>, lässt sich häufig unter den ADHS-Kindern nicht die Gruppe jener ausmachen, bei denen ein FASD die Ursache hierfür ist.

Deshalb kommt es für die letztendliche Beurteilung häufig darauf an, dass sich – viertens – im Rahmen der Anamnese triftige Anhaltspunkte für einen Alkoholabusus der Mutter während der Schwangerschaft offenbaren. Dies dürfte jedoch nur in einem Bruchteil der einschlägigen Fälle zu ermitteln sein, denn die aktuelle Erkenntnislage geht allgemein davon aus, dass weit mehr und weit häufiger getrunken wird, als im jeweiligen klinischen Kontext wie auch in den bisherigen Befragungsstudien eingeräumt wird<sup>30</sup>. Soweit in diesen Studien die Angaben der Probandinnen mit den Abbaumarkern bzw. den Alkoholabbauprodukten aus Urin und Haaren verglichen werden konnten, zeigten sich durchgängig erhebliche Diskrepanzen: So gaben in einer Befragung 91,3 % der Befragten an, überhaupt keinen Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert zu haben; keine Befragte räumte einen täglichen Alkoholkonsum ein; mit Hilfe von biochemischen Vergleichsuntersuchungen konnten hingegen ein Viertel der Teilnehmerinnen eindeutig als regelmäßige Alkoholkonsumentinnen identifiziert werden<sup>31</sup>. In einer anderen, zahlenmäßig groß angelegten Studie mit werdenden Müttern und ihren Neugeborenen waren bei 602 analysierten Proben 43 (= 7,1 %) auf Ethylglucuronid oder Fettsäureethylester positiv getestet worden, was den Verdacht auf einen riskanten Alkoholkonsum nahelegte; alle Mütter hatten jedoch angegeben, keinen oder „nur selten“ Alkohol während ihrer Schwangerschaft getrunken zu haben<sup>32</sup>. Eine neuere Metastudie kommt nach Durchsicht der vorhandenen Studienlage zu dem ernüchternden Fazit, dass der pränatale Alkoholkonsum „trotz seiner auch in der Öffentlichkeit bekannten, schwerwiegenden Folgen ... ein verbreitetes Phänomen“ ist<sup>33</sup>. Die klinische Medizin entwickelt und erprobt daher in der jüngeren Vergangenheit verstärkt „objektive“ Test- und Screening-Verfahren, um für die Zukunft eine verbesserte Diagnostizierbarkeit für das breite Anwendungsspektrum zu ermöglichen<sup>34</sup>.

## V. Soziale Folgen

Das weitere Schicksal der von FAS/FASD betroffenen Jugendlichen und Erwachsenen ist bislang nur ungenügend bekannt, weil es nur wenige (publizierte) Langzeitstudien hierzu gibt. Die wesentlichen Ergebnisse einer US-amerikanischen Untersuchung<sup>35</sup> waren, dass bei 90 % der Erwachsenen (erhebliche) psychische und andere Gesundheitsprobleme bestanden (in ca. 50 % der Fälle eine Depression), in einem Anteil von 60 % Schulunterbrechungen oder ein vorzeitiger Schulabbruch wegen Lern- und/oder Verhaltensstörungen vorausgegangen sind, in demselben Anteil war es zu Konflikten mit dem Strafgesetz gekommen, und etwa die Hälfte der Erwachsenen musste zeitweise stationär untergebracht werden, sei es in Justizvollzugsanstalten, Entzugs- oder psychiatrischen Kliniken. Über 80 % von ihnen benötigten personelle Unterstützung in der

Lebensführung, hatten große Probleme mit dem Zugang zu einer geregelten Erwerbstätigkeit und waren nur selten zu einer selbstständigen Lebensführung imstande.

Eine neuere (deutsche) Publikation beurteilt die Folgen der intrauterinen Alkoholexposition als „verheerend“ für die gesamte individuelle Existenz: Es handelt sich um eine „lebenslange Diagnose“, die in dieser zugespitzten Dimension in der Öffentlichkeit, aber auch in der ärztlichen Praxis nicht hinreichend bekannt ist<sup>36</sup>. Die therapeutischen Möglichkeiten sind sehr limitiert und vor allem darauf gerichtet, sekundäre Behinderungen zu verhindern und den Betroffenen zur bestmöglichen Nutzung ihrer sehr limitierten Chancen zu verhelfen. Regelmäßig erfordert dies eine intensive psychosoziale Betreuung auch im Erwachsenenalter und eine interdisziplinäre Versorgung mit den Trägern psychosozialer Hilfen. Während der Kindheit und Adoleszenz tragen vor allem Pflegeeltern die großen Belastungen, die den betroffenen Kindern durch das FAS/FASD-Syndrom aufgebürdet sind; denn für die große Mehrzahl erfolgte aufgrund einer Kindeswohlgefährdung eine zwangsweise Inobhutnahme auf Veranlassung der Jugendämter. Häufig leiden diese Kinder deshalb zusätzlich an einer mangelnden Bindungsfähigkeit, was ihre Entwicklungschancen weiter beeinträchtigt. Nicht selten werden die Pflegeeltern über die Hintergründe der Inobhutnahme – den chronischen Alkoholmissbrauch durch die Mutter – nicht aufgeklärt bzw. werden Aufklärungsbemühungen durch die Jugendämter nicht unterstützt, so dass sich vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen „oft die einzige Spur, die zur Diagnose

- 27) Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025), 2016, S. 58f., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- 28) Landgraf/Heinen, S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (AWMF-Register-Nr. 022-025), 2016, S. 60, 62, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>; nach Streissguth/O'Malley gibt es kein einheitliches neuropsychologisches Profil, das alle Patienten unisono charakterisiere: Neuropsychiatric implications and longterm consequences of fetal alcohol spectrum disorders, Seminars in Clinical Neuropsychiatry 2000, 177 ff.
- 29) Burger/Goecke/Fasching u. a., Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf die Entwicklung von ADHS beim Kind, Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2011, 500 ff., <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1273360>.
- 30) Statt vieler z. B. Burger/Goecke/Fasching, Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf die Entwicklung von ADHS beim Kind, Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2011, 500, 503, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1273360>: „Die Vermutung, dass deutlich mehr getrunken als angegeben wurde, liegt aufgrund anderer Datenerhebungen zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nahe und ist sehr wahrscheinlich“.
- 31) Wurst/Kelso/Weimann u. a., Measurement of direct ethanol metabolites suggests higher rate of alcohol use among pregnant women than found with the AUDIT, American Journal of Obstetrics & Gynecology 2008, e401 ff.
- 32) Bakdash/Burger/Goecke u. a., Quantification of fatty acid ethyl esters (FAEE) and ethyl glucuronide (EtG) in meconium from newborns for detection of alcohol abuse in a maternal health evaluation study, Analytical and Bioanalytical Chemistry 2010, 2469 ff.
- 33) Burger/Goecke/Fasching, Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf die Entwicklung von ADHS beim Kind, Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2011, 500, 503, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1273360>.
- 34) Dazu näher Burger, Beurteilung von Prävalenz, Risikofaktoren und Folgen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, Bochum 2018, <https://hss-opus.ub.ruhr-uni-bochum.de/opus4/frontdoor/index/index/year/2018/docId/5941>.
- 35) Streissguth/Barr/Kogan/Bookstein, Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit, 1996.
- 36) Spohr/Steinhausen, DÄBl. 2008, 693 ff., 696.

führen könnte, [...] verliert“<sup>37</sup>. Die Folge ist, dass der Anteil von Kindern mit FAS/FASD in Sonderschulen für Lern- oder geistig Behinderte auffallend hoch ist: „Aber auch für die Normalbegabten bleibt in vielen Fällen wegen des auffälligen Verhaltens nur der Weg in die Sonderschule für Lernbehinderte oder verhaltensauffällige Kinder“<sup>38</sup>. Diese gesamtgesellschaftliche Problematik von hoher praktischer Relevanz, die insbesondere einem relevanten Anteil der Kinder ihre Zukunft nimmt, kann nicht länger sehenden Auges hingenommen werden; erforderlich sind vor allem verstärkte Anstrengungen zur Effektivierung der notwendigen Prävention. Welcher regulatorischen Veränderungen es hierzu bedarf bzw. in welchen rechtlichen Kontexten überhaupt nach Lösungen zu suchen ist, war Gegenstand einer kontroversen Debatte in der AG Medizinstrafrecht des „Kriminalpolitischen Kreises“ (KritK); die nachfolgenden Beiträge stellen die jeweiligen Positionen zur Diskussion.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die

Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

37) *Spohr/Steinhausen*, DÄBl. 2008, 693 ff., 696.

38) *Spohr/Steinhausen*, DÄBl. 2008, 693 ff., 696 (Fn. 18), ebd.

## Schutz der körperlichen Integrität ungeborener Kinder gegen gesundheitsschädliches Verhalten von Schwangeren: keine Sache des Strafrechts?

Gunnar Duttge

### I. Erweiterter Schutzbedarf

Ungeborene Kinder sind heute in erheblichem Ausmaß Gefährdungen ausgesetzt, auch solchen, die in die Verantwortungssphäre ihrer Mütter fallen. Dazu zählt insbesondere – mit einer erschreckend weiten Verbreitung – der Alkohol- und Drogenkonsum während der Schwangerschaft<sup>1</sup>. Die empirischen Erkenntnisse zeigen deutlich, dass der allgemeine moralische Appell („[if you] start trying [to conceive], stop drinking: every moment matters“)<sup>2</sup> im praktischen Lebensvollzug relativ häufig nicht, jedenfalls nicht streng beachtet und offenbar gesamtgesellschaftlich eher als unverbindliche Empfehlung an schwangere Frauen „in eigenen Angelegenheiten“ aufgefasst wird. Zugleich lassen die begegnenden Tendenzen der Bagatellisierung oder gar Verheimlichung darauf schließen, dass Grund hierfür cum grano salis kein Wissens- und Aufklärungsdefizit (mit Ausnahme des beharrlichen Irrglaubens zur vermeintlichen Unbedenklichkeit eines „einmaligen“, „moderaten“ Alkoholkonsums)<sup>3</sup>, sondern eine mangelnde Befolgungsbereitschaft ist: Diese ließe sich aber im Normalfall durch bloße Änderung der Lebensgewohnheiten ohne Weiteres herstellen, sofern nicht ausnahmsweise<sup>4</sup> eine manifeste Suchterkrankung die aus Gründen des Schädigungsverbots erwartete Abstinenz erschwert.

Diese Ausgangslage drängt es geradezu auf, nach Instrumenten der Verhaltenssteuerung Ausschau zu halten, die eine größere Verbindlichkeit in sich tragen und die erwartete Normbefolgung ggf. auch durch generalpräventive Androhung einer Sanktion erzwingen. Denn nach gelten-

der verfassungsrechtlicher Interpretation ist das ungeborene Kind von Beginn der Schwangerschaft an eine eigene werthafte Entität mit einem eigenständigen Existenzrecht und Anspruch auf Wahrung der körperlichen Unversehrtheit, auch gegenüber der Mutter selbst, und nicht bloß ein unselbständiges körperliches „Anhängsel“ des mütterlichen Organismus<sup>5</sup>. Diese zwangsläufige Drittbetroffenheit begründet überhaupt erst einen Rechtskonflikt zwischen Selbstbestimmungsfreiheit und leiblich-existentialer Integrität, für den §§ 218 ff. StGB in Bezug auf das herausgehobene Konfliktszenario des tödlichen Abbruchs eine kompromisshafte Orientierung zu geben suchen. Aus diesem Normenbestand lässt sich zweierlei folgern: Auch in der spezifischen Konfliktsituation zwischen Mutter und Fötus begründet die Aktivierung des Strafrechts keineswegs per se einen Verstoß gegen das Ultima-ratio-Prinzip (allen zeitgeistigen Tendenzen zum Trotz, die Eigenwertigkeit des Ungeborenen in Abrede zu stellen)<sup>6</sup>; zugleich

1) Dazu im Einzelnen Duttge, MedR 2023, 431 ff. (in diesem Heft).

2) So eine aktuelle bevölkerungsweite Kampagne in Australien: <https://www.health.gov.au/news/the-every-moment-matters-campaign-highlights-the-risks-of-drinking-alcohol-during-pregnancy>.

3) Vgl. zuletzt *Kramer/Isensee/Klapp/Mais*, Gynäkologische Praxis 2020, 25, 31 (mit ergänzendem Hinweis auf die häufige Blauaugigkeit beim Konsum alkoholhaltiger Lebensmittel und Speisen).

4) Verlässliche Studien über den Anteil (schwer) suchterkrankter Schwangeren gibt es (jedenfalls in Deutschland) nicht.

5) Vgl. nur BVerfGE 39, 1 ff. und 88, 203 ff.

6) S. aktuell die Ankündigung der Bundesfamilienministerin *Paus* in Richtung einer ersatzlosen Streichung der §§ 218 ff. StGB (berichtet u. a. in: Zeit Online v. 5. 1. 2023; zu den verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf die Schutzpflicht zugunsten der Lebenserhaltung: *Duttge*, medstra 2022, 207 ff.); zuvor ist dieser Zeitgeist bereits deutlich geworden mit der vollständigen Abschaffung des § 219a StGB; dazu bspw. *Duttge*, in: GS f. *Tröndle* 2019, S. 711 ff.