Prägung – Risiken – Lösungsansätze

6/2025

Prägung und frühe Risiken

FASD: vergessene Diagnose und Konsequenzen für Betroffene
ACE erklärt: Kindheit prägt Sucht

Orientierung an der Klientel

Reha Lutzenberg: gelebte Vielfalt, Inklusion und Sensibilisierung
Anabolika-Drug-Checking Zürich

Geeigneter Umgang

Psychedelika: wie kann die Integration gelingen?
Tabakinszenierung auf TikTok

SuchtMagazin

Interdisziplinäre Fachzeitschrift der Suchtarbeit und Suchtpolitik

Inhalt

5 **Gelebte Vielfalt: Wie Suchthilfe für alle wirksam sein kann**
Mo Sittaro, Facia Marta Gamez

10 **Die Fetale Alkoholspektrumstörung, eine zu wenig beachtete Erkrankung**
Daniel Aemisegger, Lesley Bailer, Haleh Hekmat, Roger Mäder

16 **Zwischen Selbstoptimierung und Gesundheitsrisiken – ein Versorgungsmodell für Anabolika-Konsumierende mit Zukunft?**
Michel Käppeli

23 **Die Integration psychedelischer Erfahrungen**
Claude Weill

28 **Maladaptive Bewältigungsmodelle traumatischer Kindheitserfahrungen – zum Zusammenspiel von ACE und Sucht**
Piotr J. Lange

34 **Das gezielte Werben für Tabakprodukte bei Minderjährigen auf TikTok**
Micaela Rossi, Nadja Furrer

41 **Podcast zum Thema:**
Ist mein Bauchgefühl kaputt? Körperliche Entfremdung in Zeiten der Sucht
Stefanie Bötsch

42 **Fazit.**
ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 15-Jährigen:
Die Schweiz im internationalen Vergleich

48 **Newsflash**

49, 50 **Bücher**

51, 52 **Veranstaltungen**

53 **Illustrationen**
Meret Schefer

54 **Artikelverzeichnis 51. Jahrgang**

Die Fetale Alkoholspektrumstörung, eine zu wenig beachtete Erkrankung

2025-6
Jg. 51
S. 10 - 14

Die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bildet in den Industrieländern die häufigste nicht genetisch bedingte Erkrankung bei der Geburt, dennoch sind die Folgen schwierig sicht- oder diagnostizierbar. Bis heute ist FASD in der Schweiz nicht explizit auf der Liste der Geburtsgebrechen erwähnt, was wesentliche Konsequenzen für die Betroffenen hat. In der Schweiz gibt es keine spezifischen Hilfsangebote für Betroffene oder deren Angehörige. Ein neugegründeter Verein will dies nun mit einem Netzwerk ändern.[1]

DANIEL AEMISEGGER
FH Sozialarbeiter, Geschäftsleiter Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS), Koordinator Praxis Suchtmedizin Schweiz, Vorstandsmitglied, www.fasd-schweiz.ch, aemisegger@fasd-schweiz.ch

LESLEY BAILER
Co-Leitung Schweizerische Fachstelle Pflegefamilie SPF, Supervisorin, Fachkraft FASD, Vizepräsidentin, www.fasd-schweiz.ch, bailer@fasd-schweiz.ch

HALEH HEKMAT
Dr. rer. nat., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied, www.fasd-schweiz.ch, hekmat@fasd-schweiz.ch

ROGER MÄDER
FH Sozialarbeiter, Trainer Motivational Interviewing, Vorstandsmitglied Fachverband Sucht, Vereinspräsident, www.fasd-schweiz.ch, maeder@fasd-schweiz.ch

Ausprägung und Verbreitung von FASD

Der Begriff Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) fasst eine Reihe verschiedener Symptomausprägungen zusammen, die dadurch charakterisiert sind, dass physische und mentale Störungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten auftreten, die ein Leben lang bestehen können und mit einer pränatalen Alkoholexposition in der Schwangerschaft assoziiert sind (Spohr 2014: 10). FASD bildet in den Industrieländern die häufigste nicht genetisch bedingte Erkrankung bei der Geburt, jedoch sind nicht alle Folgen davon leicht sicht- oder diagnostizierbar (Helfferich et al. 2016; Spohr 2016: 8-9). Die Krankheit FASD umfasst (Landgraf & Hoff 2019: 31-32):

- FAS: Fetales Alkoholsyndrom: ‹Vollbild› der Erkrankung mit Wachstums- und Gesichtsauffälligkeiten und somit die am einfachsten diagnostizierbare Form (ca. 10-25 % der Fälle)
- pFAS: Partielles Fetales Alkoholsyndrom: Hier überwiegen vor allem neurokognitive und behaviorale Auffälligkeiten
- ARND: Alkoholbedingte Neurologische Entwicklungsstörungen

Zur Häufigkeit von FAS/FASD in der Schweiz liegen keine offiziell bestätigten Zahlen vor. Die Angaben stützen sich auf Berechnungen und statistische Daten zu Alkoholkonsum sowie auf Vergleichszahlen aus anderen Ländern. Für den *Global status report on alcohol and health 2018* der WHO wurden Prävalenzen für FASD der einzelnen Länder berechnet. Diese korrelieren mit den erhobenen Daten zu Alkoholkonsum. Dabei ergaben sich regional grosse Unterschiede. Die höchste Prävalenz für FASD (inkl. FAS) besteht demnach für die Region Westeuropa mit 198,2 Fällen pro 10 000 Personen in der Gesamtbevölkerung (WHO 2018: 6). Für die Schweiz ergibt dies 180 000 von FASD betroffene Personen. In seinem Faktenblatt zu Alkoholkonsum während der Schwangerschaft[2] hält das Bundesamt für Gesundheit fest, dass in der Schweiz mit mindestens 1700 von FASD betroffenen Neugeborenen pro Jahr gerechnet werden muss. 10-25 % dieser Kinder haben ein FAS. Weiter geht das BAG davon aus, dass für bis zu 7,5 % der Lebendgeborenen hierzulande das Risiko besteht, FASD zu entwickeln (Maître et al. 2020). Zum Vergleich: Autismus Spektrum 1-3 %, bei Trisomie 21 sind es 0,14 %.

Eine Gesundheitsbefragung des BAG im Jahre 2018 ergab einen Alkoholkonsum von mehr als einmal pro Woche bei ca. 44 % der Frauen im gebärfähigen Alter. Nur etwas mehr als 60 % gaben an, während Schwangerschaft und Stillzeit auf Alkohol verzichtet zu haben. Damit liegt die Schweiz über dem westeuropäischen Durchschnitt (Gmel & Notari 2018; Popova et al. 2018). Zu beachten ist, dass die Entstehung von FASD nicht einen regelmässigen Alkoholkonsum oder gar eine Alkoholabhängigkeit der Mutter voraussetzt. So tragen zum Beispiel schwangere Frauen mit punktuell exzessivem Konsum (4 Standardgläser oder mehr) sogar ein sehr hohes Risiko die Entwicklung dieser Erkrankung bei ihrem Kind hervorzurufen.

Auswirkungen von Alkohol während der Schwangerschaft

Bisher (2025) fehlen wissenschaftliche Erkenntnisse zu einer für die Entwicklung des Ungeborenen unbedenklichen Alkoholkonsummenge. Deshalb lautet die ärztliche Empfehlung immer noch Punktabstinenz, was ein gänzlicher Verzicht auf Alkohol während der gesamten Schwangerschaft bedeutet (Landgraf & Hoff 2019: 20). Alkohol ist vollständig plazentadurchgängig, ruft auf verschiedene Weisen Fehlbildungen hervor und ist dadurch schädlich für die Organ- und Hirnentwicklung sowie für das Wachstum. Je nach Entwicklungsphase des Embryos/Fötus, verursacht die Alkoholexposition unterschiedliche Beeinträchtigungen (Spohr 2016: 121). Da die Entwicklung des Gehirns die ganze Schwangerschaft über andauert, ist eine Schädigung zu jedem Zeitpunkt möglich und betrifft dementsprechend Struktur, Volumen und/oder Vernetzung (siehe Grafik). Ein Abbau von Alkohol durch den Fötus ist nicht bzw. ab der 26. Schwangerschaftswoche sehr beschränkt möglich. Daraus ergibt sich eine höhere Konzentration und ein längerer Verbleib des Alkohols im Blutkreislauf des Ungeborenen (Maître et al. 2020).

Zahlen aus Deutschland zeigen, dass 20-25 % aller Pflegekinder von FASD betroffen sind. Umgekehrt hat man festgestellt, dass ca. 80 % aller Kinder mit FAS nicht bei ihren Herkunftseltern, sondern in Pflegefamilien, stationären Einrichtungen oder in Adoptivfamilien leben (Nordhues et al. 2015: 28). Eine aktuelle kanadische Studie zu FASD (nicht FAS) zeigt ein ähnliches Bild: fast 19 % aller Pflegekinder sind demnach von FASD betroffen und über 30 % aller Kinder mit FASD werden fremdplatziert. In dieser Studie wurden keine Zahlen zum Vollbild FAS erhoben (Engsether et al. 2024). Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich die Situation in der Schweiz ähnlich präsentiert.

Schwierigkeit der Diagnostik

Bei vielen dieser Kinder besteht zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung keine Information zu einer allfälligen pränatalen Alkoholexposition. Anders als zum Beispiel beim Konsum von Heroin durch die werdende Mutter, bleiben die Beeinträchtigungen, die durch Alkohol verursacht werden, ein Leben lang bestehen (Spohr & Steinhausen 2008).

Nicht selten spüren Pflege- und Adoptiveltern nach einer Aufnahme relativ schnell, dass beim Kind etwas anders ist. Durch fehlende Kenntnis über das Störungsbild und wenig sensibilisierte Fachpersonen im Helfer:innensystem, werden innerfamiliär grosse Bestrebungen unternommen, den Alltag zu bewältigen. Das Ausmass der Störung wird ausserfamiliär häufig erst im Alter von 3-6 Jahren erkannt, wenn die Kinder in Spielgruppe, Kindergarten und Einschulung an ihre Grenzen kommen, eine Überforderung in Teilbereichen sichtbar wird oder Verhaltensauffälligkeiten beobachtet werden (Möller & Feldmann 2013: 149).

Vor allem die Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen[3] wirkt sich direkt auf den Familienalltag und das soziale Leben der Kinder aus und stellt, je nach Ausprägung, eine grosse Herausforderung für die Familien dar.

Der Familienalltag mit von FASD betroffenen Kindern und Jugendlichen gestaltet sich äusserst herausfordernd, da herkömmliche Erziehungsstrategien und -Haltungen oft nicht weiterhelfen. Nach Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr, dem Leiter des FASD-Zentrums Berlin, tragen die Pflegeeltern im gesamten Erziehungs- und Beziehungssystem häufig die Hauptlast (Spohr & Steinhausen 2008: 530). Leiden doch ihre Pflegekinder oft unter Essstörungen, motorischer Unruhe und ausgeprägten Schlafstörungen in der Säuglingszeit.

Mit dem Heranwachsen zeigen betroffene Kinder in bis zu 60 % der Fälle eine überdurchschnittliche Hyperaktivität und ein unruhiges, unkontrolliertes Verhalten. Sie haben zudem erhebliche Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit, was dazu führt, dass neben einer verminderten Intelligenz die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die häufigste diagnostizierte Störung ist (Spohr & Steinhausen 2008: 530). Die Abgrenzung zu möglichen Komorbiditäten (ADHS, ASS, Bindungsstörung, Traumatisierung etc.) ist schwierig und viele Betroffene gehen ohne FASD-Diagnose durchs weitere Leben (Becker et al. 2020: 85).

Herausforderungen im Alltag

Obwohl vom Aussehen her oft wenig auffällig, können Jugendliche mit FASD aggressiv oder depressiv wirken und in ihrer Entwicklung auf verschiedene Weise beeinträchtigt sein. Trotz allenfalls guter Sprachfähigkeiten haben sie Schwierigkeiten, sowohl einfache als auch komplexe Zusammenhänge zu verstehen und umzusetzen. Sie kämpfen mit Bindungsproblemen und fühlen sich oft als Aussenseiter:in, was dazu führen kann, dass sie die ihnen gesetzten Grenzen überschreiten, bis hin zu Gewalttaten und Diebstahl (Streissguth et al. 2004: 228-238). Die schulische Laufbahn ist stark von der häufig eingeschränkten Grundintelligenz abhängig. Auch bei Kindern mit Normalbegabung führt in vielen Fällen das auffällige Verhalten dazu, dass sie nur den Weg in eine Sonderschule für Kinder mit Lernbeeinträchtigung oder Verhaltensauf-

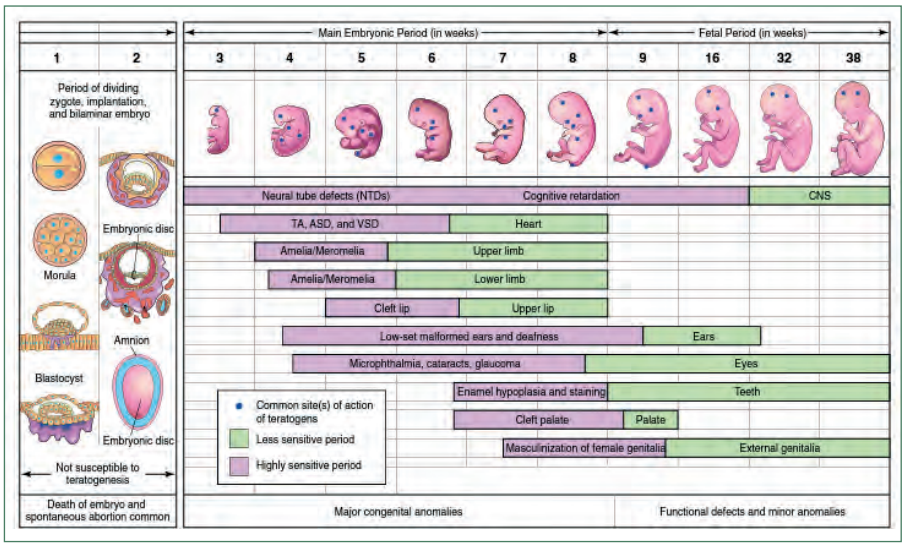

Abbildung 1: **Sensible Phasen der pränatalen Entwicklung (Quelle: Persaud & Torchia 2025: 436).**

fälligkeit einschlagen können (Spohr & Steinhausen 2008). Wenn mit Erreichen der Volljährigkeit stabilisierende Strukturen wegbrechen, drohen Alltagsüberforderung, Delinquenz oder Alkohol- und Drogenprobleme (Streissguth et al. 1996: 31; Becker et al. 2020: 87). Eine gut begleitete Transition und weitere Unterstützung sind deshalb wichtig.

Verschiedene Studien (Streissguth et al. 1996; Ericson et al. 2017) haben protektive Faktoren identifiziert, die das Ausmass der langfristigen Folgen der vorgeburtlichen Schädigungen verringern. Dazu gehören unter anderem die frühe Erstdiagnose vor dem 6. Lebensjahr, das Aufwachsen in einem stabilen und unterstützenden Zuhause für mehr als 70 % der Lebenszeit, das Fehlen von Gewalterfahrungen sowie die Inanspruchnahme therapeutischer Unterstützung.

Eine möglichst frühe Diagnose und ein damit verbundenes Krankheitsverständnis ermöglicht dem Umfeld eine neue innere Haltung dem Kind gegenüber und kann innerfamiliär eine grosse Entlastung bedeuten. Schwierigkeiten und Auffälligkeiten ihrer Kinder sind nicht Folge des erzieherischen Unvermögens der betreuenden Eltern, wie dies die Umwelt gern vermittelt, sondern es liegt ein Krankheitsbild mit Hirnschädigung vor (Spohr 2016: 201). Daraus leitet sich ein Umdenken hin zu einer hilfreichen pädagogischen Haltung ab. Kinder mit FASD brauchen eine andere Pädagogik, andere Strukturen und Hilfen als nicht betroffene Kinder (Leipholz & Kamphausen 2020: 69). Aus den besonderen erzieherischen Anforderungen für diese Kinder ergeben sich in vielen Fällen ausgeprägte psychische und subjektiv gefühlte Belastungen von betreuenden Eltern (Sarimski 2014; Olson et al. 2009).

Die Wirkung der auftretenden Schwierigkeiten auf das Familiengefüge und die zu betreuenden Menschen zeigt, dass Unterstützung und Entlastung von aussen dringend benötigt wird. Daher brauchen Bezugspersonen von Betroffenen Aufklärung über Ursachen und Besonderheiten von FASD, Beratung zu Unterstützungsangeboten und praktische Tipps im Umgang mit den Schwierigkeiten, dies auch als Burnout-Prophylaxe (Hoff-Emden & Oberländer 2017).

Bezüglich der Förderung ist es wichtig zu realisieren, dass Kinder und Jugendliche mit einer FASD-Erkrankung komplexe Defizite in verschiedenen Funktionen des zentralen Nervensystems haben und kein einheitliches neuropsychologisches Profil aufweisen. Die Therapie sollte wegen der Symptomvielfalt des FASD daher nicht diagnose-, sondern symptomorientiert ausgerichtet sein sowie individuell geplant und dem jeweiligen Verlauf angepasst werden (Landgraf & Hoff 2019: 63-71).

Sozioökonomische Folgen von FASD

Das grösste Problem in der Erforschung der sozioökonomischen Folgen von FASD liegt in der Unterdiagnose. Nur ein kleiner Teil der tatsächlich betroffenen Kinder erhält eine korrekte Diagnose. Dadurch werden die volkswirtschaftlichen Auswirkungen massiv unterschätzt. In der Schweiz existieren bislang keine umfassenden Studien oder Schätzungen, was die Dimension des Problems schwer erfassbar macht. Internationale Untersuchungen, vor allem aus den USA, Kanada, Schweden, Finnland und Deutschland, zeigen jedoch ein deutliches Bild. Die Kosten, die durch FASD entstehen, variieren je nach Land und Sozialsystem, doch die Grössenordnung ist alarmierend.

In Schweden wurden die gesellschaftlichen Kosten pro Kind auf rund 76 000 Euro pro Jahr geschätzt – bis zur Volljährigkeit summiert sich dies auf etwa 1,37 Mio. Euro (Ericson et al. 2017). In Finnland liegen die Schätzungen bei rund 1 Mio. Euro (Jolma et al. 2023) bis zum 16. Lebensjahr, während deutsche Berechnungen von der Universität Münster durchschnittlich 32 000 Euro jährlich bzw. 576 000 Euro bis zur Volljährigkeit ansetzen (Studie Uni Münster NRW 2015). Eine aktuelle Studie zeigt auf, dass eine frühzeitige Diagnose und Intervention sekundäre Komplikationen deutlich reduziert und damit auch ein erheblicher Teil der Folgekosten im Jugendalter vermieden werden könnte (Jolma et al. 2025). Früherkennung und gezielte Förderung sind somit nicht nur humanitäre, sondern auch ökonomisch sinnvolle Massnahmen.

Aus Sicht der Autor:innen darf eines nicht vergessen werden: Hinter jeglichen finanziellen Aufwendungen steht ein Kind, das für seine Beeinträchtigung keine Verantwortung trägt. Viele von ihnen leiden unter massiven Schwierigkeiten im sozialen Miteinander, fühlen sich ausgegrenzt und entwickeln Minderwertigkeitskomplexe. Die gesellschaftlichen Kosten sind daher nicht nur finanzieller, sondern auch zutiefst menschlicher Natur.

Forderungen an Politik und die Gesellschaft

Da es sich beim FASD-Krankheitsbild um ein gesamtgesellschaftlich relevantes Thema handelt, das in seiner individuell unterschiedlichen Ausprägung sowie alters- und störungsbezogener Heterogenität eine ebenso vielschichtige, bedarfsadaptierte und multiprofessionelle Hilfs- und Behandlungsplanung benötigt, ist die Gesellschaft während des ganzen Krankheitsverlaufs in ihrer Gesamtheit gefordert, sich aktiv zu beteiligen. Dies ist jedoch ohne grossflächige und konsequente gesundheitspolitische Massnahmen nicht zu realisieren. Basierend auf dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen,[4] das 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und 2014 von der Schweiz ratifiziert wurde, verpflichtet sich die Schweiz zur Förderung einer inklusiven Gesellschaft.[5] Dabei wird den Vertragsstaaten viel Ermessensspielraum eingeräumt, gleichzeitig bestehen aber auch konkrete Verpflichtungen.

Für die Schweiz bedeutet dies eine politisch-rechtlich gesicherte Basis zum Schutz vor Benachteiligung und Diskriminierung der Menschen mit Behinderungen durch Existenzsicherungsgarantie, Abschaffung physischer und digitaler Barrieren, ein inklusives integrierendes Bildungssystem, Recht auf Arbeit mit inklusiven Beschäftigungsmöglichkeiten, sicheren Zugang zu Unterstützungsleistungen für das bestmöglich selbstbestimmte Leben bis zur Wahlmöglichkeit in Bezug auf Wohnsituation und Lebensweise sowie Teilhabe an Wahlen und politischer Mitbestimmung.[6]

Bis die UN-Behindertenrechtskonvention auf nationaler Ebene vollständig umgesetzt ist – insbesondere mit Blick auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Erwachsenen mit FASD sowie die Klärung ihrer Ansprüche auf Leistungen

der Invalidenversicherung – bleibt noch ein weiter Weg. Hier wird ein konsequenter nationaler und transkantonaler Aktionsplan benötigt.

Prävention, Unterstützung und Versorgung in ganz unterschiedlichen Phasen

Aus Sicht der Autor:innenschaft ergeben sich folgende Massnahmen, die künftig zwingend in der Gesundheits- und Sozialpolitik der Schweiz umzusetzen sind.

Pränatale präkonzeptionelle Phase

Aus jahrzehntelangen weltweit erfolgten Studien ist bekannt, dass nicht nur werdende Mütter mit einer Alkoholabhängigkeit Gefahr laufen, ein Kind mit FASD zur Welt zu bringen. Auch phasenweise exzessives Binge-Drinking, unregelmässiger Konsum und fehlende Information zur FASD-Genese gelten heutzutage als wichtige Risikofaktoren (Landgraf & Hoff 2018).

Entsprechend kann im Sinne einer effektiven Primärprophylaxe in dieser Phase erfolgen:

- Systematische Edukation der angehenden Fachpersonen im gesamten Gesundheitswesen bereits während des Studiums/der Ausbildung in den Bereichen Humanmedizin, Pädagogik und Heilpädagogik, Sozialwesen, Suchtberatung und Geburtshilfe
- Schweizweite Informationskampagnen und Öffentlichkeitsarbeit mit regelmässiger und systematisch geplanter Aufklärung bereits im Schulalter und unter Miteinbezug des gesamten Schul- und Ausbildungssystems
- Proaktive Thematisierung der Familienplanung, dabei Aufklärung, Angstlinderung und Enttabuisierung in den Bereichen Gynäkologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Suchthilfe aber auch in hausärztlichen Praxen, wo Gespräche fernab einer Konsumstörung auf einer länger bestehenden Arzt-Patient:innen-Vertrauensbasis besprochen und Informationslücken geschlossen werden können
- Aufbringen von kurzem Informationsmaterial zu FASD-Risiko auf Flaschen und Dosen von alkoholhaltigen Getränken im Sinne einer Sensibilisierung kann zusätzlich helfen

Pränatale postkonzeptionelle Phase

- Bei Vorhandensein einer Substanzkonsumstörung proaktives Angebot aller in der Suchthilfe tätigen Fachpersonen mit einer lösungsorientierten und scham- und angstreduzierenden Entzugsbehandlungsplanung; hier wäre die Kooperation mit den zuständigen Fachpersonen aus den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe essentiell, falls Zustimmung der werdenden Mütter gegeben ist
- Bei Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (mit oder ohne vorbekannter Konsumstörung) koordinierte, multiprofessionelle Aufklärung, Angebot an Entzugsbehandlung und Entbindungsplanung in einer spezialisierten Einrichtung mit integrierter Neonatologie-Abteilung; hier kann der Miteinbezug der leiblichen Eltern und ggf. Abklärung der Frage nach Familienhilfe oder Pflegefamilien sehr hilfreich sein
- Wenn möglich – und nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Mutter – erfolgten Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bestätigen und dokumentieren; dadurch kann eine Diagnosestellung für das betroffene Kind zu einem späteren Zeitpunkt erleichtert bzw. überhaupt erst ermöglicht werden
- Sozial- und familientherapeutisch begleitende Entlastung der leiblichen Eltern (der werdenden Mütter), vor allem bezüglich Klärung finanzieller Not, Wohnungssituation und häuslicher Gewalt

Postnatale Phase bis zur Einschulung

- Sicherung der Frühdiagnose in der Pädiatrie bzw. Spezial-/Entwicklungspädiatrie, dabei bestmögliche Identifikation etwaiger Komorbiditäten
- Sicherung der Diagnose/des Ausschlusses von Organschäden aufgrund der Alkoholwirkung
- Planung einer kontinuierlichen multiprofessionellen Begleitung mit heilpädagogischer, sozialtherapeutischer, ergo-und physiotherapeutischer und logopädischer Nachsorge
- Sozial- und familientherapeutisch begleitende Entlastung der leiblichen Eltern oder Pflegefamilien, Identifikation von etwaigen Gefährdungsmomenten (emotionale Vernachlässigung, Traumatisierung, konsumierende Eltern) und falls nötig Meldung an KESB

Einschulung bis zum Erwachsenenalter

- Weiterhin wichtig ist die Sicherung der Diagnose, falls bisher nicht der Fall; hier können eine Diagnostikerweiterung mittels Fremdanamnese und altersgerechte neuropsychologische Testungen zur Erfassung kognitiver und behavioral-sozialen Verhaltensauffälligkeiten hilfreich sein
- Fortführung einer kontinuierlichen multiprofessionellen Begleitung mit heilpädagogischer, sozialtherapeutischer, ergo- und physiotherapeutischer und logopädischer Nachsorge
- Multiprofessionelle Kooperation zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Schulische Unterstützung mit bestmöglicher Kontinuität und unter Miteinbezug des Familiensystems
- Identifikation und Differenzierung von psychischen Komorbiditäten und Behandlung dieser
- Auffangen von Schulabbrüchen unter Situationsanalyse, was alternativ angeboten werden kann

Mit Erreichen des Erwachsenenalters

- erneuter Versuch der bestmöglichen Diagnostiksicherung, falls bisher nicht der Fall
- bestmögliche Planung einer geeigneten Ausbildungsform, Jobcoaching, Überprüfung der Möglichkeiten auch auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt
- Abklärung der Möglichkeit einer regelmässigen psychotherapeutischen Begleitung ggf. aufsuchende Hilfen (Spitex)
- Finden von geeigneter Wohnform
- Abklärung möglicher Ansprüche bezüglich einer Invalidenrente

Aufbau eines Netzwerkes zu FASD

Für die Sensibilisierung in Politik und Gesellschaft und die Umsetzung all der oben erwähnten wichtigen Angebote, haben Initiant:innen im Oktober 2025 den Verein *FASD Schweiz* | *TSAF Suisse* | *FASD*

Svizzera gegründet. In einem nächsten Schritt sollen Fachpersonen aus den verschiedensten betroffenen Berufsfeldern die Möglichkeit zu Fort- und Weiterbildungen in den Grundlagen von FASD erhalten. Eine erste Fortbildung ist für den *23.04.2026 in Züric*h geplant (siehe Kasten). Mittelfristig wird ein schweizweites Angebot von Anlaufstellen zu FASD aufgebaut.

Wer sich für das Thema FASD interessiert und sich ebenfalls engagieren möchte, darf sich gerne beim Verein FASD Schweiz / TSAF Suisse / FASD Svizzera unter info@fasd-schweiz.ch oder direkt bei Roger Mäder unter maeder@fasd-schweiz.ch melden.

Fortbildung 23.04.2026: Grundlagen der Fetalen Alkoholspektrumstörung

Als Fachpersonen vertiefen Sie Ihr Wissen über die hirnorganischen Beeinträchtigungen, die Alkohol während der Schwangerschaft verursacht. Sie entwickeln ein Verständnis für die Komplexität des Krankheitsbildes und die grossen Herausforderungen für Betroffene in ihrem Alltag. Zudem erkennen sie hilfreiche Ansätze und Grundlagen für die Unterstützung von Betroffenen und deren Umfeld.

Informationen und Anmeldung: *https://t1p.de/1f3my*

Weiterführende Informationen/Weiterbildungen/Unterstützung:

www.fasd-schweiz.ch
www.schwangerschaft-ohne-alkohol.ch
www.fachstelle-pflegefamilie.ch/fasd-einführung
www.entwicklungspaediatrie.ch/abklaerungsstaetten/
www.fasd-deutschland.de
www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de

Literatur

Becker, G./Hennicke, K./Klein, M./Landgraf, M.N. (2020): Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.

Engesether, B./Hoffner, M./Johnson, E./Klug, M.G./Popova, S./Burd, L. (2024): Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder in foster care. A scoping review. Alcohol Clinical and Experimental Research 48(8): 1443-1450. doi: 10.1111/acer.15394

Ericson, L./Magnusson, L./Hovstadius, B. (2017): Societal costs of fetal alcohol syndrome in Sweden. The European Journal of Health Economics 18: 575-585.

Gmel, G./Notari, L. (2018): Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz. Auswertung der Suchtmonitoring-Befragung 2011-2016, Auswertungen für das BAG – kommentierte Grafiken. Lausanne: Sucht Schweiz.

Goh, Y.I./Chudley, A.E./Clarren, S.K./Koren, G./Orrbine, E./Rosales, T./Rosenbaum, C. (2008): Development of Canadian screening tools for fetal alcohol spectrum disorder. The Canadian Journal of Clinical Pharmacology 15(2): 344-366.

Helfferich, C./Klindworth, H./Heine, Y./Wlosnewski, I. (2016): Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Köln: BzgA.

Hoff-Emden, H./Oberländer, J. (2017): Stressreduktion bei FASD-Betroffenen, deren Bezugspersonen und sozialer Umwelt durch Elterncoaching. Leipzig: Die Drogenbeauftrage der Bundesregierung Deutschland.

Jenni, O. (2021): Die kindliche Entwicklung verstehen. Berlin: Springer Verlag.

Jolma, L.M./Koivu-Jolma, M./Sarkola, T./Gissler, M./Nissinen, N.M./Kahila, H./Sarajuuri, A./Torkki, P./Abutti-Rämö, I./Koponen, A. (2025): A case-control register-based study of long-term health and social care costs among children with prenatal alcohol exposure. doi: https://t1p.de/gvngj

Jolma, L.M./Koivu-Jolma, M./Sarajuuri, A./Torkki, P./Autti-Rämö, I./Sätilä, H. (2023): Children with FASD-evolving patterns of developmental problems and intervention costs in ages 0 through 16 in Finland. Children 10(5): 788. doi: 10.3390/children10050788

Landgraf, M./Hoff, T. (2019): Fetale Alkoholspektrumstörung. Stuttgart: Kohlhammerverlag.

Landgraf, M.N./Hoff, T. (2018): Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnostik, Therapie, Prävention. Stuttgart: Kohlhammerverlag.

Leipholz, S./Kamphausen, U. (2020): Das FASD-Elternbuch – Hilfen und Strategien für Eltern und Kinder. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Maître, G./Fischer Fumeaux, C.-J./Truttmann, A. (2020): Fetales Alkoholsyndrom. Freiburg: Pädiatrie Schweiz. https://t1p.de/vgrfu, Zugriff 22.10.2025.

Möller, J./Feldmann, R. (2013): Fetales Alkoholsyndrom (FAS): Belastungen von Pflege- und Adoptiveltern mit einem an FAS erkrankten Kind. In: FASD Deutschland e. V. (Hrsg.), Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke – Ausblicke. 14. Fachtagung 2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Nordhues, P./Weischenberg, M./Feldmann, R. (2013): Das fetale Alkoholsyndrom. Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: FASD Deutschland e. V. (Hrsg.), Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Persaud, T.V.N./Torchia, M.G. (2025): The developing human: clinically oriented embryology (Twelfth edition.). Philadelphia, PA: Elsevier.

Popova, S./Lange, S./Probst, C./Gmel G./Rehm J. (2017): Estimation of national, regional and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health 5(3): e290-299.

Spohr, H.L. (2016): Das fetale Alkoholsyndrom. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.

Spohr, H.L. (2014): Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.

Spohr, H.L./Steinhausen, H.C. (2008): Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen – Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt 10(41):693-698. https://t1p.de/kx9zx, Zugriff 22.10.2025.

Streissguth, A.P./Bookstei, F.L./Barr, H.M./Sampson P.D./O'malley, K./Young, J.K. (2004): Risk factors for adverse life outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 25(4): 228-238.

Streissguth, A.P./Barr, H.M./Kogan, J./Bookstein, F.L. (1996): Unterstanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrom (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Seattle: University of Wahington School of Medicine.

Temple, V./Shewfelt, L./Tao, L./Casati J./Klevnick L. (2011): Comparing daily living skills in adults with Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) to an iq matched clinical sample. Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology. https://t1p.de/gb2q7, Zugriff 22.10.2025.

Wagner, J. (2013): FASD und Exekutivfunktionen. In: FASD Deutschland e. V. (Hrsg.), Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblicke – Ausblicke. 14. Fachtagung 2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

WHO – World Health Organisation (2018): Global status report on alcohol and health 2018. Genf: WHO. https://t1p.de/tzfsl, Zugriff 25.11.2025.

Endnoten

1 Einige Textpassagen dieses Artikels basieren auf einem Beitrag, der von Haleh Hekmat und Lesley Bailer im Online-Magazin NetzMagazin veröffentlicht wurde. Mit freundlicher Genehmigung des Magazins dürfen diese Inhalte zweitveröffentlicht werden. Vgl. Artikel «Oft übersehen: Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD)» vom 23.04.2025: https://t1p.de/mipzq, Zugriff: 25.11.2025.

2 Vgl. Faktenblatt des Bundesamtes für Gesundheit zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz: https://t1p.de/pfx2y, Zugriff 25.11.2025.

3 Siehe dazu die Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auf der Webseite der UN: https://t1p.de/fem56, Zugriff 31.10.2025.

4 Siehe dazu die Stellungnahme des Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB: https://t1p.de/ld7cl, Zugriff 31.10.2025.

5 Mehr dazu auf der Webseite des Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB: www.ebgb.admin.ch, Zugriff 31.10.2025.

6 Siehe dazu die Stellungnahme des Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB: https://t1p.de/ld7cl, Zugriff 31.10.2025.

Lieferbare Nummern

Bestellungen
abo@suchtmagazin.ch
Alle verfügbaren Ausgaben finden Sie unter www.suchtmagazin.ch

2025

1 Menschen mit Suchterfahrung
2 Qualität und Wirkfaktoren der Suchtarbeit
3 Verhaltenssüchte (Doppelnummer 3&4/2025)
5 Niederschwellige Suchtarbeit
6 Prägung – Risiken – Lösungsansätze

2024

1 Wohnen, Angebote, Institutionen
2 KI und Sucht
3 50 Jahre SuchtMagazin (Doppelnummer 3&4/2024)
5 Junge Menschen heute
6 Prävention – Integrative Behandlung – Alkohol

2023

1 Stigmatisierung und Diskriminierung
2 Behinderung und Sucht
3 Geschäftsmodell Sucht (Doppelnummer 3&4/2023)
5 Gefährdung und Sucht
6 Suchtverständnis, Rauchen und aktuelle Themen

2022

1 Corona-Pandemie
2 Schadensminderung
3 Soziale Arbeit und Sucht
4 Sucht- und Genussmittel Alkohol (Doppelnummer 4&5 2022)
6 Digitalisierung, Diversität, Nachtleben

2021

1 Leistungsgesellschaft
2 Mann und Sucht
3 Suchtpolitik der Zukunft (Doppelnummer 3&4/2021)
5 Jugendliche
6 Aktuelle Themen

2020

1 Rituale
2 Frau und Sucht
3 Phänomenologie des Konsums
4 Jugend heute
5 Die Klientel der Zukunft
6 Sucht-Perspektiven

Impressum

Erscheinungsweise
6 Ausgaben pro Jahr, 51. Jahrgang

Druckauflage
1000 Exemplare

Kontakt
Redaktion, Walter Rohrbach,
Telefon +41(0)31 385 00 16,
info@suchtmagazin.ch,
www.suchtmagazin.ch

Herausgeber
Infodrog, Eigerplatz 5,
CH-3007 Bern
Infodrog ist die vom Bundesamt für Gesundheit BAG eingesetzte nationale Koordinations- und Fachstelle Sucht mit der gesetzlichen Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes.

Inserate
www.suchtmagazin.ch/inserieren
info@suchtmagazin.ch

Inserateschluss Ausgabe
1/2026, 25. Februar 2026

Abonnemente
abo@suchtmagazin.ch
www.suchtmagazin.ch
Jahresabonnement
CHF/€ 90.– (exkl. Porto))
Unterstützungsabonnement
CHF/€ 120.– (exkl. Porto))
Einzelnummer
Print: CHF/€ 18.– (exkl. Porto)
PDF: CHF/€ 15.–

Kündigungsfrist
1 Monat, Kündigung jeweils auf Ende Kalenderjahr

Open Access
Autor:innen haben nach einer Sperrfrist von sechs Monaten das Recht, ihre Beiträge auf dem institutionellen Repositorium ihrer Hochschule gemäss Schweizer Urheberrechtsgesetz frei zur Verfügung zu stellen.

Redaktionsleitung
Walter Rohrbach

Redaktionskomitee
Facia Marta Gamez, Marcel Krebs, Simon Marmet, Markus Meury, Christina Rummel, Corina Salis Gross, Domenic Schnoz

Gestaltung
Walter Rohrbach

Rubrik «Fazit»
Sucht Schweiz,
fazit@suchtschweiz.ch
Sabine Dobler, Gerhard Gmel, Markus Meury, Monique Portner-Helfer

Lektorat
Gabriele Wolf, Niolyne Bomolo

Layout
Roberto Da Pozzo

Druck/Vertrieb
Werner Druck & Medien AG
4001 Basel

Bankverbindung
Gesundheitsstiftung Radix,
Infodrog, CH-8006 Zürich,
PostFinance, Mingerstrasse 20,
CH-3030 Bern
Kto-Nr. 85-364231-6
IBAN CH9309000000853642316
BIC POFICHBEXXX
Clearing: 09000

ISSN
1422-2221

Kommende Schwerpunkte

Nr. 1/2026 — Fachpersonal im Fokus
Inserateschluss: 25. Februar 2026
erscheint im März 2026

Nr. 2/2026 — Lebensqualität
Inserateschluss: 25. Mai 2026
erscheint im Juni 2026

Nr. 3/2026 — Therapie & Ziele der Suchtarbeit
Inserateschluss: 25. August 2026
erscheint im September 2026

Redaktion & Inserate
info@suchtmagazin.ch
www.suchtmagazin.ch/inserieren

Abonnemente
abo@suchtmagazin.ch