



Quelle: © adragan/stock.adobe.com



Folgenschwererer Konsum

Fetale Alkoholspektrumstörung Mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann zu neurokognitiven Beeinträchtigungen und morphologischen Veränderungen beim Kind führen, die unter dem Oberbegriff „Fetale Alkoholspektrumstörung“ (FASD) zusammengefasst werden. Die FASD geht mit erheblichen Einschränkungen der selbstständigen Alltags- und Lebensgestaltung einher – im Kindes- und Jugendalter ebenso wie im Erwachsenenalter.

Lernziele

- Sie kennen die diagnostischen Merkmale, anhand derer man eine FASD feststellen kann.
- Ihnen ist der Unterschied zwischen den verschiedenen Spektrumstörungen der FASD bekannt.
- Sie wissen, welche Aspekte bei Interventionsangeboten für Menschen mit FASD zu beachten sind.

➔ Die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) ist eine biologisch irreversible toxische Gehirnschädigung, die als Folge von intrauteriner Alkoholexposition auftreten kann. Obwohl das Krankheitsbild bereits in den 1960er-Jahren erstmals in einer medizinischen Publikation beschrieben wurde, bestehen bei vielen Ärz-

tinnen und Ärzten sowie anderen Fachkräften Unsicherheiten bezüglich der Diagnose und Behandlung der Erkrankung [1]. Zu den Fetalen Alkoholspektrumstörungen gehören:

- Fetales Alkoholsyndrom (FAS)
- partielles Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)
- alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder, ARND)

Mit einer statistisch geschätzten Inzidenz von 1,77 Prozent ist die FASD eine der häufigsten bei Geburt bestehenden chronischen Erkrankungen [2]. Laut der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts (GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell) von 2012 trinkt ca. ein Drittel aller Frauen Alkohol während der Schwangerschaft [3]. Bei 20 Prozent handelt es sich um einen moderaten Gebrauch, bei 8 Prozent um einen riskanten Alkoholkonsum. Zum sogenannten

Binge-Drinking (≥ 5 Getränke pro Gelegenheit) kommt es bei 0,1 Prozent aller schwangeren Frauen wöchentlich, bei 4 Prozent monatlich und bei 12 Prozent seltener als einmal pro Monat.

Die emotionale, soziale und finanzielle Belastung, die durch die FASD-Erkrankung für Patient*innen und Angehörige sowie für das Gesundheitssystem entsteht, ist immens. Amerikanischen Schätzungen zufolge belaufen sich die lebenslangen Kranken- und Versorgungskosten für einen an FASD erkrankten Menschen auf ca. 2 Millionen US-Dollar [4].

Diagnostik → Seit 2016 liegt für den deutschsprachigen Raum eine evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie zur Diagnose von Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren vor, an der sich behandelnde Mediziner*innen und Psycholog*innen orientieren können [5]. Die Einteilung in die Störungsbilder FAS, pFAS und ARND erfolgt anhand von vier diagnostischen Säulen:

- Wachstumsauffälligkeiten
- faziale Auffälligkeiten
- ZNS-Auffälligkeiten
- intrauterine Alkoholexposition

Je nachdem, ob und in welcher Ausprägung die Kriterien einer diagnostischen Säule erfüllt sind, wird die Diagnose einer der drei Störungsbilder gestellt. Obwohl das Fetale Alkoholsyndrom als „Vollbild“ bezeichnet wird, ist es wichtig zu betonen, dass sich die drei Störungsbilder hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf alltagspraktische Fähigkeiten der Betroffenen nicht unbedingt unterscheiden. Man kann also nicht allein anhand der Diagnose von geringerer oder stärkerer Beeinträchtigung sprechen, sondern muss berücksichtigen, dass alle Menschen mit Alkoholspektrumstörungen aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung haben. Im Folgenden werden die drei Spektrumstörungen anhand ihrer diagnostischen Kriterien gemäß der S3-Leitlinie beschrieben [5].

Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Wachstumsauffälligkeiten

Wachstumsauffälligkeiten bestehen, wenn mindestens eines von drei Körpermaßen (Geburts- oder Körpergewicht, Geburts- oder Körperlänge oder Body-Mass-Index, BMI), adaptiert an Alter und Geschlecht, an oder unter der 10. Perzentile liegt (das heißt zum Beispiel bezogen auf das Geburtsgewicht, dass 90 Prozent der Kinder in diesem Alter schwerer sind und 10 Prozent leichter). Der Zeitpunkt des Wachstumsdefizits während der Kindheit (0–18 Jahre) ist nicht relevant für die Erfüllung dieses Kriteriums.

Faziale Auffälligkeiten

Bei Menschen mit FASD liegen häufig störungstypische Anomalien im Gesichtsbereich vor. Zur Vergabe der Diagnose FAS sollen alle drei der folgenden Kriterien erfüllt sein: kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum (vertikale verlaufende Vertiefung zwischen Oberlippe und Nase), schmale Oberlippe (☞ ABB. 1).

ZNS-Auffälligkeiten

Beim FAS ist die diagnostische Säule der ZNS-Auffälligkeiten erfüllt, wenn entweder auf funktioneller und/oder auf struktureller Ebene folgende Defizite vorliegen:

- funktionelle ZNS-Auffälligkeiten
- Es sollte mindestens eine der folgenden Auffälligkeiten zutreffen, die nicht adäquat für das Alter ist und nicht allein durch den familiären Hintergrund oder das soziale Umfeld erklärt werden kann:
 - globale Intelligenzminderung oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter zwei Jahren
 - Leistung unter der Norm, entweder in mindestens drei der folgenden Bereiche oder in mindestens zwei der folgenden Bereiche in Kombination mit Epilepsie: Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten, Lern- oder Merkfähigkeit, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeiten, Aufmerksamkeit, soziale Fertigkeiten oder Verhalten, strukturelle ZNS-Auffälligkeiten
- Mikrozephalie adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt

Intrauterine Alkoholexposition

Zur Diagnose des FAS ist ein bestätigter mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nicht erforderlich. Die anderen drei diagnostischen Säulen sind hinreichend spezifisch für das FAS, sodass die Diagnose auch dann gestellt werden kann, wenn lediglich ein Verdacht auf eine intrauterine Alkoholexposition besteht.

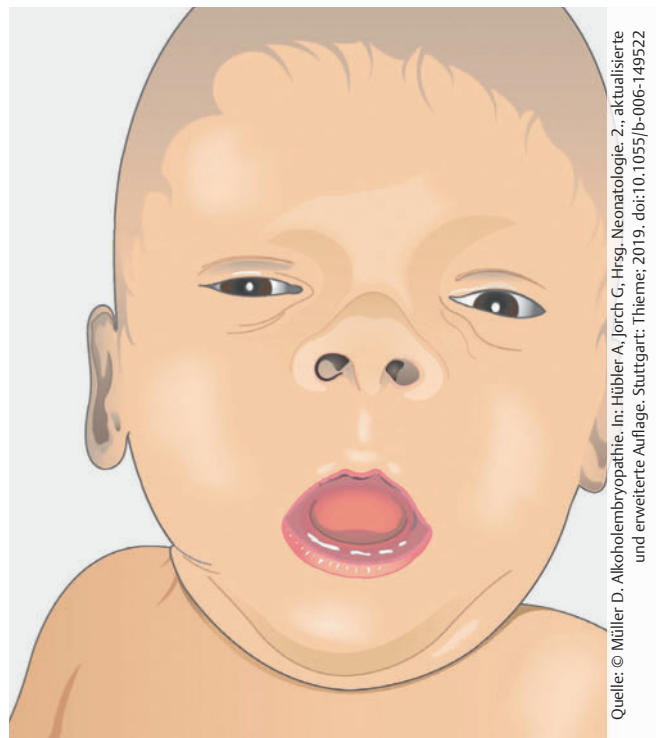


ABB. 1 Typische Facies eines Kindes mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) mit kurzen Lidspalten, verstrichenem Philtrum und schmaler Oberlippe

Partielles Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)

Zur Vergabe der Diagnose des partiellen Fetalen Alkoholsyndroms müssen – anders als beim FAS – keine Wachstumsauffälligkeiten vorliegen. Es werden also nur die folgenden drei diagnostischen Säulen betrachtet:

Faziale Auffälligkeiten

Im Bereich der fazialen Auffälligkeiten müssen beim pFAS mindestens zwei der drei fazialen Anomalien, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt, vorhanden sein: kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum und eine schmale Oberlippe.

ZNS-Auffälligkeiten

Die diagnostische Säule der ZNS-Auffälligkeiten ist beim pFAS erfüllt, wenn mindestens drei der folgenden Auffälligkeiten zutreffen, die nicht adäquat für das Alter sind und nicht allein durch den familiären Hintergrund oder das soziale Umfeld erklärt werden können (alle Aufzählungspunkte sind dabei gleichwertig):

- globale Intelligenzminderung oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter zwei Jahren
- Epilepsie
- Mikrozephalie

Starke Leistungseinbußen in folgenden Bereichen:

- Sprache
- Fein-/Grafomotorik oder grobmotorische Koordination
- räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
- Lern- oder Merkfähigkeit
- exekutive Funktionen
- Rechenfertigkeiten
- Aufmerksamkeit
- soziale Fertigkeiten oder Verhalten

Intrauterine Alkoholexposition

Bei Vorliegen der beschriebenen fazialen und ZNS-Auffälligkeiten erfolgt die Diagnose pFAS bei wahrscheinlichem oder beständigem mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND)

Zur Vergabe der Diagnose der alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störung müssen keine Wachstumsauffälligkeiten und fazialen Auffälligkeiten auftreten.

ZNS-Auffälligkeiten

identisch mit diagnostischer Säule des pFAS

Intrauterine Alkoholexposition

Bei Vorliegen der ZNS-Auffälligkeiten erfolgt die Diagnose bei bestätigtem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Prognose → Während sich phänotypische Merkmale im Entwicklungsverlauf reduzieren können, bleiben viele funktionelle ZNS-Beeinträchtigungen ein Leben lang bestehen [8]. Die meisten an FASD Erkrankten leiden unter anhaltenden Störungen der Exekutivfunktionen und haben daher typischerweise Schwierigkeiten, ihren Alltag zu strukturieren, voranzuplanen, sich Sachverhalte zu merken, zwischen Aufgaben und Anforderungen zu wechseln oder Entscheidungen zu treffen [9]. Dies hat zur Folge, dass viele betroffene Personen nicht autonom leben und keinen Beruf auf dem ersten Arbeitsmarkt ausüben können.

Nur ca. ein Drittel der an FASD erkrankten Erwachsenen lebt in einer selbstständigen Lebensform (29,5 Prozent), 13,5 Prozent verfügen über einen eigenständigen Lebensverdienst und 70,5 Prozent haben Bedarf an Unterstützung in unterschiedlichem Ausmaß [8]. Eine Studie aus den USA, in der Sekundärerkrankungen von FASD erhoben wurden, verdeutlicht die Schwierigkeiten der Patient*innen in der Lebensgestaltung: Demnach hatten 23 Prozent der an FASD erkrankten Erwachsenen psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich, 61 Prozent zeigten unterbrochene Schullaufbahnen, 60 Prozent gerieten in Gesetzeskonflikte, 35 Prozent erlebten Gefängnisaufenthalte und 67 Prozent wurden Opfer körperlicher Gewalt oder sexuellen Missbrauchs [10]. Zudem litt die Mehrheit der an FASD Erkrankten unter psychischen Gesundheitsproblemen. Zu den häufigsten psychischen Sekundärerkrankungen zählen eigene Alkohol- und Drogenabhängigkeit (35–55 Prozent), Depressionen (50 Prozent), ADHS im Kindes- und Jugendalter (61 Prozent), suizidale Absichten (35,2 Prozent bei Jugendlichen) und Suizidversuche (13 Prozent) [10–12].

Angesichts der hohen Rate an Komorbiditäten bzw. Sekundärerkrankungen ist es ein vorrangiges Therapieziel, negative Konsequenzen für die Entwicklung abzuschwächen. Als wichtigste protektive Faktoren erwiesen sich hierbei eine frühe Diagnosestellung (vor dem 6. Lebensjahr) und das Aufwachsen in einem stabilen, gewaltfreien Umfeld. Ist dies gewährleistet, kann die Wahrscheinlichkeit für Sekundärfolgen um ein 2- bis 4-Faches sinken [10].

Versorgung

Frühzeitig Diagnose stellen → An erster Stelle der Behandlung der FASD steht eine frühe Diagnosestellung, um möglichst rasch geeignete Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten und Sekundärerkrankungen zu vermeiden [10]. Besteht aufgrund von Auffälligkeiten in der Entwicklung, in der Kognition oder im Verhalten der Verdacht auf eine FASD, sollte zunächst eine differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen. Neben einer genauen Erfassung der medizinischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen sollte man auch die individuellen Stärken und das Niveau der Alltagsfunktionalität des erkrankten Kindes oder Jugendlichen erfassen. Aufgrund ihrer Multidisziplinarität sind für die Diagnostik und Therapieplanung z. B. FASD-erfahrene Sozialpädiatrische Zentren geeignet.

Spezialzentren nutzen → Da das Krankheitsbild FASD sehr komplex ist und die Beeinträchtigungen interindividuell unterschied-



ABB. 2 Die Unterstützung und der Einbezug von Eltern und Angehörigen sind essenziell für eine gelingende FASD-Intervention.
Quelle: © Halfpoint/stock.adobe.com

lich sind, aber auch im Entwicklungsverlauf intraindividuell variieren, sollte die Familie an ein FASD-erfahrenes Zentrum angebunden sein. Es übernimmt die Aufgabe des Case Managements. Das bedeutet, dass an einer solchen Stelle das Kind in seiner Individualität im Entwicklungsverlauf beurteilt wird, die Kontinuität der Betreuung und des Therapiemanagements für das Kind gewährleistet wird und adäquate Unterstützungsmaßnahmen für die Familie koordiniert werden.

Neben Elternberatung, Krisenintervention und differenzierter Behandlungsplanung sollten in diesem Zentrum je nach individuellen Bedürfnissen und aktuellen Entwicklungsaufgaben des Kindes geeignete Therapie- und Unterstützungsangebote identifiziert (zum Beispiel an die alkoholtoxische Gehirnschädigung angepasste Heilpädagogik, Ergotherapie, Physiotherapie, Sprachtherapie, Psychotherapie) und notwendige Netzwerkpartner bestimmt und kontaktiert werden (beispielsweise betreuende Kinder- und Jugendärzt*innen in der Praxis, Therapeut*innen, Frühförderstellen, Kindergärten, Horte, Förderzentren, Schulen, Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen, Patient*innenvertretung).

Engmaschige Betreuung und je nach Entwicklungsstand und -aufgabe geplante entwicklungsneurologische und psychologische Kontrolluntersuchungen ermöglichen es, Therapiestrategien im Entwicklungsverlauf bedarfsorientiert anzupassen, Defizite und Risikofaktoren zu identifizieren und anzugehen und somit Sekundärerkrankungen zu mildern oder zu verhindern.

Interventionen

Die frühe Schädigung des sich entwickelnden Gehirns durch die intrauterine Alkoholexposition ist biologisch-medizinisch nicht reparabel. Durch gezielte Interventionen kann das Ausmaß der Beeinträchtigungen von Patient*innen mit FASD jedoch abgeschwächt und Defizite können ausgeglichen werden.

Allgemeine Empfehlungen → Bisher liegen wenige evidenzbasierte Interventionsstudien über FASD vor, sodass die Effektivität einzelner Therapieelemente unklar ist [13]. Aus der Literatur können einige

allgemeine Empfehlungen zur Interventionsplanung und -durchführung abgeleitet werden. Nach den Ergebnissen einer qualitativen Analyse mit 25 Eltern von Kindern mit FASD und 18 Netzwerkpartnern sollen Interventionsprogramme ...

- lebenslang zugänglich sein,
 - auf präventive Ansätze fokussieren,
 - individuell angepasst sein,
 - einen interdisziplinären, umfassenden therapeutischen Ansatz verfolgen und
 - den aktuellen Entwicklungsstand berücksichtigen [14].
- Des Weiteren sollte berücksichtigt werden, dass Menschen mit FASD häufig über eingeschränkte Lern- und Merkfähigkeiten sowie ein geringes Abstraktionsvermögen verfügen und Schwierigkeiten haben, aus Fehlern zu lernen [13, 16]. Daher sollten Inhalte mit häufigen Wiederholungen angeboten werden und Instruktionen explizit und konkret erfolgen [17]. Nur so kann ein Transfer in den Alltag gelingen. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über bewährte bereichsübergreifende und symptomorientierte Interventionen gegeben.

Therapieansätze für Familien → Es hat sich herausgestellt, dass Kinder und Jugendliche mit FASD bestmöglich unterstützt werden können, wenn Eltern und Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden [17]. Dabei liegt der Fokus der Elternarbeit oftmals auf der Aufklärung über das Krankheitsbild FASD sowie auf der Vermittlung eines adäquaten Umgangs mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen mit FASD. Es gibt Hinweise, dass Interventionen, die Eltern involvieren, insgesamt zu einer besseren Reduktion problematischen Verhaltens der Kinder, zu verbesserter Alltagsfunktionalität der Kinder und zur Verminderung von elterlichem Stresserleben führen können.

Eine Evaluation des „Families on Track“-Programms an 30 Kindern mit FASD und deren Familien zeigte beispielsweise, dass elterliches Wissen und Verhalten durch Beratung und Aufklärung positiv verändert werden können [18]. Auch eine ganzheitliche Unterstützung der Familien mit Identifikation der familiären Ressourcen und Bedürfnisse neben der informativen Aufklärung und Beratung scheint dazu beizutragen, Stresserleben der Erziehungspersonen zu reduzieren und die Erziehungsfähigkeit zu verbessern (Cave: keine Kontrollgruppe) [19].

Je nach Zielsetzung können Eltern durch Interventionsprogramme darin unterstützt werden, ...

- mehr Wissen über FASD zu erhalten, zum Beispiel durch das „Coaching Families“-Programm (CF) [19],
- die Eltern-Kind-Interaktion zu stärken, beispielsweise durch die „Parent-Child Interaction Therapy“ (PCIT) [17],
- kind- und krankheitsbezogene Einstellungen zu ändern, etwa mit „Families Moving Forward“ (FMF) [17], und
- geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu erhalten (zum Beispiel mithilfe von Suchtbehandlung, durch finanzielle Unterstützung oder anhand von Wohnungs- und Betreuungshilfen) und sich mit Sozialdienstleistern zu vernetzen. Ein Beispiel ist das „Parent-Child Assistance Program“ (P-CAP) [20].

Medikamentöse Behandlung → Eine kombinierte Therapie aus nicht medikamentösen (wie verhaltenstherapeutischen) und medikamentösen Maßnahmen kann positive Effekte bei Patient*innen mit FASD erzielen [13, 24]. Die Gabe von Stimulanzien zeigte laut den Ergebnissen einer Studie von Doig et al. aus 2008 positive Effekte auf Hyperaktivität, Impulsivität und oppositionelles Verhalten bei Kindern mit FASD, wobei sich keine Veränderung im Bereich der Aufmerksamkeit ergab [25].

Eine Studie zeigte Verbesserungen der Selbstkontrolle (im Sinne angemessener Reaktionen auf Provokationen), der Durchsetzung eigener Ziele (beispielsweise beim Initiieren und Aufrechterhalten von Freundschaften), des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens und der Hyperaktivität nach einer 12-wöchigen Gabe von Neuroleptika in Kombination mit einem sozialen Kompetenztraining [26]. Ob eine bzw. welche medikamentöse Behandlung indiziert ist, muss in enger Absprache zwischen betreuenden Mediziner*innen und der betroffenen Familie entschieden werden.

Therapieansätze für Kinder und Jugendliche

→ Kinder und Jugendliche mit FASD zeigen eine Reihe unterschiedlicher kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Defizite und weisen kein einheitliches neuropsychologisches Profil auf [21]. Daher ist eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik essenziell, um geeignete Interventionsformen einzuleiten und um die Betreuung, Erziehung, Förderung und Beschulung des Kindes oder Jugendlichen individuell anzupassen.

Bei der Auswahl von Fördermaßnahmen für Kinder mit FASD sollte zunächst die frühe Förderung von Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeiten im Vordergrund stehen. Auf der Basis neurokognitiver Modelle lässt sich vermuten, dass diese breitere Effekte erzielen als domänenspezifische Fördermaßnahmen, wie Rechnen oder Schreiben [13]. Eine Studie mit einem computer-gestützten Aufmerksamkeitstraining zeigte eine Verbesserung der Daueraufmerksamkeit und selektiven Aufmerksamkeit, aber auch der räumlichen Verarbeitung sowie Lese- und Rechenflüssigkeit bei Kindern mit FASD im Alter von 6 bis 15 Jahren (Cave: keine Kontrollgruppe) [22].

Ein bereits häufig repliziertes und adaptiertes Programm zur Förderung der Selbstregulationsfähigkeiten ist das „Alert Program for Self Regulation“ [23]. In der ursprünglichen Interventionsstudie zu diesem Training erhielten 25 Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren über einen Zeitraum von 12 Wochen ein gezieltes Training der Selbstregulationsfähigkeit mittels verschiedener Lerninhalte, wodurch sich Fähigkeiten der Inhibitionskontrolle und der sozialen Wahrnehmung verbesserten. Laut Beurteilungen der Eltern resultierte ebenfalls eine verbesserte Verhaltens- und Emotionsregulation und ein reduziertes externalisierendes Verhalten. Die Effekte blieben über einen Zeitraum von 6 Monaten stabil.

Die frühe Förderung von Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeit kann bei Kindern mit FASD ein gebessertes Outcome

erzielen. Inwieweit langfristige, über Jahre anhaltende Effekte durch die Förderung erreicht werden können, ist bisher nicht systematisch untersucht.

Die Förderung gemäß der individuell betroffenen ZNS-Funktionsdomänen ist je nach Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen mit FASD ebenfalls erfolgversprechend. Stehen Schwierigkeiten der Exekutivfunktionen im Vordergrund, können etwa durch heilpädagogische Förderung das Verständnis für Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge gestärkt oder durch Ergotherapie entwicklungspezifische Alltagsaufgaben erlernt werden. Dabei kann ebenfalls eine Psychoedukation der Erziehungspersonen (beispielsweise durch konkretes Veranschaulichungsmaterial und Übungen zur Perspektivenübernahme) indiziert sein.



Durch Alkoholabstinenz während der gesamten Schwangerschaft sind Fetale Alkoholspektrumstörungen beim Kind vollständig vermeidbar.

Zur Förderung der Lern- und Merkfähigkeit ist in erster Linie auf eine geeignete Schul- und Kindergartenform zu achten. Des Weiteren können in der Ergo- oder Psychotherapie ressourcen- und stärkenorientierte Lernstrategien eingeübt werden. Soll der Bereich sozialer Fertigkeiten gestärkt werden, kommen beispielsweise soziales Kompe-

tenztraining, psychotherapeutische Interventionen im Gruppen- und Einzelsetting oder Kinder- und Jugendlichen-Camps in Frage. Wichtig ist, dass diverse Standardprogramme an die speziellen neurokognitiven Einschränkungen der Kinder mit alkoholtoxischer Gehirnschädigung angepasst werden, um erfolglose und frustrierende Maßnahmen und Überforderung zu vermeiden.

Ergotherapeut*innen spielen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit FASD eine wichtige Rolle, weil sie alltagsnah arbeiten. Dies ist gerade bei dieser Klientel mit ihren Transferleistungsschwierigkeiten immens wichtig für einen Therapieerfolg.

Mirjam N. Landgraf

Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/ergopraxis > „Ausgabe 1/22“

Autorin



Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf

ist Fachärztin für Pädiatrie mit Schwerpunkt auf Neuropädiatrie und als Oberärztin tätig. Sie ist die Leiterin der Spezialambulanz für Risikokinder mit Toxinexposition in der Schwangerschaft im iSPZ Hauner der LMU München. Zudem leitet sie das Deutsche FASD Kompetenzzentrum Bayern und ist die Koordinatorin der S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) sowie FASD-Bundesbeauftragte der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP).

An der Entstehung dieses Artikels waren außerdem beteiligt: Tobias Weinmann, Judith E. Moder, Katharina Kerber, Jessica Jung, Julia A. Schlüter, Florian Heinen und Lisa K. Ordenewitz.

Fragen zu FASD

1. Wie wird die Abkürzung „FASD“ im Deutschen übersetzt?

- A Feline Alkoholspektrumstörung
- B Fetale Aufmerksamkeitsstörung
- C Familiäre Alkoholspektrumstörung
- D Fetale Alkoholspektrumstörung
- E Fetale Affektivitätsstörung

2. Welcher Anteil aller Frauen in Deutschland trinkt während der Schwangerschaft Alkohol?

- A ca. die Hälfte
- B ca. ein Fünftel
- C ca. ein Viertel
- D ca. ein Zehntel
- E ca. ein Drittel

3. Welcher der folgenden Begriffe ist *keine* diagnostische Säule, um die Störungsbilder FAS, pFAS und ARND einzuteilen?

- A intrauterine Alkoholexposition
- B Sprachauffälligkeiten
- C faziale Auffälligkeiten
- D ZNS-Auffälligkeiten
- E Wachstumsauffälligkeiten

4. Worum handelt es sich beim Philtrum?

- A platter, schwertförmiger Knochen in der vorderen Mitte des Brustkorbs
- B Unterkieferknochen
- C vertikal verlaufende Vertiefung zwischen Oberlippe und Nase
- D Tränen-Nasen-Furche
- E von der Gelenkkapsel gebildete Gelenkflüssigkeit

5. An erster Stelle der Behandlung der FASD steht eine ...

- A ... frühe Diagnosestellung.
- B ... verhaltenstherapeutische Intervention.
- C ... stationäre Behandlung der Person.
- D ... psychotherapeutische Behandlung.
- E ... medikamentöse Einstellung.

6. Welche Aussage stimmt *nicht*?

- A Phänotypische Merkmale des FASD können sich im Entwicklungsverlauf reduzieren.
- B ARND steht für „Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder“.
- C In der Ergotherapie können ressourcen- und stärkenorientierte Lernstrategien eingeübt werden.
- D Alkoholbedingte Gehirnschädigungen sind reparabel.
- E FASD ist eine der häufigsten bei der Geburt bestehenden chronischen Erkrankungen.

7. Wie viel Prozent der Menschen mit FASD weisen eine Depression als Sekundärerkrankung auf?

- A 55 Prozent
- B 50 Prozent
- C 35 Prozent
- D 60 Prozent
- E 45 Prozent

8. Was verbirgt sich hinter der Abkürzung pFAS?

- A partielles Fetales Alkoholsyndrom
- B possessives Fetales Alkoholsyndrom
- C partielles Felines Alkoholsyndrom
- D palatinales Fetales Alkoholsyndrom
- E partielles Fokales Alkoholsyndrom

9. Wie viele der an FASD erkrankten Erwachsenen leben in einer selbstständigen Lebensform?

- A etwa ein Fünftel
- B etwa ein Viertel
- C etwa ein Achtel
- D etwa ein Drittel
- E etwa die Hälfte

10. Kinder und Jugendliche mit FASD können bestmöglich unterstützt werden, ...

- A ... wenn die Interventionen ausschließlich in Gruppen stattfinden.
- B ... wenn sie medikamentös eingestellt werden.
- C ... wenn auf Elternberatung verzichtet wird.
- D ... wenn sie nicht in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen.
- E ... wenn Eltern und Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden.

Lösungen

Wenn Sie so geantwortet haben, liegen Sie richtig:

1D, 2E, 3B, 4C, 5A, 6D, 7B, 8A, 9D, 10E