

POCKET GUIDE FASD MIRJAM N. LANDGRAF & FLORIAN HEINEN

# THINK KIDS

**DON'T DRINK  
STOP FASD** Fetale Alkoholspektrumstörungen

**Herausgeber:**

Bundesministerium für Gesundheit und  
Drogenbeauftragte der Bundesregierung  
11055 Berlin

**Stand:** Mai 2016

**Redaktion und Copyright:**

Mirjam N. Landgraf, München  
Florian Heinen, München

**Druck:**

Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

**Gestaltung:**

Kathrin Schneider, München [www.grafikschneider.de](http://www.grafikschneider.de)

**Fotonachweise:**

Mirjam N. Landgraf, Ludwig-Maximilians-Universität München  
Susan Astley, University of Washington

**Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:**

Best.-Nr.: BMG-D-11011

**Telefon:**

0180 577 80 90\*

**Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:**

0180 599 66 07\*

**Schriftlich:**

Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock  
E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Telefax: 0180 577 80 94\*

\* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den  
Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen

ispz  
Hauner

LMU  
LVKM

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



# DIE 4 DIAGNOSTISCHEN SÄULEN DES FAS

## MÖGLICHE RISIKOFAKTOREN FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER FASD

### ALKOHOL- UND DROGENKONSUM DER MUTTER

- Hoher Alkoholkonsum
- Chronischer Alkoholkonsum
- Alkoholkonsum im 1. und 2. Trimenon im Gegensatz zu Alkoholkonsum ausschließlich im 3. Trimenon
- Alkoholkonsum während der gesamten Schwangerschaft
- Zusätzliche Einnahme von Amphetaminen oder multiplen Drogen

### MÜTTERLICHE RISIKOFAKTOREN

- Alter > 30 Jahre
- Spezifische ethnische Zugehörigkeit
- Geringer sozioökonomischer Status
- Mütterliche Unterernährung, Mangel an Spurenelementen oder Vitaminen
- Stress
- Geburtshilfliche Komplikationen
- Geschwister mit FASD
- Genetischer Hintergrund

Zur Diagnose eines **FAS** –  
Fetalen Alkoholsyndroms –  
**sollten alle** Kriterien 1 bis 4 zutreffen:

- 1 WACHSTUMSAUFFÄLLIGKEITEN
- 2 FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN
- 3 ZNS AUFFÄLLIGKEITEN
- 4 BESTÄTIGTE ODER NICHT BESTÄTIGTE INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

Bei Kontakt zum Gesundheits- und Hilfesystem sollten, wenn ein Kind Auffälligkeiten in einer der vier diagnostischen Säulen zeigt, die drei anderen diagnostischen Säulen beurteilt oder ihre Beurteilung veranlasst werden.



# 1

Zur Erfüllung des Kriteriums

## WACHSTUMSAUFFÄLLIGKEITEN

### DIFFERENTIALDIAGNOSEN

#### 1. WACHSTUMSSTÖRUNGEN

##### 1.1. PRÄNATALE WACHSTUMSSTÖRUNGEN

###### 1.1.1. UNGESTÖRTE INTRAUTERINE VERSORGUNG

###### FETALE PATHOLOGIE

###### ENDOGEN

- Fehlbildungen
- Genetische Syndrome (z.B. Turner-Syndrom, Silver-Russell-Syndrom)
- Stoffwechselerkrankungen

###### EXOGEN

- Intrauterine Infektionen z.B. Röteln, Cytomegalie, Toxoplasmose, Herpes simplex, HIV, EBV, Parvo B19
- Strahlenexposition

###### 1.1.2. GESTÖRTE INTRAUTERINE VERSORGUNG

###### PRÄPLAZENTAR

###### MATERNALE ERKRANKUNGEN

- Präeklampsie, Hypotonie, Anämie, zyanotische Vitien, Kollagenosen, chronische Nierenerkrankungen
- Toxische Einflüsse, Nikotin, Drogen
- Erhöhte maternale psychosoziale Belastung

###### PLAZENTAR

- Plazenta praevia
- Gestörte Plazentation (Uterusfehlbildung, Myome)
- Auf die Plazenta beschränkte Chromosomenstörung

###### 1.2. POSTNATALE WACHSTUMSSTÖRUNGEN

- Familiärer Kleinwuchs
- Konstitutionelle Entwicklungsverzögerung
- Skelettdysplasien (z.B. Hypochondroplasie, Achondroplasie, Osteogenesis imperfecta)
- Metabolische Störungen
- Renale Erkrankungen
- Hormonelle Störungen
- Genetische Syndrome (z.B. Trisomie 21)
- Chronische Erkrankungen
- Malabsorption oder Mangelernährung (v.a. Mangel an Vit. D, Calcium, Eiweiß, generelle Unterernährung)
- Psychosozialer Kleinwuchs

soll **mindestens 1** der folgenden Auffälligkeiten, adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt, zutreffen:

**(1) Geburts- oder Körpergewicht**  $\leq 10$ . Perzentile

**(2) Geburts- oder Körperlänge**  $\leq 10$ . Perzentile

**(3) Body Mass Index**  $\leq 10$ . Perzentile

Zu Mikrocephalie siehe 3.2



FASD



Zur Erfüllung des Kriteriums

**FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN**

sollen alle 3 facialen Anomalien vorhanden sein:

## DIFFERENTIALDIAGNOSEN

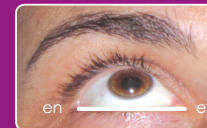
## 2. FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN

## 2.1. TOXISCHE EFFEKTE IN DER SCHWANGERSCHAFT

- Antikonvulsiva
- Toluol
- Maternale Phenylketonurie

## 2.2. GENETISCH BEDINGTE ERKRANKUNGEN

- Aarskog-Syndrom
- Cornelia-de-Lange-Syndrom
- Dubowitz-Syndrom
- Noonan-Syndrom
- Williams-Beuren-Syndrom (Mikrodeletion 7q11.23)
- Di-George-Syndrom (VCFS) (Mikrodeletion 22q11)
- Blepharophimosis-Syndrom
- Hallermann-Streff-Syndrom
- 3-M-Syndrom
- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom
- SHORT-Syndrom
- Feingold-Syndrom (Trisomie 9)
- Kabuki-Syndrom
- Peters-Plus-Syndrom
- Rubinstein-Taybi-Syndrom
- Geleophysic Dysplasia

**(1) Kurze Lidspalten**  
( $\leq 3.$  Perzentile)**(2) Verstrichenes Philtrum**  
(Rang IV oder V Lip-Philtrum-Guide)**(3) Schmale Oberlippe**  
(Rang IV oder V Lip-Philtrum-Guide)

Messung der Lidspaltenlänge



Referenzpunkt Lidspaltenlänge



Lineal-Messung Lidspaltenlänge



Lip-Philtrum-Guide

© Mirjam N. Landgraf, Ludwig-Maximilians-Universität München

© Susan Astley, University of Washington, USA



FASD



## Zur Erfüllung des Kriteriums ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN

sollte 3.1 oder / und 3.2 zutreffen:

### 3.1 Zur Erfüllung des Kriteriums FUNKTIONELLE ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN

sollte **mindestens 1** 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:

- (1) Globale Intelligenzminderung mindestens 2 Standardabweichungen unterhalb der Norm **oder** signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter 2 Jahren
- (2) Leistung mindestens 2 Standardabweichungen unterhalb der Norm **entweder** in mindestens 3 der folgenden Bereiche **oder** in mindestens 2 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

### 3.2 Zur Erfüllung des Kriteriums STRUKTURELLE ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN

sollte folgende Auffälligkeit, adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt, zutreffen:

**Mikrocephalie**  
( $\leq 10$ . Perzentile /  $\leq 3$ . Perzentile, siehe Leitlinie)

## DIFFERENTIALDIAGNOSEN

### 3. ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN

#### 3.1. FUNKTIONELLE ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN

- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
- Intelligenzminderung unterschiedlichen Grades
- Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
- Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen
- Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
- Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- Stereotypien
- Aggressivität
- Delinquenz
- Suchterkrankungen
- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Sexuelle Verhaltensabweichung
- Schlafstörungen
- Angststörung / Panikstörung
- Affektive Störung / Depressive Störung
- Epilepsien anderer Genese

#### 3.2. MIKROCEPHALIE

- Familiäre Mikrocephalie
- Genetische Syndrome (siehe 2.2)
- Pränatale Mangelversorgung, toxische Schädigung, Infektion
- Hypoxisch-ischämische Hirnschädigung
- Maternale Erkrankungen
- Postnatale Mangelernährung
- Stoffwechselstörungen
- Chronische Erkrankungen



FASD



## Bestätigte oder nicht bestätigte INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

### MÖGLICHE RISIKOFAKTOREN FÜR MÜTTERLICHEN ALKOHOLKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

#### ALTER

- > 30 Jahre
- binge drinking < 27 Jahre

#### NATIONALITÄT

- kein Migrationshintergrund
- hohe Akkulturation
- spezifische Minderheiten (z.B. Native Indians, Inuit)

#### GESUNDHEITSBEZOGENE RISIKOFAKTOREN

- Beginn von Alkoholkonsum in einem frühen Lebensalter
- Alkoholkonsum und insbesondere binge drinking vor der Schwangerschaft
- vorherige Therapie wegen Alkoholproblemen
- Konsum illegaler Drogen
- Rauchen

#### SCHWANGERSCHAFTSBESONDERHEITEN

- ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft
- wenig oder späte pränatale Vorsorge

#### SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

- Hoher sozioökonomischer Status
- Erhalten öffentlicher Zuwendungen (USA)

#### SOZIALE UMGEBUNG

- Single oder unverheiratet
- Alkohol- oder Drogenkonsum in der Familie oder beim Partner
- Geringe soziale Unterstützung

#### PSYCHISCHE FAKTOREN

- Stattgefundene oder aktuelle körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch durch Partner oder Fremden
- Psychische und psychiatrische Störungen inkl. Depression, Angststörung, Panikstörung, sexuelle Funktionsstörungen

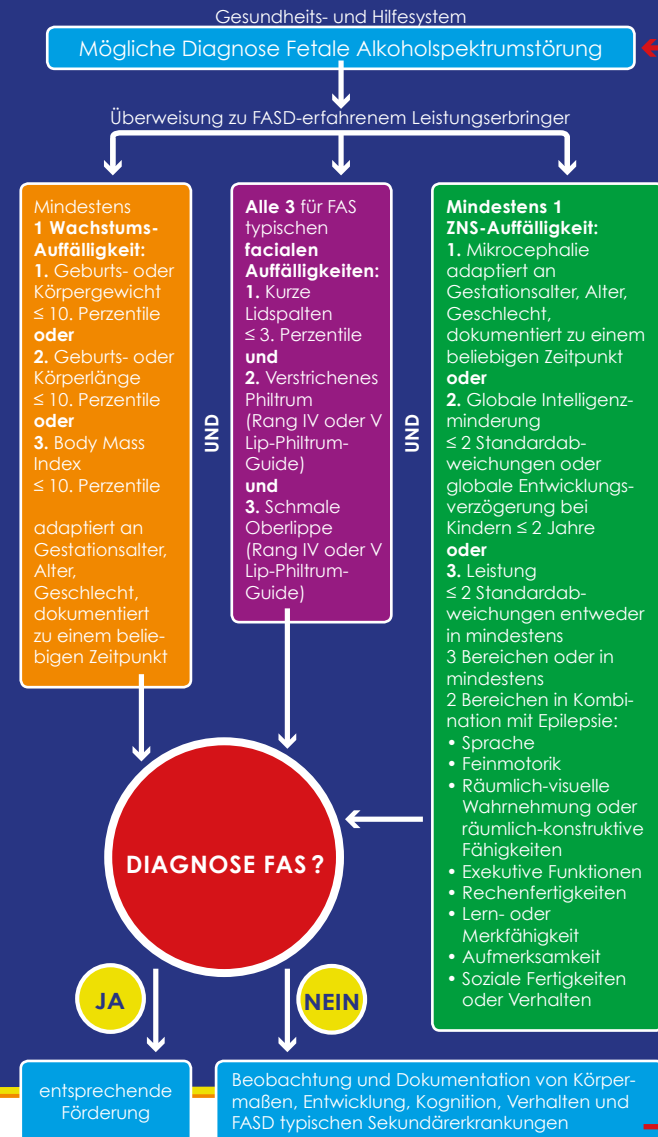
Wenn Auffälligkeiten in den drei übrigen diagnostischen Säulen bestehen, **soll** die Diagnose eines Fetalen Alkoholsyndroms auch **ohne Bestätigung** eines mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft gestellt werden.



FASD



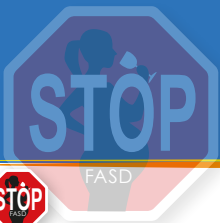
# ALGORITHMUS ABKLÄRUNG FETALES ALKOHOLSYNDROM



## DIE 3 DIAGNOSTISCHEN SÄULEN DES PFAS

Zur Diagnose eines **pFAS** –  
partiellen Fetalen Alkoholsyndroms –  
sollen alle Kriterien 1 bis 3 zutreffen:

- 1 FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN
- 2 ZNS AUFFÄLLIGKEITEN
- 3 BESTÄTIGTE ODER WAHRSCHEINLICHE INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION





# 1

Zur Erfüllung des Kriteriums

## FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN

sollen mindestens 2 der 3 folgenden facialem Anomalien vorhanden sein (dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt):

(1) Kurze Lidspalten  
( $\leq 3$ . Perzentile)

(2) Verstrichenes  
Philtrum  
(Rang IV oder V  
Lip-Philtrum-Guide)

(3) Schmale Oberlippe  
(Rang IV oder V  
Lip-Philtrum-Guide)



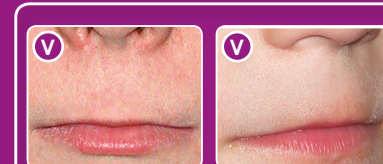
Messung der  
Lidspaltenlänge



Referenzpunkt  
Lidspaltenlänge



Lineal-Messung  
Lidspaltenlänge



Lip-Philtrum-Guide

© Mirjam N. Landgraf, Ludwig-  
Maximilians-Universität München

© Susan Astley,  
University of Washington, USA



Zur Erfüllung des Kriteriums  
**ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN**

Personen, die im beruflich-unterstützenden und privaten Umfeld verlässliche Auskunft über den mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft geben können, **sollten** im Rahmen der Fremdanamnese befragt werden. Dabei **sollen** rechtliche Rahmenbedingungen für die Informations-einholung und -weitergabe berücksichtigt werden (Expertenkonsens).

**sollen mindestens 3** 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:

- Globale Intelligenzminderung (mind. 2 SD unter der Norm) oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern  $\leq 2$  J.
- Epilepsie
- Mikrocephalie  $\leq 10$ . Perzentile

Leistung mind. 2 SD unter der Norm in den Bereichen:

- Sprache
- Fein-/Graphomotorik oder grobmotorische Koordination
- Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
- Lern- oder Merkfähigkeit
- Exekutive Funktionen
- Rechenfertigkeiten
- Aufmerksamkeit
- Soziale Fertigkeiten oder Verhalten



## Bestätigte oder wahrscheinliche INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

Die Leitliniengruppe **definiert** „wahrscheinlichen mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“ als mündliche oder schriftliche Angabe im Rahmen der Fremdanamnese.

### **Personen des privaten Umfeldes**

(unter Berücksichtigung möglicher familiärer Konflikte) können z.B. sein:

- Vater,
- während der Schwangerschaft mit der Mutter zusammenlebende/r Partner oder Partnerin,
- andere Verwandte des Kindes,
- andere Bezugspersonen, die in engem Kontakt zur Mutter stehen.

### **Personen des beruflich-unterstützenden Umfeldes**

können z.B. sein:

- Hebammen,
- betreuende Ärztinnen/Ärzte,
- Fachkräfte der freien und öffentlichen Träger der Jugendhilfe (JugendamtsbetreuerInnen, sozialpädagogische Familienhilfe etc.).

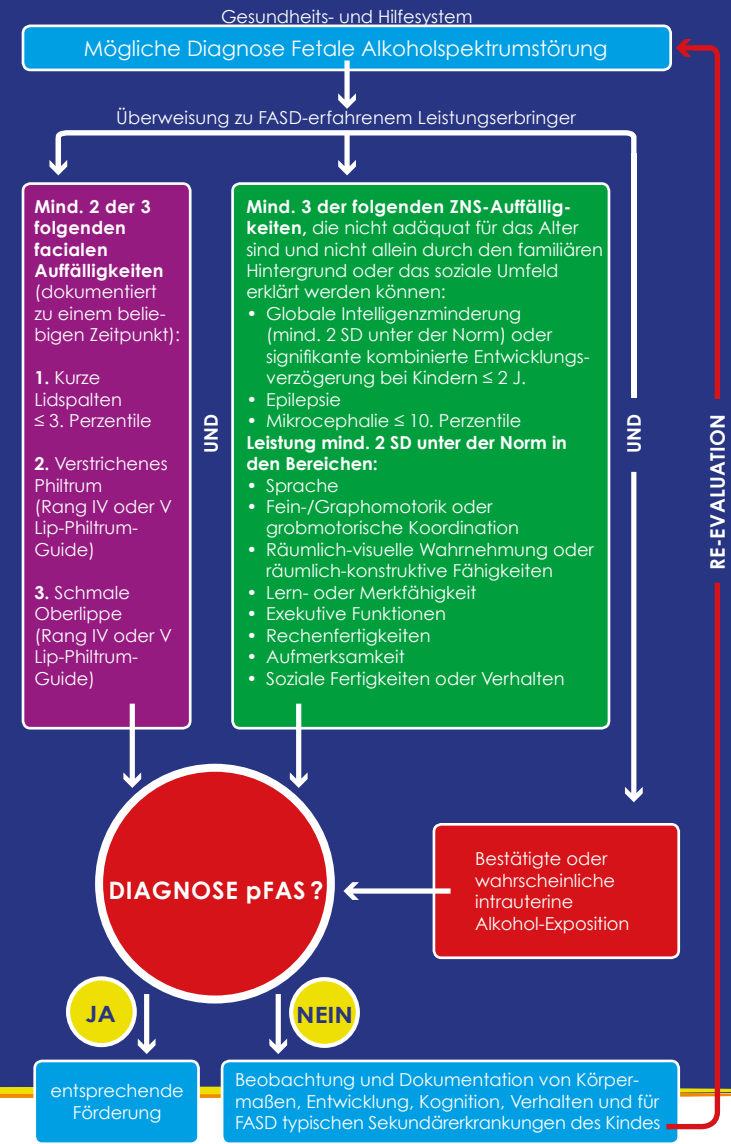
Falls faciale und ZNS-Auffälligkeiten vorhanden sind, sollte die Diagnose eines pFAS bei **bestätigtem oder wahrscheinlichem** mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gestellt werden.



FASD



# ALGORITHMUS ABKLÄRUNG PARTIELLES FETALES ALKOHOLSYNDROM



## DIE 2 DIAGNOSTISCHEN SÄULEN DER ARND

Da es sich bei der ARND um eine „nicht sichtbare Behinderung“ des Kindes / Jugendlichen handelt, ist die Diagnose schwierig und nur mit einer ausführlichen psychologischen Diagnostik möglich.

Zur Diagnose einer **ARND** – alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störung – **sollen die Kriterien 1 und 2** zutreffen:

- 1 ZNS AUFFÄLLIGKEITEN
- 2 BESTÄTIGTE INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION



Zur Erfüllung des Kriteriums  
**ZNS-AUFFÄLLIGKEITEN**

**Empfehlung:**

Da die Diagnose der ARND komplex und in ihrer Abgrenzung zu anderen Entwicklungsstörungen schwierig ist, empfiehlt die Leitliniengruppe bei Verdacht auf Vorliegen einer ARND die Zuweisung an einen FASD-erfahrenen Leistungserbringer (Expertenkonsens).

**sollen mindestens 3** 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:

- Globale Intelligenzminderung (mind. 2 SD unter der Norm) oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern  $\leq 2$  J.
- Epilepsie
- Mikrocephalie  $\leq 10$ . Perzentile

Leistung mind. 2 SD unter der Norm in den Bereichen:

- Sprache
- Fein-/Graphomotorik oder grobmotorische Koordination
- Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
- Lern- oder Merkfähigkeit
- Exekutive Funktionen
- Rechenfertigkeiten
- Aufmerksamkeit
- Soziale Fertigkeiten oder Verhalten



# 2

## Bestätigte INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

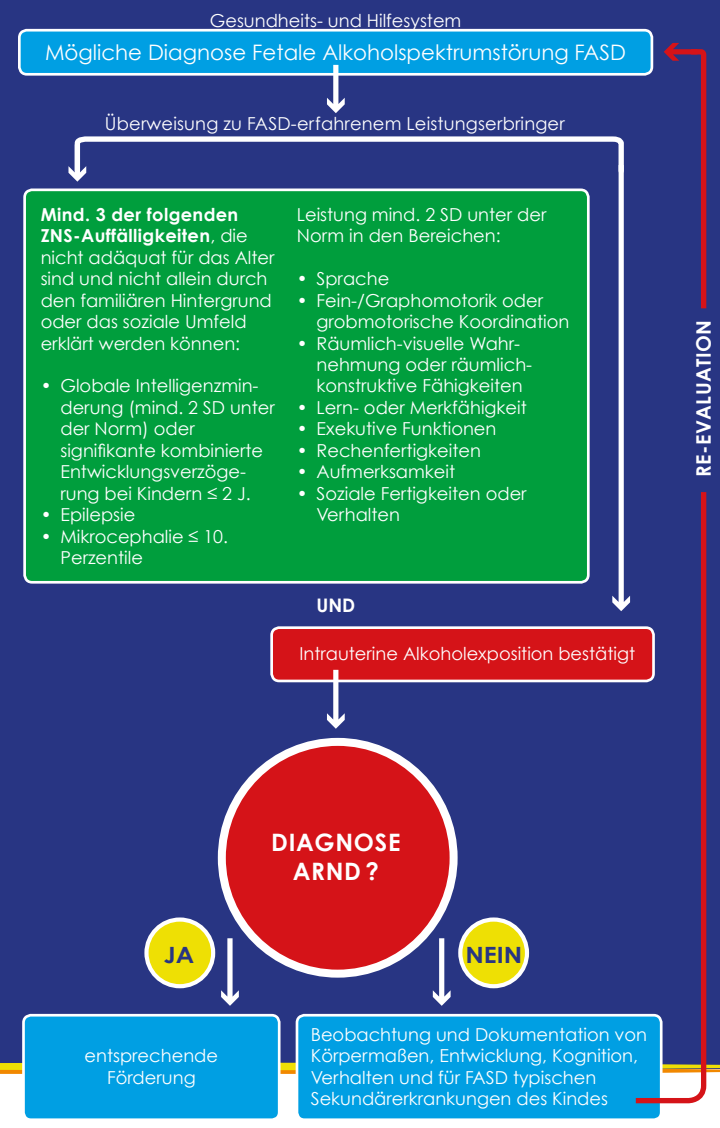
Die Signifikanz der Höhe des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft kann aktuell nur qualitativ geschätzt werden, da kein verlässlicher Mengen-Cut-off für die intrauterine, für das Ungeborene unschädliche, Alkoholexposition existiert.

Orientierend lässt sich aus internationalen Studien ableiten, dass ein wiederholter Alkoholkonsum oder ein mindestens einmalig auftretendes Rauschtrinken (mind. 5 Getränke zu einer Gelegenheit) während der Schwangerschaft bereits das Risiko der Entwicklung einer FASD beim Kind birgt.

Wenn ZNS-Auffälligkeiten vorhanden sind, soll die Diagnose einer ARND bei **bestätigtem** mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gestellt werden.



# ALGORITHMUS ABKLÄRUNG ALKOHOLBEDINGTE ENTWICKLUNGSNEUROLOGISCHE STÖRUNG





## ! ARBD: ALCOHOL RELATED BIRTH DEFECTS

**Alcohol related birth defects (ARBD)** **soll** in Deutschland, wegen der fehlenden Spezifität der Malformationen und der fehlenden Evidenz für ARBD als eindeutige Krankheits-Entität, nicht als Diagnose verwendet werden.



## INFORMATION

### Anlaufstellen

- FASD-Zentrum Charité Berlin  
Hr. Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Spohr  
Fr. Heike Wolter  
fasd-zentrum@charite.de
- Evangelischer Verein Sonnenhof – FASD Fachzentrum, Berlin  
Fr. Dipl.-Psych. Gela Becker  
sonnenhof-ev@t-online.de
- Universität Flensburg und Evangelisches Krankenhaus Königin  
Elisabeth Herzberge, Berlin-Lichtenberg  
Fr. Dipl.-Psych. Jessica Wagner  
Jessica-Christine.Wagner@uni-flensburg.de
- FASD-Ambulanz Walstedde  
Hr. Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Reinhold Feldmann  
info@tagesklinik-walstedde.de
- SPZ Leipzig, FHLE e.V.  
Fr. Dr. med. Heike Hoff-Emden  
heike.hoff-emden@fhle.de
- Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinder-  
spital der Universität München (LMU),  
integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum (ISpz Hauner)  
(www.ispz-hauner.de),  
Ambulanz für Risikokinder mit ToxinExposition in der  
Schwangerschaft (TESS)  
Fr. Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf  
mirjam.landgraf@med.uni-muenchen.de
- Heckscher Klinikum München (Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie)  
Hr. Dr. med. Martin Sobanski  
martin.sobanski@heckscher-klinik.de
- SPZ, Elisabeth Krankenhaus Essen  
spz@contilia.de
- Sozialpädiatrische Zentren
- Kinder- und Jugendärzte

### juristisch

- Fr. Gila Schindler  
Rechtsanwältin für Kinder- und Jugendhilferecht, Heidelberg  
schindler@sojura.de
- Hr. Alexander Klemme, Rechtsanwalt für  
Jugendstrafrecht und allgemeines Strafrecht,  
Bielefeld,  
mail@ra-klemme.de

### Grußwort der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Mir als Drogenbeauftragter der Bundesregierung liegt es ganz besonders am Herzen, dass wir in unseren Anstrengungen mit Blick auf Prävention und Diagnostik von FASD sowie der adäquaten Versorgung und Integration der betroffenen Menschen nicht nachlassen. Daher habe ich gerne die Entwicklung der Leitlinie FASD-Diagnostik unterstützt. Ich wünsche mir, dass die S3-Leitlinie eine breite Anwendung findet, damit deutlich mehr betroffene Kinder und Jugendliche die Chance haben, durch frühzeitige Diagnose optimal behandelt und gefördert zu werden.

Ihre  
Marlene Mortler, MdB  
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

**Bundesministerium für Gesundheit**  
www.bmg.bund.de

**Drogenbeauftragte der Bundesregierung**  
www.drogenbeauftragte.de

**Diagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörungen**  
**Kurzfassung, Langfassung und Leitlinienbericht**  
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/022-025.html>

**Rückfragen**  
Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf  
mirjam.landgraf@med.uni-muenchen.de

**Klinikum der Universität München**  
Dr. von Haunersches Kinderspital  
Pädiatrische Neurologie,  
Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie  
ISpz Hauner [www.ispz-hauner.de](http://www.ispz-hauner.de)

**Gesellschaft für Neuropädiatrie**  
[www.neuropaediatrie.com](http://www.neuropaediatrie.com)

**Patientenvertretung /  
Selbsthilfegruppe  
FASD Deutschland e.V.**  
Fr. Gisela Michalowski  
Fr. Dr. med. Wendelina Wendenburg  
[www.fasd-deutschland.de](http://www.fasd-deutschland.de)

**Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung**  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)



## MITARBEITER

### Expertinnen / Experten

Dipl.-Psych. Gela Becker

### Funktion

Fachliche Leiterin Evangelischer Verein Sonnenhof e.V. – FASD-Fachzentrum, Berlin

Dr. med. Antje Erencin

Elisabeth Krankenhaus, SPZ Essen

Dr. rer.med. Reinhold Feldmann,  
Dipl.-Psych.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie des Universitätsklinikums Münster und FASD-Ambulanz Walstedde

Dr. med. Heike Hoff-Emden

Leitende Ärztin SPZ Leipzig, FHLE e.V.

Prof. Dr. med. Ina Kopp

Leiterin AWMF-IMWi  
(nicht stimm-berechtigt)

Dr. med. Dipl.-Psych.  
Mirjam Landgraf

Leiterin der Ambulanz für Toxinexposition in der Schwangerschaft, iSPZ Hauner, Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München (LMU)

Gisela Michalowski

Vorsitzende der Patientenvertretung FASD Deutschland e.V.

Gila Schindler

Rechtsanwältin für Kinder- und Jugendhilferecht

Dr. med. Martin Sobanski

Leiter der Abteilung für Entwicklungsstörungen, kbo-Heckscher Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, München

Dipl.-Psych. Jessica Wagner

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin-Lichtenberg und Universität Flensburg

Heike Wolter

FASD-Zentrum, Charité Berlin

Dr. med. Wendelina Wendenburg

Vorstand der Patientenvertretung FASD Deutschland e.V.

### Autoren der Leitlinie

Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf  
Prof. Dr. med. Florian Heinen

### Organisation der Leitlinienentwicklung

Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf (Leitlinienkoordination und -verfassung, systematische Literaturrecherche, Moderation und Leitlinien-Sekretariat)

Prof. Dr. med. Florian Heinen  
(Leitlinienkoordination und Moderation)

Prof. Dr. med. Ina Kopp  
(Methodische Führung und Moderation)

Albert Kern

(Organisatorische Unterstützung und Ansprechpartner im BMG)

Dr. Kirsten Reinhard

(Ansprechpartnerin in der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten)

### Beteiligte Fachgesellschaften / Berufsverbände / MandatsträgerInnen

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Prof. Dr. med. Florian Heinen

Gesellschaft für Neuropädiatrie

Prof. Dr. med. Florian Heinen

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Dr. med. Juliane Spiegler

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. med. Tamme Goecke

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. Rolf F. Maier

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Frank Häbeler

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

Dr. med. Anette Stiegler

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hoff

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

PD Dr. med. Gerhard Reymann

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

Prof. Dr. rer. medic., Rainhild Schäfers

Deutscher Hebammenverband

Jule Friedrich

Berufsverband der deutschen Psychologinnen und Psychologen

Dipl.-Psych. Laszlo A. Pota

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

Dr. Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

Ab 08.01.2016; Dr. med. Matthias Brockstedt

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues

