

Prevention of fetal alcohol syndrome

Abstract

The fetal alcohol syndrome (FAS) is the most avoidable handicap of newborns. It describes prenatal damages which result from the alcohol consumption of the mother. These can be: reduced body length and weight (pre- and postnatal), microcephaly, musculoskeletal, mental and statomotoric developmental retardations and impaired coordinative ability. There are preventive measures of which the efficiency is examined. Already, short counseling interviews, so-called short interventions, increase the abstinence of pregnant women.

Keywords: alcohol-induced disorders, FAS, FASD, fetal alcohol syndrome, fetal diseases, infant, newborn, intervention, prevention, women

Barbara Fröschl¹
Sophie Brunner-Ziegler²
Charlotte Wirl¹

1 Gesundheit Österreich
GmbH, Vienna, Austria

2 Medical University of Vienna,
Internal medicine II, Division
of Angiology, Vienna, Austria

Summary

Health political background

Out of around 678,000 children born every year 1 to 2% have alcoholic diseased mothers. According to drug-abuse statistics of the German government around 10,000 children are affected by health problems related to alcohol intake of their mothers during pregnancy. The annual incidence of FAS (fetal alcohol syndrome) is estimated to be around 4,000 in Germany.

In Germany the history of alcohol intake is routinely surveyed in pregnant women in the context of prenatal care.

Scientific background

FAS is characterised as prenatal damage of a child, caused by alcohol consumption of its mother during pregnancy. FAS can be graded into different severity levels (grade I to III) and is defined as the prenatal damage of the newborn through the alcohol intake of its mother. Most common symptoms are reduced body length and weight (pre- and postnatal), microcephaly, musculoskeletal, mental and statomotoric developmental retardations and impaired coordinative ability. The best prevention strategy to reduce the incidence of FAS is the identification and the consultation of women at high risk, such as women with alcohol abuse or alcohol dependency before their pregnancy and women, who were substantially drinking during earlier pregnancies. The present HTA (Health Technology Assessment) focuses on selective prevention strategies (i.e. screening strategies), which are directly addressed to the mentioned female risk populations and which are based on early recognition of problematic drinking behaviour during and before pregnancy. In this context, short-term interventions (one time or repeated educational sessions for women with alcohol abuse) have discussed to be of high effectiveness.

Research questions

The research questions are:

- Which preventive and interventional strategies for women at childbearing age are effective and efficient to prevent FAS? Which strategies to reduce alcohol abuse or to achieve alcohol abstinence during pregnancy in women are effective and efficient? Are there any unintended side effects?
- What is the cost-efficacy of such interventions?
- Are there any ethical, social, juridical and organisational aspects, which have to be considered?

Methods

Following outcomes have been selected to answer the research questions:

- Primary outcomes: frequency of established diagnoses of FAS, reduction of alcohol intake or achievement of

alcohol abstinence during pregnancy, measured by distinct screening instruments, such as the AUDIT-questionnaire.

- Secondary outcomes: fetal mortality, weight at birth, gestational age at birth, preterm delivery, admissions to neonatal intensive care-units.

A systematic literature research was performed in 30 international databases (for example MEDLINE, EMBASE) with seven predefined keywords. To identify relevant publications, two keyword complexes were connected, one with terms related to FAS, the other with terms related to prevention of alcohol dependency in childbearing women. To describe the effectiveness of preventive strategies the two keyword complexes were linked to terms related to study-quality. The selection of abstracts and of full-text versions was performed according to predefined selection criteria.

Accurate and detailed information on preventive measures in Germany for drug consuming pregnant women and breastfeeding women were not public (for example online) available. Because of that it has contacted the competent authority at the Federal Ministry of Health, and a list of all projects funded with a brief description has been returned.

To determine the quality of the studies internal (risk for biases) and external validity (application of study-results for people beyond the study-populations) were evaluated according to predefined criteria. The contents of the primary and the secondary studies were displayed in table format.

Results

On the basis of the systematic literature research 1,217 abstracts are ordered and delivered. After abstract selection according to predefined selection criteria 188 full-text articles are ordered, of which 175 are actually delivered. 22 publications are added by hand search. After selection of the full-text articles eight primary studies and two secondary studies are included for medical assessment, seven articles for social, ethical, organisational and juridical aspects and 38 articles for background description, respectively. For economic assessment it is not possible to identify any full-text article, but there were five studies identified that deal with economic aspects. In 2011 and 2012 the German Ministry of Health assisted seven model projects for the enhancement of preventive measures for pregnant and breastfeeding women with substance abuse.

For the medical assessment only eight primary studies of relevance are identified, all of them come from the USA and show reduced methodological quality. In particular there was no blinding in the investigation of outcomes and in some cases outcomes were investigated by the person, who also carried out the intervention. Because of the reduction of the power of these studies it cannot be excluded, that investigations of higher methodological quality would reveal contradictory results.

All primary studies are assessing short-term interventions. When the whole study population is analysed, only one study shows significant better results for the intervention than for the control group. Two studies report positive effects on one of the analysed outcomes. When subgroups are analysed, four further primary studies demonstrate significant positive effects of the intervention.

In all studies positive effects are established not only for the intervention, but also for the control group, suggesting that the application of a screening instrument and the verbalisation of alcohol abuse already reduce the alcohol intake during pregnancy.

An U.S. study estimates that the cost of FAS comes to the equivalent of 2,070.90 Euros in additional costs per year for a child with FAS, compared to a child without the disease. This cost estimate includes costs for medical services and lost productivity.

For the prevention of FAS, studies with ethical, social and juridical aspects could be identified.

A German study on the reduction of alcohol intake during pregnancy demonstrates that FAS-risk is highest in women at older age and that women with high social-economic status are most at risk. Numerous investigations show that children with a family history of any substance abuse are more likely to also develop any kind of substance abuse.

Discussion

The application of the present results to other countries, such as Germany, is limited. In particular studies from the USA were done in populations of low socio-economic status, whereas in Germany, risk for alcohol abuse is highest in middle-class women at older age.

Nevertheless, studies give meaningful approaches for the prevention of FAS in Germany.

In conclusion short-term interventions, in particular screening interventions and systematic surveillance of alcohol intake reduce alcohol abuse and increase alcohol abstinence in pregnant women (in both, the intervention group, as well as in the control group). From the available data, there is no evidence for the key conditions and for the key factors for the success of interventions.

Primary studies give little details regarding the types of interventions and are varying with regard to the duration and the follow-up of interventions. O'Connor suggests that repeated contacting might improve the effectiveness of short-term interventions. None of the studies is looking for the potential occurrence of side effects of the intervention. There is no information on other types of interventions, such as interventions, taking place outside the clinical setting.

From the ethical point of view a respectful contact with the study populations is highly important, especially in terms of the social context of alcohol abuse (i.e. circumstances, in which alcohol consumption is advocated). From the juridical angle the potential deprivation of the right of custody has to be discussed. From a social point

of view women with a high level of alcohol intake (in particular women of high socioeconomic status) and women with previous exposure to violence have to be considered most at risk.

In view of the limited evidence the encouragement of pilot studies is positively evaluated in Germany. The adherence to the academic background of the projects and the transparently reporting of success and failure of the results are essential.

As recommended by the German centre for problems of substance abuse, all assessments of the expectant mother's record of prenatal and natal care should include the T-ACE screening. Further research on FAS should include the following aspects:

- All available studies derive from the US. In particular because of the differing structure of European populations (and the differing risk factors) methodologically highly qualified studies are essential for the successful prevention of FAS in Europe. In addition, the inclusion of patient-relevant outcomes and the blinding of participants are important.
- Evaluation of potential side effects of interventions, such as delirium, depression, anxiety and dropout from prenatal care should be included into further research-projects.
- Further studies, investigating the effect of short-term interventions should concentrate on the question, which factors and settings are related to the success of the interventions.
- Of special interest is the clarification of the required amount of counseling within the interventions, the clarification of the required qualification of the consultant, the optimal length of the intervention and the optimal gestational age for implementing the intervention.
- For successful prevention of FAS, screening for pregnant women with alcohol abuse is presupposed and therefore warrants further research.
- Because alcohol consumption of pregnant women and women at childbearing age and its problems has to be evaluated in the context of society as a whole, further research has to be directed towards behavioural prevention-strategies to reduce the amount of alcohol intake in the general population. Additionally, these strategies should influence social and cultural norms, and should thereby be of indirect preventive effect.
- Further research should focus on women at very high risk (pregnant women with alcohol addiction, pregnant women, who have already given birth to a child with FAS) and women, in who short-term interventions are unlikely to be effective.

Conclusions/Recommendations

The following recommendations can be made:

- As a basis of further prevention strategies more data on prevalence and populations at risk for FAS in Germany are needed.

- Studies on FAS in Germany and expansion of effective pilot studies should be based on a scientific background
- Present screening strategies for pregnant women in Germany should be evaluated and modified when indicated.
- Continuing education on FAS of medical and non-medical staff, who are involved in screening and short-term interventions should communicate skills for negotiations and for a respectful contact with pregnant women. If necessary, women should be transferred to specialised conciliation- and therapy-centres, constitutional cross-linking of all of these centres is a key factor for success.
- Short-term interventions require repeated personal approach during the entire pregnancy, as i.e. alcohol intake is known to rise during the last trimester of the pregnancy.

Notes

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

INAHTA Checklist

Checklist for HTA related documents (Attachment 1).

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000116.shtml>

1. hta000116_INAHTA-Checklist.pdf (96 KB)
Checklist for HTA related documents

Corresponding author:

Mag. Barbara Fröschl

Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Vienna, Austria, Phone: 0043/1/51561150

Barbara.froeschl@goeg.at

Please cite as

Fröschl B, Brunner-Ziegler S, Wirl C. Prevention of fetal alcohol syndrome. *GMS Health Technol Assess.* 2013;9:Doc10.
DOI: 10.3205/hta000116, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001168

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000116.shtml>

Published: 2013-09-02

The complete HTA Report in German language can be found online at: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta330_bericht_de.pdf

Copyright

©2013 Fröschl et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

Prävention des fetalen Alkoholsyndroms

Zusammenfassung

Das fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist die am häufigsten vermeidbare Behinderungsursache bei Neugeborenen. Es beschreibt vorgeburtlich entstandene Schäden von Kindern durch Alkohol. Das können sein: Minderwuchs und Untergewicht, Kleinköpfigkeit und Entwicklungsstörungen wie Sprach-, Hör- und Koordinationsstörungen. Es gibt Präventionsmaßnahmen, deren Wirksamkeit untersucht wird. Bereits mehrmalige kurze Beratungsgespräche, sogenannte Kurzinterventionen, steigern die Abstinenz von Schwangeren.

Schlüsselwörter: alkoholinduzierte Störungen, FAS, FASD, fetales Alkohol-Syndrom, Fetuskrankheiten, Frauen, Intervention, Kind, neugeborenes, Prävention

Barbara Fröschl¹
Sophie Brunner-Ziegler²
Charlotte Wirl¹

1 Gesundheit Österreich
GmbH, Wien, Österreich

2 Medizinische Universität
Wien, Innere Medizin II,
Klinische Abteilung für
Angiologie, Wien, Österreich

Kurzfassung

Gesundheitspolitischer Hintergrund

Jährlich werden in Deutschland circa 678.000 Kinder geboren. Laut der Drogenbeauftragten der Bundesregierung sind circa 10.000 Kinder von gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum ihrer Mütter während der Schwangerschaft betroffen und bei circa 4.000 Neugeborenen ist von einem voll entwickelten fetalen Alkoholsyndrom (FAS) pro Jahr auszugehen.

In Deutschland ist bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen eine routinemäßige Alkoholanamnese vorgesehen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Beim FAS handelt es sich um eine vorgeburtlich entstandene Schädigung des Kindes durch von dessen schwangerer Mutter aufgenommenen Alkohol. Es gibt verschiedene Schweregrade (FAS Grad I bis III). Besonders häufige Schädigungen sind z.B. Minderwuchs und Untergewicht (vor- und nachgeburtlich), Kleinköpfigkeit (Mikrozephalie), mentale Entwicklungsverzögerungen, Sprach- und Hörstörungen, Ess- und Schluckstörungen bei Säuglingen, Hyperaktivität/Verhaltensstörungen, verminderte Muskelkraft, eingeschränkte Geschicklichkeit, Beeinträchtigung der Gesichtsmimik und Koordinationsstörungen.

Für eine erfolgreiche FAS-Präventionsstrategie sind vor allem Risikogruppen zu beachten. Risikogruppen sind insbesondere Frauen, die vor Eintreten der Schwangerschaft einen schädlichen Alkoholkonsum bzw. eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen, und Frauen, die in vorangegangenen Schwangerschaften ein schädliches Trinkverhalten zeigten. Maßnahmen der selektiven Prävention setzen direkt bei diesen Risikogruppen an. Solche Maßnahmen stehen im Fokus des vorliegenden Berichts. Wesentlich für die erfolgreiche Durchführung selektiver Präventionsmaßnahmen ist die Früherkennung von problematischem Trinkverhalten vor und während der Schwangerschaft (z.B. durch gezielte Screeningmaßnahmen). Eine vielfach als effektiv eingeschätzte Interventionsform bei diesen Risikogruppen ist die sogenannte Kurzintervention (z.B. kurze einmalige oder mehrmalige Beratung von Frauen mit riskantem Trinkverhalten).

Forschungsfragen

Die operationalisierte Fragestellung lautet:

- Welche Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen bei Frauen im gebärfähigen Alter sind zur Vermeidung des FAS effektiv und effizient? Welche Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums bzw. zur Abstinenz während der Schwangerschaft sind in dieser Zielgruppe (Frauen im gebärfähigen Alter) effektiv und effizient? Gibt es unbeabsichtigte Nebenwirkungen?
- Wie verhält sich die Kosteneffektivität?

- Welche ethischen, sozialen, juristischen und organisatorischen Aspekte müssen berücksichtigt werden?

Methodik

Folgende Endpunkte werden zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen:

- Primäre Endpunkte: Anzahl von eindeutig diagnostiziertem FAS, Alkoholreduktion bzw. Abstinenz während der Schwangerschaft anhand eindeutiger Screeninginstrumente, wie der AUDIT-Fragebogen (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- Sekundäre Endpunkte: fetale Mortalität, Geburtsgewicht, Gestationsalter bzw. Frühgeburt, neonatale Intensivpflichtigkeit

Es wird eine systematische Literatursuche in 30 internationalen Datenbanken (z.B. MEDLINE, EMBASE, ...) durchgeführt. Für die Suche in der Superbase werden sieben Schlagwortgruppen gebildet. Für die Suche nach für den Bericht relevanten Texten wurde eine Gruppe mit Begriffen zum FAS, eine Gruppe mit Begriffen zur Prävention von Alkoholkonsum (bei Frauen im gebärfähigen Alter) gebildet; die zwei Blöcke werden mit UND verknüpft. Für den Teil zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen werden diese zwei Blöcke mit Begriffen zur Studienqualität verbunden.

Sowohl die Selektion der Zusammenfassungen als auch die der Volltexte erfolgen anhand vorab definierter Kriterien.

Da genauere und vertiefende Informationen zu Präventionsmaßnahmen für Suchtmittel konsumierende Schwangere und Frauen in der Stillzeit in Deutschland nicht öffentlich (bzw. online) verfügbar waren, wurde die zuständige Stelle im Bundesministerium für Gesundheit kontaktiert, und eine Liste aller geförderten Projekte mit Kurzbeschreibung wurde zurück gesendet.

Für die Beurteilung der Studienqualität werden einerseits die interne (das Biasrisiko) und andererseits die externe Validität (die Anwendbarkeit von Studienergebnissen auf Patientinnen/Patienten außerhalb der Studienpopulation) bewertet. Dafür werden vorab definierte Kriterien herangezogen.

Die zur Bewertung verwendeten Primär- und Sekundärstudien werden tabellarisch dargestellt.

Ergebnisse

Anhand der systematischen Literatursuche werden 1.217 Zusammenfassungen bestellt bzw. geliefert. Nach einer Selektion der Zusammenfassung anhand vorab definierter Selektionskriterien werden 188 Zusammenfassungen als Volltext bestellt. Von den 188 bestellten Volltexten werden 175 geliefert. Durch die ergänzende Suche werden 22 Publikationen ergänzt. Nach der Selektion der Volltexte werden acht Primär- und zwei Sekundärstudien für die medizinische Bewertung herangezogen, sieben Artikel werden der Bearbeitung sozialer, ethischer, organisatorischer und juristischer Aspekte zugeordnet sowie

38 Texte für die Hintergrunddarstellung herangezogen. Es konnte kein Volltext für die ökonomische Bewertung gefunden werden, ökonomische Aspekte werden in fünf Publikationen behandelt.

Zur Verbesserung von Präventionsangeboten für Suchtmittel konsumierende Schwangere und Frauen in der Stillzeit wurden bzw. werden vom Bundesministerium für Gesundheit 2011 und 2012 sieben zielgruppenspezifische Modellprojekte gefördert.

Zur medizinischen Fragestellung des Berichts gibt es nur acht relevante Primärstudien, die alle aus den USA stammen und qualitative Einschränkungen aufweisen. Qualitativ mangelhaft ist vor allem, dass die Erhebung der Endpunkte nicht verblindet und teilweise sogar von denselben Personen wie die Kurzintervention durchgeführt wurde. Aufgrund der eingeschränkten Stärke der Evidenz ist nicht auszuschließen, dass weiterführende, methodisch hochwertige Studien zu anderen Ergebnissen kommen.

Alle Primärstudien untersuchen Kurzinterventionen. Hinsichtlich der gesamten Studienpopulation zeigt nur eine Studie bei fast allen Endpunkten signifikant positive Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Bei zwei Studien zeigen sich positive Effekte der Intervention bei einem der untersuchten Endpunkte. Bei einer genaueren Analyse von Subgruppen in den Interventionsstudien finden sich bei vier weiteren Primärstudien signifikante positive Effekte der Intervention.

Bei allen Primärstudien weisen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe positive Effekte auf. Dies ist ein Hinweis dafür, dass bereits die Anwendung eines Screening-Instruments oder die Thematisierung des Alkoholkonsums zu einer Reduktion des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft führen.

Eine Studie aus den USA die, die Kosten des FAS abschätzt, kommt auf umgerechnet 2.070,90 Euro Mehrkosten pro Jahr für ein Kind mit FAS im Vergleich zu einem Kind ohne die Erkrankung. Diese Kostenschätzung umfasst Kosten für medizinische Leistungen und den Produktivitätsverlust.

Zur Prävention von FAS konnten Studien zu ethischen, sozialen und juristischen Aspekten identifiziert werden. Eine deutsche Studie zu Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zeigte, dass Frauen aus der sozialen Oberschicht und mit höherem Alter als Risikogruppen zu betrachten sind. In zahlreichen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass Kinder aus Familien mit Abhängigkeitserkrankungen verstärkt von Alkoholabhängigkeit und Sucht betroffen sind.

Diskussion

Eine Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland ist nur bedingt möglich. Es ist vor allem anzumerken, dass die Studien in den USA größtenteils auf sozial benachteiligte Gruppen ausgerichtet sind, während in Deutschland eher ältere Frauen aus der Mittelschicht als Risikogruppen gelten. Trotzdem liefern die Studien

sinnvolle Ansätze für die Prävention von FAS in Deutschland.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kurzinterventionen, insbesondere aber das Screening bzw. die systematische Erfassung des Alkoholkonsums zu einer Reduktion des Alkoholkonsums bzw. einer Erhöhung der Abstinenz bei Schwangeren führen (Verbesserung bei Kontroll- und Interventionsgruppen). Unter welchen Bedingungen Interventionen erfolgreich und was explizite Erfolgsfaktoren sind, konnte mithilfe der dargestellten Studien nicht herausgearbeitet werden. Die Primärstudien liefern zu wenige detaillierte Beschreibungen der Interventionen und unterscheiden sich z.B. in der Interventionsdauer und im Zeitpunkt des Follow-up. O'Connor weist darauf hin, dass mehrmalige Kontaktaufnahmen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen verbessern. Keine der Studien untersucht potenzielle Nebenwirkungen der Intervention. Es gibt keine Evidenz zu anderen Interventionsformen oder zu Interventionen im nicht-klinischen Setting.

Aus ethischer Sicht wichtig, sind ein respektvoller Umgang mit den Betroffenen und der gesamtgesellschaftliche Kontext des Alkoholkonsums (z.B. Situationen, in denen Alkoholkonsum gefördert wird). Ein juristischer Aspekt ist der potenzielle Sorgerechtsentzug bei einer Diagnose des FAS. Aus sozialer Sicht sind Frauen (nicht nur Schwangere), die einen höheren Alkoholkonsum aufweisen (dies sind vorrangig Frauen aus höheren Schichten), und Frauen mit Gewalterfahrungen als besondere Risikogruppen zu behandeln.

In Anbetracht der geringen vorhandenen Evidenz ist die Förderung von Modellprojekten in Deutschland sehr positiv zu bewerten. Wichtig ist es, dass diese Projekte wissenschaftlich begleitet werden und dass über deren Erfolg, aber nicht zuletzt auch über Misserfolgskriterien transparent berichtet wird. Darüber hinaus sollte das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen empfohlene T-ACE-Screening (T-ACE = Tolerance Annoyed Cut down Eye-opener) bei allen Mutterpassuntersuchungen Anwendung finden.

Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich folgender Punkte:

- Alle vorliegenden Studien stammen aus den USA. Insbesondere wegen der anderen Bevölkerungsstruktur (bzw. wegen anderer Risikogruppen) sind für eine erfolgreiche FAS-Prävention mehr methodisch hochwertige Studien insbesondere in Europa notwendig. Wesentlich dabei wäre, dass patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt werden und eine Verblindung bei der Erhebung der Endpunkte stattfindet.
- Potenzielle Nebenwirkungen durch Interventionen, wie Delirium, Depression, Angst oder Abbruch der pränatalen Untersuchungen, sollten in weiteren Studien unbedingt erhoben werden.
- Mehr Studien sollten genauer untersuchen, welche Komponenten für den Erfolg/Misserfolg in welchem Setting wesentlich sind und über die bloße Messung der Effektivität hinausgehen. Interessant dabei wäre, wie viele Beratungen eine Intervention enthalten sollte,

welche Qualifikation der Berater der Kurzintervention haben sollte, wie lange eine Kurzintervention im besten Fall dauert und welcher Zeitpunkt der Schwangerschaft optimal für eine solche ist.

- Für eine erfolgreiche FAS-Präventionsstrategie ist ein Alkoholscreening zur Erfassung von schwangeren Frauen mit riskantem Alkoholkonsum eine Voraussetzung, weshalb sich auch in Screeningfragen weiterer Forschungsbedarf ergibt.
- Da der Alkoholkonsum von Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter nicht losgelöst von der Gesamtgesellschaft gesehen werden kann, besteht weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Verringerung des gesamtgesellschaftlichen Alkoholkonsums. Dabei geht es auch um Maßnahmen, die nicht direkt auf die FAS-Prävention abzielen (wie die Veränderung von sozialen und kulturellen Normen oder Alkoholpreisgestaltung), von denen aber unter Umständen eine indirekte präventive Wirkung zu erwarten ist.
- Mehr geforscht werden sollte zu Frauen mit besonders hohem Risiko (zu schwangeren Alkoholikerinnen, zu schwangeren Frauen, die bereits ein Kind mit FAS geboren haben), bei denen Maßnahmen, wie Kurzinterventionen, nicht ausreichend sind (Alternative: Therapie).

Schlussfolgerung/Empfehlung

Folgende Empfehlungen lassen sich über den weiteren Forschungsbedarf hinaus aus der Bearbeitung der Hintergrundliteratur, der Primär- und Sekundärstudien sowie des Task-Force-Berichts ableiten:

- Als Grundlage für weitere Präventionsmaßnahmen sind Prävalenzdaten zu FAS in Deutschland und zu besonders betroffenen Risikogruppen notwendig.
- Wissenschaftliche Studien sollten alle deutschen Projekte begleiten, effektive Modellprojekte sollten ausgeweitet werden.
- Die momentanen Maßnahmen zum Screening von Schwangeren in Deutschland sollten evaluiert und gegebenenfalls adaptiert werden.
- Das medizinische und das nichtmedizinische Personal, das Screening sowie Kurzinterventionen bei Schwangeren durchführt, sollte speziell aus- und weitergebildet werden. Neben grundlegender Information zum Thema Alkohol und Schwangerschaft wird eine Weiterbildung zu Gesprächsführung sowie zu respektvollem und wertschätzendem Umgang mit den betroffenen Frauen empfohlen. Betroffene Frauen sollten bei Bedarf an entsprechende weitere Beratungs- und Behandlungsangebote verwiesen werden. Dazu ist eine Vernetzung der Angebote wichtig.

- Da der Alkoholkonsum von Schwangeren im dritten Trimester der Schwangerschaft häufig wieder steigt, sind Kurzinterventionen in Form mehrmaliger persönlicher Kontaktaufnahmen über die gesamte Schwangerschaft sinnvoll.

Anmerkungen

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

INAHTA-Checkliste

Checkliste für HTA-bezogene Dokumente (Anhang 1).

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000116.shtml>

1. [hta000116_INAHTA-Checklist.pdf](#) (96 KB)
Checkliste für HTA-bezogene Dokumente

Korrespondenzadresse:

Mag. Barbara Fröschl
Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Österreich, Tel.: 0043/1/51561150
Barbara.froeschl@goeg.at

Bitte zitieren als

Fröschl B, Brunner-Ziegler S, Wirl C. Prevention of fetal alcohol syndrome. *GMS Health Technol Assess.* 2013;9:Doc10.
DOI: 10.3205/hta000116, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001168

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000116.shtml>

Veröffentlicht: 02.09.2013

Der vollständige HTA-Bericht in deutscher Sprache steht zum kostenlosen Download zur Verfügung unter:

http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta330_bericht_de.pdf

Copyright

©2013 Fröschl et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.