

FASD 2012

Alkoholgeschädigte Kinder und pränatale Alkoholexposition:

Wie oft?

Aktuelle Ergebnisse der letzten 5 Jahre von 2008/2009 bis 2012
aus Australien, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Ghana, Großbritannien,
Israel, Japan, Kanada, Korea, Kolumbien, Neuseeland, Polen,
Rumänien, Russland, Schweden, Uganda, Uruguay, USA



Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz
Zentrum für Angewandte Prävention®, Dresden

Mitarbeit von

Dr. med. Anke Reißmann
Universitätskinderklinik Magdeburg
Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt

Dipl.-Ing. Dorit Götz
Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt
an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität

kleanthes
Dresden 2012

Impressum

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben, auch nur bei auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2012 kleanthes Verlag für Medizin und Prävention GmbH & Co. KG, Dresden

Produced in Germany, kleanthes.de

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Buch erfolgen trotz sorgfältiger Beachtung und Kontrolle ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors, der Herausgeber oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen. Die Verantwortung der einzelnen Beiträge liegt ausschließlich bei den Autoren derselben.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942622-08-0

kleanthes Verlag für Medizin und Prävention, Dresden

FASD 2012 Alkoholgeschädigte Kinder und pränatale Alkoholexposition: Wie oft? Aktuelle Ergebnisse der letzten 5 Jahre von 2008/2009 bis 2012 aus Australien, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Ghana, Großbritannien, Israel, Japan, Kanada, Korea, Kolumbien, Neuseeland, Polen, Rumänien, Russland, Schweden, Uganda, Uruguay, USA

Satz und Gestaltung: Bettina Lindner, Dresden

Abbildungsnachweise:

Seminarband EUR 6112 © EGKS-EWG-EAG, Brüssel-Luxemburg (darin: Abb. 5, Seite 120: Mortalität durch Leberzirrhose in Paris 1907–1957) mit freundlicher Genehmigung Publications Office of the European Union v. 17.10.2012

©Lorian Hayes, Bidjara woman from Central Western Queensland Australia, mit freundlicher Genehmigung v. 18.10.2012 (Gemälde zum Thema Alkohol und FASD bei den Aborigines). Bitte beachten Sie, dass die Künstlerin die Wiedergabe dieses Bildes nur im Zusammenhang mit der deutschen und englischen Ausgabe dieses Buches genehmigt hat.

Ausschnitt aus: Lucas Cranach d. Ä. (1472–1553): Cranach-Altar der St. Wolfgangskirche zu Schneeberg/Erzgebirge. Mit freundlicher Genehmigung Foto Georgi, Schneeberg sowie Ev.-Luth. Pfarramt St. Wolfgang Schneeberg/Erzgebirge. Weitere Angaben zum Bild in: Möhn, R.: Medizinische Betrachtungen am Cranach-Altar der St. Wolfgangskirche zu Schneeberg/Erzgebirge. Der Hautarzt 2002, 53: 622–624.

Cover: Foto E. Paditz, Dresden 2012

Autoren

Ekkehart Paditz, Prof. Dr. med. habil.

Zentrum für Angewandte Prävention*

D-01097 Dresden, Rähnitzgasse 23

Tel. +49 351. 2068 478-0

Fax +49 351. 2068 478-8

praxis@paditz.eu

www.angewandte-praevention.de

Anke Reißmann, Dr. med.

Universitätskinderklinik Magdeburg

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt*

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Tel.: +49-391-67 14174

Fax: +49-391-6714176

monz@med.ovgu.de

www.angeborene-fehlbildungen.com

Dorit Götz, Dipl.-Ing.

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt*

an der Medizinischen Fakultät der

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Leipziger Str. 44

39122 Magdeburg

Telefon: +49-391-67 14189

Fax: +49-391-67 14176

dorit.goetz@med.ovgu.de

www.angeborene-fehlbildungen.com

* gefördert vom Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.

Inhalt

Einleitung	7
Epidemiologie FASD	
Ergebnisse aus Australien, Deutschland, Israel, Italien, Kanada, Kroatien und Südafrika 2009–2012	8
Berichte über FASD aus Deutschland 1974–2012	10
Inzidenz in Sachsen-Anhalt 1980–2010 (landesweites Fehlbildungsmonitoring)	11
Inzidenz und Prävalenz in Deutschland 2001–2010 (offizielle Krankenhausstatistik)	14
Zur Methodik der FASD-Epidemiologie	
Beginn der FAS-Epidemiologie 1977	16
Unterschiedliche Schweregrade	16
Altersabhängigkeit der Manifestation der Symptome	17
Falsch-positive Diagnosen – die Notwendigkeit interdisziplinärer Differenzialdiagnostik	18
Exkurs: Frankreich 1957/1968	21
Falsch-negative Diagnosen	23
Einfluss der statistischen Methodik	24
Inzidenz und Prävalenz	24
Kontextanalyse – Berücksichtigung der epidemiologischen Umgebungssituation	25
Epidemiologie des Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen	
Internationaler Vergleich 2008–2012	29
Monozentrische Studien 2008–2012	32
Psychologische, soziale und kulturelle Einflüsse	33
Prädiktoren	35
Zusammenfassung	36
Literatur	38

Einleitung

Epidemiologische Angaben sind eine wesentliche Voraussetzung für die Evaluation der Effektivität von Interventionen z.B. in Form von Präventionsprogrammen sowie für die realistische Einschätzung der Ressourcen, die für die medizinische Versorgung sowie für die soziale Integration bzw. Inklusion in Bezug auf eine definierte Erkrankung erforderlich sind.

In Australien wurde die Bedeutung epidemiologischer FASD-Untersuchungen kürzlich folgendermaßen eingeschätzt:

„to adress the challenges of FASD in genuine partnership – one where research is done with the community and not just about the community“.^[1]

In der vorliegenden Übersicht sind aktuelle Untersuchungen der letzten Jahre sowie aktuelle Entwicklungstrends in der epidemiologischen FASD-Forschung zu finden. Das Thema „Häufigkeit der pränatalen Alkoholexposition“ wird auf der Grundlage einer aktuellen PubMed-Recherche vorgestellt. Unter 949 Publikationen zu den Stichworten „alcohol consumption pregnancy“ fanden sich innerhalb der letzten fünf Jahre (2008–2012)

31 Studien aus 13 Ländern mit epidemiologischen Ergebnissen zur pränatalen Alkoholexposition: Australien, Frankreich, Ghana, Israel, Japan, Kanada, Südkorea, Neuseeland, Polen, Rumänien, Russland, Uruguay, USA. Bisher unveröffentlichte Daten aus dem Fehlbildungsregister des Bundeslandes Sachsen-Anhalt in Deutschland für den Zeitraum 1980 bis 2010 mit Stand v. 04.10.2012 sowie Hinweise zum Stand der FASD-Epidemiologie in Deutschland ergänzen diese Daten.

Differenzialdiagnostik gehört neben der eindeutigen Diagnosestellung zum Thema Epidemiologie, da Epidemiologie auf weitgehend zutreffend gestellte Diagnosen angewiesen ist. Subtile klinische Beobachtungen führten zu den klassischen FAS-Erstbeschreibungen von Jaqueline ROQUETTE (1957) und Paul LEMOINE (1968).^[2–5] Epidemiologische Daten zur Entwicklung des Alkoholkonsums in Frankreich in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts sowie zur Häufigkeit der kongenitalen Syphilis im gleichen Zeitraum weisen darauf hin, warum Frankreich prädisponiert war, dass gerade dort in den Jahren 1957 und 1968 erstmals der Zusammenhang zwischen pränataler Alkoholexposition und dem typischen FAS-Fehlbildungsmuster erkannt wurde.

Abkürzungen:

FASD	Fetal Alcohol Disorders
FAS	Vollbild des Dysmorphiesyndroms
LG	Lebendgeborene
pFAS	partiell FAS

Epidemiologie FASD

Ergebnisse aus Australien, Deutschland, Israel, Italien, Kanada, Kroatien und Südafrika 2009–2012

Die FASD-**Inzidenz** wird für Kanada für das Vollbild der Erkrankung (FAS) mit 0,25–7,2 pro 1000 Lebendgeborenen angegeben.^[6] Für das weiter gefasste Spektrum der Erkrankung (FASD) wurden für Kanada Ziffern zwischen 2–9 pro 1000 Lebendgeborenen publiziert (vgl. Tab. 8).^[6]

Aktuelle systematische Untersuchungen bei Schulkindern ergaben in Italien mit 46 Fällen unter 976 Schülern der 1. Klasse eine **FASD-Prävalenz** von 47,1 pro 1000 Schulkinder.^[7–8] Die **FAS-Prävalenz** wurde mit 8,2 pro 1000 Schulkindern angegeben (Tab. 1). Bei Schulkindern der 1.–4. Klasse in Zagreb/Kroatien fanden sich vergleichbar hohe Prävalenzen (Tab. 1).^[9] Diese Ergebnisse vermitteln ein realistisches epidemiologisches Bild, da im Rahmen **aktiver Fallsuche** mit den Zugangskriterien Mikrocephalus, Minderwuchs und/oder Lern- oder Verhaltensstörungen präzise diagnostische Kriterien eingesetzt wurden.

In Schulklassen Italiens in der Nähe Roms sowie in der Hauptstadt Kroatiens (Zagreb) wurde im Mittel ein Kind mit FASD pro Schulklasse gefunden.^[7, 9]

ABEL und SOKOL berichteten 1987 bzw. 1991 zusammenfassend über 18 bzw. 20 epidemiologische Untersuchungen zum Thema FASD.^[10–11] Bis zum Jahre 1994 hatte sich diese Zahl weltweit bereits auf 35 prospektive Studien aus 40 Regionen der Welt erhöht.^[12] Dazu gehörten Ergebnisse aus: Australien, Kanada, Dänemark, Frankreich, Italien, Niederlande Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Großbritannien und USA. Eine weitere Zusammenfassung über epidemiologische FASD-Studien bis zum März/April 2009 findet sich bei MAY.^[13]

Uns interessierte, welche Neuigkeiten es in der FASD-Epidemiologie zwischen 2009 und 2012 gibt und wie die bisher vorliegenden Daten aus Deutschland bewertet werden können (Tab. 1).^[1, 7, 9, 14–21]

Tab. 1

Epidemiologie FASD, aktuelle Studien 2009–2012 (PubMed sowie eigene Daten)

Autor	Jahr	Land/Region	Daten	Ergebnisse	Bemerkungen
May PA	2011	Italien	aktive Fallsuche , 976 Kinder untersucht (Grundschule)	1 FASD / 21 Grundschüler Prävalenz (46/976)	Vergleich zu 116 randomisiert ermittelten gesunden Kindern und deren Mütter
Petkovic G	2010	Kroatien	aktive Fallsuche , 466 Kinder untersucht (1.–4. Klasse) sowie Interview der Mütter	1 FASD / 25 Grundschüler Prävalenz (19/466, davon 3 FAS und 16 FASD)	Pränatale Alkoholexposition: 15,5% aller Kinder, binge drinking 3,13%

Inzidenz in Sachsen-Anhalt/Deutschland 1980–2010 (landesweites Fehlbildungsmonitoring)

Das Fehlbildungsregister an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg in Deutschland^[17–18] erfasst FAS-Fälle kontinuierlich seit 1980 in der Region Magdeburg bzw. in Sachsen-Anhalt.¹ Dabei handelt es sich um FAS-Fälle, die auf Grund der Merkmale Mikrocephalus, pränatale Wachstumsstörungen, Dysmorphiezeichen sowie mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft diagnostiziert wurden. Das Register erfasst neben der Zahl der Lebendgebur-

ten auch die Zahl der Geborenen, über die auch der Anteil der Totgeburten mit FAS und weitere FAS-Fälle erfasst werden. Im Zeitraum 1980–1996 wurden in der Region Magdeburg 23 FAS-Fälle auf 234.359 Geborene registriert, einer Inzidenz von 0,098 FAS / 1.000 Geborenen oder **einem FAS-Fall pro 10.190 Geborene** entsprechend.² Bezogen auf die Zahl der Lebendgeborenen ergeben sich mit 0,099 FAS pro 1.000 Lebendgeborene bzw. einem Fall pro 10.117 Lebendgeborene ähnliche Ergebnisse. Mit Bezug auf den Zeitraum 1980–2010 veränderten sich diese Häufigkeitsziffern nicht (Tab. 3).

¹
Das Bundesland Sachsen-Anhalt, zu dem die Region Magdeburg gehört, stellt innerhalb von Deutschland mit ca. 2,3 Millionen Einwohnern das einzige von 16 Bundesländern dar, in dem ein landesweites kontinuierliches Fehlbildungsmonitoring erfolgt. Die Institution ist der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg angegliedert und wird gefördert vom Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.. Weitere Angaben sind unter www.angeborene-fehlbildungen.com zu finden.

²
Der Begriff „Geborene“ erfasst Lebendgeborene, Totgeburten sowie induzierte Aborte, Spontanaborte ab der 16. Schwangerschaftswoche sowie induzierte Aborte (aller Schwangerschaftswochen).

Tab. 3

FAS-Häufigkeit in Sachsen-Anhalt/Germany 1980–2010.
Angaben aus dem Fehlbildungsregister des Landes Sachsen-Anhalt, Stand v. 04.10.2012³

Jahr	Anzahl	Geborene	Inzidenz/ 10.000 Geborene	Lebend- geborene	Inzidenz/ 10.000 LG
1980	3	18116	1,66	17969	1,67
1981	0	17882	0,00	17745	0,00
1982	0	17697	0,00	17589	0,00
1983	2	17440	1,15	17318	1,15
1984	1	17356	0,58	17241	0,58
1985	0	17178	0,00	17072	0,00
1986	2	16872	1,19	16772	1,19
1987	4	17212	2,32	17081	2,34
1988	1	16669	0,60	16527	0,61

³
Die Aktualisierung der bereits in den Jahresberichten des Fehlbildungsregisters Sachsen-Anhalt publizierten Daten (www.angeborene-fehlbildungen.com) erfolgte mit Stand v. 04.10.2012 durch Frau Dipl.-Ing. Dorit Götz und Frau Dr. med. Anke Reißmann aus Magdeburg.

Die retrospektive Auswertung aller Symptome, Wachstumsstörungen und Minoranomalien von 176.631 Geborenen (2000–2009, Auswertungsstand v. 04.10.2012), für die diese Angaben im Magdeburger Register vorlagen, ergab auf der Grundlage des anfangs in Deutschland üblichen

Majewski-Scores die Annahme einer FAS-Inzidenz von **einem morphologisch erfassbaren FAS-Fall auf 281 Geborene (Tab. 4, siehe auch Tab. 1)**. Diese Häufigkeitsangabe entspricht der o.g. Angabe von **1/300** für schwere FAS-Fälle von OLEGARD aus Schweden.^[38]

Tab. 4

FAS-Häufigkeitsangaben 1977–1981 – Einfluss epidemiologischer Methoden

Region	Zeitraum	Fehlbildungsregister	Aktive Fallsuche*
Sachsen-Anhalt	1980–2010	1:10.137 (1 FAS pro 10.222 Geborene)	1:281 (Zeitraum 2000–2009)
USA landesweit	1979	1:10.000	–
Atlanta/Georgia, USA	1981–1989	1:10.000	–
Göteborg/Schweden	1979	–	1:300
Roubaix/Frankreich	1977	–	1:306

*) pro- und retrospektive Fallsuche auf der Grundlage von Erhebungen in Kliniken (prospektiv) sowie über Kliniken und ambulante Sozialdienste (retrospektiv) in Göteborg/Schweden (Olegard et al. 1979) oder zusätzliche Auswertung von Minoranomalien, Organfehlbildungen und Wachstumsstörungen, die mit der Diagnose FAS kompatibel sind und damit als FAS-Verdacht eingestuft werden können (Fehlbildungsregister Sachsen-Anhalt; Bewertung von mehr als 6 Punkten nach Majewski als Verdacht auf FAS)

Der Vergleich der unterschiedlichen epidemiologischen Daten in den Tab. 1 und 4 illustriert, welchen deutlichen Einfluss unterschiedliche Erfas-

sungsmethoden und die Schulung und Motivation der beteiligten Ärzte haben.

Falsch-positive Diagnosen – die Notwendigkeit einer interdisziplinären Differenzialdiagnostik

FOX & DRUSCHEL machen zusätzlich darauf aufmerksam, dass Fehlbildungsregister falsch-positive Fälle beinhalten können, die bei Reevaluation jenseits des zweiten Lebensjahres nicht als FAS oder FASD bestätigt werden konnten.^[50] ABEL hatte ebenfalls von falsch-positiven Diagnosen berichtet und die von ihm veröffentlichten Häufigkeitsziffern und Kostenschätzungen daraufhin nach unten korrigiert.^[11]

DOUZGOU et al. aus Manchester fanden innerhalb von sieben Jahren bei **8,75% (7/80)** der Patienten, die im Alter von einem Monat bis zu 26 Jahren mit der Diagnose „FASD“ beim Genetiker vorgestellt wurden, 22q11-Abnormalitäten (n=3) sowie verschiedene Mikrodeletionen bzw. Mikroduplikationen (n=4), die als Ursache und nicht nur als Nebefund des jeweiligen Dysmorphie-syndroms eingeschätzt wurden. Bei zwei weiteren Kindern wurde die Diagnose FASD fallengelassen („the child was deemed to be a normal child“).^[49]

Die Reevaluation psychologischer Befunde von 220 Kindern aus Toronto mit FASD (n = 56), ADHD bzw. ODD/CD (oppositional defiant/

conduct disorder) (n=111) bzw. gesunder Kontrollen (n=53) ergab beim Vergleich zwischen FASD und gesunden Kontrollen **14% falsch positive und 18% falsch negative Ergebnisse**. Die Differenzierung zwischen FASD und ADHD war mit **19% falsch positiven und 28% falsch negativen Ergebnissen verbunden**.^[51]

Die Überlappung **morphologischer** Befunde zwischen FASD und anderen Syndromen sowie die Ähnlichkeit **psychologischer** Befunde von Kindern mit FASD, ADHD und weiteren Erkrankungen stellt deshalb in der Praxis eine deutliche Herausforderung dar, die nur interdisziplinär gemeistert werden kann.

Aus klinischer Sicht muss deshalb immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Symptome eines Kindes mit Hinweisen für FAS, FASD, pFAS, ARNB oder ARBD^[47] auch bei nachgewiesenem mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft^[49] kritisch differenzialdiagnostisch bewertet werden müssen, bevor die Diagnose FAS oder FASD etc. gestellt wird. Dazu gehören u.a. folgende

Differenzialdiagnosen:⁵

Syphilis connata
Fanconi anemia ^[49]
Dubowitz-syndrome ^[52–56]
Williams syndrome
Noonan syndrome ^[57]
Silver Russell syndrome

5

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1141/diagnosis/differential.html> download v. 29.09.2012 soweit keine weiteren Literaturhinweise angegeben werden

LEMONIE sah 1968 ebenfalls eine Verbindung zwischen dem mütterlichen Alkoholkonsum und den kindlichen Dysmorphiezeichen, nachdem die Syphilisserologie bei diesen Kindern negativ ausgefallen war und er sich gewundert hatte, wie ähnlich

sich zahlreiche Kinder waren. Diese Beobachtungen führten zu den klassischen FAS-Beschreibungen von LEMOINE.^[4]

Falsch-negative Diagnosen

Subjektive ärztliche Faktoren beeinflussen die feststellbaren Prävalenzraten zusätzlich, wie DRUSCHEL & FOX angesichts der deutlichen Prävalenzunterschiede zwischen zwei vergleichbaren Bezirken New Yorks zeigten.^[50] Das restriktive Zuweisungsverhalten der Kliniker einer Region zum Genetiker sowie die engagierte Mitarbeit eines dysmorphologisch ausgebildeten Klinikers der anderen Region schien sich entsprechend auszuwirken. Sie betonten deshalb:

„It is important that clinicians understand that there are reasons to make a diagnosis other than improving FAS surveillance. There can be direct benefits to the child and the family. Although some clinicians do not want “label” the child, they overlook an opportunity to intervene with the family. In addition, studies have shown that children who are diagnosed earlier fare better, because they may receive specific interventions.”^[50]

Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass Ärzte motiviert werden sollten, die Diagnose zu stellen:

Bei American Indian-Frauen konnte nachgewiesen werden, dass sie ihren Alkoholkonsum während der folgenden zwei Schwangerschaften deutlich reduzierten, wenn die Diagnose FAS beim ersten Kind gestellt wurde.^[69]

In Kanada wurde bei zahlreichen Teilnehmerinnen eines FASD-Präventionsprogrammes Alkoholabstinenz erreicht.^[70]

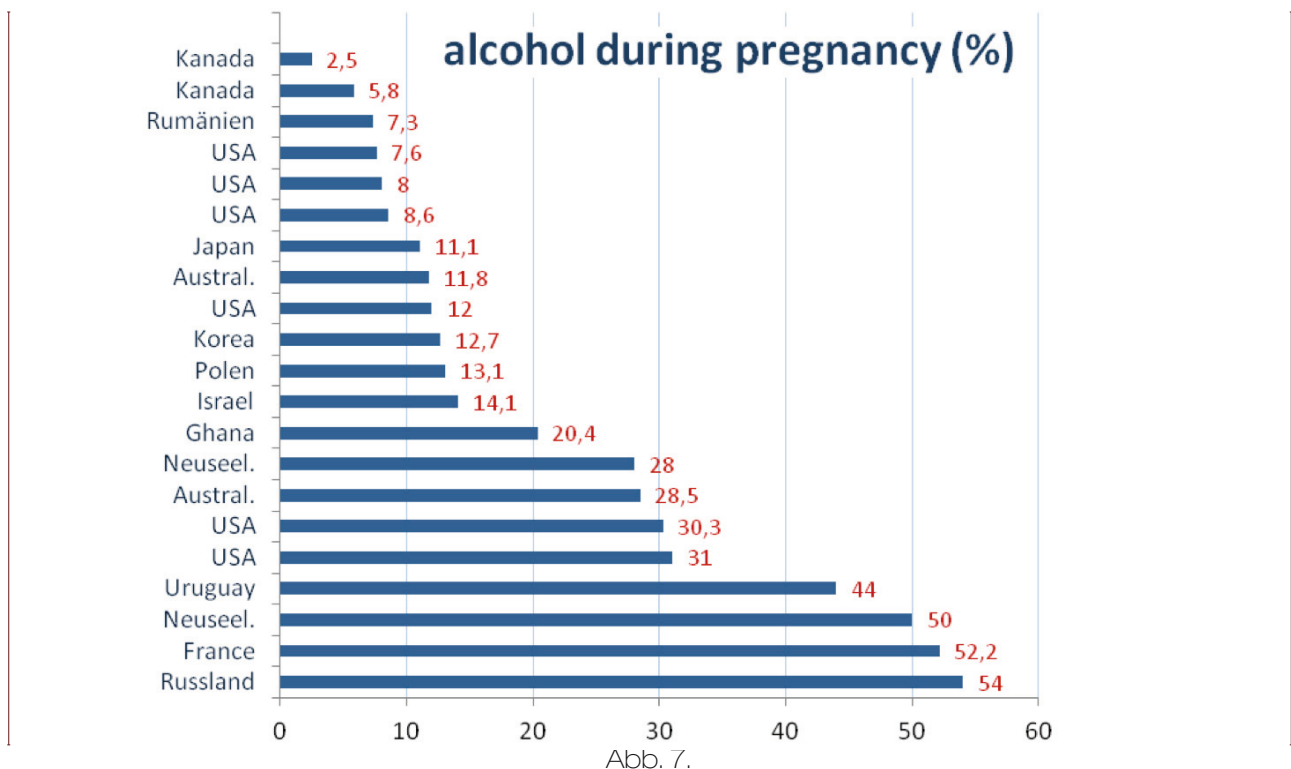
ASTLEY wies auf den Rückgang der FAS-Prävalenz und des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft in Washington State im Zeitraum 1993 bis 1998 hin, nachdem in Washington ein entsprechendes Diagnostik- und Präventionsprogramm etabliert wurde.^[71]

Epidemiologie des Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen

Internationaler Vergleich 2008–2012

Die Häufigkeit des pränatalen Alkoholkonsums liegt aktuell zwischen 2,5% in Kanada und 54% in Russland, soweit man das aus den aktuellen Publikationen mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen der letzten fünf Jahre ableiten kann (Abb. 7.) 949 Publikationen, die sich mit den Stichworten „alcohol consumption pregnancy“ befassen, fanden sich mit Stand v. 09.10.2012 unter PubMed in den fünf Jahren von 2008 bis 2012. Bei jahrgangsweiser Sichtung dieser Arbeiten verblieben 32 Publikationen, in denen Primärdaten zur Epidemiologie

des Alkoholkonsums von 100.268 Frauen aus 17 Ländern während der Schwangerschaft mitgeteilt wurden. In 21 Publikationen wurden Daten aus landesweiten, überregionalen oder multizentrischen Untersuchungen vorgelegt. 11 Autorengruppen berichteten über die Ergebnisse narrativer Interviews bzw. über monozentrische Studien. Die genauere Betrachtung der Erhebungen auf nationaler, multizentrischer oder über-regionaler Ebene zeigt deutliche methodische Unterschiede (Tab. 11).^[16, 73–92]



Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumierten

21 aktuelle Publikationen der letzten fünf Jahre: 2008–2012, Stand v. 09.10.2012, Erfassung via PubMed.

Ergebnisse aus nationalen, überregionalen oder multizentrischen Untersuchungen auf der Grundlage von Befragungen (20 Studien) oder über die Messung von Biomarkern im Mekonium (1 Studie, Kanada 2,5%).

Die Ergebnisse sind durch die unterschiedliche Methodik nur eingeschränkt vergleichbar. Mehrfachnennungen weisen auf unterschiedliche Studien aus dem gleichen Land und auf die wissenschaftliche Aktivität in diesem Land zum Thema „Alkohol und Schwangerschaft“ hin.

Psychologische, soziale und kulturelle Einflüsse

Junge Frauen aus Bogota/Kolumbien (Schwesternschülerinnen), die bereits ein frühgeborenes Kind haben,^[103] Latinas aus den USA^[100–101] sowie Niue-Frauen aus Neuseeland^[102] gaben in 50%, 70% bzw. 17,4% (vor/nach Intervention) sowie 100% der Fälle Alkoholkonsum während der Schwangerschaft an (Tab. 12).

Die Interviews weisen auf erhebliche individuelle Enttäuschungen hin, die mit fehlendem oder unterentwickeltem partnerschaftlichen Respekt sowie

mit einem bei den befragten Frauen und deren Partnern nur wenig entwickelten Differenzierungsgrad von Gefühlen im Alltag sowie bei Sexualkontakten in Verbindung gebracht werden. Alkohol betäubt und sozialisiert dann gleichermaßen.

Derartige Frustrationen und Teufelskreise beschreibt Lorian HAYES aus Brisbane/Australien in vergleichbarer Weise für Frauen der Aborigines (vgl. Abb. 8):

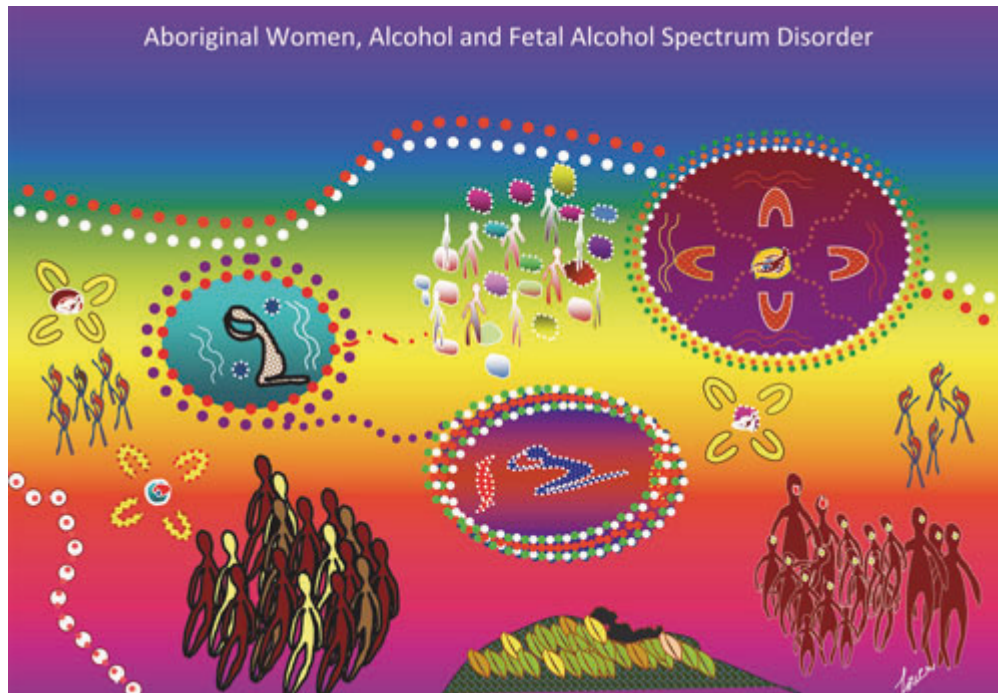


Abb. 8

Der Teufelskreis Alkohol innerhalb der Gewohnheiten zahlreicher Aborigines.

©Lorian Hayes, Bidjara woman from Central Western Queensland Australia, mit freundlicher Genehmigung v. 18.10.2012 (Gemälde zum Thema Alkohol und FASD bei den Aborigines). Bitte beachten Sie, dass die Künstlerin die Wiedergabe dieses Bildes nur im Zusammenhang mit der deutschen und englischen Ausgabe dieses Buches genehmigt hat.

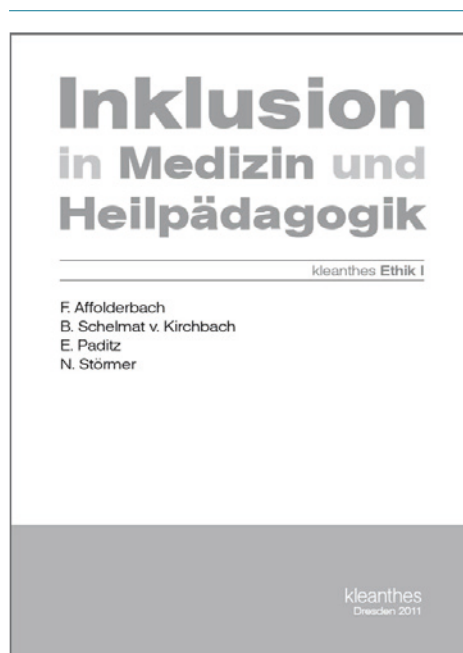
- Alleinsein und Verlustängste würden Kleinkinder vieler Aborigines nachts beschäftigen, während die Eltern Alkohol konsumieren, Musik hören und dann betrunken schlafen, so dass keine Kontaktaufnahme mit den Kindern erfolgen würde.
- Im Alltag würden die Sicherheitsbedürfnisse der Kinder nicht gestillt, da die Eltern Alkohol trinken und für die Kinder nicht verfügbar seien.
- Schulschwänzen sei an der Tagesordnung, Männer sitzen rauchend zusammen und nehmen mit den herumlaufenden Kindern kaum Kontakt auf. Zu Hause finden die Kinder dann ihre betrunkene Mutter: „There is nothing in the kitchen for her to eat. She notices her mother lying quietly on the couch.“
- Die Einbeziehung in die soziale Gruppe der Erwachsenen würde oft erst im Jugendalter erfolgen – über den gemeinsamen Alkoholkonsum: „By the time children reach the youth stage (11–13 years), they began to mimic the behaviour of adults around them.“
- Alkohol während der Schwangerschaft sei dann auch mit Gefühlen der Abwehr gegen das ungewollte Kind verbunden: „Drinking alcohol is a way women try to kill their babies.“
- Damit schließt sich der Teufelskreis des Alkohols: „When Aboriginal people enter into a drinking cycle, even the unborn child is affected.“ „Drinking is the expected community norm.“^[104]

Bei 166 Frauen, die in zwei Regionen der Ukraine leben (darunter während der Schwangerschaft: 80 Nichttrinker, 43 Trinker), konnten analog dazu massive Zusammenhänge zwischen dem Alkoholkonsum von Mann und Frau nachgewiesen werden.^[105] Starker Alkoholkonsum des Mannes war demnach mit einem 27fach bzw. 34fach erhöhten Risiko für mütterlichen perikonzeptionellen bzw. fortgesetztem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft verbunden. Mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft war mit einer geringeren Zufriedenheit mit der Partner-

schaft sowie mit einer geringeren Fähigkeit, Probleme zu diskutieren assoziiert.^[105]

Alkoholabhängige Niue-Frauen aus Neuseeland schilderten ähnliche Frustrationen und undifferenzierte Verhaltensweisen, die sich auch auf die unzureichende Entwicklung von partnerschaftlichen und individuellen Gefühlen bezogen. Binge-Trinken war mit einem kurzzeitigen Gefühl des Glücks und der Entlastung verbunden.^[102]

- [96] Matsumura, T.; Taniguchi, C.; Hamagashira, N.: [Current state of smoking and alcohol drinking among pregnant women in Kyoto City]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. (2009): 56(9), 655–661.
- [97] Namagembe, I.; Jackson, L. W.; Zullo, M. D.; Frank, S. H.; Byamugisha, J. K.; Sethi, A. K.: Consumption of alcoholic beverages among pregnant urban Ugandan women. *Matern Child Health J*. (2010): 14(4), 492–500.
- [98] Souza, L. H.; Santos, M. C.; Oliveira, L. C.: [Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. (2012): 34(7), 296–303.
- [99] Mehta, C.; Masson, G.; Iqbal, Z.; O'mahony, F.; Khalid, R.: Prevalence of excessive alcohol consumption in pregnancy. *Public Health*. (2009): 123(9), 630–631.
- [100] Bakhireva, L. N.; Young, B. N.; Dalen, J.; Phelan, S. T.; Rayburn, W. F.: Periconceptional binge drinking and acculturation among pregnant Latinas in New Mexico. *Alcohol*. (2009): 43(6), 475–481.
- [101] Hughes, S. C.; Chambers, C. D.; Kassem, N.; Wahlgren, D. R.; Larson, S.; Riley, E. P.; Hovell, M. F.: Inconsistent report of pre-pregnancy-recognition alcohol use by Latinas. *Matern Child Health J*. (2009): 13(6), 857–864.
- [102] Gray, J.; Nosa, V.: Tau Fifine Fiafia: the binge drinking behaviours of nine New Zealand born Niuean women living in Auckland. *Pac Health Dialog*. (2009): 15(1), 104–111.
- [103] Alvarez, M. L.: Nursing students' premature pregnancy and consumption of alcohol. *Rev Lat Am Enfermagem*. (2008): 16 Spec No(577–583).
- [104] Hayes, L. G.: Aboriginal women, alcohol and the road to fetal alcohol spectrum disorder. *Med J Aust*. (2012): 197(1), 21–23.
- [105] Bakhireva, L. N.; Wilsnack, S. C.; Kristjansson, A.; Yevtushok, L.; Onishenko, S.; Wertelecki, W.; Chambers, C. D.: Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. *J Stud Alcohol Drugs*. (2011): 72(4), 536–544.



kleanthes.de