

POCKET GUIDE FASD MIRJAM N. LANDGRAF & FLORIAN HEINEN

THINK KIDS

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



Realisation

Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.bund.de
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

www.drogenbeauftragte.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin www.dgkj.de

Gesellschaft für Neuropädiatrie www.neuropaediatrie.com

Klinikum der Universität München Dr. von Haunersches Kinderspital
Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie
iSPZ Hauner www.ispz-hauner.de

Design Kathrin Schneider

www.grafikschneider.de

Copyright Mirjam N. Landgraf &
Florian Heinen, München

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.



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** ≤ 10 . Perzentile
- (2) **Geburts- oder Körperlänge** ≤ 10 . Perzentile
- (3) **Body Mass Index** ≤ 10 . Perzentile

Zu Mikrocephalie siehe 3.2



Zur Erfüllung des Kriteriums

FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN

sollen alle 3 facialen Anomalien vorhanden sein:

DIFFERENTIALDIAGNOSEN

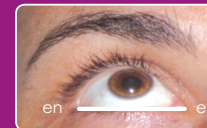
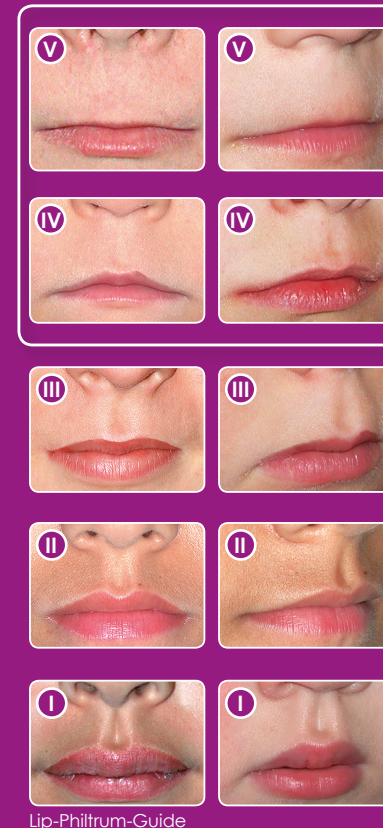
2. FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN

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-Streiff-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
(≤ 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

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

© Susan Astley, University of Washington, USA



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
(≤ 10 . Perzentile / ≤ 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



4

Bestätigte oder nicht bestätigte INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

MÖGLICHE RISIKOFAKTOREN FÜR MÜTTERLICHEN ALKOHOLKONSUM WÄHREND DER SCHWAN- GERSCHAFT

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

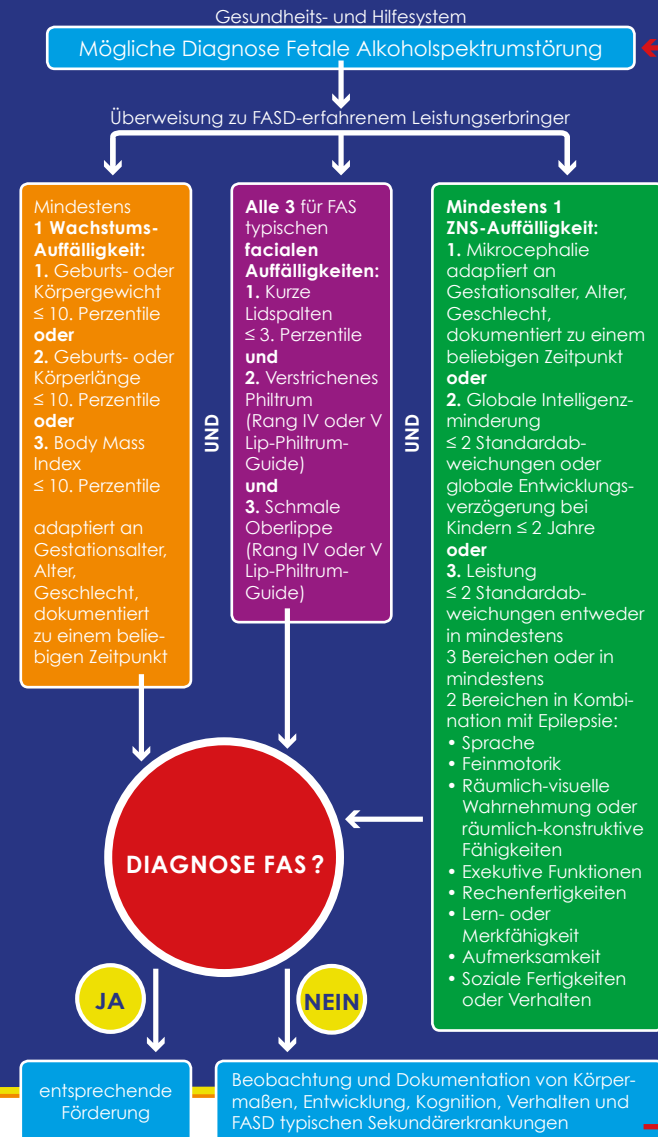
PSYCHISCHE FAKTOREN

- 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.



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

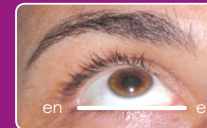
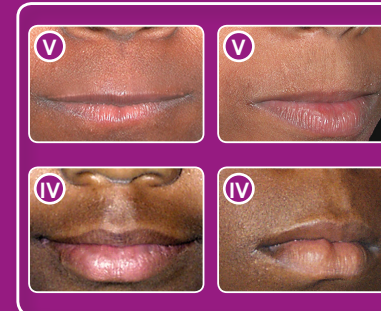
FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN

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

(1) Kurze Lidspalten
(≤ 3 . Perzentile)

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

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



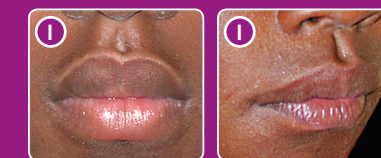
Messung der
Lidspaltenlänge



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 Informationseinholung 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 ≤ 2 J.
- Epilepsie
- Mikrocephalie ≤ 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

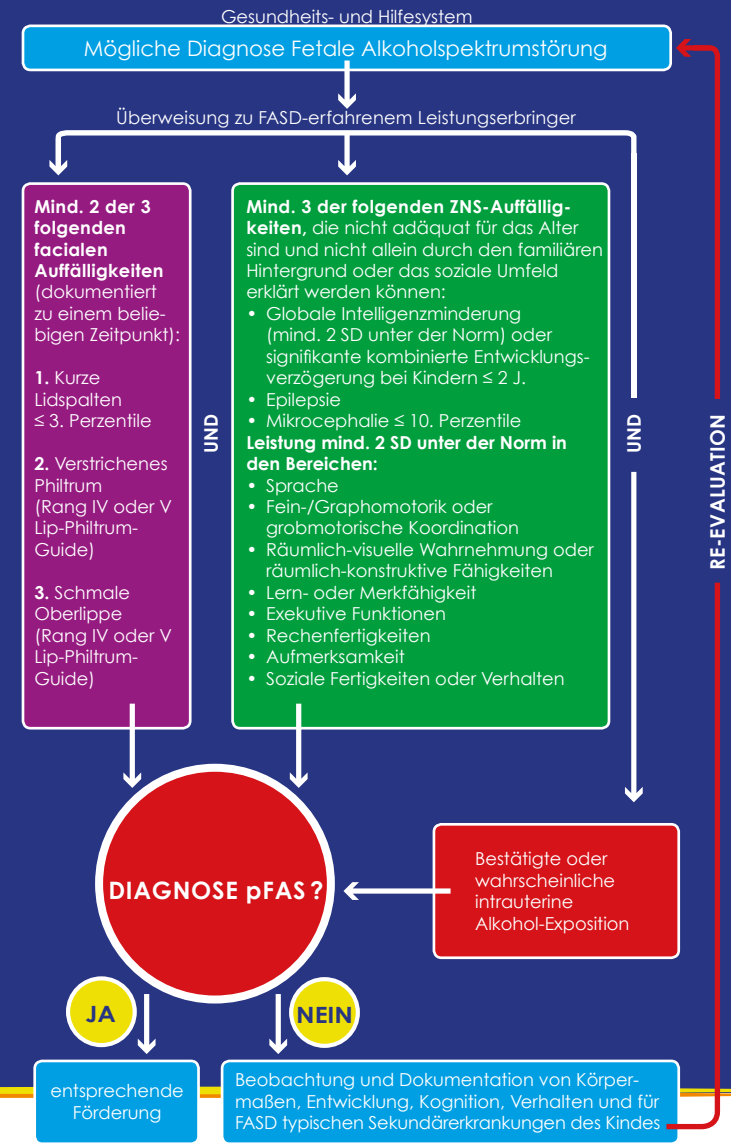
können z.B. sein:

- 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.



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 ≤ 2 J.
- Epilepsie
- Mikrocephalie ≤ 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

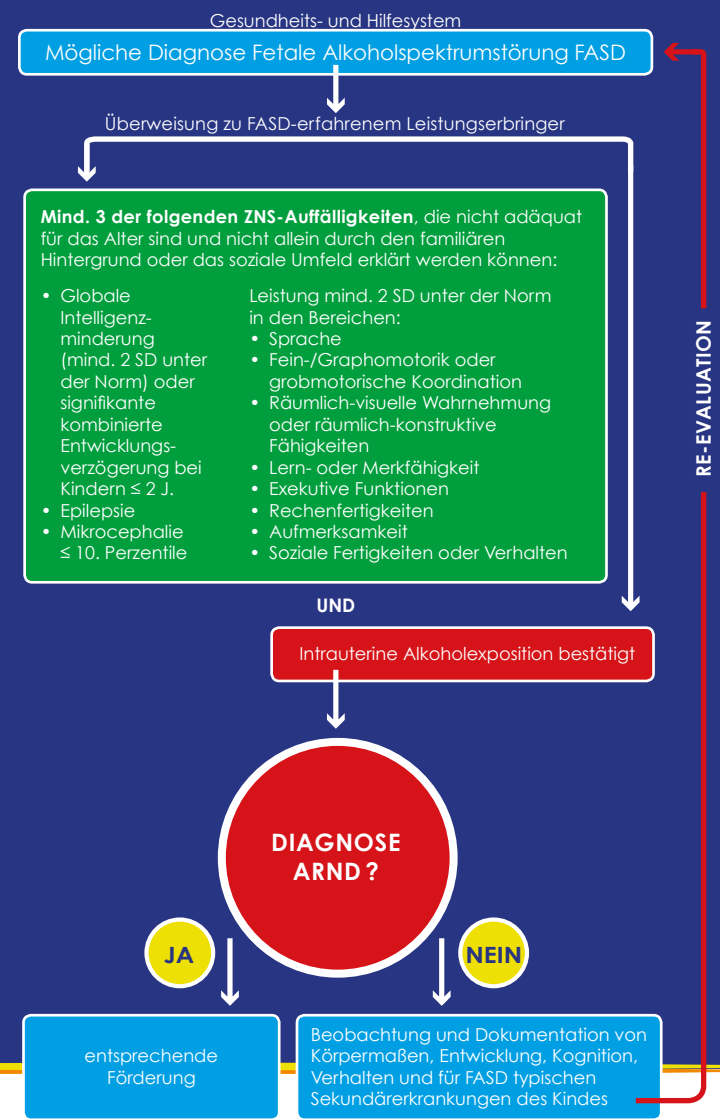
Die Signifikanz der Höhe des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft kann aktuell nur qualitativ geschätzt werden, da kein verlässlicher Mengen-Cut-off für die intrauterine, für das Ungeborene unschädliche, Alkoholexposition existiert.

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
Kinderspital 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
Dr. med. Antje Erencin
spz@contilia.de
- Sozialpädiatrische Zentren
- Kinder- und Jugendärzte

juristisch

- Fr. Gila Schindler
Rechtsanwältin für Kinder- und Jugendhilferecht, Heidelberg
schindler@sojura.de

Diagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörungen

Kurzfassung, Langfassung und Leitlinienbericht

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/022-025.html>

Rückfragen

www.ispz-hauner.de

mirjam.landgraf@med.uni-muenchen.de

Internationale Leitlinien zu FASD

1. Astley, S. 2004. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. University of Washington Publication Services
2. National Centre on Birth Defects and Developmental Disabilities. Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis. 2004. Centre for Disease Control
3. Hoyme HE et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. Paediatrics 2005; 115: 47
4. Chudley A et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. Can Med Assoc J 2005; 172 (Suppl) sowie deren Aktualisierung 2008 (Goh et al., 2008)

Patientenvertretung / Selbsthilfegruppe FASD Deutschland e.V.

Fr. Gisela Michalowski

Fr. Dr. med. Wendelina Wendenburg

www.fasd-deutschland.de

Homepage der Drogenbeauftragten

www.drogenbeauftragte.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

www.bzga.de



IMPRESSUM

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

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues

