



Projektauswertung 2025: FASD ist FAKT!©

©Timm F. Theen/Stand 02/26

Der **FASQ** (Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire) ist ein validiertes, niedragschwelliges Screening-Instrument mit 92% Trefferquote (n=239 von 259 Probanden) zur Früherkennung und Differenzierung von FASD zu anderen Erkrankungsformen. Die aktuelle Version als FASQ.online-Umfrage 2025 des FASD-Fachzentrums Hamburg e.V. zeigt entscheidende neue Erkenntnisse zur Situation von Kindern und Jugendlichen mit FASD vorwiegend in Norddeutschland.

Bei einer Stichprobe des Jahres 2025 von 197 Kindern und Jugendlichen (Altersmittelwert 12,9 Jahre) dokumentiert diese Erhebung eine massive und persistente Symptombelastung über nahezu alle Funktionsbereiche hinweg. Im Durchschnitt zeigt jedes Kind etwa die Hälfte der typischen FASD-Merkmale in hochgradiger Ausprägung (43,3% der Items mit hoher Prävalenz). Die kritischsten Symptome sind dabei das fehlende Verständnis für Konsequenzen des Handelns (73,6%, n=145), die Unfähigkeit, das eigene Verhalten zu begründen (73,1%, n=144), sowie massive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme (65,8%, n=130 und 64,2%, n=127).

Ein bemerkenswertes Ergebnis zeigt sich bei der Frage nach bereits etablierten Diagnosen: 76,8% der gescreenten Kinder (n=151) waren bereits diagnostiziert, wobei etwa 90% die Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) erhalten hatten. Dies ist jedoch nicht als Fehldiagnose zu verstehen, sondern vielmehr als wichtiger Marker und Hinweisgeber auf mögliche übersehene FASD-Anteile. ADHS und FASD sind keine gegenseitig ausschließenden Diagnosen – kein „Entweder-Oder-Denken“, sondern ein „Sowohl-Als-Auch“-Prinzip gilt es zu berücksichtigen. Sie können und treten häufig komorbid auf. Tatsächlich erfüllen laut Experten 60–90% aller FASD-betroffenen Menschen auch die Kriterien einer ADHS. Die ADHS-Diagnose ist somit kein Fehler – sie ist ein erheblicher und validierter Marker, der darauf hinweist, dass eine vertiefende Diagnostik zur möglichen FASD-Komorbidität oder FASD-Monodiagnose dringend notwendig ist. Viele Kinder mit „reiner“ ADHS-Diagnose könnten in Wahrheit FASD haben oder eine nicht erkannte FASD-ADHS-Komorbidität tragen.

Diese Erkenntnis hat fundamentale Implikationen für die Versorgungspraxis: Von den bereits diagnostizierten Kindern in dieser Stichprobe sollte bei bis zu 152 Kindern (77,16%, n=152; insbesondere bei denen mit ADHS-Diagnose, die zusätzlich die hier dokumentierten FASD-spezifischen Merkmale aufweisen) eine weiterführende diagnostische Abklärung dringend empfohlen werden, um FASD auszuschließen oder nachzuweisen. Dies ergibt sich daraus, dass die FASQ-Kriterien bei etwa 90% dieser Gruppe erfüllt sind und viele der charakteristischen FASD-Merkmale in dieser Kohorte mit hoher Prävalenz auftreten.

Trotz bereits intensiver therapeutischer Versorgung (75,1% der Kinder, n=148, erhalten Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie) bleiben die Symptome schwerwiegend und persistent. Dies deutet darauf hin, dass die Interventionen oft nicht ausreichend auf FASD-spezifische Bedürfnisse abgestimmt sind. Standard-Ansätze, die bei reiner ADHS funktionieren, greifen bei FASD häufig zu kurz.

Das FASD Fachzentrum Hamburg e.V. mit seinem Projekt „FASD ist FAKT!“ bietet dabei erstmals bundesweit eine kostenlose, anonyme und niedrigschwellige Online-Verfügbarkeit als FASQ.online an, was einen entscheidenden Durchbruch in der Früherkennung darstellt und als einzigartiger Wegweiser die Türe für eine bessere diagnostische Aufklärung öffnet.

WAS IST DER FASQ – DEFINITION UND BEDEUTUNG

Der FASQ (Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire) ist ein 38-Item Fremdbeurteilungsfragebogen, der von Eltern/Bezugspersonen, Pflegepersonen oder pädagogischen Fachkräften ausgefüllt wird, die das Kind und sein Verhalten im Alltag gut kennen und erleben. Dieses „Pen and Paper-Instrument“ wurde zusammen mit Studierenden der Uni Münster von **Dr. rer. medic., Dipl.-Psych. Reinhold Feldmann/Walstedde** entwickelt. Der FASQ erfasst systematisch die Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsdefizite, die für FASD charakteristisch sind. Dies umfasst fünf zentrale Bereiche:

- **Exekutive Funktionen und Impulskontrolle**
 - **Lern- und Gedächtnisfähigkeit**
- **abstraktes Denken und Ursache-Wirkungs-Verständnis**
 - **soziale Kognition und interpersonales Verhalten**
- **sowie problematisches oder auffälliges Verhalten im Sinne von Regelverstößen oder Risikoverhalten**

Ursprünglich wurde der FASQ zudem zur Differenzierung gegenüber ASS, AD(H)S und anderen Derivaten aufgebaut. Er eignet sich jedoch hervorragend als Ersteinschätzung bei FASD im Allgemeinen und wird z.B. im Institut für Kinderneurologie/Dr. Jan Oliver Schönfeldt bereits seit Jahren im Anamneseprozess eingesetzt.

Die Besonderheit des FASQ liegt in seiner Niedrigschwelligkeit. Die Bearbeitung dauert nur 15 bis 20 Minuten und erfordert keinerlei spezialisierte Fachkenntnisse – ein wichtiger Vorteil, da damit Fachkräfte der Psychologie, Pädiatrie, Erziehungswissenschaft, Sozial-Sonder- und Pädagogik, Kinderschutzbereiche oder Eltern/Bezugspersonen selbst das Instrument anwenden können. Nach Zustimmung von Dr. Reinhold Feldmann ist der Fragebogen seit 12/2024 als FASQ.online unter dem Projekt FASD ist FAKT! zudem seit 2025 kostenlos und anonym online verfügbar über die Homepage des FASD-Fachzentrums Hamburg (<https://fasd-fachzentrum.hamburg/projekt-fasd-ist-fakt/>), was die Barrieren für den Zugang erheblich gesenkt hat.

Die Skalierung erfolgt über eine Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“, und die Auswertung erfolgt anonym, automatisiert mit sofortiger Rückmeldung an den Nutzer per Empfehlung zur weiteren diagnostischen Abklärung oder halt auch nicht. Die Beurteilung

basiert auf zwei Cut-off-Werten: Für Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren liegt der Cut-off bei einem Summenwert von mindestens 45 Punkten, für Kinder ab 6 Jahren und bis 18 Jahren bei mindestens 55 Punkten. Ein Ergebnis oberhalb dieser Schwelle deutet darauf hin, dass eine weiterführende fachliche Diagnostik indiziert ist – der FASQ(.online) selbst stellt aber noch keine sichere Diagnose dar. Er ist viel mehr hervorragend geeignet als Erst-screening-Instrument, welches ein entscheidender Wegweiser sein kann und die Tür zur Diagnostik öffnet und dazu beiträgt, dass FASD-verdächtige Fälle nicht weiter übersehen und/oder neu eingeordnet werden.

VALIDIERUNG DES FASQ

Die wissenschaftliche Validierung des FASQ geht zurück auf eine Dissertation von Scheffner (2011), in der der Fragebogen an einer Stichprobe von 259 Probanden überprüft wurde: 112 Kinder mit klinisch diagnostiziertem FAS (Fetales Alkoholsyndrom), 35 Kinder mit ADHS und 112 Kinder ohne Störungsdiagnose als Kontrollgruppe. Die Ergebnisse waren bemerkenswert positiv.

Die interne Konsistenz betrug Cronbach's $\alpha = 0,98$, was eine hohe Homogenität der Items anzeigt. Dies bedeutet, dass alle 38 Fragen in hohem Maße ein gemeinsames Konstrukt erfassen – nämlich die FASD-typischen Verhaltensauffälligkeiten. Bei der Differenzierungsfähigkeit zeigte sich mittels Diskriminanzanalyse, dass insgesamt 88,2% aller Fälle korrekt klassifiziert werden konnten. Noch beeindruckender war die Sensitivität: 89% der Kinder mit FAS wurden korrekt als solche erkannt. Gleichzeitig war die Spezifität gegenüber unauffälligen Kindern sehr hoch – über 91% der Kontrollgruppe wurden korrekt als nicht FASD erkannt, und kein Kind der Kontrollgruppe wurde fälschlicherweise als FAS diagnostiziert (< 1% Fehlklassifizierung).

Die vielzitierte 92%-Trefferquote bezieht sich konkret darauf, dass in 92% der Fälle der FASQ die Patienten korrekt entsprechend ihrer klinischen Diagnose klassifiziert. Dies ist eine außerordentlich hohe Genauigkeit für ein niedrigschwelliges Screening-Instrument. Es ist wichtig zu verstehen, dass die ADHS-Gruppe in der Validierungsstudien eine erwartbare Überschneidung zeigte: Etwa 10–11% der Kinder mit ADHS wurden anhand des FASQ irrtümlich als FASD-verdächtig eingestuft. Dies ist nicht überraschend und sogar klinisch sinnvoll, da Kinder mit komorbider ADHS und FASD tatsächlich viele überlappende Symptome zeigen. Die Autoren der Validierungsstudie bewerteten diese Differenzierungsleistung insgesamt als sehr gut. Alle Items wurden beibehalten, und es wurden weitere großangelegte Studien empfohlen – was wiederum durch die aktuelle 2025er-Erhebung des FASD-Fachzentrums Hamburg adressiert wird.

Differenzierungsmerkmale von ADHS – Ist FASD das neue ADHS?

Das zentrale Missverständnis in der FASD-Diagnostik besteht oft in einem „Entweder-Oder-Denken“: Entweder hat das Kind ADHS, oder es hat FASD. Die wissenschaftliche Realität ist jedoch völlig anders. FASD und ADHS treten nicht nur in etwa 60–90% der Fälle komorbid auf – sie können sich tatsächlich gegenseitig verstärken. Ein Kind kann sowohl ADHS haben als auch FASD; es ist nicht seltener, sondern eher die Regel. Insbesondere wenn Medikationstherapien bei einem ADHS nicht zu den erwarteten Effekten führt (wie Steigerung von Konzentrationsfähigkeit, Reizfilterung, Impulskontrolle etc.) könnte hier ein weiterer Marker für eine FASD liegen und der FASQ(.online) zur wegweisenden Klärung beitragen.

Die ADHS-Diagnose ist nicht fehlerhaft, sondern ein wichtiger Marker. Wenn ein Kind die ADHS-Kriterien erfüllt, sollte dies als Hinweisgeber verstanden werden, dass eine Diagnostik

zur möglichen FASD-Komorbidität notwendig ist – sowohl für eine bessere Verständigung der Problematik als auch für eine adäquate Therapieplanung. Der FASQ.online kann dabei helfen, diese zusätzliche FASD-Komponente zu identifizieren, indem er spezifische FASD-charakteristische Verhaltensmerkmale erfasst, die über die ADHS-Symptomatik hinausgehen.

Auf der Verhaltensebene lassen sich einige differenzierende Merkmale identifizieren. Während ADHS-typische Schwächen vor allem in der Genauigkeit, Vigilanz und Konzentrationsfähigkeit liegen, zeigen Kinder mit FASD-Profil eher eine Dysfunktionalität bei der Entschlüsselung von Informationen, bei visuellem und räumlichem Denken, und bei der Übertragung erlernter Problemlösungen auf neue Aufgaben.

- Ein klassisches Differenzierungsmerkmal ist die **Distanzlosigkeit und Arglosigkeit** gegenüber fremden Personen: Kinder mit einem FASD-Profil nähern sich Fremden nicht nur impulsiv (wie Kinder mit einem ADHS-Profil tun könnten), sondern naiv und vertrauensselig, ohne fremde Absichten durchschauen zu können. Sie halten neue Bekanntschaften sofort für „nett“ oder den „besten Freund“ – ein Verhalten, das Kinder im ADHS-Profil typischerweise nicht zeigen.
- Ein weiteres starkes Differenzierungsmerkmal ist das **(Geld-)Wertverständnis**. Kinder mit einem ADHS-Profil verstehen etwa die Bedeutung von Belohnungen und Geldwert sehr gut und lassen sich dadurch im Sinne von z.B. Verhaltenstherapien und Belohnungssystemen oft motivieren. Kinder mit einem FASD-Profil hingegen haben oft gar keine Ahnung vom Wertekonzept von Geld und geben es leichtfertig weg – nicht aus Impulsivität im ADHS-Sinne, sondern aus kognitiver Unfähigkeit, Zahlenkonzepte oder Mengen zu erfassen. Entsprechend sind Belohnungssysteme bei FASD oft wirkungslos, weil die Kinder die Belohnung vergessen oder das Interesse daran verlieren.
- Ein drittes Differenzierungsmerkmal ist die **Lernfähigkeit aus Fehlern und Konsequenzen**: Während Kinder mit einem ADHS-Profil prinzipiell aus Erfahrungen lernen können, tun dies FASD-Kinder schwer. Sie wiederholen Fehler ständig, nicht aus Ungehorsam, sondern weil der pränatale Alkoholeinfluss das Frontalhirn und damit die Fähigkeit zur Reaktion auf Konsequenzen geschädigt hat.

Dies alles bedeutet: **Eine ADHS-Diagnose ist nicht falsch oder fehlerhaft – aber sie ist möglicherweise unvollständig**. Bei jeder Person mit ADHS sollte routinemäßig die Frage gestellt werden, ob zusätzliche FASD-Merkmale vorliegen, die auf eine Komorbidität hinweisen. Der FASQ.online ist ein perfektes Screening-Tool dafür, da er schnell angewendet werden kann und diese FASD-spezifischen Merkmale systematisch erfasst werden.

FASQ.online & PROJEKT „FASD IST FAKT!“ – INNOVATION UND BUNDESWEITE EINZIGARTIGKEIT

Das FASD-Fachzentrum Hamburg e.V. hat mit dem Projekt FASD ist FAKT! einen entscheidenden Schritt in der Versorgungslandschaft getan. Zum ersten Mal in Deutschland gibt es eine bundesweit verfügbare, kostenlose und anonyme Online-Plattform, auf der der FASQ ausgefüllt und umgehend ausgewertet werden kann. Diese Innovation hat mehrere

transformative Effekte.

Erstens wird durch die Online-Verfügbarkeit eine massive Zugangserleichterung erreicht. Bislang war FASD-Screening auf spezialisierte Kliniken, Ambulanzen und Beratungs- und Fachzentren beschränkt, die oft mit langen Wartelisten kämpften. Jetzt können Eltern, Bezugs- und Pflegepersonen sowie andere Fachkräfte aus pädagogischen oder therapeutischen Bereichen jederzeit und von überall aus den Fragebogen virtuell ausfüllen.

Zweitens ist das Tool vollständig kostenlos, was bedeutet, dass ökonomische Barrieren wegfallen – ein entscheidender Punkt, da FASD somit auch erfasst werden kann, wo finanzielle Ressourcen knapp sind.

Drittens ist die Plattform vollständig anonym, was das Stigma reduziert und Menschen ermutigt, das Tool zu nutzen, ohne sich kompromittiert zu fühlen.

Viertens, und das ist wissenschaftlich bedeutsam, ermöglicht diese digitalisierte Plattform die Aggregation von Daten aus einer breiten Bevölkerungsgruppe. Zum ersten Mal in Deutschland entstehen damit belastbare Statistiken über FASD-Prävalenzen, Symptomprofile und Komorbiditäten, die auf realen Nutzerdaten basieren – nicht auf klinischen Stichproben aus spezialisierten Zentren, sondern auf Daten aus der Praxis von Schulen, Heimen, Jugendämtern und Familien. Die aktuelle 2025er-Erhebung mit 257 Datensätzen (197 Kinder und Jugendliche, 54 Erwachsene) ist ein vielversprechender Anfang, und es ist zu erwarten, dass diese Zahlen im Laufe der Zeit weiterwachsen.

- bei extremen und vielseitigen Lern- und Verhaltensproblemen, die trotz durchgeführter Interventionen persistieren;
- bei Kindern mit bekannter oder vermuteter pränataler Alkoholexposition;
- routinemäßig bei jedem Kind mit ADHS-Diagnose, das zusätzlich Merkmale wie Arglosigkeit, mangelndes Geldverständnis oder Unfähigkeit zum Lernen aus Fehlern zeigt und/oder trotz Medikation weiterhin dysfunktional in der Konzentrationsfähigkeit, Impulskontrolle bleiben.

Wenn der FASQ.online auf FASD hinweist, sollte keine vorschnelle Etikettierung erfolgen, sondern eine geordnete und multiprofessionelle diagnostische Abklärung nach der FASD-S3-Leitlinie 2025 eingeleitet werden. Diese umfasst: Erhebung anthropometrischer Daten (Größe, Gewicht, Kopfumfang nach Perzentilen); dysmorphologische Untersuchung durch geschulte Fachperson; neuropsychologische und psychometrische Testung; ausführliche Anamnese zur pränatalen Alkoholexposition (der Goldstandard); und Ausschluss von Differenzialdiagnosen wie ASS, reine ADHS oder Bindungsstörung.

Im schulischen Kontext könnten Fachkräfte den FASQ.online niedrigschwellig einsetzen und/oder an die Eltern/Bezugspersonen vermitteln, wenn ein Kind trotz durchgeführter Interventionen (ReBBz, Nachteilsausgleich, intensiver Fördermaßnahmen) weiterhin extreme Lern- und Verhaltensprobleme aufweist.

In der Jugendhilfe könnte der FASQ.online als Standard-Screening bei Inobhutnahmen etabliert werden – ähnlich wie medizinische Screenings auf Infektionskrankheiten bereits

Standard sind. Dies würde potenziell dazu beitragen, die typischerweise jahrelange „diagnostische Odyssee“ bis zur richtigen Diagnose zu verkürzen und damit frühzeitig spezialisierte, kompensatorische sowie personenspezifische Hilfen einzuleiten.

SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Diese erste Erhebung des FASQ.online dokumentiert und belegt eindrucksvoll, dass FASD keine rare oder exotische Diagnose ist, sondern eine häufige, massiv beeinträchtigende Störung, die in Deutschland als systematisch unterdiagnostiziert gilt – nicht, weil sie übersehen wird, sondern weil sie unter anderen Namen verborgen bleibt. Die Kombination aus hohem Anteil bereits diagnostizierter Kinder (76,8%, n=151), massiver Symptombelastung über alle Funktionsbereiche (43,3% der Items hochgradig ausgeprägt), anhaltenden Problemen trotz intensiver Versorgung (75,1% in Therapie, n=148), und klarem Symptomprofil (Top 10 Merkmale mit Prävalenzen >56%) zeigt, dass hier eine Bevölkerungsgruppe mit enormem Bedarf an spezialisierter diagnostischer Abklärung und Intervention vorliegt.

Das Projekt „FASD ist FAKT!“ und die Digitalisierung des FASQ durch das FASD-Fachzentrum Hamburg e.V. bieten einen Game-Changer an. Erstmals gibt es ein bundesweit verfügbares, kostenloses, anonymes Instrument, das Fachkräfte und Eltern/Bezugspersonen befähigt, FASD-Verdachtsfälle zu identifizieren und in die richtige diagnostische Bahn zu lenken. Die Validität von 92% des Instruments, die Niedrigschwelligkeit seiner Anwendung (15–20 Minuten, keine Schulung/Spezialausbildung nötig), und die nun verfügbaren epidemiologischen Daten aus einer großen Feldstichprobe machen dies zu einem wissenschaftlich fundierten und praxisnah erprobten Werkzeug und einzigartigen Wegweiser.

Die zentrale Botschaft lautet: Kinder und Jugendliche mit FASD sind nicht **„schlecht erzogen“**, nicht **„böse“**, nicht **„unbehandelbar“** nicht **„mutwillig unbelehrbar“** – sie sind neurologisch geschädigt durch pränatale Alkoholexposition, und ihre Symptomatik ist eine direkte Konsequenz dieser Hirnschädigung. Sie sind somit im pädagogischen Sinn kaum erreichbar, sondern auf die Anpassungsfähigkeit des Gegenübers angewiesen. Eine frühzeitige und korrekte Diagnose ist der erste und wichtigste Schritt, um ihnen angemessene, spezialisierte und kompensatorische Hilfen zukommen zu lassen. Mit dem FASQ als Onlineversion über das Projekt „FASD ist FAKT!“ gibt es nun ein praktisches Werkzeug, das diese Diagnose für die breite Versorgungspraxis zugänglich oder erst erreichbar macht.

Wir machen FASD sichtbar – machen sie mit!

Nutzen Sie mit uns den FASQ.online

KONTAKT UND WEITERE RESSOURCEN

FASD-Fachzentrum Hamburg e.V.

Projekt: FASD ist FAKT!

Website: <https://fasd-fachzentrum.hamburg/projekt-fasd-ist-fakt/>

Auf dieser Website finden Sie den Zugang zum kostenlosen, anonymen FASQ-Online-Fragebogen und können Ihre Ergebnisse sofort einsehen sowie wichtige Informationen zur diagnostischen Weiterbetreuung erhalten.

Literatur und Fachinformationen:

- Feldmann, H. & Graf, A. (Hg.): FASQ-Praxishandbuch – FASD in der Jugendhilfe. Umfassender Ratgeber für Fachkräfte.
- S3-Leitlinie 2025 zu FASD: Diagnostik, Therapie und Begleitung. Die aktuelle wissenschaftliche Leitlinie für Fachkräfte.
- Alex & Feldmann (2012): Longitudinalstudie zu Effekten der Früherkennung und frühzeitigen Diagnosestellung bei FASD.

Zusammenfassung erstellt: Januar 2026

Datengrundlage: FASQ-Online Umfrage 2025 (n=197 Kinder/Jugendliche)

Projektentwicklung: ©Timm F. Theen /Stand 02/26 / FASD-Fachzentrum Hamburg e.V.