

Report FASQ.online 2025 / FASD ist FAKT!©

©Timm F. Theen/Stand 02/26

BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN UND DEMOGRAFISCHE MERKMALE

Die Stichprobe des FASQ.online mit 197 Kinder und Jugendlichen umfasste Kinder im Alter von 8 bis 17 Jahren mit einem Median von 12 Jahren und einem Mittelwert von 12,9 Jahren. Dies ist ein für die Jugendhilfe und Schulverweigerung relevantes Alterssegment, da in dieser Phase die Probleme oft evident werden und systemische Interventionen notwendig sind. Geografisch stammen die Teilnehmenden überwiegend aus Norddeutschland – mit Schwerpunkt in Hamburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bremen – doch es sind auch Daten aus allen anderen Bundesländern vorliegend, was auf eine breite bundesweite Reichweite hindeutet.

Bemerkenswert ist, dass trotz der dokumentierten schwerwiegenden Verhaltens-, Lern- und Entwicklungsprobleme (siehe unten) die anthropometrischen Daten der Gruppe im Durchschnitt völlig unauffällig waren: Die durchschnittliche Körpergröße betrug 139,5 cm und das durchschnittliche Gewicht 50,7 kg – beides liegt im Normalbereich für die entsprechenden Altersjahrgänge. Dies ist ein diagnostisch hochbedeutsames Ergebnis, da es darauf hindeutet, dass ein großer Teil dieser Kinder keine charakteristischen körperlichen Merkmale des FAS (wie Kleinwuchs) aufweist. Stattdessen gehören sie vermutlich zu den partiellen FASD-Formen wie ARND (Alkohol-Related Neurodevelopmental Disorder) oder pFAS (partiell FAS), bei denen die körperlichen Zeichen fehlen oder nur minimal ausgeprägt sind. Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung eines Verhaltens-Screenings: Ohne den FASQ(.online) würden diese Kinder, die körperlich unauffällig wirken, noch häufiger übersehen.

Bei der pränatalen Alkoholexposition war bei 60,3% (n=119) der Kinder ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft dokumentiert. Dies ist ein hoher Anteil und ist erwartungsgemäß: Es ist wahrscheinlich, dass überwiegend solche Eltern/Bezugspersonen oder Fachkräfte den FASQ.online ausfüllten, die bereits einen Alkoholkonsum-Verdacht hegten oder wo dieser bekannt war (z.B. bei Pflegekindern aus suchtselasteten Herkunftsfamilien). Zusätzlich wurden Mehrfachbelastungen erfasst: 24,9% (n=49) der Kinder waren intrauterin anderen Drogen (Opiate, Amphetamine, etc.) ausgesetzt und 23,9% (n=47) waren Nikotin-exponiert. Bei 27,9% (n=55) war die Expositionsanamnese unbekannt – ein typisches Problem bei Pflegekindern, wo nur fragmentarische Informationen zur Schwangerschaft der leiblichen Mutter vorliegen. Diese Daten zeigen, dass viele der betroffenen Kinder komplexen pränatalen Belastungssituationen ausgesetzt waren, nicht nur Alkohol allein.

TOP 10 CHARAKTERISTIKA BEI FASD – DETAILLIERTE SYMPTOMANALYSE

Die zentrale analytische Leistung der aktuellen Erhebung liegt in einer item-by-item-Analyse der Symptombelastung. Für jedes der 38 FASQ-Items wurde erfasst, wie häufig es in den höchsten Antwortkategorien („häufig“ oder „voll zutreffend“) geantwortet wurde – diese wurden als klinisch relevant klassifiziert. Im Durchschnitt zeigten die gescreenten Kinder 43,3% aller möglichen FASQ-Symptome in hochgradiger Ausprägung. Mit anderen Worten:

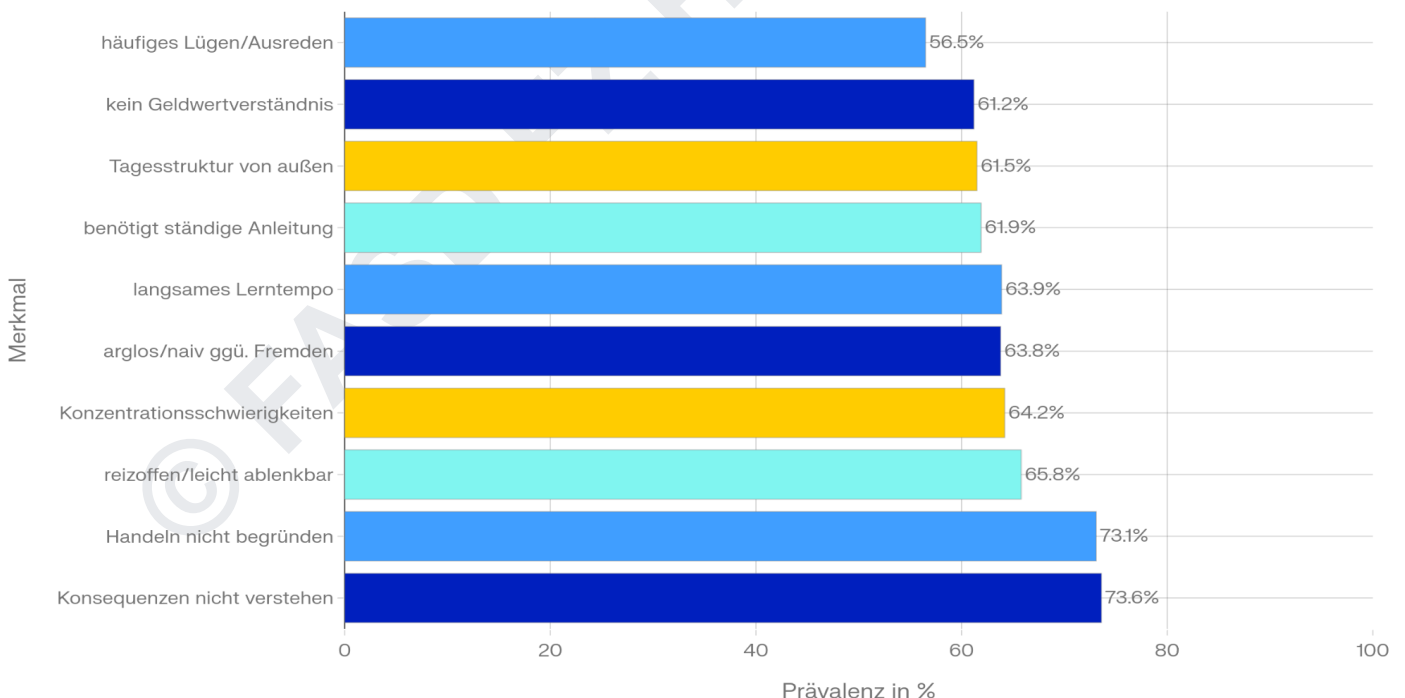
Jedes Kind zeigte durchschnittlich beinahe die Hälfte der typischen FASD-Problemmerkmale in starker Form. Dies unterstreicht die massive Symptombelastung und die umfassende Beeinträchtigung über nahezu alle Funktionsbereiche hinweg.

Besonders kritisch sind die beiden häufigsten Merkmale. Das erste ist: **Das Kind versteht die Konsequenzen seines Handelns nicht – mit einer Prävalenz von 73,6% (n=145)** in den höchsten Kategorien. Dies ist eines der neuropsychologischen Leitsymptome von FASD, das auf eine Schädigung präfrontaler exekutiver Strukturen hindeutet. Betroffene Kinder können nicht vorhersehen oder verstehen, welche Folgen ihre Handlungen haben. Sie handeln impulsiv ohne Antizipation von Konsequenzen. Dies führt zu ständigen Wiederholungen von Fehlern, scheinbarer „Uneinsichtigkeit“ und zu der frustrierenden Erfahrung von Erwachsenen: „Ich habe es ihm hundertmal gesagt, aber er lernt nicht daraus.“ In Wahrheit liegt nicht mangelndes Verständnis der Regel vor, sondern eine neurologische Unfähigkeit, Ursache und Wirkung zu verbinden.

Top-10 FASD-Merkmale (FASQ.online-Stichprobe 2025)

Anteil der Kinder mit hoher Ausprägung je Symptom (n=197)

Powered by  perplexity



Das zweite kritische Merkmal ist eng damit verbunden: **Das Kind kann sein Handeln nicht begründen – mit 73,1% (n=144) Prävalenz.** Dies reflektiert massive Defizite in

Selbstreflexion und Impulskontrolle. Die Kinder können nicht erklären, warum sie etwas getan haben. Dies ist nicht Bosheit oder Trotz, sondern eine neurologische Unfähigkeit zur Verbalisierung und Reflexion eigener Motivationen. Im schulischen Kontext führt dies zu großen Schwierigkeiten, da das Verfassen von Aufsätzen, das Erklären von Lösungswegen bei Mathematik oder das Argumentieren in Diskussionen alle Selbstreflexion voraussetzen.

Mit **65,8% (n=130)** ist das **dritte zentrale Merkmal: Das Kind ist reizoffen und leicht ablenkbar – es reagiert übermäßig auf äußere Sinnesreize**. Ein Geräusch, ein visueller Impuls, ein anderes Kind, das vorbeigeht – und die Aufmerksamkeit ist weg. Dies erklärt massive Schulprobleme: Das Kind kann sich im Klassenverband nicht fokussieren, lässt sich von minimalen Außenreizen ablenken und führt zu Unterrichtsstörungen. In einer Welt, die auf Fokussierung abzielt, ist diese Reizoffenheit ein fundamentales Hindernis.

Parallel dazu berichten **64,2% (n=127)** der Bezugspersonen von **ausgeprägten Konzentrationsschwierigkeiten**. Das Kind kann sich weder konzentrieren noch konzentriert bleiben. Selbst bei Tätigkeiten, die das Kind interessieren, ist es schwierig, länger als wenige Minuten fokussiert zu bleiben. Dies wirkt sich massiv auf schulische Leistungen aus – nicht, weil das Kind unintelligent ist, sondern weil die neurologische Basis für Aufmerksamkeit und Fokussierung beschädigt ist.

Ein äußerst wichtiges Merkmal für die Differenzierung zu anderen Störungen ist die dokumentierte **Arglosigkeit und Naivität gegenüber fremden Personen mit 63,8% (n=126)**. Dies ist ein Kernmerkmal von FASD und fast charakteristisch nicht bei ADHS vorhanden. Das Kind versteht fremde Absichten nicht, nähert sich Fremden ohne Scheu, ist vertrauensselig und kann leicht manipuliert oder gefährdet werden. Dies ist nicht nur klinisch relevant, sondern auch ein erhebliches Schutzrisiko: Viele FASD-Kinder sind unverhältnismäßig häufig Opfer von Missbrauch und Ausbeutung, teilweise gerade wegen dieser Naivität und Vertrauensseligkeit.

Mit **63,9% (n=126)** zeigen die Kinder auch ein **langsames Lerntempo**. Das Kind braucht länger, um neue Inhalte zu erfassen. Dies ist nicht das gleiche wie Intelligenzminderung – viele dieser Kinder haben normale bis überdurchschnittliche IQ-Werte – sondern eine neuropsychologische Verarbeitungsgeschwindigkeit-Schwäche. Im schulischen Kontext bedeutet dies, dass das Kind bei standardisiertem Unterrichtstempo nicht mitkommt.

61,9% (n=122) der Bezugspersonen berichten, dass das Kind **ständige Anleitung benötigt** – es kann seine Tagesstruktur nicht selbst organisieren. Wach werden, Anziehen, Frühstück, Schule, Hausaufgaben, Mahlzeiten, Schlafenszeit – alles braucht externe Strukturierung und Anleitung. Dies ist ein Merkmal massiver exekutiver Defizite und bedeutet, dass diese Kinder eine kontinuierliche 1:1-Betreuung benötigen. In Familien führt dies zu enormer elterlicher Belastung; in Heimen zu hohem Personalbedarf und/oder Hilfebeendigungen. Dies erklärt auch, warum FASD-Kinder überproportional in der Jugendhilfe vertreten sind.

Mit **61,5% (n=121)** bestätigt sich zugleich ein eng verwandtes Merkmal: **Die Tagesstruktur muss dem Kind von außen gegeben werden – das Kind kann den Tagesablauf nicht selbst strukturieren.** Dies ist eine direkte Konsequenz der exekutiven Funktionsstörung.

Ein weiteres differenzierendes Merkmal ist: **Das Kind hat kein Verständnis für den Wert von Geld – mit 61,2% (n=121) Prävalenz.** Das Kind gibt Geld leichtfertig weg, versteht nicht, dass Geld begrenzt ist, kann Zahlenkonzepte nicht angemessen erfassen. Dies unterscheidet sich z.B. grundlegend von Kindern mit ADHS-Profil, die den Wert von Geld als Belohnung sehr wohl verstehen und sich dadurch motivieren lassen. Diese Unfähigkeit beim Geldwert-Verständnis ist hochgradig spezifisch für FASD und ein starkes Differenzierungsmerkmal.

Schließlich **berichten 56,5% (n=111) der Bezugspersonen, dass das Kind häufig „lügt“ oder Ausreden erfindet.** Dies wird oft als charakterliches Problem interpretiert – aber in Wahrheit ist es häufig eine Konsequenz von Gedächtnisproblemen oder Angst vor Konsequenzen (die das Kind ohnehin nicht versteht). Das Kind vergisst, was es gesagt hat, vergisst die ganze Situation, und erzählt dann eine andere Geschichte (Konfabulation) – nicht aus böser Absicht, sondern aus kognitiver Unfähigkeit.

Diese Top-10-Merkmale lassen sich in fünf Kernproblembereiche (Cluster) organisieren. Der erste ist **Exekutive Funktionen und Impulskontrolle mit durchschnittlich 56,0% Auffälligkeiten.** Dies ist der am stärksten betroffene Funktionsbereich. Der zweiten Cluster ist **Strukturbedarf und Betreuungsintensität mit durchschnittlich 54,7% Auffälligkeiten** – mehr als die Hälfte der Kinder benötigt ständige externe Strukturierung. Der dritte ist **Lern- und Gedächtnisfunktionen mit 51,6% Auffälligkeiten.** Der vierte ist Abstraktes Denken und Ursache-Wirkungs-Verständnis mit 44,3%. Der fünfte und für die Differenzialdiagnose zentrale Cluster ist Soziale Kognition und interpersonales Verhalten mit etwa 55% Auffälligkeiten – hier zeigen sich die Arglosigkeit, die Distanzlosigkeit zu Fremden, die Manipulationsanfälligkeit und die soziale Naivität, die FASD von ADHS und anderen Störungen deutlich unterscheiden.

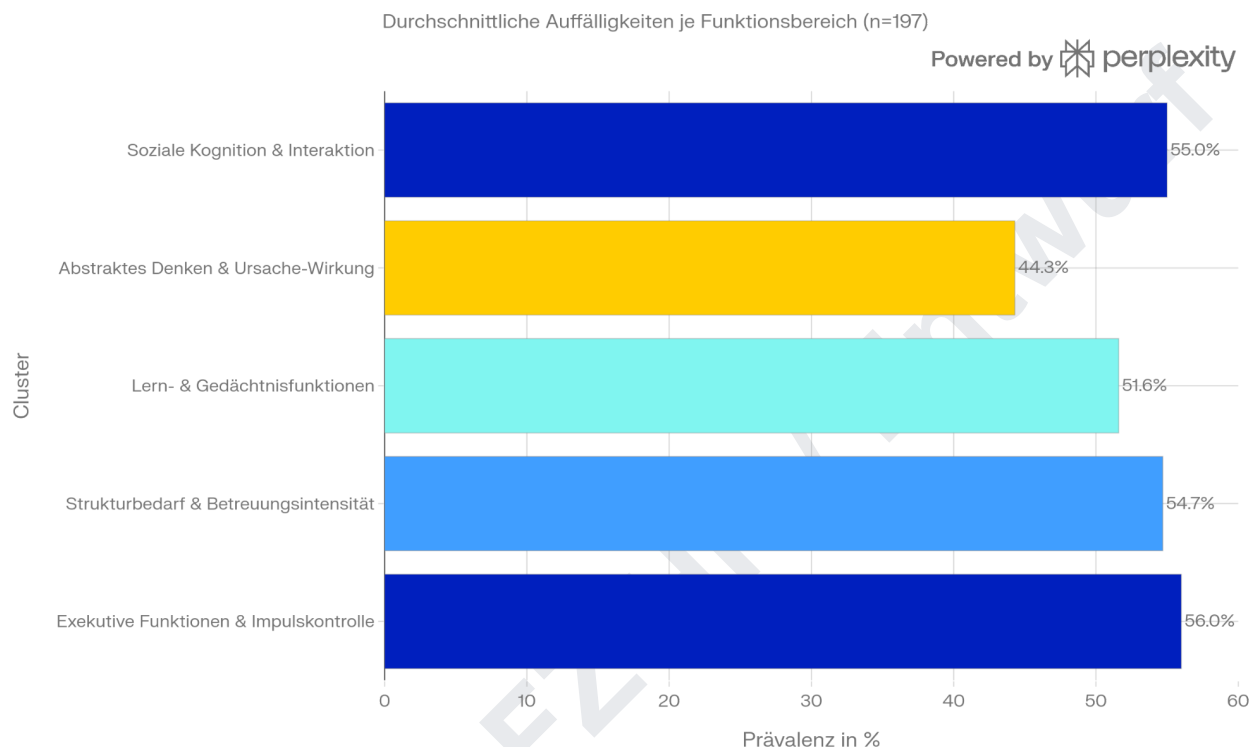
BISHERIGE DIAGNOSEN UND VERSORGUNG – EINE KRITISCHE ANALYSE

Ein zentrales und überraschendes Ergebnis der Umfrage zeigt sich bei der Frage nach bereits etablierten Diagnosen: 76,8% der Kinder und Jugendlichen (n=151) hatten zum Zeitpunkt des FASQ-Screenings bereits mindestens eine medizinische oder psychiatrische Diagnose, während nur 23,2% (n=46) ohne eine spezifische Diagnose waren. Dies ist ein wichtiger Befund, der die Debatte um FASD-Unterdiagnose neu rahmt.

Das klassische Bild einer völlig übersehenen FASD-Population, die „durch alle Hilfen fällt“, ist nicht das vorliegende Befund-Bild. Vielmehr zeigt sich, dass die meisten dieser Kinder durchaus vom Gesundheits- und Jugendhilfesystem erfasst sind – die Frage ist nur: unter welcher Diagnose bzw. Zuschreibung?

Hier offenbart sich das eigentliche Problem: Von den bereits diagnostizierten Kindern erhielten etwa 90% die Diagnose ADHS als Haupt- oder Nebendiagnose. Dies ist an sich nicht überraschend, wie oben ausgeführt, da die symptomatische Überlappung zwischen ADHS und FASD erheblich ist. Daneben wurden genannt: Entwicklungsstörungen (motorisch, sprachlich, kognitiv), Bindungsstörungen, Mikrozephalie, Sprach- und Lernverzögerungen, Epilepsie, Autismusspektrumstörungen, leichte bis mittelschwere

FASD-Cluster: Anteil auffälliger Kinder (FASQ.online 2025)



Intelligenzminderung, sowie in einzelnen Fällen Depressionen, Angststörungen und bei erwachsenen Teilnehmenden auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Dies führt zu einer klinisch zentralen Erkenntnis: **FASD wird nicht übersehen, weil die Kinder nicht auffallen – FASD wird übersehen, weil die Auffälligkeiten unter anderen, bekannteren und weniger stigmatisierten Diagnosen subsumiert werden.** Ein Kind mit FASD wird als „ADHS-Profil“ wahrgenommen und etikettiert, nicht als „FASD-Profil“. Die gemeinsame Ursache bleibt verborgen.

In Bezug auf die therapeutische Versorgung vor dem FASQ-Screening zeigt sich, dass 75,1% der Kinder (n=148) zum Erhebungszeitpunkt bereits irgendeine Form von Förderung oder Therapie erhielten. Die genannten Therapieformen umfassten vor allem Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie und Verhaltenstherapie, in einzelnen Fällen auch Physiotherapie, Reittherapie oder spezialisierte Frühförderung. Dies belegt, dass die Eltern und Helfersysteme der auffälligen Kinder außerordentlich aktiv waren und sich bemühten, Hilfen zu initiieren.

Doch hier offenbart sich ein paradoxes und besorgniserregendes Bild: Trotz dieser intensiven therapeutischen Bemühungen bleiben die Symptome massiv und persistieren über die Zeit. Die Kinder in der Stichprobe zeigen hochgradig auffällige Verhaltensweisen weiterhin, obwohl sie bereits Monate oder Jahre in Therapie sind. Dies deutet darauf hin, dass die bestehenden Interventionen nicht ausreichend auf FASD-spezifische Bedürfnisse abgestimmt sind.

Ein typisches Beispiel: Ein ADHS-Kind kann sich oft sehr gut durch Belohnungssysteme motivieren lassen – ein Kind mit FASD vergisst die Belohnung schnell und/oder verliert das Interesse daran. Eine Verhaltenstherapie, die auf klassischen Verstärkermustern aufbaut, wird bei FASD daher wenig effektiv sein. Ebenso kann die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien bei ADHS wirksam sein – doch bei FASD-bedingten Aufmerksamkeitsproblemen, die auf einer tieferen Hirnstammschädigung beruhen, greifen diese Medikationen oft zu kurz bzw. in anderen Bereichen, zum Beispiel zur Gewährung der sozialen Verträglichkeit/Umgangsfähigkeit. Spezialisierte, FASD-gerechte Ansätze – wie externe Strukturierung, konkrete und einfache Anweisungen (ohne Abstraktionen), wiederholte Routinen, und neuropsychologisch angepasste Interventionen – sind das, was diese Kinder benötigen.

Die hohe Therapiequote (75,1%, n=148) bei gleichzeitig persistierend hoher Symptombelastung führt zu einer kritischen Schlussfolgerung: Eine frühzeitige und korrekte FASD-Diagnose könnte dazu beitragen, dass Interventionen zielgenauer und spezialisierter gestaltet werden, was wiederum eine bessere Prognose ermöglicht. Dies unterstreicht die präventive und therapeutische Bedeutung des FASQ.online als Screening-Instrument.

Diagnostische Empfehlungen

Die Erhebung führt zu klaren, evidenzbasierten Empfehlungen: Bei 152 von 197 Kindern (77,16%; n=152) erfüllten die FASQ-Kriterien den Cut-off und wiesen FASD-spezifische Merkmale auf, sodass eine weiterführende Diagnostik dringend indiziert ist – insbesondere bei den bereits diagnostizierten Kindern (konservative Schätzung: mindestens 100–150, v. a. mit ADHS plus Arglosigkeit, Geldwertunverständnis oder fehlendem Lernen aus Fehlern).

Standardisierter Einsatz des FASQ.online im Bereich von:

- Inobhutnahme und Kinderschutz: Bei Kindern mit unbekannter Vorgeschichte und Verhaltensproblemen in Kinderschutzhäusern sowie inklusivem Kinderschutz – um pränatale Belastungen früh zu erkennen.
- Schulverweigerung und „Systemsprenger“/Sonderpädagogischen Arbeitsfeldern: Bei Kindern, die reguläre Hilfesysteme durch kontinuierliches Scheitern überfordern; 77,16% Empfehlung zur Diagnostik (n=152) unterstreicht den hohen FASD-Verdacht.
- Persistente Probleme trotz pädagogischer/therapeutischer Interventionen: Bei extremen Lern-/Verhaltensstörungen, die Intensivpädagogik/Therapien (z. B. Logo, Ergo) überdauern.
- Bekannte Alkoholexposition: Bei dokumentierter oder vermuteter pränataler Exposition.

- Routinemäßig bei ADHS: Bei ADHS-Diagnose mit FASD-Merkmalen (z. B. keine Konsequenzverknüpfung, soziale Naivität) oder mangelnde Therapie- oder Medikationsresonanz.

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 Beratung 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.