



Brandau • Pretis • Kaschnitz

# ADHS bei Klein- und Vorschulkindern

Hannes Brandau · Manfred Pretis  
Wolfgang Kaschnitz

# **ADHS**

## **bei Klein- und Vorschulkindern**

6., aktualisierte Auflage

Mit 18 Abbildungen und 13 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. phil. *Hannes Brandau*, Univ.-Doz. habil. und Hochschulprofessor für Psychologie emeritus. 30 Jahre klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Heilpädagoge an der Psychosomatik der Uni-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Dr. phil. *Manfred Pretis*, Klinischer Psychologe, Integrationspädagoge, Professor für Transdisziplinäre Frühförderung an der Medical School Hamburg (MSH)

Dr. med. *Wolfgang Kaschnitz*, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Leiter der Ambulanz für lebhaft und hyperaktive Kinder an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

### Hinweis

Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen 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 dürften.

### Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

ISBN: 978-3-497-03375-1 (Print)

ISBN: 978-3-497-62082-1 (PDF-E-Book)

ISBN: 978-3-497-62083-8 (EPUB)

ISSN: 0940-8967

6., aktualisierte Auflage

© 2026 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. §44 b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Cover unter Verwendung eines Fotos von © istock.com/RichVintage (Agenturfoto. Mit Model gestellt)

Cartoons im Innenteil: Martin Gollowitsch, Graz

Satz: JÖRG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>1 Was ist ADHS?</b> .....	11
1.1 Definition und Konzepte der Diagnose .....	11
1.2 Implikationen des DSM-V für das Kleinkind- und Vorschulalter .....	25
1.3 Implikationen des ICD-11 .....	26
<b>2 Ursachen und Einflussfaktoren</b> .....	29
2.1 Genetische Ursachen .....	29
2.2 Prä- und perinatale Einflüsse .....	31
2.3 Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien .....	32
2.4 Neuroanatomische Ursachen .....	33
2.5 Neurochemische Ursachen .....	35
2.6 Psychosoziale Einflüsse .....	37
<b>3 Erklärungskonzepte</b> .....	41
3.1 Die Stoffwechselstörungshypothese .....	42
3.2 Die Aktivierungshypothese .....	43
3.3 Die Filtersystemhypothese .....	44
3.4 Defizit der Hemmungsregulation .....	44
3.5 Die evolutionstheoretischen Hypothesen: Mammutjäger am Joystick oder evolutionäres Entwicklungsdefizit? .....	46
3.5.1 „Verzögertes Reagieren“ als Evolutionsschritt .....	46
3.5.2 Steinzeitjäger und Bauern .....	46
3.5.3 ADHS, eine Anpassungsstörung? .....	47
3.5.4 Nomadenmänner, Reiz- und Risikosucher – oder der problematische Übergang zum „Homo sedens“ .....	48
3.6 ADHS und der unterdrückte Spieltrieb des Kindes .....	54
3.7 Systemisch-biopsychosoziales Modell von ADHS .....	55

<b>4</b>	<b>Möglichkeiten und Probleme der Früherkennung von ADHS. . . .</b>	<b>59</b>
4.1	Was erhärtet den frühen Verdacht von ADHS? . . . . .	61
4.2	Wie entwickeln sich Aufmerksamkeit und selbstregulative Fähigkeiten? . . . . .	64
4.2.1	Die Aufmerksamkeitsentwicklung aus entwicklungspsychologischer Sicht . . . . .	64
4.2.2	Entwicklung der Selbstkontrolle und Exekutivfunktionen. . . . .	68
	<i>Erste Exekutivfunktion: nonverbales Arbeitsgedächtnis . . . . .</i>	<i>69</i>
	<i>Zweite Exekutivfunktion: verbales Arbeitsgedächtnis . . . . .</i>	<i>69</i>
	<i>Dritte Exekutivfunktion: Regulation von Gefühlen . . . . .</i>	<i>69</i>
	<i>Vierte Exekutivfunktion: gedanklich den „roten Faden“ behalten . . . . .</i>	<i>70</i>
4.3	Verlauf und Prognose von ADHS . . . . .	73
<b>5</b>	<b>ADHS und mögliche zusätzliche Begleiterscheinungen . . . . .</b>	<b>75</b>
5.1	Probleme in der sozialen Interaktion . . . . .	75
5.2	Oppositionelles Trotzverhalten. . . . .	77
5.3	Unfälle und Risikobereitschaft . . . . .	82
5.4	Positive Begleiterscheinungen: die Kompetenzbereiche der Kinder mit ADHS . . . . .	84
<b>6</b>	<b>Prinzipien einer systemisch-lebenswelt-orientierten Förderung von Klein- und Vorschulkindern mit ADHS . . . . .</b>	<b>88</b>
6.1	Prävention . . . . .	88
6.2	ADHS aus der Lebenswelt des Kindes wahrnehmen. . . . .	90
6.3	Alltagsnähe und konkrete Hilfen zur Teilhabe . . . . .	92
6.4	Partnerschaftliche Kooperation mit den Eltern . . . . .	92
6.5	Soziale Integration . . . . .	94
6.6	Autonomie und „Eigensinn“ . . . . .	97
6.7	Empowerment. . . . .	99
6.8	Netzwerkarbeit und Regionalisierung . . . . .	100
6.9	Beachtung von sozialräumlichen Angeboten und des Lebensraums der Medienwelt . . . . .	101
6.10	Förderung nach einem ganzheitlich-interdisziplinären Konzept . . . . .	105

<b>7</b>	<b>Frühe Förderung von Kindern mit ADHS</b> .....	108
7.1	Übersicht .....	108
7.2	Interventionsstrategien für hyperaktive Kleinkinder im Einzelnen .....	114
7.2.1	Interaktionstherapeutische Ansätze .....	114
7.2.2	Spieltherapeutische Interventionen .....	118
7.2.3	Elternberatung am Beispiel lösungsorientierten Coachings ....	120
7.2.4	Systemische Interventionen .....	127
7.2.5	Gruppenorientierte Interventionen zur sozialen Inklusion ....	131
7.2.6	Bewegungstherapeutische und motopädagogische Maßnahmen ..	132
7.2.7	Medikamentöse Therapie .....	134
7.2.8	Alternative Behandlungskonzepte .....	139
7.3	Studien zur Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Interventionen .....	140
<b>8</b>	<b>Verhaltensmanagement bei Kleinkindern mit ADHS zwischen 3 und 6 Jahren</b> .....	143
8.1	Die Stärken des Kindes hervorheben .....	143
8.2	Kurz – klar – kongruent .....	145
8.3	Bei Aktivitäten „Kürze mit Würze“ statt „lange Weile“ .....	147
8.4	Struktur am Beginn, in der Mitte und am Schluss .....	147
8.5	Gelegenheit zum eigenständigen Spiel geben .....	149
8.6	Jedes Ding an seinem Platz .....	149
8.7	„Vor-Sicht“ – Unfallgefahren möglichst ausschalten! .....	150
8.8	Durch liebevolle Konsequenz die Fähigkeit zur Selbstkontrolle fördern .....	151
8.9	Spielangebote für Kinder von 3 bis 6 Jahren (in Auswahl) ....	153
8.9.1	Spielangebote zur Verbesserung der Selbstkontrolle .....	155
8.9.2	Spielangebote zur Verbesserung der Aufmerksamkeitssteuerung .....	157
8.9.3	Spiele zum Einhalten von Regeln .....	159
8.9.4	Spiele zur Verbesserung der Konfliktfähigkeit .....	161
<b>9</b>	<b>Klinische Differentialdiagnostik als Voraussetzung eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts</b> .....	165

<b>10</b>	<b>Multiperspektivisch-sozialpädagogischer Ansatz und Implikationen für transdisziplinäre Teamarbeit.</b>	176
10.1	Prinzipien eines multiperspektivischen Vorgehens	176
10.2	Beispiel einer Erziehungssituation	177
10.3	Miteinander geht es einfach besser.	181
10.3.1	Reflexion mittels gegenseitiger kollegialer Intersivision	182
10.3.2	Fallsupervision: ein System zur Wiedergewinnung von Ressourcen aus verschiedenen Blickwinkeln.	183
	<b>Literatur</b>	185
	<b>Sachregister</b>	199

## 7 Frühe Förderung von Kindern mit ADHS

### 7.1 Übersicht

Da ADHS eine sehr früh auftretende Störung mit lang anhaltenden Symptomen ist, wird auf die Wichtigkeit früher Fördermaßnahmen hingewiesen. Annähernd 60 % der bei Zweijährigen beobachteten Auffälligkeiten überdauerten bis ins Vorschulalter (Laucht et al. 1993). Mindestens ein Viertel der Betroffenen haben noch im Erwachsenenalter erhebliche Alltagsprobleme, die die psychische Gesundheit, die sozialen Beziehungen und die berufliche Integration beeinträchtigen (Warnke / Remschmidt 1990). Frühe Förderprogramme umfassen einerseits ein frühes Erkennen der Risikofaktoren und -gruppen (Schiff et al. 1990), andererseits frühe pädagogische Interventionen (Beitchman et al. 1992, Coker et al. 1990). Dabei wird hinsichtlich der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit von Präventionseffekten jedoch auf große methodische Schwierigkeiten verwiesen:

- auf ethisch nicht zu vertretende Kontroll- oder Wartegruppen,
- auf die frühe Diagnose und Objektivierung (Mayr 1987),
- auf die eindeutige Identifikation von Wirkparametern bei Kleinkindern bei multimodalen Therapien (Hinshaw 1992).

Da Kleinkinder selbst kaum Leidensdruck und somit kaum Veränderungsmotivation zeigen, müssen frühe Förderprogramme drei Aspekte des Kindes einschließen:

- 1) die Förderung des Kindes mit ADHS selbst zur Erlangung besserer Selbststeuerung,
- 2) die Unterstützung der Eltern oder BetreuerInnen,
- 3) die Lebensumwelt des Kindes, z. B. im Sinne einer Vernetzung der HelferInnen.

Blackman et al. (1991) betonen, dass multimodale Interventionsstrategien sowohl unterstützende Elternprogramme als auch eine „gewährende“, aber durchaus strukturierte Vorschulförderung umfassen sollten. Damit entspricht die Förderung von Kleinkindern mit ADHS in hohem Maße den Prinzipien der Frühförderung (Pretis 1998). Folgende generelle Strategien erweisen sich bei Kleinkindern als wirksam:

**A) Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion.** Programme, die diesen Aspekt in den Vordergrund stellen, beinhalten meist folgende Schwerpunkte:

- Deeskalation der meist sehr belasteten Beziehung durch Schaffung von geschützten „Spielräumen der Eltern mit ihrem Kind“. Damit wird wiederum eine tragfähige Beziehung zum Kind hergestellt und Teufelskreise der Eskalation durchbrochen.

Methodisch kann dies z. B. durch das Stufenmodell von Quaschner (1990) erfolgen, und zwar über:

- 1) die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre,
- 2) viele kurze Übungs- / Spielphasen,
- 3) Vermeidung von Ablenkungen und Störungen z. B. durch eine reizarme Umgebung,
- 4) Anpassung des Schwierigkeitsgrades der Aufgaben / Spiele vom Leichten zum Schweren,
- 5) Einsatz von attraktivem Spielmaterial,
- 6) Einsatz von „innerem Sprechen“ als Handlungshilfe,
- 7) Selbststeuerung und Verbesserungsmöglichkeit durch das Kind selbst,
- 8) Einsatz von Lob und Ermunterung.

- Wahrnehmungsschulung der Eltern: Dies umfasst die Verschiebung der eigenen Aufmerksamkeit auf Stärken des Kindes, z. B. Stärkenkalender für eine Woche. Die Eltern werden gebeten, sich täglich erlebte Stärken des Kindes zu notieren. Daneben sollen Eltern wahrnehmen, wann ihr Kind mit ADHS am aufnahmefähigsten ist.

- Verhaltensmanagement, insofern das Verhalten der Eltern so verändert wird, dass das Kind eindeutige Signale und Konsequenzen erleben kann, wie wir es in Kapitel 8 möglichst konkret darzustellen versuchen.

Larsen und Mitarbeiter (2021) konnten bei Vorschulkindern die Effekte eines Elterntrainings auf die familiäre Lebensqualität nachweisen. Insbesondere die soziale Kompetenz der Kinder verbesserte sich deutlich. Durch die erlangte erhöhte Sicherheit der Eltern im Umgang mit den Schwierigkeiten der Kinder verminderte sich der Stress in der Familie, was sich generell auf die Lebensqualität aller Beteiligten positiv auswirkte.

Dekkers und Mitarbeiter (2022) führten eine umfassende Metaanalyse von 29 ausgewählten Studien (n=2345) mit der Frage durch, welchen Einfluss lerntheoretisch basierte Elterntrainings auf genau welche Komponenten von ADHS haben. Die Ergebnisse zeigten, dass insbesondere die Einflussnahme auf die auslösenden und nachfolgenden Verstärkungsbedingungen des Problemverhaltens die Effektstärken bei den Symptomen am meisten beeinflusst.

**B) Kindzentrierte Lernprogramme zur Förderung der Teilhabe.** Damit sind Strategien gemeint, die das Kind mit ADHS direkt einsetzen kann, um sein eigenes Verhalten besser zu steuern. Bei Kleinkindern müssen diese Programme vorerst von den Fachkräften und Eltern vorgelebt und eingeführt

werden, damit sie Kinder ab dem vierten Lebensjahr selbst anwenden können. Die meisten Programme kombinieren einerseits kognitive Elemente (Stopp – Schau genau – Überlege / Plane – Handle – Bewerte) oder die Instruktion, sein eigener Verhaltensdetektiv zu sein. Andererseits werden sie begleitet von Verstärkerprogrammen (Gutpunkte, „Token“, wenn erwünschtes Verhalten eintritt bzw. auch vom Kind selbst wahrgenommen werden kann, „Was ich gut gemacht habe“). Das primäre Stopp-Signal muss jedoch bei sehr kleinen Kindern (drittes Lebensjahr) noch von außen kommen, bevor es später sprachlich internalisiert werden kann.

Selbstinstruktionstrainings können auch unter diese Strategien gerechnet werden. Da Sprache in hohem Maße handlungssteuernd ist, zeigt die Förderung des begleitenden Sprechens (zuerst schaue ich genau, ob mein Spielkamerad mich sieht, dann sage ich seinen Namen und dann frage ich, ob ich mitspielen kann) gute Effekte bei Vorschulkindern. Dies gilt auch für selbstwertfördernde „Eigenverstärkungen“: „Das habe ich gut gemacht“, „Das Puzzle habe ich fertig gemacht“, da längerfristig aufgrund der erzieherischen Teufelskreise Kinder mit ADHS häufig am eigenen Selbstwert zweifeln.

Die Rolle des „Klassenkasperls“ ist eine sekundäre Entwicklung, die vorhandene Selbstwertproblematik (die keineswegs verwunderlich ist bei all dem Schimpfen und Maßregeln) zu überspielen. Zu den kindzentrierten Förderangeboten dürfen auch spezifische Spielangebote (siehe Kapitel 8.9) gerechnet werden.

„Verstärkerprogramme“ heben eher den verhaltensmäßigen (behavioralen) Anteil stärker hervor. Diese bauen auf einen schrittweise festgelegten Verstärker- und Belohnungsplan. Dies setzt jedoch voraus, dass die Belohnungen auch aufgeschoben werden können, das Kind über einen entsprechenden zeitlichen Horizont verfügt und der entsprechende Verstärker dann auch eintritt.

Im Kleinkindalter können weiterhin mototherapeutische und spieltherapeutische Angebote zur Verbesserung der Aufmerksamkeit (Kapitel 7.2) hinzugezählt werden.

**C) Erziehungsberatung.** Die Erhöhung der Erziehungskompetenz der Eltern erweist sich in vielen frühen Förderprogrammen als wichtiger Programmbaustein, und zwar durch:

- Unterstützung (was funktioniert gut in der Erziehung, wie gelingt es Eltern, gute Nerven zu behalten oder Hilfe zu organisieren),
- Information (was ist ADHS?),
- Veränderung des Verhaltens (z. B. hinsichtlich klarer Aufforderungen, „natürlicher“, d. h. mit dem Fehlverhalten in ursächlichem Zusammenhang stehender Konsequenzen, soweit vorhanden),
- systemische Klärung der Erziehungskompetenzen mit dem Partner / der Partnerin oder vor allem Großeltern, die ADHS meist als Erziehungsunfähigkeit der Eltern interpretieren.

Erziehungsberatung bei Kindern mit ADHS beruht vor allem auf der Wertschätzung der vorhandenen Kompetenz bei den Eltern. Wohlge-meinte Ratschläge nach „Konsequenz“ u. a. verstärken nur Insuffizienzge-fühle, da (glücklicherweise) niemand „nur“ konsequent sein kann. Beratung baut auf der Analyse der Veränderungsmotivation der Betroffenen und dem Weg vom Leichten zum Schwierigen auf. Auch wenn Eltern von Kindern mit ADHS meist mit hohem Leidensdruck zur Beratung kommen und Patentrezepte wünschen, sind nur solche Lösungen erfolgreich, die von den Eltern oder bei der Beratung von Fachkräften von Letzteren selbst kommen. Dies erfordert ein hohes Maß an Geduld (nicht sofort eigene vermeintlich gute Lösungen anzubieten) und Respekt vor der Familie. Ähnlich wie das Kind mit ADHS nur mittels Veränderungen der Umwelt lernen kann, sich selbst besser zu steuern, stellen die Beratungsangebote nur äußere Impulse an die Familie dar, mit den eigenen Handlungsmöglichkeiten Lösungen zu erarbeiten. Es ist vor allem abzuklären, wer überhaupt das Problem hat.

**D) Umweltorientierte Interventionen.** Dazu können Informationen über die Umwelt, in der das Kind mit ADHS lebt, aber auch das aktive Eingreifen der Eltern gezählt werden. Vor allem im Schulalter werden Kinder mit ADHS häufig von ihren „FreundInnen“ motiviert oder – überspitzt formuliert – „missbraucht“, dissoziale Verhaltensweisen zu zeigen: mit Feuer zu spielen, kleine Streiche durchzuführen (meist unter dem Deckmantel einer Mutprobe, „Du traust Dich sicherlich nicht“, oder des angedrohten Verlustes der Freundschaft: „Wenn Du keinen Kaugummi aus dem Geschäft mitbringst, bist du nicht mehr mein Freund“). Negative soziale Begleiterscheinungen können in hohem Maße vermieden werden, wenn Eltern aktiv mitgestalten, mit wem ein Kind mit ADHS Kontakt hat.

Dies betrifft auch den Kindergarten: Zwei Kinder mit ADHS in einer Gruppe „stacheln“ einander auf, sodass auch bei der Gruppenzusammensetzung Bedacht zu nehmen ist. Dies setzt jedoch voraus, dass der bzw. die KindergärtnerIn oder in weiterer Folge die Schule informiert ist.

**E) Medizinische Interventionen.** Diesen wird – vor allem in Bezug auf die Frage der Behandlung mit Amphetaminen im Kleinkindalter – ein eigenes Kapitel (7.2.7) gewidmet.

**F) Alternative, teils komplementärmedizinische Strategien.** Dazu zählen kinesiologische Übungen bis hin zur Verabreichung homöopathischer Mittel.

So wird ab den 2010er Jahren der Einsatz von Omega-3-Fettsäuren (im Rahmen von Nahrungsergänzungsmitteln) kontrovers diskutiert. Moderate Effekte werden bei sehr hohen Dosen jedoch statistisch kaum abgesichert in einer kleinen Stichprobe beschrieben (Armstrong et al. 2021).

Welche Effekte zeigen frühe pädagogisch-psychologische Förderprogramme bei Kleinkindern? Generell muss vorausgeschickt werden, dass es kaum gut kontrollierte Studien in diesem Bereich gibt. Verschiedene Förderprogramme sind in Tabelle 7 angeführt.

Tabelle 7: Effekte von Kleinkindförderprogrammen

<b>AutorInnen</b>	<b>Intervention</b>	<b>Effekt</b>
Pisterman et al. (1992)	Eltern-Trainingsprogramm Kinder zwischen 3 bis 6 Jahren	Die Eltern schildern bessere Mitarbeit der Kinder bei gestellten Aufgaben, jedoch keine Effekte bei Aufmerksamkeit.
Baer/Nietzel (1991)	Kognitiv-behaviorales Training bei 4- bis 17-jährigen Kindern durch Selbstinstruktionstraining, Verstärkung, Strategietraining und Problemlösetraining	Verbesserung der Impulskontrolle im Ausmaß von 0,75 Standardabweichungen.
Strayhorn/Weidman (1989)	Eltern-Kind-Interaktionstraining	Größere Effekte in der Einschätzung der Eltern in Bezug auf Aufmerksamkeit und internalisierende Störung, Verbesserung des oppositionellen Trotzverhaltens.
Pisterman et al. (1989)	Eltern-Trainings-Programm	Bessere Mitarbeit der Kinder und elterliche Interaktionen zum Kind, Verbesserung der Werte im Conners-Test nach 3 Monaten.
Döpfner/Sattel (1992)	Verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Steigerung der Spiel- und Beschäftigungsintensität	In Einzelfallstudie an 3 Kindern wurde Wirksamkeit vorläufig belegt.
Rappaport und Mitarbeiter (1998)	Frühe spielerische Förderung bei hyperaktiven Kindern (2 bis 4,5 Jahre)	48 % der Kinder ohne Förderung entwickeln Vollbild von ADHS. 33 % der Frühgeförderten entwickeln ADHS. Größerer Effekt, wenn zwischen genetisch belasteten und nichtbelasteten Kindern unterschieden wird.

AutorInnen	Intervention	Effekt
Jones et al. (2007)	Incredible Years Programm: Programm zum Training von Eltern, Kindern und Fachkräften	Das Risiko, klinisch relevante Symptome von ADHS zu zeigen, reduzierte sich in der Interventionsgruppe um 31 % gegenüber der Kontrollgruppe.
Murray et al. (2018)	Incredible Years Programm für ADHS	Bei Kleinkindern mit Verdacht auf ADHS zeigen die „Incredible Years“ Programme auf der Basis von Selbstevaluationstudien bei den Elterneinschätzungen signifikante Effekte. Allerdings fehlen kritische Vergleiche mit Kontrollgruppen, und die Einschätzung von Effekten fällt bei pädagogischen Fachkräften etwas schwächer aus.

Die zusammenfassende Botschaft dieser Studien ist jedenfalls:

- 1) Die Datenlage zu „Frühförderprogrammen“ speziell für Kleinkinder (ca. 1–3 Jahre) mit gesicherter ADHS-Diagnose bleibt dünn. Dazu kommt, dass ADHS in diesem Alter diagnostisch zurückhaltend gestellt wird. Am besten belegt (vor allem für das Alter von 3–5 Jahren, teils ab 2–3 Jahren in klinischen Settings) sind deshalb elternbasierte, verhaltenstherapeutische Programme. Leitlinien empfehlen diese bei jungen Kindern klar als „First-Line“ (d. h. Therapieprogramme der ersten Wahl).
- 2) Wenn kleine Kinder Anzeichen von Schwierigkeiten in Richtung Hyperaktivität und Verhaltensproblemen zeigen, sollten unbedingt zusätzliche fördernde Maßnahmen zur Prävention ergriffen werden, sei es in Form von Frühförderung oder anderen pädagogischen Maßnahmen.
- 3) Obwohl eine Diagnose im Kleinkindalter mit starken Unsicherheiten behaftet ist, sollte mit den Fördermaßnahmen begonnen werden, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass die Auffälligkeiten nur entwicklungsbedingt aufgetreten sind.