



5.  
Auflage

Brandau • Pretis • Kaschnitz

# ADHS bei Klein- und Vorschulkindern

Hannes Brandau · Manfred Pretis  
Wolfgang Kaschnitz

# **ADHS**

## **bei Klein- und Vorschulkindern**

Mit 18 Abbildungen und 13 Tabellen

5., aktualisierte Auflage

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 lebhafte 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: 978-3-497-03188-7 (Print)

ISBN: 978-3-497-61728-9 (PDF-E-Book)

ISBN: 978-3-497-61729-6 (EPUB)

ISSN: 0940-8967

5., aktualisierte Auflage

© 2023 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 ausdrücklich vor.

Printed in EU

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

Cartoons im Innenteil: Martin Gollowitsch, Graz

Satz: Rist Satz & Druck GmbH, 85304 Ilmmünster

Ernst Reinhardt Verlag, 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<br>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 –<br>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<br>und selbstregulative Fähigkeiten? . . . . .   | 64        |
| 4.2.1    | Die Aufmerksamkeitsentwicklung<br>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:<br/>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:<br>die Kompetenzbereiche der Kinder mit ADHS . . . . .                                     | 84        |
| <b>6</b> | <b>Prinzipien einer systemisch-lebensweltorientierten Förderung<br/>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<br>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>  | <b>108</b> |
| 7.1      | Übersicht  | 108        |
| 7.2      | Interventionsstrategien für hyperaktive Kleinkinder<br>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<br>Inklusion  | 131        |
| 7.2.6    | Bewegungstherapeutische und motopädagogische<br>Maßnahmen  | 132        |
| 7.2.7    | Medikamentöse Therapie   | 134        |
| 7.2.8    | Alternative Behandlungskonzepte  | 139        |
| 7.3      | Studien zur Wirksamkeit verschiedener<br>therapeutischer Interventionen                                | 140        |
| <b>8</b> | <b>Verhaltensmanagement bei Kleinkindern mit ADHS<br/>zwischen 3 und 6 Jahren</b>                      | <b>143</b> |
| 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<br>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<br>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<br/>eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts</b> | <b>165</b> |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>10</b> | <b>Multiperspektivisch-sozialpädagogischer Ansatz<br/>und Implikationen für transdisziplinäre Teamarbeit . . . . .</b> | <b>176</b> |
| 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 Intervention . . . . .   | 182        |
| 10.3.2    | Fallsupervision: ein System zur Wiedergewinnung<br>von Ressourcen aus verschiedenen Blickwinkeln . . . . .             | 183        |
|           | <b>Literatur . . . . .</b>   | <b>185</b> |
|           | <b>Sachregister . . . . .</b>  | <b>199</b> |

Sinn, diese Fähigkeit verstärkt einzusetzen (z.B. durch Suchspiele im Turnsaal).

- integrative Fähigkeiten hervorzuheben und zu fördern: Die Stärkung des Selbstwertes als oberste integrative Leistung, sich als sinnvoll Handelnder zu erleben, ist wichtiger als das isolierte Erlernen von „Strichmännchen“.
- die Umwelt einzubinden. Entsprechend dem systemischen Motto „Das Ganze ist nicht nur mehr, sondern etwas anderes als die Summe seiner Teile“ wird das Kind stets auf dem Hintergrund aller seiner wichtigen Bezugssysteme betrachtet und gefördert. Das bedeutet die kooperative Abstimmung der ExpertInnen des Förderteams in allen Vorschlägen und Maßnahmen zur Entwicklungsförderung.

Bei der Diagnose ist immer von der Gesamtsituation des Kindes in seinen relevanten Lebenswelten auszugehen und durch das Zusammentragen von mehreren Perspektiven, der Eltern, des Kindes selbst und der Fachleute (PädagogInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen), ein Gesamtbild zu erstellen.

Bei einem diagnostischen Prozess wäre es verfehlt, nur von standardisierten Methoden auszugehen und dem Kind nicht ausreichend Gelegenheit zu geben, sein eigenes Erleben darzustellen. Jede Diagnose psychischer Auffälligkeiten entspricht eher dem gemeinsamen Bild einer Wirklichkeit als der so genannten Realität.

Insofern ist sie umso stichhaltiger, je mehr Perspektiven sie bestätigen oder widerlegen können. Dabei kommt der Perspektive der PädagogInnen besondere Bedeutung zu, weil sie durch ihr lebensweltorientiertes Tun den zeitlich und räumlich verkürzten Blick von MedizinerInnen und PsychologInnen erweitern und zu einem sinnvollen Ganzen werden lassen.

ADHS muss innerhalb eines ganzheitlichen Konzepts der Entwicklungsförderung vor allem an den Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen und Erziehenden ansetzen. Somit beginnt die Förderung bei Kleinkindern mit ADHS bei der Beziehungsförderung des Kindes mit seiner Umwelt, d. h. meist bei den Eltern.

## ? Fragen zum Verhaltensmanagement der Fachkräfte

- 1) Welche Anforderungen stellt Ihre spezifische Institution an die Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen: Wie viel Anpassungsdruck ist vorhanden, wie viel Möglichkeit des Freiraums?
- 2) In welchen Bereichen können Sie den Kindern „eigensinnigen“ Freiraum geben, wo ist dies z. B. institutionell nicht möglich?

- 3) Beobachten Sie an sich selbst, wie oft Sie Kindern pro Tag Aufforderungen geben.
  - 4) Inwiefern ist Ihre Arbeit Selbsthilfe für die Eltern und welche konkreten Verhaltensweisen bringen Sie damit in Zusammenhang?
  - 5) Was kann ich dazu beitragen, dass Familien von Kindern mit ADHS sich sozial integriert fühlen?
  - 6) In welchen Situationen stößt Empowerment an seine Grenzen?
  - 7) Wo erleben Sie in der Förderung von Kleinkindern mit ADHS zu wenig bzw. ausreichende Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk?
  - 8) Was benötigen Sie, um bedürfnisgerecht mit dem Medienkonsum (englisch „screen-time“, d.h. Zeit vor einem „Bildschirm“, was auch smarte Telefone mit einschließt) der Kinder umzugehen?
-

## 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 Helfer.

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 neue 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 (siehe 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 „Freunden“ 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 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).