



EPIDEMIOLOGIE

Alter im Klassenjahrgang und ADHS-Prävalenz

Dieses Jahr im Sommerloch titelten Zeitungen wie die Süddeutsche: „Wenn frühe Einschulung zur Fehldiagnose führt“, und: „Unnötige Medikamente und Krankheits-Stempel“ [1]. Das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung hatte über www.versorgungsatlas.de den zweiten Teil ihrer ADHS-Studie veröffentlicht [2]. Aus Versorgungsdaten wurde analysiert, wie sich auf Landkreisebene der Geburtsmonat bezogen auf den Einschulungstichtag auf die Prävalenzen von ADHS-Diagnose und -Medikation auswirkt.

Damit wurde auch für Deutschland kleinräumig ein Zusammenhang reproduziert, der seit 2010 allgemein aus U.S.A. [3], [4], Kanada [5], Island [6] und Schweden [7] schon bekannt ist, nicht jedoch in Dänemark gefunden wurde [8]: Die jüngeren Kinder in einer Schulklasse haben oft ein höheres Risiko als die älteren, ADHS-Diagnosen und -Medikationen zu bekommen. Es ist verständlich, dass solche Befunde in Zeiten kritischer Berichterstattung über Stimulanzienverordnungen [9] einerseits und Früheinschulung andererseits [10] [11] Schlagzeilen auslösen. Und es ist ebenso verständlich, dass die AG ADHS des BVKJ hierauf mit einer Stellungnahme versucht, den suggerierten Skandal in ein beruhigendes (Nebelkerzen-) Licht zu rücken [12].

Dabei sind die Daten auch unabhängig von voreiligen Schlussfolgerungen und deren voreiliger Abwehr interessant:

1. Sie können von den lokal auf Kreisebene arbeitenden Kolleginnen und Kollegen auf die von ihnen erlebten Versorgungsrealitäten bezüglich des ADHS bezogen werden. Nur die jeweiligen Praktiker vor Ort können aus ihnen hilfreiche Schlussfolgerungen für ihre tägliche Arbeit ziehen. Allgemeine Schulzuweisungen durch die Tagespresse und deren Abwehr durch eine sichtbar berufspolitisch motivierte Interessensvertretung sind für die betroffenen Kinder und Jugendlichen weniger hilfreich.
2. Die Daten sind vielmehr auch allgemein für die kinder- und jugendärztliche Beratung rund um die Einschulung eines Kindes interessant. Sie sollen im Kontext dieser Frage auf Landesebene betrachtet werden.

Also: Was zeigen die Daten im Allgemeinen?

Die Versorgungsforscher berechneten geburtsmonatsspezifische ADHS-Diagnose- und Medikationsprävalenzen für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4 und 14 Jahren für jeden Jahr-

gang von 2008–2011 nach Bundesländern und Wohnortkreisen gesondert. Sie benutzten dafür bundesweite und kassenübergreifenden, vollständige vertragsärztlichen Abrechnungs- und Arzneiverordnungsdaten (2008–2011) aus dem GKV-Bereich. Ein „ADHS-Fall“ ist hierbei, wer in zwei aufeinander folgenden Quartalen einen entsprechenden Diagnosecode erhielt und/oder wer ein Rezept mit Methylphenidat oder Atomoxetin eingelöst hatte. Betrachtet wurden dann die Differenzen dieser Prävalenzen zwischen den Geburtsmonaten, die direkt vor und direkt nach dem zum Einschulungszeitpunkt relevanten Einschulungstichtag lagen. Diese Unterschiede wurden als Effekte der Altersposition im Klassenverband interpretiert, da die Kinder, die knapp vor einem Stichtag geboren sind, tendenziell zu den jüngsten im Klassenverband gehören, während die Kinder die knapp nach einem Stichtag geboren sind, zu den ältesten in der darauffolgenden Klasse zählen. Rückstellungen von Schülern und Früheinschulungen von sogenannten Kann-Kindern bleiben bei dieser Betrachtungsart unberücksichtigt; allerdings werden in Deutschland durchschnittlich nur 12% der Kinder nicht entsprechend der Stichtagsregelung eingeschult (zum Vergleich: in den U.S.A. sind dies 30–65%, in Dänemark 40% [2]). Die Stichtage verteilen sich über die Bundesländer heterogen. Viele Länder haben den Stichtag zwischen 2003 und 2011 nach hinten geschoben; darunter auch Baden-Württemberg. Dies geschah unter der bildungspolitischen Vorstellung, dass es gesellschaftlich günstiger sei, früh schulisch geforderte Kinder und vor allem jüngere Schulabsolventen zu haben. Hier muss nebenbei betont werden: Es ist umstritten, ob dies tatsächlich Vorteile bringt [13], [14]; die zu jungen und unselbständigen Erstsemester an deutschen Universitäten [11] erfordern Elternveranstaltungen an den Unis als neuesten Nebeneffekt dieser Beschleunigungspolitik [15]. Dies ist eher zum Weinen als zum Lachen.

Die Studie erbrachte in der betrachteten Altersgruppe eine mittlere ADHS-Prävalenz von 4,8% und eine mittlere Medikationsprävalenz von 3,8%. Die Kinder, die im Monat vor dem Einschulungstichtag Geburtstag haben, haben dabei durchschnittlich eine 1% höhere Diagnoseprävalenz, als die Kinder, die einen Monat später Geburtstag haben. (Die Medikationsprävalenzen unterscheiden sich um 0,8%). Dies tritt vor allem in der 3.–8. Klasse bei Jungen (und in der 3.–6. Klasse abgeschwächt auch bei Mädchen) auf. Die Prävalenzsprünge steigen mit größeren Klassen und einem größeren Anteil an ausländischen Schülerinnen und Schülern [2]. (Abb. 1)

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baden-Württemberg		31.7.	31.8.	30.9.				30.9.
Bayern		31.7.	31.8.	30.9.	31.10.	30.11.	30.9.	30.9.
Berlin		31.12.						31.12.
Brandenburg		30.9.						30.9.
Niedersachsen							31.7.	31.8.
Nordrhein-Westfalen				31.7.		31.8.		30.9.
Rheinland-Pfalz					31.8.			31.8.
Thüringen	31.7.							31.7.

Tabelle1:

Einschulungstichtage in den Bundesländern für die Schuljahre 2002/03 bis 2011/12. In den nicht aufgeführten Bundesländern verblieb der Einschulungstichtag auf dem traditionellen 30.6., trotz einer Kultusministerkonferenz von 1997, welche den Ländern den 30.9. empfahl. Schulpflichtig ist in Deutschland jedes Kind, welches am Einschulungstichtag das 6. Lebensjahr vollendet hat. Zusätzlich wissen muss man hierbei noch: Seit den 90er Jahren sind Juli-September die geburtenstärksten Monate, während Oktober bis Dezember schon immer die geburtenchwächsten Monate waren. Bis Mitte der 1970er Jahre hinein waren die Frühjahrsmonate am geburtenstärksten (siehe: Statistisches Bundesamt). Die Vorverlegung des Einschulungsalters bewirkte also einen überproportionalen Anstieg jüngerer Kinder in den Schulklassen.



Wenn man nun die ADHS-Diagnose- oder Medikationsprävalenzen rund um andere Stichtage untersucht, erscheint der gleiche Zusammenhang auch bezogen auf den jeweiligen Stichtag. (Abb. 2)

Die Prävalenzsprünge wurden ferner auf Landkreisebene dargestellt: Hierzu wurden die Jahrgänge aggregiert und ausschließlich die Klassen 3.–8. betrachtet. Es wurden jeweils die drei Monate vor und die drei Monate nach dem Einschulungstichtag zusammengefasst und deren ADHS-Prävalenzsprung aufgezeichnet. Es zeigte sich, dass von Landkreis zu Landkreis die resultierenden Prävalenzsprünge teilweise stark unterschiedlich ausgeprägt sind, wie es auch die absoluten ADHS-Prävalenzen an sich sind. Sind die absoluten Prävalenzen größer, sind verständlicherweise auch die Prävalenzsprünge um den Stichtag herum eher höher, aber nicht durchweg (siehe für Deutschland Abb. 3 und 4).

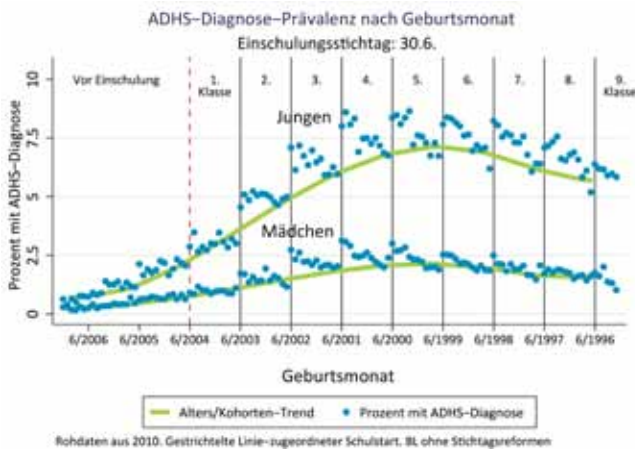


Abb. 1

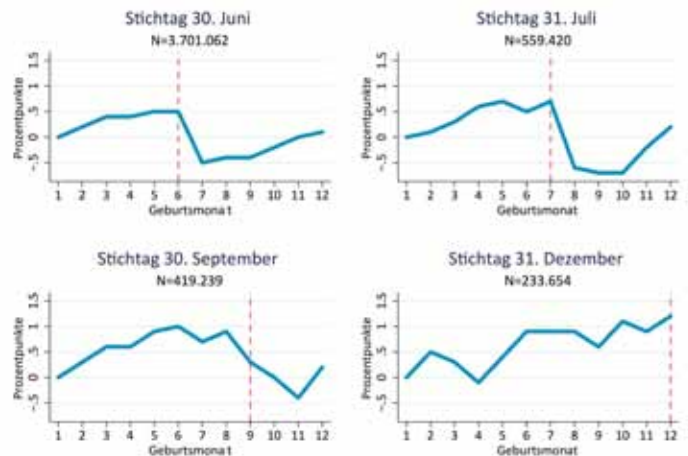


Abb. 2

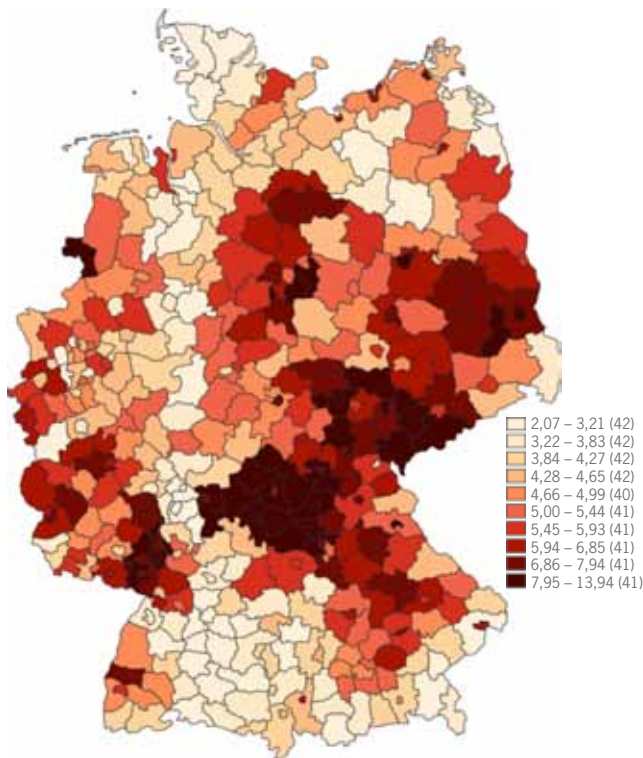


Abb. 3:
Über die Jahre 2008-2011 gemittelte ADHS-Prävalenzen auf Kreisebene bei 5-14-Jährigen: Diagnose in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen in den ambulanten Abrechnungsdaten. 10 Prävalenzklassen in Quantilen eingeteilt. Letztes Update: 11.8.2015: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=61>

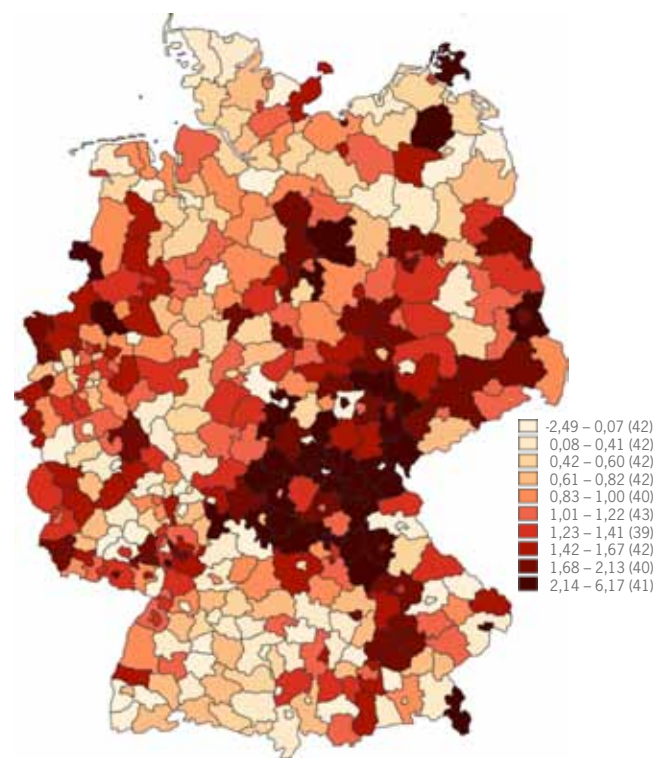


Abb. 4:
Gemittelte Sprünge in den ADHS-Prävalenzen zwischen den Kohorten, die jeweils 3 Monate vor und 3 Monate nach den geltenden Einschulungstichtagen geboren sind und im jeweiligen Datenjahr den Klassen 3w–8 zugeordnet wurden. In den Bundesländern mit Verschiebung von Einschulungstichtagen wurden bei der Berechnung jeweils die Kohorten ausgeschlossen, die bei ihrer Einschulung direkt von einer Verschiebung betroffen waren. Letztes Update 11.8.2015. <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=61>

Wie man auf den resultierenden Deutschlandkarten sieht, wird in Baden-Württemberg eher selten ADHS diagnostiziert und es scheint deswegen auch der Prävalenzsprung rund um den Einschulungstichtag eher eine geringe Rolle zu spielen. Es ist hierbei zu berücksichtigen, dass gerade für Baden-Württemberg viele Jahrgänge wegen der Stichtagsreform 2005–07 nicht ausgewertet werden konnten. Um die Zahlen für die vor Ort tätigen Praktiker transparent zu machen, seien sie für die Landkreise im

Ländle tabellarisch zusammengefasst, sortiert nach den Prävalenzen in den Landkreisen (Tabelle 2).

Interessant ist hierbei, dass der Anteil des Alterseinflusses in einer Klasse an der Gesamtprävalenz für ADHS sehr stark schwanken kann unabhängig von der Höhe der Gesamtprävalenz. So wird beispielsweise ADHS in den benachbarten Landkreisen Tübingen und Reutlingen sehr selten diagnostiziert.

Landkreis	ADHS-Prävalenz in %	Sprung in der Prävalenzrate in %	rel. Verhältnis von Prävalenzsprung zu Prävalenz in %	Anteil der spät eingeschulerten Kinder 2014/15 in %	Anteil der früh eingeschulerten Kinder 2014/15 in %
Mannheim, Kreisfreie Stadt	8,31	1,97	23,7	9,1	1,9
Emmendingen, Kreis	7,41	1,67	22,5	9,5	1,9
Karlsruhe, Kreis	6,85	1,30	19,0	7,9	2,1
Freiburg im Breisgau, Kreisfreie Stadt	5,81	0,69	11,9	5,6	3,3
Schwäbisch Hall, Kreis	5,79	0,89	15,4	8,0	2,0
Enzkreis	5,61	0,97	17,3	8,5	2,2
Rhein-Neckar-Kreis	5,10	1,54	30,2	8,9	2,6
Pforzheim, Kreisfreie Stadt	5,04	-0,22	-4,4	8,5	1,7
Breisgau-Hochschwarzwald, Kreis	4,98	-0,12	-2,4	8,3	2,1
Ortenaukreis	4,71	0,84	17,8	8,1	1,4
Schwarzwald-Baar-Kreis	4,70	0,80	17,0	11,8	2,0
Main-Tauber-Kreis	4,62	-0,03	-0,7	10,8	1,1
Heidelberg, Kreisfreie Stadt	4,60	1,96	42,6	5,3	4,3
Karlsruhe, Kreisfreie Stadt	4,58	1,05	22,9	8,2	4,9
Heidenheim, Kreis	4,43	1,11	25,1	10,1	1,6
Lörrach, Kreis	4,25	-0,26	-6,1	7,6	2,1
Rottweil, Kreis	4,19	1,10	26,3	8,6	1,6
Waldshut, Kreis	4,16	0,82	19,7	8,8	1,9
Neckar-Odenwald-Kreis	4,10	0,37	9,0	11,9	1,4
Rems-Murr-Kreis	4,04	0,45	11,1	10,6	1,9
Ulm, Kreisfreie Stadt	3,97	-0,14	-3,5	5,5	2,0
Bodenseekreis	3,83	0,49	12,8	11,2	1,4
Rastatt, Kreis	3,77	1,11	29,4	7,5	1,6
Heilbronn, Kreis	3,65	0,27	7,4	8,0	1,4
Ostalbkreis	3,50	0,69	19,7	8,9	1,7
Baden-Baden, Kreisfreie Stadt	3,46	1,32	38,2	13,8	3,6
Hohenlohekreis	3,41	0,98	28,7	6,9	4,7
Ravensburg, Kreis	3,39	0,13	3,8	11,2	1,5
Calw, Kreis	3,30	0,64	19,4	5,9	1,3
Tuttlingen, Kreis	3,29	0,36	10,9	8,1	1,1
Alb-Donau-Kreis	3,28	0,29	8,8	8,0	1,3
Böblingen, Kreis	3,18	0,60	18,9	9,3	2,2
Esslingen, Kreis	3,12	0,28	9,0	8,6	1,7
Ludwigsburg, Kreis	3,11	0,65	20,9	8,9	2,2
Stuttgart, Kreisfreie Stadt	3,02	0,21	7,0	7,6	3,6
Biberach, Kreis	2,97	0,44	14,8	9,3	1,7
Konstanz, Kreis	2,85	0,64	22,5	9,8	2,0
Zollernalbkreis	2,78	-0,13	-4,7	9,6	2,2
Sigmaringen, Kreis	2,74	0,70	25,6	7,2	1,7
Göppingen, Kreis	2,63	0,26	9,9	8,9	1,5
Heilbronn, Kreisfreie Stadt	2,63	0,99	37,6	7,8	1,5
Tübingen, Kreis	2,43	-0,10	-4,1	8,9	2,9
Reutlingen, Kreis	2,40	0,80	33,3	8,0	1,5
Freudenstadt, Kreis	2,07	0,27	13,0	10,1	1,8

Tabelle 2:

Dargestellt sind auf Landkreisebene (Spalte 1) die zwischen 2008–2011 gemittelten Prävalenzraten für ADHS in % (Spalte 2).

Spalte 3 betrachtet Schüler der Klassen 3–8: Analysiert wird der gemittelte Prävalenzsprung der Schüler die 3 Monate vor und 3 Monate nach dem Stichtag Geburtstag haben (extrahiert aus [2]).

In Spalte 4 wurde eine Relation zwischen der absoluten Prävalenz und dem Prävalenzsprung gebildet. Landkreise, wo dieser über 30% beträgt, werden fett hervorgehoben. In der Spalte 5 wurde der Anteil der zurückgestellten Kinder und in der Spalte 6 der Anteil der früheingeschulerten Kinder des Einschulungsjahrganges 2014/15 aus der Bildungsberichterstattung 2015 [16] und dem dazugehörigen Datenatlas

(<http://www.schule-bw.de/entwicklung/bildungsberichterstattung/datenatlas/atlas.html>) entnommen. In dem Datenatlas können weitere Indikatoren der Kreise auch im Zeitverlauf interaktiv recherchiert werden.



Aber in Reutlingen beeinflussen die Geburtsmonate zu ca. 33% die Prävalenz, während dies in Tübingen gar nicht der Fall ist. Diese Unterschiede können höchstens lokal hinterfragt und evt. erklärt werden. Da möglicherweise der Anteil der Schüler mit Migrationshintergrund eine Rolle spielen könnte [2], sei er für die Landkreise aus der Bildungsberichterstattung 2015 entnommen [16]: (Abb. 5)
 Wie entwickelten sich Rückstellungen in Baden-Württemberg um die Zeiten der Stichtagsreform 2005–07? Auch hierzu finden sich in der Bildungsberichterstattung 2015 Angaben [16] (Abb. 6)

In dem zugehörigen Datenatlas <http://www.schule-bw.de/entwicklung/bildungsberichterstattung/datenatlas/atlas.html> wurden die Trends nach Landkreisen aufgeschlüsselt (für die Anteile nicht nach Stichtag eingeschulter Kinder des Einschulungsjahres 2014/15 siehe Tabelle 2).
 Der Landkreisvergleich der Daten für Baden-Württemberg suggeriert auf den ersten Blick keinen einfachen statistischen Zusammenhang zwischen Früheinschulungen, Rückstellungen, Anteil der Schüler mit Migrationshintergrund etc. auf die Prävalenzen oder Prävalenzsprünge für ADHS. Ob Versorgungsrealitäten eine Rolle spielen könnten, möge man vor Ort beurteilen.

Abb. 5

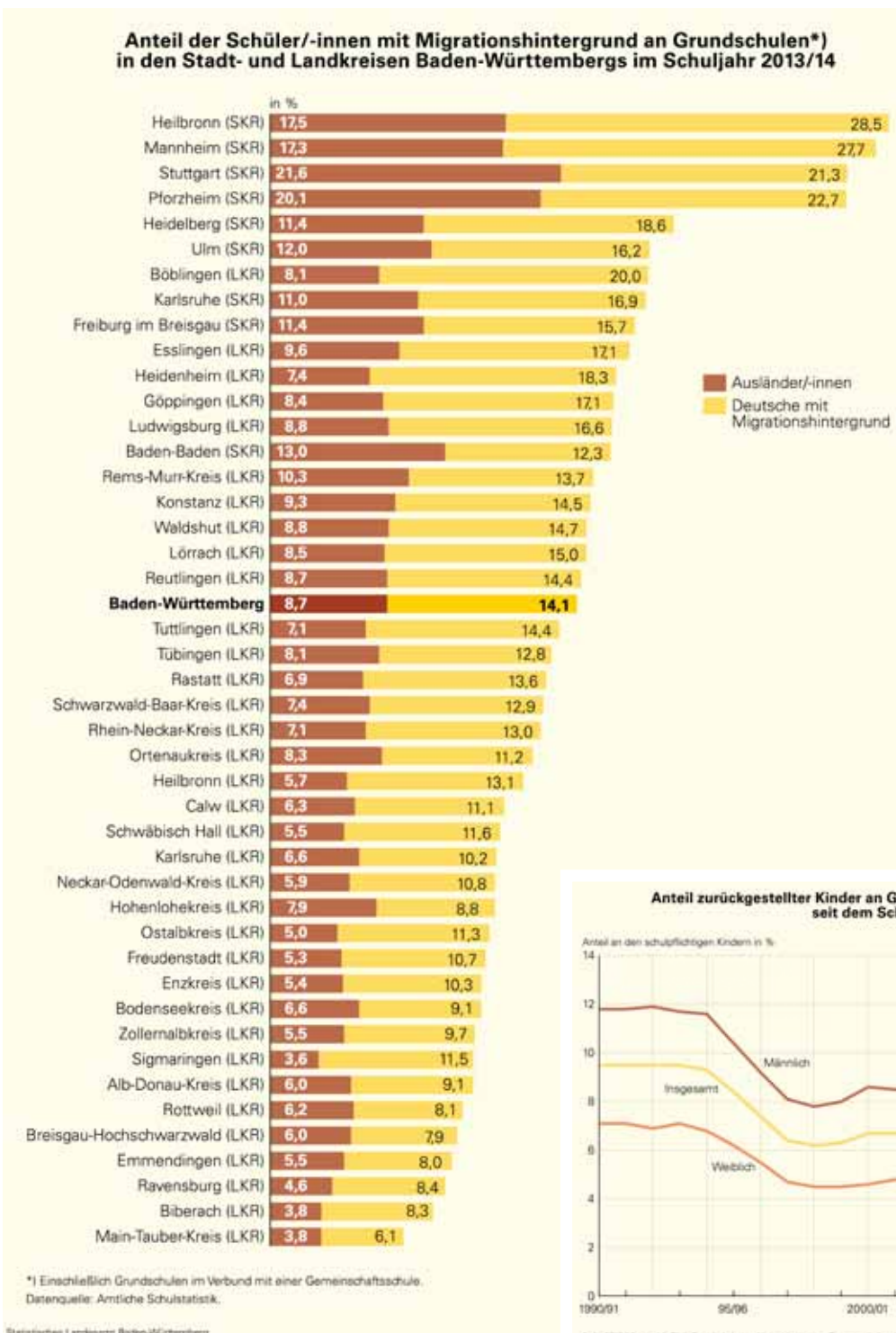


Abb. 6



Die entscheidende Frage ist jetzt, ob diese Daten unsere Haltung zu Rückstellung und Früheinschulung beeinflussen können. Wie kommt unsere Haltung zustande? Zunächst muss uns unsere formale Rolle in dieser Entscheidung klar sein: Wir haben selbstverständlich nur eine die Eltern unverbindlich beratende Funktion, die wir wahrnehmen können aber nicht müssen. Wenn wir sie wahrnehmen, sollten wir die rechtliche Lage kennen, damit die Eltern nicht zwischen die Stühle geraten:

Laut Schulgesetz für Baden-Württemberg (SchG) §74 können Kinder, die laut Stichtag noch nicht schulpflichtig sind, zu Beginn des Schuljahres in die Schule aufgenommen werden, wenn die Erziehungsberechtigten dies beantragen und zu erwarten ist, dass sie mit Erfolg am Unterricht teilnehmen. Die Entscheidung trifft die Schule, bei Zweifeln zieht sie ein Gutachten des Gesundheitsamtes hinzu. Kinder, von denen bei Beginn der Schulpflicht auf Grund ihres geistigen oder körperlichen Entwicklungsstandes nicht erwartet werden kann, dass sie mit Erfolg am Unterricht teilnehmen, können um ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden; mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten können auch Kinder zurückgestellt werden, bei denen sich dies während des ersten Schulhalbjahres zeigt. Die Entscheidung trifft die Schule unter Beiziehung eines Gutachtens des Gesundheitsamtes. Kinder die vorzeitig eingeschult oder vom Schulbesuch zurückgestellt werden sollen, sind verpflichtet, sich auf Verlangen der Schule bzw. der Schulaufsichtsbehörde an einer pädagogisch-psychologischen Prüfung (Schuleingangsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen. (Quelle: <http://www.landesrecht-bw.de>)

Die Eltern können eine Rückstellung oder Früheinschulung formlos schriftlich am besten gleich zur Schulanmeldung im März/April bei der jeweiligen Grundschule beantragen. Diese entscheidet darüber und benachrichtigt die Eltern schriftlich. Die Schule bezieht in die Entscheidung ein Gutachten des Gesundheitsamtes (Folgeuntersuchung der Einschulungsuntersuchung ESU-2, welche im April/Mai durchgeführt werden sollen) mit ein. Die Bearbeitungsdauer beträgt 4–6 Wochen. Es wird empfohlen, dass sich die Eltern vor einem Antrag beraten lassen von der Schulleitung, Kooperationslehrkraft der Grundschule oder der für die Grundschule zuständigen Beratungslehrkraft (Quelle: <http://service-bw.de/zfinder-bw-web/processes.do?vbid=711766&vbmid=0#unterlagen>). Wie sich die Schulen entscheiden und die Gesundheitsämter untersuchen, scheint laut diversen Elternforen unterschiedlich zu sein und wird bisweilen als willkürlich empfunden (bzw. vor allem dann in Elternforen als Erfahrungsbericht oder Frage veröffentlicht). Teilweise bieten in diesem Feld auch Anwaltskanzleien Eltern ihre Hilfe an, wenn diese mit den Entscheidungen der Schulen nicht zufrieden sein sollten.

Um in dieser Gemengelage kompetent zu beraten, sollten wir uns zwei Fragen stellen:

Wie kann das betreffende Kind im nächsten Jahr am besten gefördert werden, worauf kommt es dabei an?

Kann man sich dieses Kind besser als junges oder besser als altes Kind im Klassenverband vorstellen?

Die erste Frage hängt auch von vielen Faktoren ab, die zunächst nichts mit dem Kind zu tun haben. Wie kann und will der Kindergarten ältere Kinder fördern? Braucht die Schule noch genau einen Schüler, um den Klassenteiler zu erreichen (womit genau dieser Schüler dann von sehr kleinen Klassen profitieren könnte)? Dies sind Dinge, zu denen der Arzt nicht viel sagen kann. Dann gibt es aber auch Faktoren, die im Kind selber liegen und seine Schulbereitschaft ausmachen. Dieser Begriff der „Schul-



bereitschaft“ löst in der internationalen Diskussion derzeit den etwas kurz gegriffenen Begriff der „Schulfähigkeit“ ab. Der noch gar nicht so alte Begriff der Schulfähigkeit implizierte, dass die Kinder durch ausreichende (kognitive) Förderung fit für die Schule gemacht, für sie „befähigt“ werden könnten. Der gegen Ende des letzten Jahrhunderts in Deutschland zunehmend hinterfragte alte Begriff der „Schulreife“ enthielt dagegen die Erfahrung, dass ein Kind einen bestimmten reifungsabhängigen Entwicklungsstand erreicht haben muss, um die Anforderungen des Anfangsunterrichtes bewältigen zu können. Die Zurückstellung vom Schulbesuch sollte daher einer Zeit der „Nachreife“ dienen, in der die wichtigsten Entwicklungsschritte weitgehend ohne besonderes Zutun nachgeholt werden konnten zum Beispiel durch weiteren Verbleib im Kindergarten. Der Begriff der Schulbereitschaft ist so etwas wie eine Synthese: In ihn sollen sozial-emotionale, motorische, volitional-motivationale und kognitive Kompetenzen einfließen [17], die teilweise tatsächlich reifen bzw. vom Kind eigenaktiv erworben werden in einem geeigneten Umfeld [14] und die nur teilweise gefördert werden können. Im sozial-emotionalen Bereich sollte ein stabiles Selbstbewusstsein und ein gewisses Maß an Selbstständigkeit entwickelt worden sein, damit der Aufbau neuer Beziehungen zu Lehrern und Mitschülern gelingt.

Motorisch sollte ein Kind die eigenen Bewegungen hinreichend gut und locker führen können, angemessene Gleichgewichtsfähigkeiten haben (Einbeinstand- und -hüpfen) und mit Materialien wie Papier und Stift angemessen umgehen können. Es sollte ausreichend geschickt mit den Händen und Fingern sein und den Blick mit den Händen ausreichend gut koordinieren können. Eine gewisse Malentwicklung kann Hinweise geben. Im volitional-motivationalen Bereich muss es sich an das neue stärker arbeitsorientierte und strukturierte Umfeld anpassen können, in dem es auch zu Misserfolgs- und Frustrationserfahrungen kommen kann. Ein gewisses Vermögen zur willentlichen Selbstkontrolle und Fähigkeit zum Belohnungsaufschub ist wichtig. Im kognitiven Bereich geht es um die Beherrschung der Sprache und die phonologische Bewusstheit als Vorläuferfähigkeit zum Lesen und Schreiben, um ein basales Mengenverständnis, die Fähigkeit zu schlussfolgerndem Denken und die Aufmerksamkeitssteuerung. Gerade die Konzentrationsfähigkeit ist aber von vielen äußeren Bedingungen mit abhängig (Hunger, Müdigkeit, ungünstige familiäre Verhältnisse, gesundheitliche Faktoren etc.).

Manche dieser Faktoren reifen mit dem Alter, manche können und müssen speziell gefördert werden. Der Kindergarten und die Schule bieten hier durchaus verschiedene Entwicklungsumgebungen an mit Vor- und Nachteilen. Ob Schule langfristig gelingt oder nur unter Inkaufnahme gesundheitlicher Nachteile

(ADHS-Symptomatik, Ängste, Schulkopfweh, Schulbauchweh etc.) erfolgreich möglich ist, hängt auch davon ab, wie gut die kindlichen Wurzeln, die kindlichen Entwicklungsfundamente sind. So manche anstrengende Extraförderung kann erspart bleiben, wenn am Schulanfang eine weise Entscheidung getroffen wird. Wenn auch die Schule entscheidet, so können die Eltern doch inhaltlich mitreden und zu überzeugen versuchen. Ihnen argumentativ den Rücken zu stärken ohne sie zwischen die Stühle geraten zu lassen wäre das Ziel einer guten sozialpädiatrischen Schulberatung aus der Kenntnis des bisherigen Entwicklungsverlaufes heraus. Diese Kenntnis haben wir zumeist dem Gesundheitsamt voraus (und auch die Erfahrung über die Auswirkungen bisheriger Entscheidungen, da wir ja die Kinder regelhaft weiter betreuen). Daher sind wir oft ein gefragter Ansprechpartner der Eltern auch in diesen Fragen.

Till Reckert

Literatur:

- Berndt C. ADHS: Wenn frühe Einschulung zur Fehldiagnose führt. sueddeutsche.de. 11 Aug 2015. Available: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/zappelphilipp-syndrom-in-der-adhs-falle-1.2602267>. Accessed 6 Dec 2015.
- Wuppertal A, Schwandt H, Hering R, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland Teil 2 - Zusammenhang zwischen ADHS-Diagnose und Medikationsprävalenzen und dem Einschulungsalter [Internet]. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; 2015 Aug p. 24. Available: http://www.kbv.de/media/sp/Zi_Versorgungsatlas_ADHS_Teil2.pdf
- Elder TE. The Importance of Relative Standards in ADHD Diagnoses: Evidence Based on Exact Birth Dates. *J Health Econ*. 2010;29: 641–656. doi:10.1016/j.jhealeco.2010.06.003
- Evans WN, Morrill MS, Parente ST. Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *J Health Econ*. 2010;29: 657–673. doi:10.1016/j.jhealeco.2010.07.005
- Morrow RL, Garland J, Wright JM, Maclure M, Taylor S, Dormuth CR. Influence of Relative Age on Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *CMAJ*. 2012; doi:10.1503/cmaj.111619
- Zoëga H, Valdimarsdóttir UA, Hernández-Díaz S. Age, Academic Performance, and Stimulant Prescribing for ADHD: A Nationwide Cohort Study. *Pediatrics*. 2012;130: 1012–1018. doi:10.1542/peds.2012-0689
- Halldner L, Tillander A, Lundholm C, Boman M, Långström N, Larsson H, et al. Relative immaturity and ADHD: findings from nationwide registers, parent- and self-reports. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55: 897–904. doi:10.1111/jcpp.12229
- Dalsgaard S, Humlum MK, Nielsen HS, Simonsen M. Relative standards in ADHD diagnoses: The role of specialist behavior. *Economics Letters*. 2012;117: 663–665. doi:10.1016/j.econlet.2012.08.008
- Hüttmann K, Elmer C. Ritalin und Co.: Verbrauch von ADHS-Arzneien nimmt erstmals ab. Spiegel Online. 1 Apr 2014. Available: <http://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/adhs-verbrauch-von-ritalin-gegen-zappelphilipp-syndrom-nimmt-ab-a-961839.html>. Accessed 5 Dec 2015.
- Weber VS. Grundschule: Lasst sie noch zu Hause. In: ZEIT ONLINE [Internet]. [cited 5 Dec 2015]. Available: <http://www.zeit.de/2014/51/grundschule-fruehe-einschulung-schulreife>
- Der frühe Vogel verfehlt den Wurm. *Wirtschaftswoche*. 4 Aug 2014. Available: <http://www.wiwo.de/erfolg/trends/einschulung-schon-mit-fuenf-jahren-der-fruehe-vogel-verfehlt-den-wurm/10289392.html>. Accessed 6 Dec 2015.
- Stollhoff K. ADHS: Die neuen Nachrichten sind die alten. *Der Kinder- und Jugendarzt*. 2015;46: 536.
- Kupferschmidt C. Frühe Einschulung - mehr Schulprobleme - kürzeres Leben. *Der Kinder- und Jugendarzt*. 2013;44.
- Renz-Polster H. Die Kindheit ist unantastbar: Warum Eltern ihr Recht auf Erziehung zurückfordern müssen. Originalausgabe. Weinheim, Bergstr.: Beltz; 2014.
- Knoke M. Elternalarm an der Uni: Mama, steh mir bei. Spiegel Online. 6 May 2013. Available: <http://www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/helikopter-eltern-hochschuln-entdecken-eltern-als-zielgruppe-a-897649.html>. Accessed 6 Dec 2015.
- Landesinstitut für Schulentwicklung, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bildungsberichterstattung 2015. Bildung in Baden-Württemberg [Internet]. Stuttgart; 2015 Jun. Available: http://www.schule-bw.de/entwicklung/bildungsberichterstattung/bildungsberichte/bildungsbericht_2015/Bildungsbericht_BW_2015.pdf
- Wagner H, Ehm J-H, Schöler H, Schneider W, Hasselhorn M. Zusatzförderung von Kindern mit Entwicklungsrisiken - Eine Handreichung für pädagogische Fachkräfte im Übergang vom Elementar- zum Primärbereich. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2013.