



Wie viele Sozialpädiatrische Zentren braucht das Land?

Helmut Hollmann¹ und Harald Bode²

¹Kinderneurologisches Zentrum, Rheinische Kliniken, Bonn;
²Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrisches Zentrum, Ulm²

Zusammenfassung

Die Sozialpädiatrischen Zentren sind heute zweifellos unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgung entwicklungsgestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher, doch: **Wie viele Sozialpädiatrische Zentren braucht das Land?**

Mit der grundlegenden Änderung des Krankheitsspektrums in der Kinder- und Jugendmedizin haben sich auch deren Aufgabenfelder verschoben. Standen früher akutmedizinische Probleme ganz im Vordergrund, so sind mit chronischen Krankheiten und den infolge sozialer Änderungen eintretenden „Neuen Morbiditäten“ jetzt langfristige Behandlungskonzepte wesentlich mehr von Bedeutung. Die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) bieten hierfür hervorragende Bedingungen. So ist es nicht erstaunlich, dass ihre Zahl sich zwischen 1988 und 2006 auf jetzt 129 verfünffacht hat. Die SPZ stellen als spezialisierte Institutionen eine wesentliche Säule der ambulanten pädiatrischen Krankenbehandlung dar. Die aktuelle Verteilungszahl von einem SPZ auf etwa 450.000 Einwohner als Median ist eine Orientierungsgröße für zukünftige Planungen in Deutschland. Der weitere Ausbau dieses flächendeckenden Versorgungsnetzes muss vorrangig unter dem Aspekt der Qualitätssicherung erfolgen, wobei die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit einbezogen sind.

Inhaltliche Änderungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Das Tätigkeitsspektrum in der Kinder- und Jugendmedizin hat sich mit den enormen Fortschritten der Organmedizin grundlegend verändert. Standen früher akutmedizinische Probleme im Rahmen schwerwiegender Infektionen im Mittelpunkt einer Tätigkeit in der Praxis, so befasst sich der niedergelassene Facharzt heute mit Fragen der Infektiologie vorwiegend unter präventiven Gesichtspunkten. Auch in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin dominieren Spezialfragen von der Neonatologie und Intensivmedizin über die Differentialdiagnostik neuropädiatrischer Krankheiten bis hin zur speziellen ambulanten Behandlung in vielfältigen poliklinischen Sprechstunden.

Gleichzeitig ist in den letzten beiden Jahrzehnten, speziell etwa seit Mitte der 90er Jahre eine gesellschaftliche Entwicklung zu beobachten, die einerseits durch zunehmendes Zerbrechen familiärer und sozialer Strukturen und Ressourcen sowie Arbeitslosigkeit, Migration und Armut geprägt ist und andererseits erhöhte Anforderungen an Kinder und Jugendliche hinsichtlich Ausbildungsstand, Leistung und Flexibilität stellt. Damit einher geht die Zunahme von Störungsbildern, die der vorstehend skizzierten klassischen Pädiatrie in Klinik und Praxis teilweise fremd sind. Entwicklungsstörungen insbesondere der Motorik und Sprache, ebenso vermehrte Auffälligkeiten im Lern- und

Sozialverhalten sowie der Kommunikation und der emotionalen Entwicklung, aber auch die scheinbar nicht aufzuhaltende Zunahme von krankhaft übergewichtigen Kindern und Jugendlichen fordern ein anderes, nicht nur medizinisches Verständnis von Zusammenhängen mit entsprechend ausgerichteten Interventionsansätzen und Behandlungskonzepten, damit eine angemessene Teilhabe der betroffenen Kinder und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben erreicht werden kann.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) als Bindeglied zwischen Klinik und Praxis

Diese Aufgabe ist die Domäne der Sozialpädiatrie als Querschnittswissenschaft innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin. Die Abklärung von Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen im psychosozialen und familiären Kontext fällt zunächst in die Zuständigkeit des niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin. Die weitgehend klinische Facharzt-Weiterbildung mit der notwendigen Orientierung auf den Erwerb differenzierter Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie körperlicher Erkrankungen vermittelt für die sozialpädiatrische Tätigkeit allerdings nur Basiswissen. Außerdem lassen Organisationsstrukturen und Finanzierungsrahmen in Praxis wie Klinik eine sozialpädiatrische Behandlung nur im Sinne einer Basisversorgung zu. Damit haben sich zwangsläufig gegenüber den ur-

sprünglichen Ansätzen wesentlich erweiterte Behandlungsnotwendigkeiten im Bereich der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) herausgebildet.

Die Sozialpädiatrischen Zentren mit ihrem multiprofessionellen Team unter kinderärztlicher Leitung waren zunächst gedacht für die spezialisierte Behandlung von behinderten und chronisch neurologisch kranken Kindern. Jetzt treten die SPZ daneben vor allem auch komplementär ein für die Behandlung der Vielzahl von Patienten, die unter den genannten Gesichtspunkten weder in der Praxis noch in klinikassoziierten Spezialambulanzen adäquat umfassend betreut werden können. Sozialpädiatrische Zentren stellen bundesweit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen sowie Behinderungen eine feste Größe dar. Im Jahr 2006 wurden bundesweit etwa 220.000 verschiedene Patienten in den SPZ behandelt. Vielfach verfügen die Mitarbeiter über spezielle Kompetenzen und breite Qualifikationen, die im interdisziplinären Behandlungsansatz durch das multiprofessionelle Team zum Einsatz gelangen. Die SPZ zeichnen sich darüber hinaus durch personelle Kontinuität, häufig sogar ein Bezugspersonensystem in der Betreuung der Patienten aus, das bei der oftmals notwendigen langjährigen Behandlung von besonderem Wert für die Patienten und ihre Eltern ist.

Sozialpädiatrische Versorgungskonzepte im zeitlichen Wandel

Mit der gesetzlichen Verankerung des Aufgabenfeldes für Sozialpädiatrische Zentren in § 119 des Sozialgesetzbuch V im Rahmen der Gesundheitsreform 1988 war die Intention verknüpft, ausgehend von den damals bestehenden 16 Institutionen ein flächendeckendes Netzwerk zur spezialisierten sozialpädiatrischen Versorgung solcher Patienten zu knüpfen, die „wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit nicht in Praxen oder geeigneten Früh-

förderstellen behandelt werden können“ (§ 119 SGB V). In der Folge hat sich die Konzeption der interdisziplinären Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung so bewährt, dass die Ausweitung der Aufgaben auf das gesamte Spektrum von Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen stattfand. Gleichzeitig wurden seit 1997 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren in wesentlichem Umfang Maßnahmen der Qualitätssicherung umgesetzt, die inzwischen auch bei den Kostenträgern eine sehr positive Resonanz finden. Durch diese Gegebenheiten und zusätzlich verstärkt von den grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen mit strikter Betonung von ambulanten Behandlungsansätzen besteht unverändert ein Trend zur Gründung weiterer Sozialpädiatrischer Zentren. Bei gleichzeitiger Limitierung der finanziellen Mittel und durchaus schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen für die bereits existierenden SPZ wird in letzter Zeit häufiger die Frage aufgeworfen, ob Richtgrößen zum Bedarf an Sozialpädiatrischen Zentren ermittelt werden können, die die finanziellen Rahmenbedingungen mit dem Anspruch der Versicherten nach § 43a des SGB V auf angemessene sozialpädiatrische Versorgung in Übereinstimmung bringen.

Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts und bei Existenz von erst wenigen Sozialpädiatrischen Zentren wurde in der Vorbereitungsphase der Gesundheitsreform als Planungsrichtgröße die Zahl von einem SPZ auf eine Million Einwohner formuliert. Grundlage bildete die inhaltliche Ausrichtung vorwiegend auf geistig oder körperlich behinderte Kinder in Verbindung mit dem damals gültigen therapeutischen Verständnis. Demnach sollte es möglich sein, durch möglichst frühe und umfassende Behandlung die Entwicklung von behinderten oder durch Behinderung bedrohten Kindern nachhaltig bis hin zu einer Heilung beeinflussen zu können. Diese

äußerst optimistische Einschätzung hat sich in der Therapieevaluation hinsichtlich der funktionellen und insbesondere kognitiven Entwicklung nicht bestätigen lassen. Hingegen ergaben sich inzwischen vielfältige Belege für positive Behandlungseffekte auf das Sozialverhalten, die Teilhabe an der Gemeinschaft und insbesondere für die Eltern-Kind-Beziehung. Diese Ergebnisse der Entwicklungsforschung führten zu einem Paradigmenwechsel im Behandlungskonzept. Nicht mehr das isolierte Kind oder der Jugendliche und seine Defizite stehen im Mittelpunkt, sondern seine aktive Einfügung in seinen jeweiligen Lebensraum unter Beachtung der familiären und sozialen Bezüge und bei Nutzung jedweder Ressourcen. Der Ansatz der Frühtherapie hat sich somit in denjenigen der Frühintervention erweitert.

Erweiterung der Aufgaben für die SPZ

Andere Ergebnisse beispielsweise der Bindungsforschung trugen zugleich dazu bei, dass auch die Zielgruppe für die Tätigkeit neu definiert werden musste. Weiterhin führte das vermehrte Auftreten von umschriebenen Entwicklungsstörungen bei Kindern im Vor- und Grundschulalter zu einem steigenden Bedarf der differentialdiagnostisch-entwicklungsneurologischen Klärung, gegebenenfalls mit Einleitung erforderlicher Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Schließlich sind in den letzten Jahren interdisziplinäre Behandlungskonzepte auf der Basis eines multiprofessionellen Teams als ausgesprochen sinnvoll für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen pädiatrischen Krankheiten wie Asthma und Diabetes, ebenso auch aus dem onkologischen und kardiologischen Bereich erkannt worden, wenn zusätzlich zur Grunderkrankung weitere Abweichungen in Entwicklung oder Verhalten vorliegen. Obwohl diese Störungen häufig sind und gerade bei diesen Patienten oft die Familie umfassen, konnten derartige sozialpädiatrische



Behandlungsansätze aber erst an einigen Kliniken aus den dort vorhandenen SPZ-Strukturen heraus aufgebaut werden. Besondere Bedeutung haben deshalb die acht Sozialpädiatrischen Fachkliniken mit der Möglichkeit der stationären Block- und Intensivbehandlung. Da aber an 52 Kliniken mit angeschlossenen SPZ grundsätzlich diese Option besteht, sind hier wesentliche Optimierungspotentiale vorhanden.

In der Zusammenschau der vorstehend genannten Entwicklungen muss somit festgehalten werden, dass sich das Aufgabenfeld für die Sozialpädiatrischen Zentren nicht nur inhaltlich, sondern auch numerisch wesentlich erweitert hat. Die Sozialpädiatrischen Zentren sind unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgung entwicklungsge störter und behinderter Kinder und Jugendlicher. Sie sichern die notwendige komplementäre Behandlung im Verbund von niedergelassenen Fachärzten und Einrichtungen der Frühförderung für die Patienten im Vorschulalter. Ebenso stellen die SPZ wesentliche Behandlungsoptionen für die langjährige Behandlung bis zum Erreichen des Erwachsenenalters wiederum komplementär zum Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Infolge dieses erweiterten Aufgabenfeldes und gestiegenen Bedarfs existieren heute 129 Sozialpädiatrische Zentren, die das seinerzeit mit der ersten Gesundheitsreform verbundene Ziel einer bundesweit flächendeckenden differenzierten sozialpädiatrischen Versorgung weitgehend erfüllen und 2006 etwa 220.000 Patienten behandelt haben. Bundesweit besteht aktuell im Median ein Verhältnis von einem SPZ auf etwa 450.000 Einwohner. Dabei ist die Bandbreite der Versorgungsdichte regional aber immer noch extrem heterogen und variiert in den Großstädten mit mehr als 200.000 Einwohnern um den Faktor 10. Auch in den Bundesländern sind sehr unterschiedliche Vorgehensweisen zu konstatieren; teils sind Landesministerien unter verschiedenen inhaltlichen

wie zahlenmäßigen Anhaltspunkten eingebunden, teils werden neue Institutionen frei durch die Zulassungsaus schüsse bei den jeweils zuständigen Kas senärztlichen Vereinigungen ermäch tigte. Schließlich muss darauf hingewie sen werden, dass auch die Vergütung der erbrachten Leistungen in den SPZ je nach historischen und regionalen Be dingungen enorm verschieden ist und um den Faktor 5! differiert.

Orientierungspunkte für die zukünftige sozialpädiatrische Behandlung

Es ist nicht möglich, präzise Richtgrößen für den Bedarf an Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland anzugeben. Dazu differieren Bevölkerungsdichte, De mographie und Problemausprägung zu sehr. Die Zahl von einem SPZ mit minde stens zwei Teams auf 450.000 Einwoh ner ist zur Orientierung allerdings eine sachgerechte Anhaltzahl. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei den existieren den Einrichtungen unverändert teilwei se erhebliche Wartezeiten bestehen.

Die Änderung der pädiatrischen Ver sorgung in Deutschland wird fortschrei ten. Dabei spielen chronische Krank heiten und die eingangs geschilderten „Neuen Morbiditäten“ neben der Neo natologie die herausragende Rolle. Bei der Planung der künftigen Strukturen sind Verbundlösungen anzustreben, die als „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ sowohl die differenzierte soma tische als auch die sozialpädiatrische Behandlung umfassen und möglichst auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbeziehen. Flächendeckend existiert eine solche Planung bereits seit 1999 in Berlin.

Für die Ermächtigung weiterer Sozi alpädiatrischer Zentren sollen folgende Gesichtspunkte Anwendung finden:

- Die weitere Einrichtung von Klein zentren ist zu vermeiden. Das „Alt-öttinger Papier“ der Deutschen Ge sellschaft für Sozialpädiatrie und Ju gendmedizin zur Strukturqualität in den SPZ (www.dgspj.de) gibt als

anzustrebende Personalgröße ein deutig den Umfang von zwei Sozial pädiatrischen Teams vor, somit min destens zehn Vollzeit-Stellen. Dies wird vielerorts bis heute nicht erfüllt, wenn auch die aktuelle Datenerhe bung der BAG SPZ zeigt, dass be reits jetzt im Durchschnitt je SPZ drei Ärzte, drei Psychologen und sieben bis acht Therapeutinnen tätig sind. Die personelle Variationsbreite ist aber noch sehr groß. Die duale Beset zung aller wesentlichen Funktionen ist die entscheidende Voraussetzung für Vertretungsmöglichkeiten und vor allem für die fachliche Differen zierung des Teams. Da entsprechend dem gesetzlichen Auftrag und unter Beachtung der Versorgungsökono mie nur solche Patienten in das SPZ überwiesen werden sollen, die kom plexe und differentialdiagnostisch oder therapeutisch aufwändige Fra gestellungen und Störungsbilder auf weisen, ist eine hohe Basisqualifikati on der SPZ-Mitarbeiter und ständige überdurchschnittliche Weiterbildung die zwingende Voraussetzung zur hochwertigen Erfüllung des Behand lungsauftrages. Diese Gesichtspunkte müssen bei der weiteren Ermächti gung von Institutionen eine priori täre Berücksichtigung erfahren. Vor der Etablierung neuer, insbesondere kleiner SPZ ist zu prüfen, ob nicht die Stärkung bereits vorhandener und qualitativ anerkannter Institutionen durch Personalaufstockung und kon sekutive Leistungsausweitung eine bessere Lösung darstellt. Bei zu lan gen Wegestrecken können alternativ Kooperationslösungen in Form von Außenstellen in Betracht kommt, wie dies in Rheinland-Pfalz von Anfang an praktiziert worden ist.

- Aufgrund der auch in den SPZ fort schreitenden und notwendigen Spe zialisierung bei der Bewältigung der verschiedenen Aufgaben ist zu for dern, dass neue Institutionen in al ler Regel an bereits bestehenden Kli niken für Kinder- und Jugendmedizin

angesiedelt sein sollen. Hierdurch ist der Rückgriff auf die vollstationäre Behandlung ebenso wie auf technische Einrichtungen erleichtert. Umgekehrt können bei entsprechender personeller Ausstattung notwendige stationäre sozialpädiatrische Block- und Intensivbehandlungen aufgebaut werden. Bereits bestehende Sozialpädiatrische Zentren ohne Klinikassoziation sollen mittelfristig solche Kooperationen im Sinne der Bildung von Kompetenzzentren eingehen.

- Schließlich ist die personelle Ausstattung in vielen SPZ um Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter zu ergänzen, die häufig aufgrund der bestehenden Unklarheiten in der Finanzierung bisher nicht eingestellt werden konnten. Nur so kann die auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zunehmend wichtigere Schnittstellen- und Koordinationsfunktion mit Institutionen und Diensten außerhalb des Gesundheitswesens angemessen wahrgenommen werden. Die Politik ist unverändert wie seit 1988 aufgerufen, den inakzeptablen Missstand einer unregelmäßigen und damit auch nicht funktionierenden dualen Finanzierung von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern zu beseitigen.

Die Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland haben sich bewährt. Sie sind auch aus Sicht der betroffenen Familien und der zuweisenden Ärzte ein unverzichtbarer Baustein im gestuften medizinischen Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen sowie mit Behinderungen. Weitere Einrichtungen insbesondere an großen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sind sinnvoll, um immer noch bestehende Versorgungslücken zu schließen. In Anbetracht der Aufgabenvielfalt muss für die Zukunft aber eine Zersplitterung der Versorgung vermieden werden. Deshalb sind sowohl Aspekte der regionalen Planung von be-

reichsübergreifenden Kompetenzzentren als auch der qualitätsgesicherten Leistungserbringung in der Planung zu berücksichtigen.

Dr. Helmut Hollmann

Ehemal. Sprecher, Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren BAG SPZ
Kinderneurologisches Zentrum,
Rheinische Kliniken
Gustav-Heinemann-Haus,
Waldenburger Ring 46,
53119 Bonn

Prof. Dr. Harald Bode

Präsident, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin DGSPJ
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Sozialpädiatrisches Zentrum
Frauensteige 10, 89075 Ulm