

Entwicklung der Sozialpädiatrie in der Zeit zwischen 1989 und 2009.

Harald Bode, Ulm

8. Nikolausseminar, Mosbach – Neckarelz, 9.12.2009

Meine Damen und Herren,

In diesem Jahr 2009 haben wichtige Ereignisse ihr 20 - jähriges Jubiläum. Wir feierten kürzlich den Fall der Mauer vor 20 Jahren. Heute feiern wir die Gründung des SPZ Mosbach – Neckarelz vor 20 Jahren.

Diese zwei Jubiläen haben natürlich keinen direkten Zusammenhang, dennoch: ich will in den folgenden 45 Minuten verdeutlichen, dass Sozialpädiatrie und auch die SPZ Seismographen des gesellschaftlichen Wandels sind. Damit hatte der Mauerfall auch auf Gegenwart und Zukunft der Sozialpädiatrie einen Einfluss.

1989 war das Jahr, in dem die sozialistisch – kommunistischen Systeme im Osten Europas zusammenbrachen und das westlich – kapitalistische System triumphierte. Es gab Stimmen, die damals ein Ende der Geschichte prophezeiten, ein großer Irrtum, wie sich bald zeigte.

Mit dem Sieg des westlichen Systems wurden wesentliche Strukturelemente der DDR als Irrweg aufgefasst und beseitigt, z.B. die praktisch garantierte Vollbeschäftigung von Vätern und Müttern, die für die Bürger kostenlose

staatlich Fürsorge in der Kinderbetreuung, in der Ganztagschule, und im Gesundheitswesen. Interdisziplinär arbeitende gemeindenahe Polikliniken wurden aufgelöst.

Das bundesrepublikanische Medizinsystem mit marktwirtschaftlich arbeitenden Arzt- und Therapeutenpraxen wurde auf Ostdeutschland ausgedehnt. Die lang entbehrten Freiheiten der Information, Meinungsäußerung und des Reisens wurden enthusiastisch begrüßt und genutzt.

Im Westen Deutschlands standen 1989 die traditionellen Familienbilder hoch im Kurs. Darauf stützten sich die Kindergärten. Meine Frau oder ich konnten unsere Söhne nicht vor 8 Uhr in den Kindergarten bringen, um 12 Uhr war Schluss, Mittagessen gab es nur zuhause. Kinderkrippen wurden fast als Verbrechen an den Kleinkindern betrachtet.

Im bundesdeutschen Gesundheitswesen waren die Kosten noch ein lösbares Problem. Kliniken machten eine Kostenrechnung auf und erhielten von den Krankenkassen die finanziellen Mittel, die sie benötigten. Vertragsärzte mussten sich über ihre Einkommenssituation keine Sorgen machen. Es gab einige niedergelassene Physiotherapeuten, kaum Logopäden, fast keine Ergotherapeuten.

Migranten gab es in Ost (Vietnam) und West (Südeuropa / Türkei), sie wurden als Gastarbeiter bezeichnet, man rechnete mit ihrer Rückkehr nach einigen Jahren, kümmerte sich nicht oder wenig um ihre Familien geschweige ihre Kinder.

In der Medizin begann der Siegeszug der bildgebenden Diagnostik mit CT und MRT, die genetische Diagnostik war noch in den Anfängen, HIV und AIDS waren neue und nicht gut abschätzbare Bedrohungen.

2009 existiert das westlich – kapitalistische Gesellschaftssystem immer noch, mit Mühe und Not hat es mehrere Legitimationskrisen überstanden:

- Internetblase
- Irakkrieg
- Finanzkrise

Viele Bürger Gesamtdeutschlands fühlen sich als Opfer der Globalisierung, die eine Folge des Falles des Eisernen Vorhangs ist. Die vergangenen 20 Jahre waren zwar voller Fortschritte und Chancen, aber auch voller Rückschläge und Probleme. Die Zukunft unserer Gesellschaft und auch unseres Gesundheitswesens ist unsicher.

Auch hier in Mosbach – Neckarelz sind die wichtigen Themen des Jahres 2009 keineswegs amüsan:

Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit, Armut und Hartz IV, die demographische Zeitbombe, zerfallende Familienstrukturen, PISA –Schock, Jugendliche ohne Perspektive oder qualifizierten Ausbildungsabschluss, Migration und Integration.

Die Lebenswelt der Kinder hat sich in den vergangenen 20 Jahren drastisch verändert. Ich nenne nur Stichworte: Computer und Medienkonsum, Gewalt, Alkoholmissbrauch, Freizeitorientierung, Konsumdenken.

Aber es gibt inzwischen auch immer mehr Ganztagskindergärten, eine verlässliche Grundschule, Krippen und Kindertagesstätten, die Elternzeit und zahlreiche Förder- und Therapiemöglichkeiten.

Totgeglaubte Formen der institutionellen Kinderbetreuung aus Zeiten der DDR erleben eine überraschende Renaissance.

Die traditionelle Rollenverteilung in Familien ist nicht mehr die einzige Option für Familien auch in Westdeutschland.

Die Gastarbeiter und ihre Familien sind geblieben. Millionen von Spätaussiedlern und Bürgerkriegsflüchtlingen haben uns vor große Aufgaben gestellt. Deutschland wurde zum Einwanderungsland erklärt. Wir sprechen über die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund und müssen uns

Themen wie der Zweisprachigkeit und der transkulturellen Pädiatrie stellen. In der Öffentlichkeit wird über ein Kopftuch- oder Minarettverbot diskutiert.

Im Gesundheitssystem sind die Kosten trotz zahlreicher Gesundheitsreformgesetze mit unterschiedlich langem und klangvollem Namen kontinuierlich gestiegen, eine ungelöste, vielleicht unlösbare Problematik.

Dem Ärztmangel in Kliniken und z.T. auch in ambulanten Bereich steht eine dramatisch gewachsene Zahl von Therapeuten gegenüber, die auf der Suche nach Arbeit Kindergärten aufsuchen und Eltern Therapien für ihre Kinder empfehlen.

Sozialpädiatrie hat sich in den zurückliegenden 20 Jahren in diesem politisch-gesellschaftlichen Kontext bewegt und entwickelt.

1989 war die Sozialpädiatrie in der kinder- und Jugendmedizin ein Randphänomen, vom pädiatrischen Mainstream nicht recht ernst genommen. . In der Kinderheilkunde sah man die Aufgaben der Sozialpädiater hauptsächlich in der – damals als wenig attraktiv angesehenen – Betreuung von behinderten Kindern.

Sozialpädiatrie wurde vielerorts nach dem Hellbrüggischen Konzept der Entwicklungsrehabilitation betrieben. Man war der Ansicht oder hatte die Hoffnung, durch möglichst frühe Behandlung das Auftreten von Krankheiten verhindern zu können. Therapien und Förderkonzepte beruhten auf der

Annahme eines hierarchisch geordneten Nervensystems. Ziel der Therapie war es daher, zunächst die Basisfunktionen zu trainieren, um darauf aufbauend dann komplexere Funktionen zu erarbeiten. Ein typisches Beispiel für diese Theorie war die frühe Behandlung von Säuglingen mit zerebralparetischer Bedrohung nach der Vojta - Methode. Die Ziele einer solchen Therapie waren wesentlich auf die Organstrukturen und – Organfunktionen gerichtet.

Andererseits hatte die Sozialpädiatrie 1989 bereits beachtliche und wegweisende Erfolge vorzuweisen:

Es war gelungen, die Früherkennungsuntersuchungen gesetzlich zu verankern (gelbes Heft). Auch waren die Sozialpädiatrischen Zentren im § 119 des Sozialgesetzbuches V festgeschrieben als anerkannte Institutionen zur Behandlung von kranken Kindern. Sehr weitsichtig waren bereits damals die SPZ als interdisziplinäre Einrichtungen konzipiert worden, in denen – unter ärztlicher Leitung - ärztliche, psychologische, therapeutische und pädagogische Mitarbeiter arbeiten.

1989 war ein Jahr, in dem auf Basis dieser neuen gesetzlichen Möglichkeit einige SPZ neue gegründet wurden, so auch das SPZ in Mosbach – Neckarelz.

Es gab damals wohl etwa 40 SPZ in Deutschland.

Im Jahr 2009 ist Sozialpädiatrie in der Mitte der Kinder- und Jugendmedizin angekommen und fest verankert. Themen der Sozialpädiatrie sind Kernaufgaben jedes Kinder- und Jugendarztes in der Praxis, z.B.:

- Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen (Ess-, Schlaf-/Schreistörungen),
- Kinder und Jugendliche mit umschriebenen, kombinierten und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen,
- Kinder und Jugendliche mit emotionalen und Verhaltensstörungen (z.B. hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialkontaktes),
- Kinder mit neuropädiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen, Tic-Störungen, Enuresis, Enkopresis, genetischen Syndromen,
- Kinder und Jugendliche mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen bzw. Intelligenzminderung,
- vernachlässigte, misshandelte und sexuell missbrauchte Kinder
- Risikopopulationen wie ehemals sehr kleine Frühgeborene oder Kinder mit schwerwiegenden psychosozialen Risikofaktoren).

Sozialpädiatrie arbeitet heute in Förderung und Therapie von Kindern mit einem anderen Paradigma als 1989:

Entwicklung wird als kontextbezogen, adaptiv, fluide, systemisch und vernetzt betrachtet. Entsprechend werden nicht mehr Basisfunktionen geübt, sondern konkrete alltagspraktische Fertigkeiten. Dabei spielen die Erkenntnisse der

Lernforschung eine große Rolle, die die Bedeutung von Motivation, häufiger Wiederholung und Variabilität des Lernangebotes betonen.

Die Rolle von Eltern als kompetente Spezialisten für Ihre Kinder wird wertgeschätzt und gefördert. Eltern werden nicht mehr als Konkurrenz, sondern als kompetente Partner für die bestmögliche Behandlung und Förderung der Kinder gesehen. Die vielen Elternselbsthilfegruppen werden in ihrer Arbeit besonders anerkannt und unterstützt.

Die Kenntnis und die angemessene Gestaltung des Lebensumfeldes der Kinder und Jugendlichen werden als sehr bedeutsam angesehen.

Sehr häufig ist in der Sozialpädiatrie ein multiprofessionelles Team erforderlich, in dem ein "Case-Manager" die Kontakte im Netzwerk des Therapeuten-, Helfer- und Sozialsystem herstellt und pflegt. Oft ist eine langjährige entwicklungsadaptierte Begleitung nötig. Ziel der sozialpädiatrischen Behandlung ist es, die Kinder/Jugendlichen und ihre Eltern in der Bewältigung der Probleme des jeweiligen Lebens- oder Krankheitsabschnitts kompetent und autonom zu machen. Wichtigste Therapieziele sind jetzt die Teilhabe am alters- und dem Entwicklungsstand angemessenen gesellschaftlichen Leben und eine bestmögliche Lebensqualität.

Die Sozialpädiatrie hat sich in den vergangenen 20 Jahren auf vielen Feldern bewegt. Wesentlich haben dazu die Vorstände, Fachausschüsse und

Arbeitsgruppen der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) beigetragen unter den Präsidenten Hellbrügge (bis 1992), Schlack (1993 – 96), von Voss (1997 – 2000), Bode (2001 – 2008) und Straßburg (seit 2009).

Beispielhaft will ich einige Worte sagen zu:

- Definition von Sozialpädiatrie
- Themenkatalog Sozialpädiatrie
- Fortbildung in der Sozialpädiatrie
- Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie
- Entwicklung der SPZ
- Qualitätsstandards in den SPZ
- Frühförderung
- andere Sozialpädiatrische Aufgabenbereiche
 - - Epidemiologie
 - - ÖGD (Schuleingangsuntersuchungen)
 - - institutionelle Betreuung unter 3 - jähriger

Definition von Sozialpädiatrie

Der Vorstand DGSPJ hat auf seiner Klausurtagung 1998 in Kloster Seeon eine Definition von Sozialpädiatrie beschlossen, die ich im Folgenden etwas ergänzt habe:

Die Sozialpädiatrie ist eine Querschnittswissenschaft in der Kinder- und Jugendmedizin. Sie befasst sich - ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis -

mit den Bedingungen von Gesundheit und Entwicklung sowie deren Störungen und Auswirkungen. In ihrer interdisziplinären Arbeitsweise ist sie mit natur-, geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Disziplinen vernetzt. Das Methodenspektrum der Sozialpädiatrie schließt neben den Methoden der Pädiatrie solche der Epidemiologie, der Psychologie und Entwicklungspsychologie, der Entwicklungsneurologie und der Gesundheitsökonomie mit ein.

Sozialpädiatrie untersucht empirisch-wissenschaftlich die Häufigkeit und Verteilung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen im Zusammenhang mit der sozialen, insbesondere familiären und der natürlichen Umwelt. Sie befasst sich mit der Organisation des Gesundheitswesens, der vorschulischen und schulischen Förderung sowie der Einrichtungen der sozialen Sicherung. Sie beteiligt sich an der gesundheitsfördernden Gestaltung der kindlichen Lebensräume im Gemeinwesen.

Im Bereich der Versorgung befasst sie sich mit der Habilitation, der ambulanten und stationären Rehabilitation und der Integration von Kindern und Jugendlichen mit langfristigen Beeinträchtigungen der gesundheitlichen, psychischen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes unter Einschluss der notwendigen Heil- und Hilfsmittelversorgung. Dabei werden immer die Eltern bzw. Bezugspersonen und das jeweilige Lebensumfeld einbezogen. Übergeordnetes Behandlungsziel ist die bestmögliche gesellschaftliche Teilhabe.

Sozialpädiatrie ist in den deutschsprachigen Ländern in der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin als Fachgesellschaft organisiert.

Institutionelle Säulen sind die sozialpädiatrischen Zentren, der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie die sozialpädiatrischen Kliniken und die Kliniken der stationären Rehabilitation

Den niedergelassene Kinder- und Jugendärzten kommen wesentliche Aufgaben in der Sozialpädiatrischen Grundversorgung zu.

Themenkatalog Sozialpädiatrie

Der stellt eine Sammlung aller Themen dar, die von den in den verschiedenen Arbeitsfeldern in der Sozialpädiatrie in Deutschland Tätigen für relevant

gehalten werden. Er beschreibt Inhalte, die auch in der Kinder- und Jugendmedizin vorkommen, aber eine wesentliche Erweiterung und Vertiefung dessen darstellen, was in der Gebietsweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin enthalten ist. Er wurde 2004 beschlossen und stellt eine wichtige tabellarische Darstellung der sozialpädiatrischen Aufgabenbereiche dar. Er ist wie vieles andere über die sehr informative Homepage der Gesellschaft für Sozialpädiatrie (www.dgspj.de) einsehbar.

Fortbildung in der Sozialpädiatrie

In den zurückliegenden Jahren wurde für Kinder- und Jugendärzte in der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Fortbildungscurriculum entwickelt, das rege nachgefragt wird. Der erfolgreiche Besuch dieses Curriculums erhöht die Kompetenz für häufige sozialpädiatrische Themen in der Praxis. Es wird von der DGSPJ jährlich in Bad Orb, Altötting und Brixen angeboten. Dazu kommen zahlreiche regionale Fortbildungsangebote der jeweiligen SPZ für Ärzte, Therapeuten und Pädagogen, die sehr gut besucht werden.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch etwas die Werbetrommel rühren:

In diesem Herbst ist das Buch: „**Sozialpädiatrie in der Praxis**“, bei Urban und Fischer neu erschienen. Es wurde von den Herren Bode, Straßburg und Hollmann herausgegeben und ist sehr lesenswert. Es wäre ein schönes

Geschenk auf ihren Gabentisch oder als Gabe und Zeichen der Verbundenheit für fachliche Kooperationspartner oder – Institutionen.

Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie

Sozialpädiatrische Basiskompetenzen sind für jeden Kinder- und Jugendarzt erforderlich.

Darüber hinaus wird seit langem eine Verankerung der Sozialpädiatrie als ZWB in der Musterweiterbildung der BÄK von allen pädiatrischen Gesellschaften für notwendig erachtet. Der Antrag der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin vom Dezember 2001 bei der Bundesärztekammer wurde auf dem Deutschen Ärztetag 2003 eingebracht und 2008 erneut der BÄK zur Bearbeitung vorgelegt. Die Weiterbildungszeit in Sozialpädiatrie soll 18 Monate betragen. Der deutsche Ärztetag wird voraussichtlich im Jahr 2010 die Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie beschließen und damit den ihr zukommenden gewachsenen Stellenwert dokumentieren

Entwicklung der SPZ

In Deutschland existiert heute ein weitgehend flächendeckendes Netz von z.Zt. 135 Sozialpädiatrischen Zentren, die jährlich etwa 250.000 verschiedene Patienten behandeln. Im Median kommt ein SPZ auf 450.000 Einwohner. Die

SPZ sind eine feste Größe in der medizinischen Versorgungslandschaft. In allen SPZ bestehen Wartelisten, d.h. das diagnostische und therapeutische Angebot entspricht nicht der Nachfrage.

Eine größere Zahl von Kindern mit chronischen Erkrankungen, die bisher nicht in SPZ betreut werden, könnte auch von einer Begleitung durch ein SPZ profitieren, z.B. Kinder und Jugendliche mit angeborenen Herzfehlern, Stoffwechselerkrankungen, Mukoviszidose, Diabetes usw. Ziel der sozialpädiatrischen Behandlung dieser Patienten sollte die nicht organspezifische Erkennung und Behandlung von psychosozialen Folgen und Begleiterscheinungen dieser chronischen Erkrankungen sein, die oft zu Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, ja Behinderungen führen, welche sich auf die Güte der Behandlung der Grundkrankheit auswirken können.

Insbesondere muss das Angebot für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen verbessert werden. Auch muss die Transition der chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenen- Medizin verbessert werden.

Insgesamt sollten nur in sehr begrenztem Umfang weitere SPZ zugelassen werden, Es ist besser die vorhandenen SPZ durch Ausweitung der personellen und sächlichen Ausstattung auf die bislang nicht befriedigte Nachfrage und die genannten und andere neue Aufgabengebiete hin anzupassen.

Qualitätsstandards in den SPZ

Im Bereich der Qualitätssicherung der Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren haben verschiedene Arbeitsgruppen in den letzten Jahren Vorbildliches geleistet. Beispielhaft seien das Altöttinger Papier zur Strukturqualität der SPZ, die Positionspapiere zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung, die Qualitätspapiere zur Heilmittelverordnung und zur Nachsorge von Frühgeborenen genannt

Diese Qualitätspapiere und viele weitere fachliche Stellungnahmen sind auf der Homepage der DGSPJ unter www.dgspj.de nachzulesen.

Sozialpädiatrische Kompetenz spielt eine wesentliche Rolle in der Qualitätssicherung von Heil- und Hilfsmittelanwendungen. Sozialpädiater werden als fachliche Instanz bei strittigen Verordnungsfragen von Eltern, niedergelassenen Ärzten, aber auch Kostenträgern, häufig zu Rate gezogen und sehen dies als eine ihrer Kernkompetenzen an.

Klar ist, dass einer immer weiter zunehmenden undifferenzierten Heilmittelanwendung entgegengewirkt werden muss zugunsten zielgerichteter, wirksamer und wirtschaftlicher Anwendungen. Im Alltag ist es dabei immer wieder schwierig, dieses Ziel mit den Wünschen der Eltern abzustimmen, die zunehmend selbstbewusst auftreten und zu wissen glauben, welche und wieviele Therapien gut für ihr Kind sind. Hier ist auch die Politik zu einer Positionierung

gefordert, die Politik, die ja die Patienten- bzw. Elternrechte gestärkt wissen will.

Ein Problem der SPZ ist die seit Jahren in ihrer Höhe praktisch stagnierende Fallpauschale. Um die Einrichtungen wirtschaftlich führen zu können, musste bei steigenden Lohn- und sonstigen Kosten die Zahl der Patienten pro Arzt bzw. nichtärztlichen Mitarbeiter pro Jahr in vielen SPZ kontinuierlich angehoben werden, was bei weitgehend konstanten Arbeitszeiten der Mitarbeiterinnen zur Abnahme der pro Patient zur Verfügung stehenden Zeit oder zur steigenden Belastung der SPZ Mitarbeiterinnen führte. Da über 80 % der Gesamtkosten in SPZ Personalkosten sind, bestehen keine Rationalisierungsreserven. Eine Stagnation der Höhe von Fallpauschalen wird - und das müssen auch die Krankenkassen wissen - unweigerlich zu einem Qualitätsverlust in der Betreuung in SPZ, mittelfristig auch zu einer sinkenden Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit führen. Es sollte daher geprüft werden, ob für die nachprüfbare Einhaltung gewisser Qualitätsstandards in SPZ zusätzliche finanzielle Gratifikationen in realistischer und Anreiz ausübender Höhe zusätzlich zu den Fallpauschalen gewährt werden können.

Frühförderung

Hierzu müsste eigentlich ein eigener Vortrag gehalten werden. Frühförderung bis zum Schuleintritt wird von Sozialpädiatern als eine höchst bedeutsame

Maßnahme für Kinder und Familien mit besonderen Bedürfnissen angesehen. Das hat auch die Politik erkannt und dafür gesetzliche Grundlagen im Sozialgesetzbuch IX geschaffen. Neben den in Baden- Württemberg und auch hier in Mosbach Neckarelz seit vielen Jahren existierenden sonderpädagogischen Beratungsstellen wurden demzufolge in den letzten Jahren vermehrt interdisziplinäre Frühförderstellen gegründet. Diese arbeiten komplementär zu den SPZ und sollten ihre Arbeit in den Familien und damit therapeutisch orientieren.

Aus vielen Studien wissen wir inzwischen, dass insbesondere Kinder und Familien mit sozialer Benachteiligung nachweisbar stark profitieren von intensiven Förderprogrammen, die den häuslichen Kontext, die Lebenswelt der Kinder und die Förderung der elterlichen Kompetenz einbeziehen. Dies sind die klassischen Prinzipien einer richtig verstandenen Frühförderung, in anderen Ländern als „early intervention“ bezeichnet.

Demgegenüber ist es unverändert schwierig, längerfristige Effekte der isolierten Heilmittelanwendung wissenschaftlich zu belegen, also Effekte einer isolierten Stunde pro Woche Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie.

Unstrittig ist die Erkenntnis, dass nichts oder wenig geht ohne die Einbeziehung der Eltern bzw. wichtiger Bezugspersonen in eine solche Therapie. Unstrittig ist

auch, dass eine interdisziplinäre, vernetzte, familien- und entwicklungsorientierte Therapie und Förderung hilfreich und gewünscht ist.

Aus meiner Sicht ist daher einer zunehmenden Medizinisierung der Frühförderung entgegenzutreten. Hausbesuche und kontextbezogene Fördermaßnahmen sind zu unterstützen, die Eltern müssen einbezogen und in ihrer Kompetenz und ihren Ressourcen unterstützt und gestärkt werden.

andere Sozialpädiatrische Aufgaben bereiche

- **Epidemiologie**
- **ÖGD (Schuleingangsuntersuchungen)**
- **Kinderkrippen**

Über dieses umfangreiche Betätigungsfeld der Sozialpädiatrie kann an dieser Stelle nur kurz berichtet werden.

Sozialpädiater waren u.a. beteiligt an der Konzeption und Durchführung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS – Studie). Hiermit wurden wichtige epidemiologische Daten zu Gesundheit und Krankheiten der Kinder und Jugendlichen in unserer Gesellschaft erhoben.

Auch die zeitweilig von der Abschaffung bedrohten Schuleingangsuntersuchungen wurden u.a. durch Initiative von Sozialpädiatern in verschiedenen Bundesländern in ihrem Stellenwert wieder erkannt und z.T. mit dem Ziel einer frühen Erkennung von Förderbedarf wesentlich verbessert.

Schließlich hat sich die Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin mit einer Stellungnahme zur Qualität der Betreuung von unter dreijährigen Kindern in Kinderkrippen zu Wort gemeldet und bringt dieses Thema an verschiedenen Anlässen auch in die politische Diskussion ein.

Die Sozialpädiatrie stellt sich im Jahr 2009 auf die gegenüber 1989 veränderten Rahmenbedingungen ein

- die **sinkende Kinderzahl** in Deutschland.
- Der steigende Anteil von Kindern mit **besonderen Bedürfnissen**
- die Zunahme von Kindern mit **Migrationshintergrund**.
- Der Anstieg der Frühgeborenen mit **sehr niedrigem Geburtsgewicht**
- Die Daten des **Kinder- und Jugendsurvey**: bei 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen wurden Verhaltensauffälligkeiten beschrieben. Ein spezieller Versorgungsbedarf bestand bei 16 % der Jungen und für 11,4 % der Mädchen. 15 % der Kinder waren übergewichtig, 6,3 % adipös
- Die Ergebnisse der **Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen**: Es findet sich eine erschreckend hohe Zahl von Sprachstörungen von bis zu 40 % der Kindergartenkinder eines Jahrgangs.
- der **Fortschritt** der Medizin, der immer mehr Kindern mit schwerwiegenden medizinischen Erkrankungen das Überleben erlaubt.

Ihre Lebensqualität und die Begleitung ihrer Eltern sind langfristige und umfassende sozialpädiatrische Aufgaben.

- Die steigende Zahl früh wieder ins **Berufsleben** einsteigender Mütter
- Der steigenden Zahl von **alleinerziehenden Eltern und Patchworkfamilien**
- Die große Zahl von Kindern in Deutschland mit prekären **Lebensbedingungen**: Jedes 6. Kind lebt von **Hartz IV**.

Daraus erwachsen die Inhalte und Aufgaben der Sozialpädiatrie heute und in absehbarer Zukunft.

Für viele dieser Kinder mit **besonderen Bedürfnissen oder sozialer Benachteiligung** existieren heute sehr viel differenziertere diagnostische und therapeutische Angebote als noch vor 20 Jahren. Als Beispiele seien die rasante Entwicklung in der genetischen Diagnostik und in der Bildgebung genannt, aber auch in der Entwicklungs- und Verhaltensdiagnostik und -therapie sowie der Neuropsychologie. Die soziale Wirklichkeit heute und die sozialkompensatorischen Systeme unserer Gesellschaft sind sehr viel komplexer geworden, schwerer durchschaubar und heterogen.

Die steigende Bedeutung der immer wenigeren **Kinder als unverzichtbarer Ressource unseres Sozialsystems** führt bei zunehmenden Anforderungen in unserem gesellschaftlichen Leben dazu, dass die bestmögliche Entwicklung und Förderung jedes einzelnen Kindes und Jugendlichen nicht nur einen humanen,

sondern auch einen ökonomischen Wert hat, der sich – wie beispielsweise in der Frühförderung belegt - auch quantitativ beziffern lässt.

Hohe fachliche Kompetenz und kontinuierliche Fortbildung sind für Mitarbeiterinnen von SPZ und Frühförderstellen erforderlich, um eine bestmögliche Behandlung der Kinder und Jugendlichen sicher zu stellen. Darüber hinaus braucht es überdurchschnittliche persönliche Einsatzbereitschaft, man mag es Herzblut nennen oder Kinderliebe oder einen diakonischen Auftrag. Hierfür möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SPZ Mosbach - Neckarelz, aber auch denen der Frühförder- und Beratungsstellen ganz herzlich danken.

Abschließend möchte ich mit Ihnen einen Blick in die Zukunft wagen. Wie wird die sozialpädiatrische Versorgungslandschaft in 20 Jahren, im Jahr 2029 aussehen ? Ich stelle 2 Varianten zur Wahl:

Variante 1

Im Jahre 2029 besteht ein enges Netz der gemeindenahen Begleitung aller Familien mit präventiver Beratung in Kinderkrippen, Kindergärten, Schulen, Horten und Familienzentren. Kinder und Jugendliche werden jährlich in den lokalen Gesundheitszentren durch Ärzte des Öffentlichen Kinder- und

Jugendgesundheitsdienstes medizinisch und durch sozialmedizinische Assistentinnen hinsichtlich ihrer Entwicklung untersucht. Es existieren intensive und verpflichtende örtliche Fördermaßnahmen für sozial benachteiligte Familien. Die Heil- und Hilfsmittelanwendung ist stark reglementiert durch einheitliche Qualitätsstandards. Heil- und Hilfsmittel werden nur noch verordnet, wenn ein akademisch ausgebildeter Therapeut im Gesundheitszentrum die entsprechende Indikation bescheinigt.

Die Eltern- und Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist niedrig, da Gesundheitsleistungen nach streng reglementierten und qualitätsgesicherten Standards zur Verfügung gestellt werden und die Wünsche der Betroffenen nicht berücksichtigt werden .

Für Medizinstudenten sind sozialpädiatrische und transkulturelle Kenntnisse ein wesentlicher Bestandteil ihrer Ausbildung. Kinder- und Jugendärzte verbringen verpflichtend 1 Jahr ihrer Weiterbildungszeit in einem lokalen Gesundheitszentrum.

Variante 2

Sozialpädiatrie im Jahre 2029 wird diagnostisch und therapeutisch in unternehmerisch organisierten interdisziplinär besetzten medizinischen Versorgungszentren auf private Rechnung der Patienten erbracht. Diese medizinische Versorgungszentren existieren nur in Ballungsgebieten, in ländlichen und dünn besiedelten Bereichen sind sie nicht wirtschaftlich führbar.

Gesetzliche Krankenkassen decken nur noch die Behandlung von Notfällen, lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie die stationäre Krankenhausbehandlung ab.

Prävention und Gesundheitsförderung liegen komplett in der Verantwortung des Einzelnen bzw. seiner Sorgeberechtigten.

Es existieren vielfältige therapeutische Angebote, über die Eltern bzw. Klienten gemäß ihrem individuellen Budget frei verfügen können. Eine große Zahl von Heilmittelerbringern und Hilfsmitteln ist frei und kurzfristig verfügbar, muss jedoch privat bzw. aus einem individuellen Budget bezahlt werden. Die Eltern- und Patientenzufriedenheit mit den medizinischen Versorgungszentren ist hoch, da die Wünsche nach Therapiemaßnahmen jederzeit und komplett erfüllt werden können.

Ärztlicher Nachwuchs in der Sozialpädiatrie existiert kaum, da die Einkommenssituation unattraktiv ist. Stattdessen dominieren nichtärztliche akademische Berufsgruppen mit Bachelor - Abschlüssen in Ergotherapie, Psychologie oder Psychotherapie, die auch die Geschäftsführung der medizinischen Versorgungszentren übernommen haben.

Welche Variante würden Sie vorziehen?

Ich komme zum Schluß

Ich wünsche Herrn Dr. Broxtermann und Herrn Dr. Vater Anerkennung und Erfolg in ihren künftigen Tätigkeitsbereichen und ein gutes Team !

Dem SPZ Neckarelz, aber auch der interdisziplinären Frühförderstelle und der sonderpädagogischen Beratungsstelle in Mosbach Neckarelz wünsche ich, dass alle drei Einrichtungen blühen und gedeihen.

Ich wünsche Ihnen eine gute Vernetzung miteinander und mit den für sie relevanten Institutionen und Fachleuten der Umgebung.

Ich wünsche den Einrichtungen engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ebenso engagierte Kinder und Eltern.

Ich wünsche uns große Fortschritte in der Prävention und Behandlung von chronischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen.

Ich wünsche uns allen Wohlwollen und Förderung unserer Arbeit durch Träger, Kostenträger und die Politik und unvermindertes Verständnis und Solidarität für die Schwachen und Hilfsbedürftigen.

Ich wünsche uns allen materielle und soziale Sicherheit und gesellschaftlichen Frieden in unserem Gemeinwesen.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Advents- und Weihnachtszeit und Zeit für das Wesentliche

Vielen Dank