



Aus Leidenschaft
fürs Leben.

Wartelisten in Sozialpädiatrischen Zentren – ein bundesweiter Überblick

Carsten Wurst



Sozialpädiatrische Zentren - Steckbrief

- 1968 erstes SPZ in München
- 1989 Aufnahme der SPZ in das SGB V (§§119, 120)
- Fachgesellschaft DGSPJ – 3 Säulen
 - SPZ
 - Rehabilitationskliniken
 - Öffentlicher Gesundheitsdienst
- SPZ in der BAG organisiert



2024: 162 SPZ

Seit 2011 regelmäßige
Strukturdatenumfrage

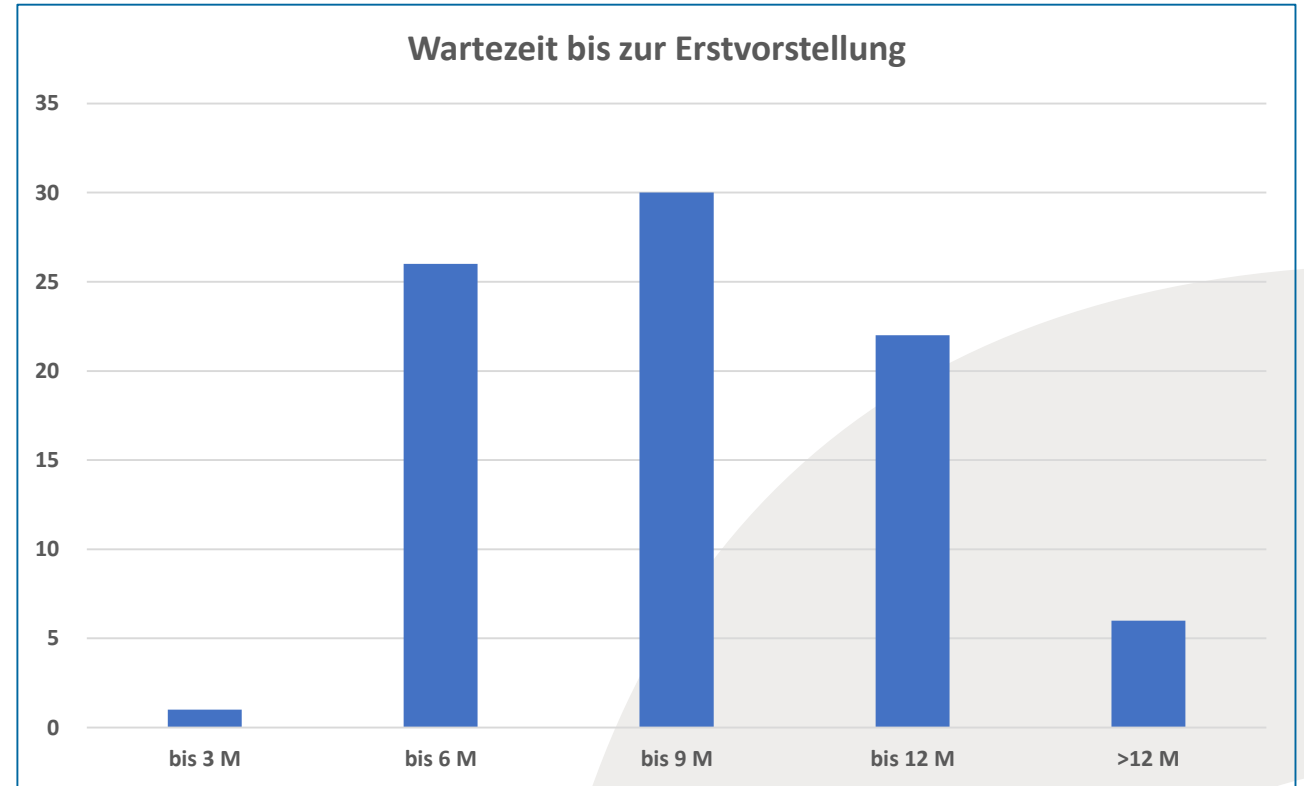
Letzte Daten aus dem
Jahr 2022

„Ich warte...” – Wartelisten in den SPZ

Wartezeit bis zur Erstvorstellung

N: 85

bis 3 Monate	1 x
bis 6 Monate	26 x
bis 9 Monate	30 x
bis 12 Monate	22 x
> 12 Monate	6 x

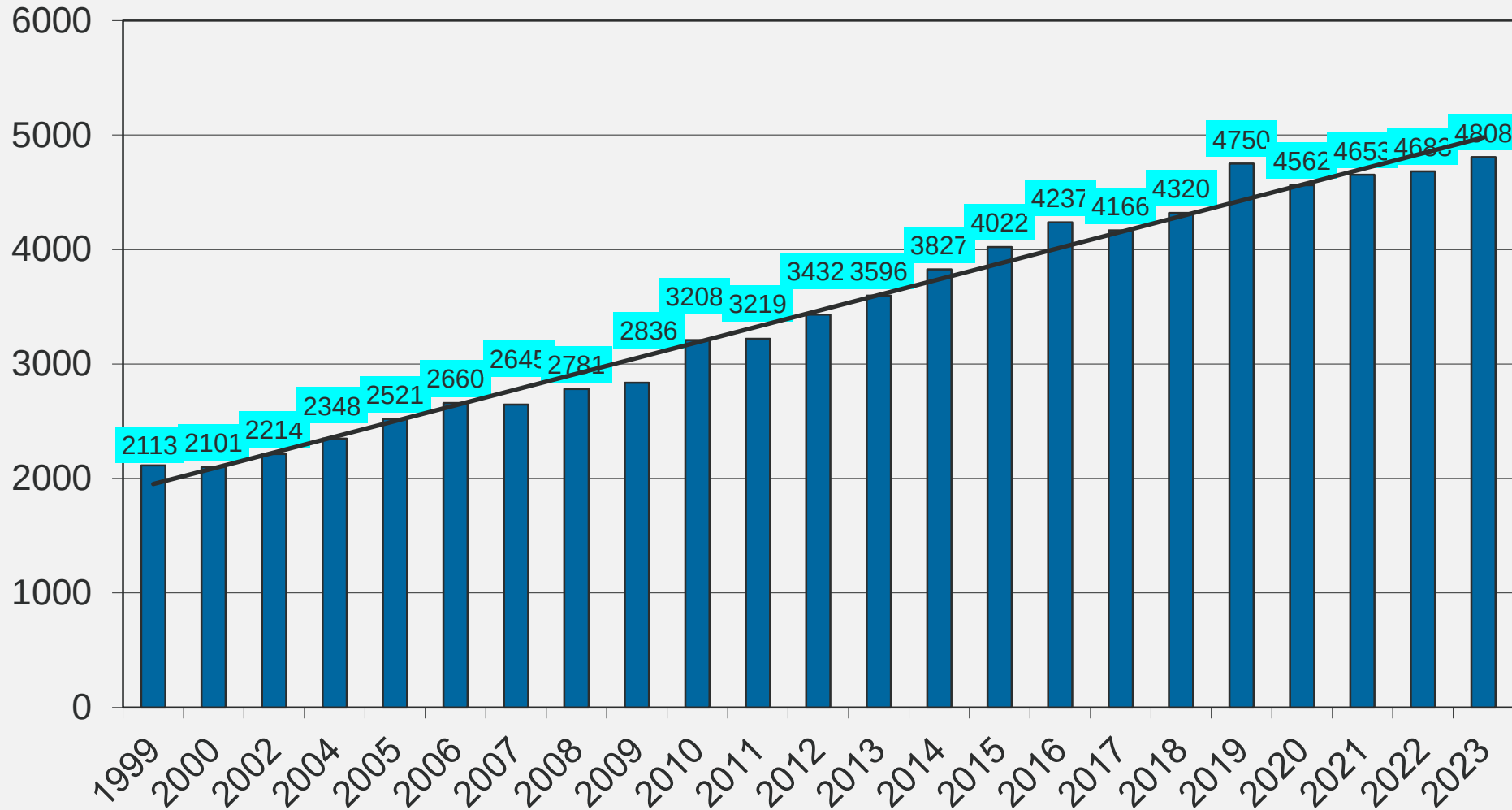


➡ In 2/3 der SPZ warten die Patienten mehr als ½ bis 1 Jahr auf den Erstuntersuchungstermin.

Wartezeiten im SPZ

- Wartezeiten im SPZ gab es schon immer
- Anhaltende Nachfrage nach SPZ-Leistungen

Entwicklung der Fallzahlen im SPZ Suhl



○ Steigerung 1999 – 2023:

127 %

○ Kontinuierlicher Anstieg

Entwicklung der Anzahl der betreuten Patienten (Anzahl der „Köpfe“, incl. PKV)

Ergebnisse der Strukturdatenumfrage für das SPZ Suhl:

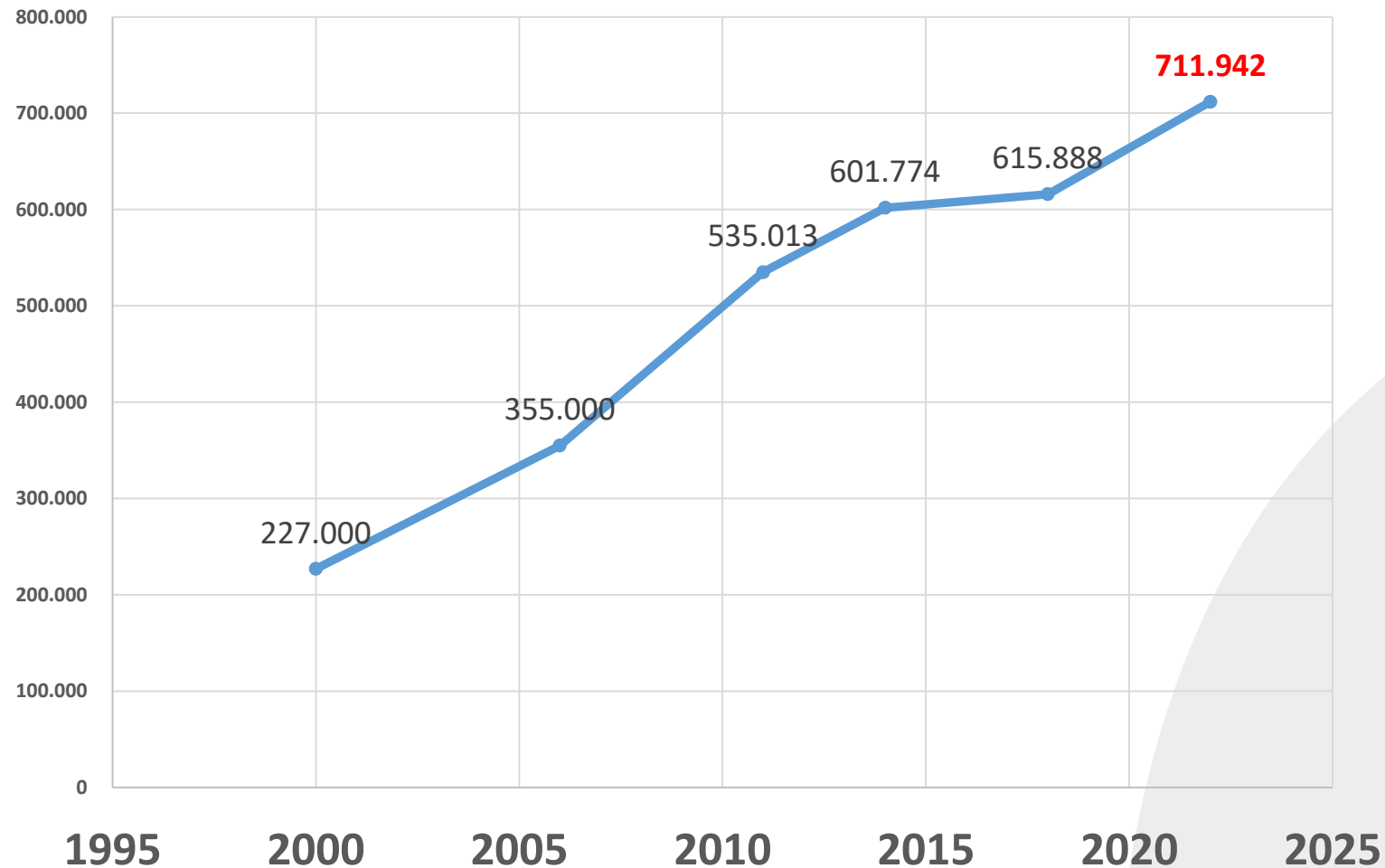
2014:	1550 Kinder und Jugendliche	
2018:	1787 Kinder und Jugendliche	(+ 15,3 %)
2022:	1974 Kinder und Jugendliche	(+ 10,5 %)

Wartezeiten im SPZ

- Wartezeiten im SPZ gab es schon immer
- Anhaltende Nachfrage nach SPZ-Leistungen
 - Bessere Überlebenschancen (Frühgeborene)
 - Betreuung chronisch kranker Kinder
 - Zunehmende Komplexität von Versorgungsbedarfen
 - Überlastende angrenzende System (z. B. Bildungssystem)
 - Zunahme sozialer Gradient
 - Anhaltende Migration
- Fachkräftemangel (30 % Abgänge in 10 Jahren im GW)

Inanspruchnahme der SPZ in Deutschland

Hochrechnung der Quartalsfälle bundesweit



Versorgungsleistung aller SPZ im Vergleich (Patienten)

2014

2.350 Pat. (Ø) x 147 SPZ (N) = 345.450 Pat./J.

2018

2.241 Pat. (Ø) x 156 SPZ (N) = 349.596 Pat./J.

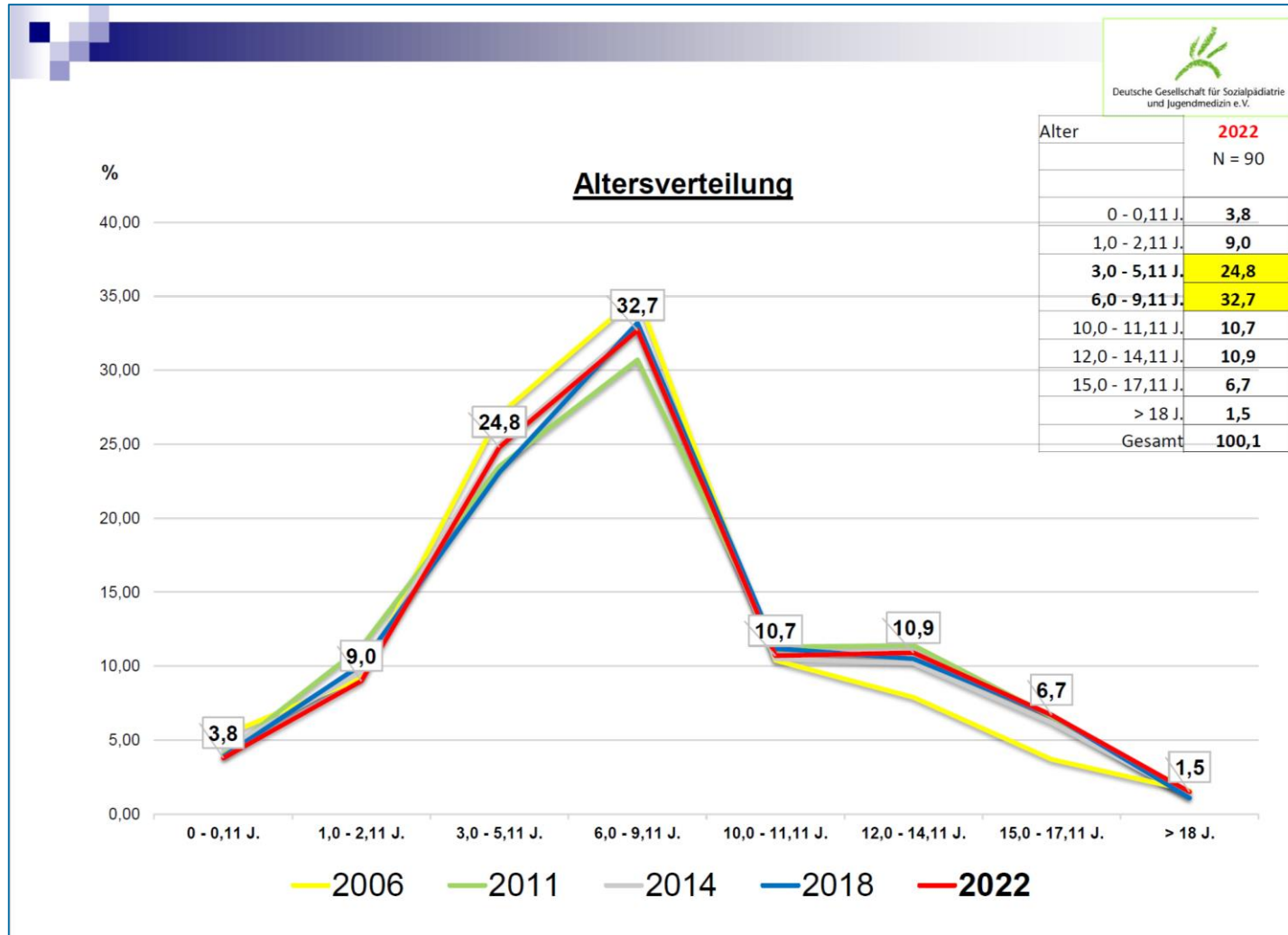
2022

2.896 Pat. (Ø) x 161 SPZ (N) = 466.256 Pat./J.

Es wurden 2022 ca. 466.000 Patienten in den SPZ behandelt. Im Vergleich zu 2018 ist eine **Steigerung der Patientenmenge um 33,4 %** anzunehmen.

Ja, wir haben mehr Kinder mit Entwicklungsrisiken!

Altersverteilung der Patienten in den SPZ



- Mehr als 50 % der Patienten in den SPZ sind zwischen 3 und 10 Jahre alt
- Säuglinge und Kleinkinder machen ca. 13 % aller Patienten aus
- Die Altersverteilung hat sich seit 2006 kaum verändert

363: Müssten Sie ihr SPZ personell wesentlich erweitern, um die Wartezeit für den Erstkontakt unter 6 Monate zu bringen?

N: 85

JA

70 x

NEIN

6 x

VIELLEICHT

9 x

364: Wie gestaltet sich die Personalakquise für ihr SPZ?

N: 86

SEHR GUT

0 x

GUT

14 x

MITTEL

32 x

FAST SCHLECHT

27 x

SCHLECHT

13 x

Diagnosenhäufigkeit

Code ICD-10	Bezeichnung	TOP 2014	TOP 2018	TOP 2022	Trend
F80	UES-Sprache	1	1	1	-
F83	Kombinierte UES	2	3	2	(↑)
F82	UES Motorik	3	2	3	(↓)
F90	ADHS	4	4	4	-
F98	Andere Verhaltensstörung	6	6	5	(↑)
F81	Störung schulischer Fertigkeiten	5	5	6	(↓)
F84	Autismus	13	11	7	↑↑
G40	Epilepsie	7	8	8	-
F70	Leichte Intelligenzminderung	9	7	9	(↓)
F93	Emotionale Störung d. Kindesalt.	11	10	10	-
G80	Cerebralparese	10	12	11	(↑)
P07	Frühgeburt	8	9	12	(↓)
F43	Anpassungsstörung	12	13	13	-

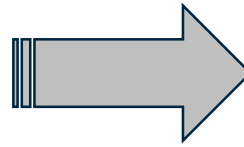
Warum haben wir in FFS und SPZ so lange Wartezeiten?

- Fachkräftemangel?
- Zunahme von Erkrankungen/ Störungsbildern?
- Mangelhafte Organisation?
- Was ist los mit unseren Kindern?

• **DAS PROBLEM IST KOMPLEX**

Ursachenfindung

Noch nie haben wir soviel
über kindliche Entwicklung
gewusst wie heute



Und noch nie stand die
Erwachsenen-Generation so
hilflos vor einer (wenn auch kleinen
Gruppe) von Kindern und Jugendlichen,
die Probleme bereiten



BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten - Hauptergebnisse

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach dem adaptierten SDQ-Algorithmus			
	Psychische Auffälligkeit nach SDQ-Algorithmus		
	Unwahrscheinlich	Möglich	Wahrscheinlich
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	76,0 (73,0–78,6)	13,1 (11,2–15,4)	10,9 (9,0–13,2)
Mädchen % (95 % KI)	80,5 (77,5–83,1)	11,2 (9,1–13,7)	8,4 (6,6–10,5)
Altersgruppe			
7–10 % (95 % KI)	79,9 (76,7–82,8)	10,5 (8,3–13,0)	9,7 (7,7–12,1)
11–13 % (95 % KI)	78,5 (74,4–82,1)	12,5 (9,7–15,9)	9,0 (6,7–12,0)
14–17 % (95 % KI)	76,4 (73,2–79,3)	13,4 (11,1–16,2)	10,2 (8,1–12,7)
Ost – West			
Ost % (95 % KI)	78,8 (75,0–82,1)	12,5 (10,1–15,3)	8,7 (6,9–11,1)
West % (95 % KI)	78,0 (75,6–80,3)	12,1 (10,3–14,2)	9,9 (8,3–11,7)
Sozioökonomischer Status			
Niedriger % (95 % KI)	68,8 (64,1–73,1)	18,1 (14,7–21,9)	13,2 (10,2–16,9)
Mittlerer % (95 % KI)	79,2 (76,2–81,8)	12,2 (10,2–14,6)	8,6 (6,8–10,9)
Hoher % (95 % KI)	83,4 (80,2–86,2)	7,6 (5,6–10,4)	8,9 (6,8–11,7)
Gesamt			
% (95 % KI)	78,1 (76,0–80,1)	12,2 (10,6–13,9)	9,7 (8,3–11,2)

Fast 20 % der 7- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben mögliche oder wahrscheinliche psychische Auffälligkeiten

· N. Wille
t, Berlin, E

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

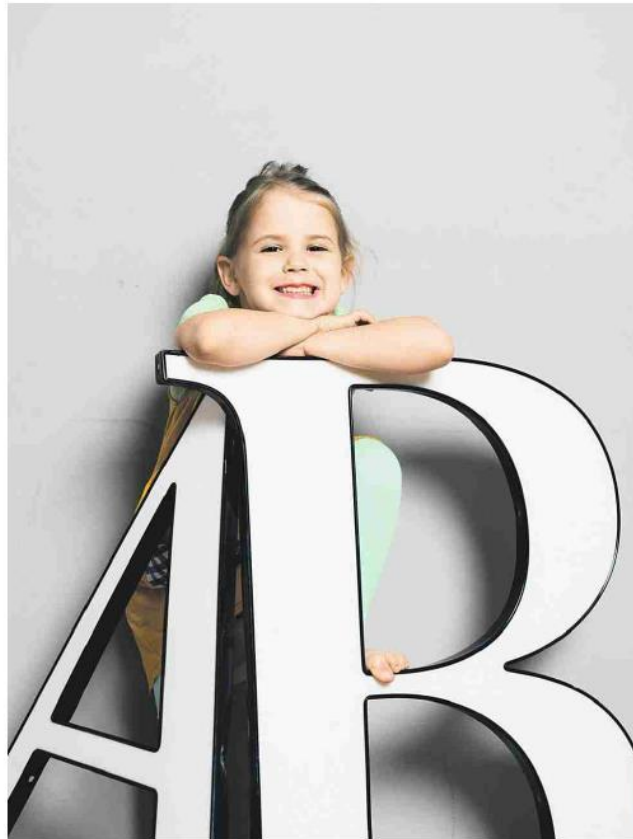
Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Bedeutung der ersten Lebensjahre

Ungerecht von Anfang an

Kinder unterscheiden sich schon wenige Monate nach der Geburt deutlich in ihren Fähigkeiten. Den wichtigsten Einfluss hat ihr Elternhaus. Was können Erzieher und Lehrerinnen noch ausrichten?

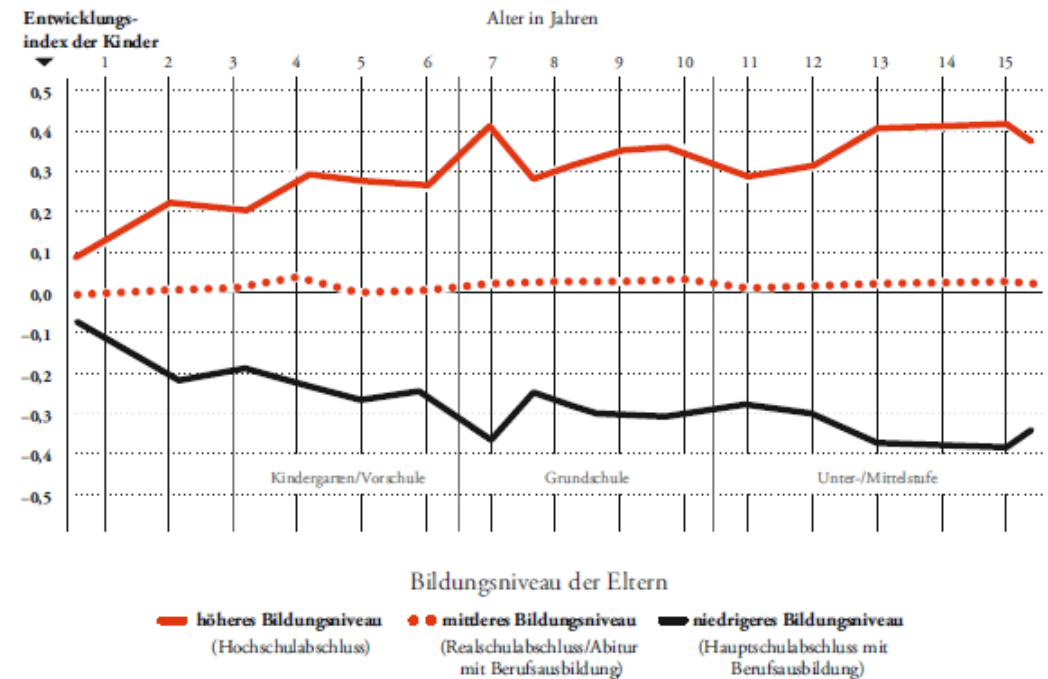
VON MARTIN SPIEWAK



Wer früh Buchstaben kennt oder Zahlen versteht, kommt auch in der Schule besser zurecht.

Frühes Auseinanderklaffen

Die Kompetenz unterscheidet sich schon kurz nach der Geburt – abhängig vom Bildungsgrad der Eltern



Quelle: Martin Spiewak: Die Zeit, Nr. 24; 10. Juni 2021

Bedeutung der ersten Lebensjahre

Jan Skopek, Soziologe Trinity College Dublin:

„Wer etwas gegen die Bildungsungleichheit unternehmen will, muss in dieser Zeit tätig werden. Danach“, so lautet die ernüchternde Botschaft, „ist die Messe weitgehend gelesen.“



Wissenschaftsinstrument: Nationaler Bildungspanel (NEPS)

- Langzeitverlauf zur Bildung
- frühzeitige Unterschiede in der kindlichen Entwicklung

Bedeutung der ersten Lebensjahre

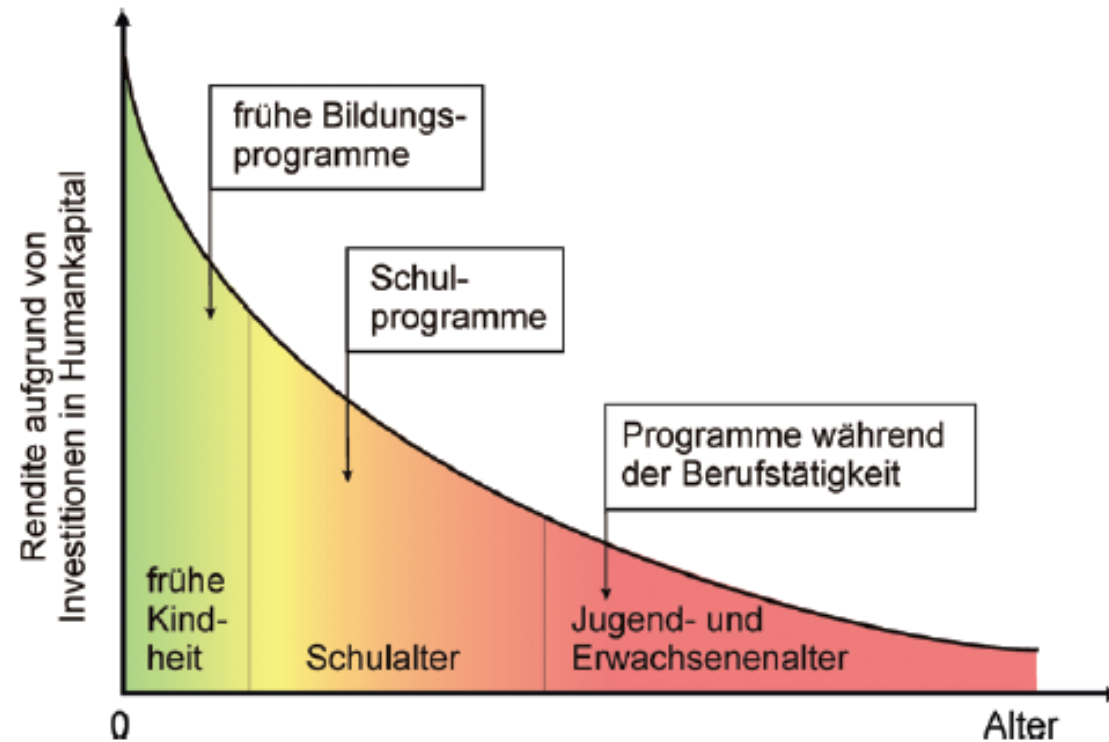
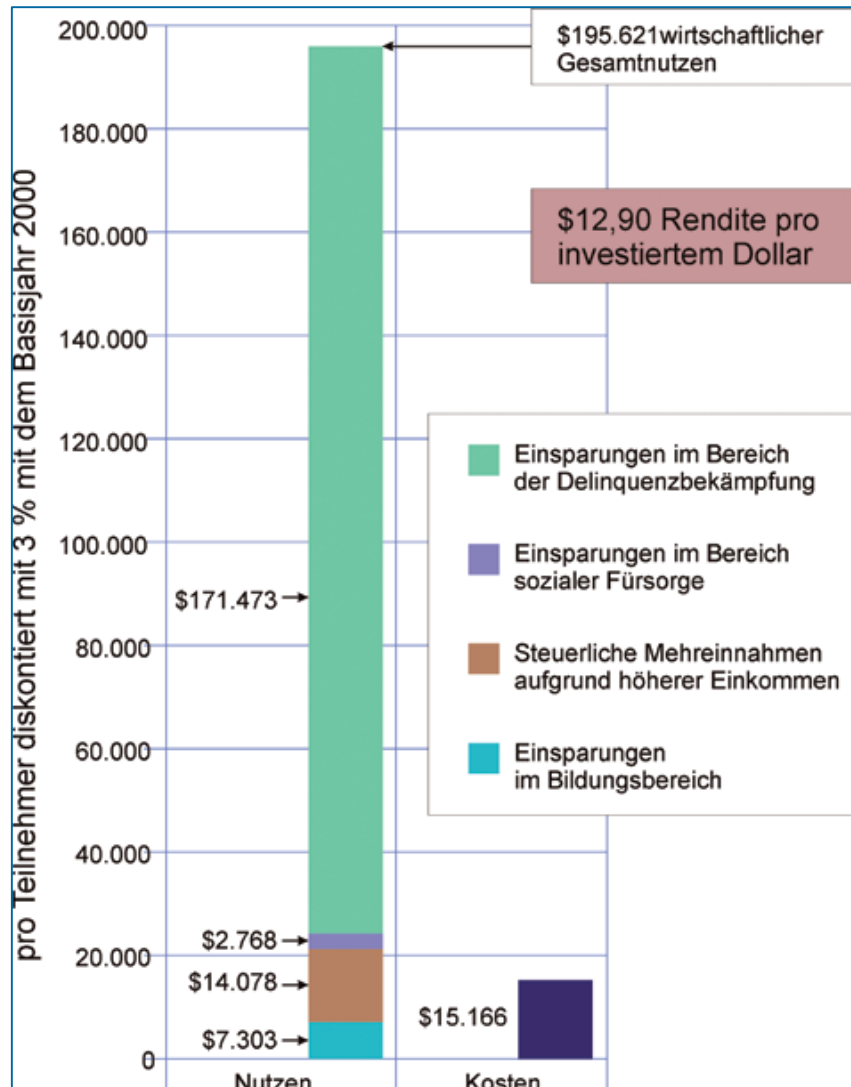


Abbildung 6-1 (modifiziert nach Heckman, 2006). Rendite der Bildungs-investitionen (Humankapital) über das Lebensalter.

Bedeutung der ersten Lebensjahre

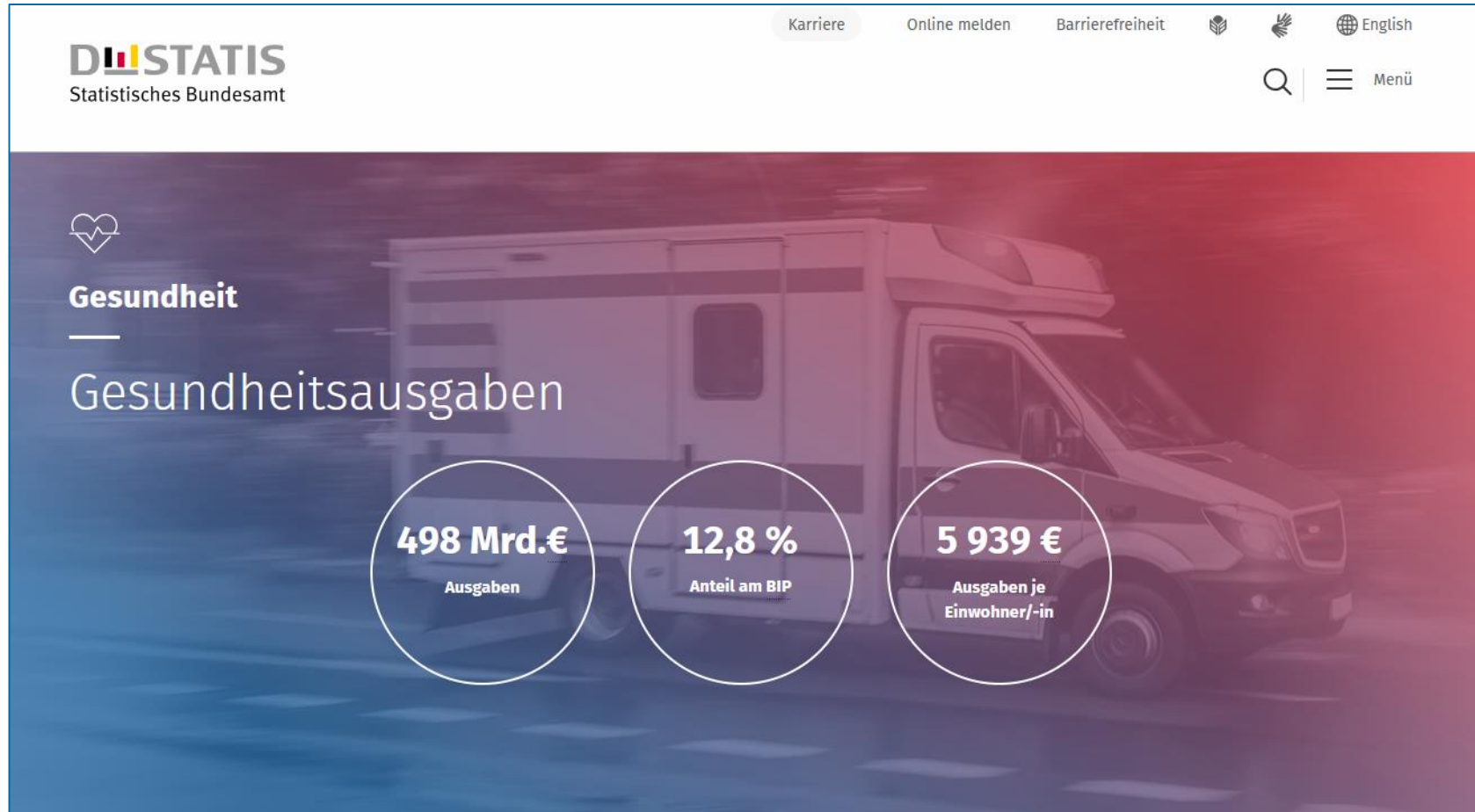


Perry Preschool Project

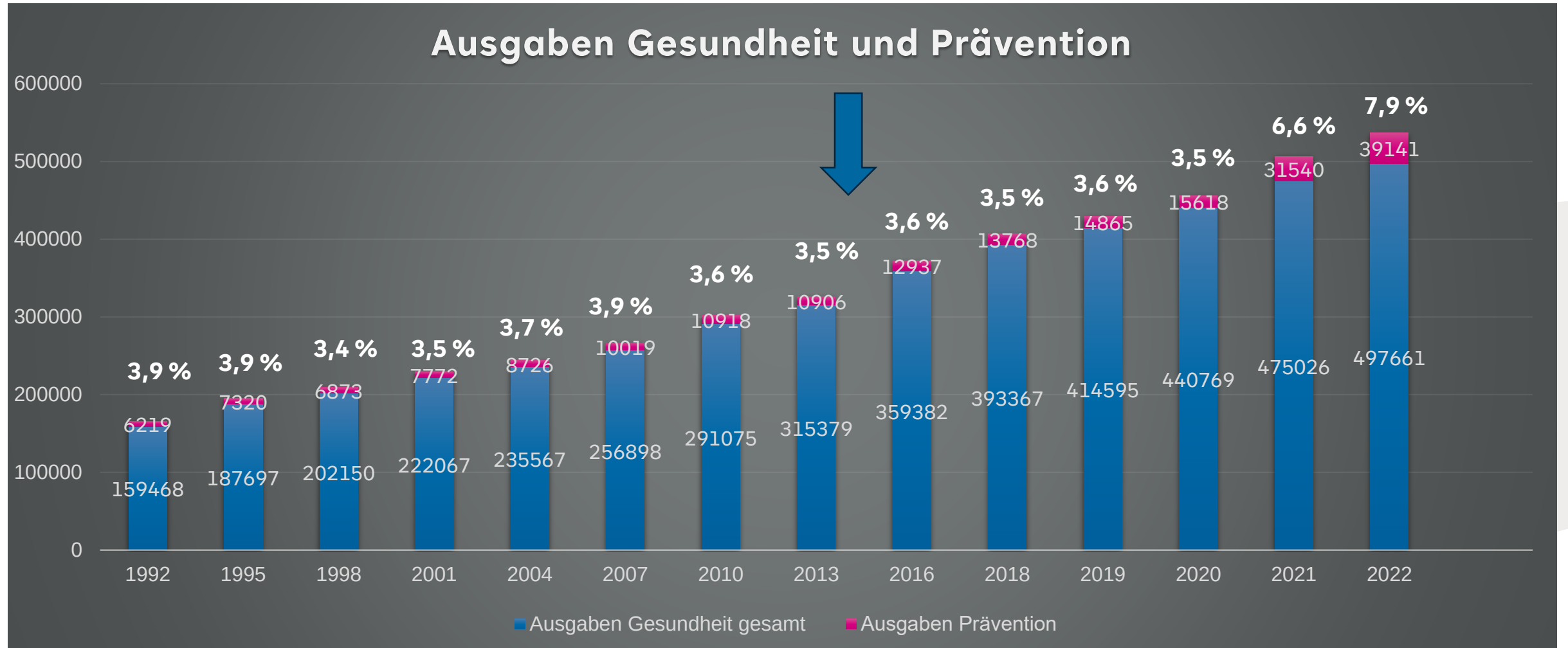
- 1962 in Ypsilanti (Michigan) begonnen
- Unterstützung von 3-4 Jahre alten sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien
- Experimental- und Kontrollgruppe
- Experimentalgruppe mit hochwertigem Förderprogramm (tgl. 2,5 h)
- 123 Kinder teilgenommen
- Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:10 bis 1:17

Quellen: Belfield et al. (2006), Heckman et al (2010)

Stärkung der Prävention



Stärkung der Prävention



1. Stärkung der Gesundheitskompetenz –
bessere Vermittlung
2. als Teil der präventiven Versorgung von Kindern –
contradictio in adiecto
3. wie organisieren?
Geeignete Systeme

Das Präventionsparadox und das Präventionsdilemma

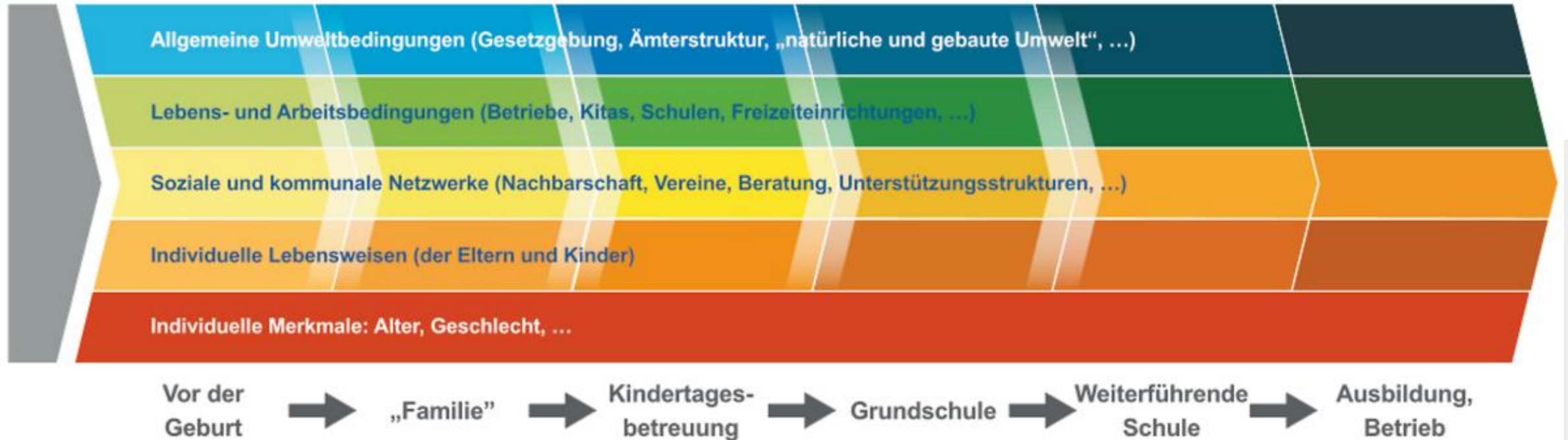
Peter Franzkowiak (2018):

....dass gerade die Adressat*innen und Zielgruppen mit höherem Vorsorge- oder Frühinterventionsbedarf eher eine herabgesetzte Akzeptanz und Nachfrage von Präventionsangeboten haben- im Gegensatz zu sozial und bildungsbezogen besser gestellten Adressat*innen mit höheren Gesundheitschancen und eher niedrigen Bedarfen, welche die Präventionsangebote deutlich stärker nachfragen und in Anspruch nehmen.

Geoffrey Rose (1981)

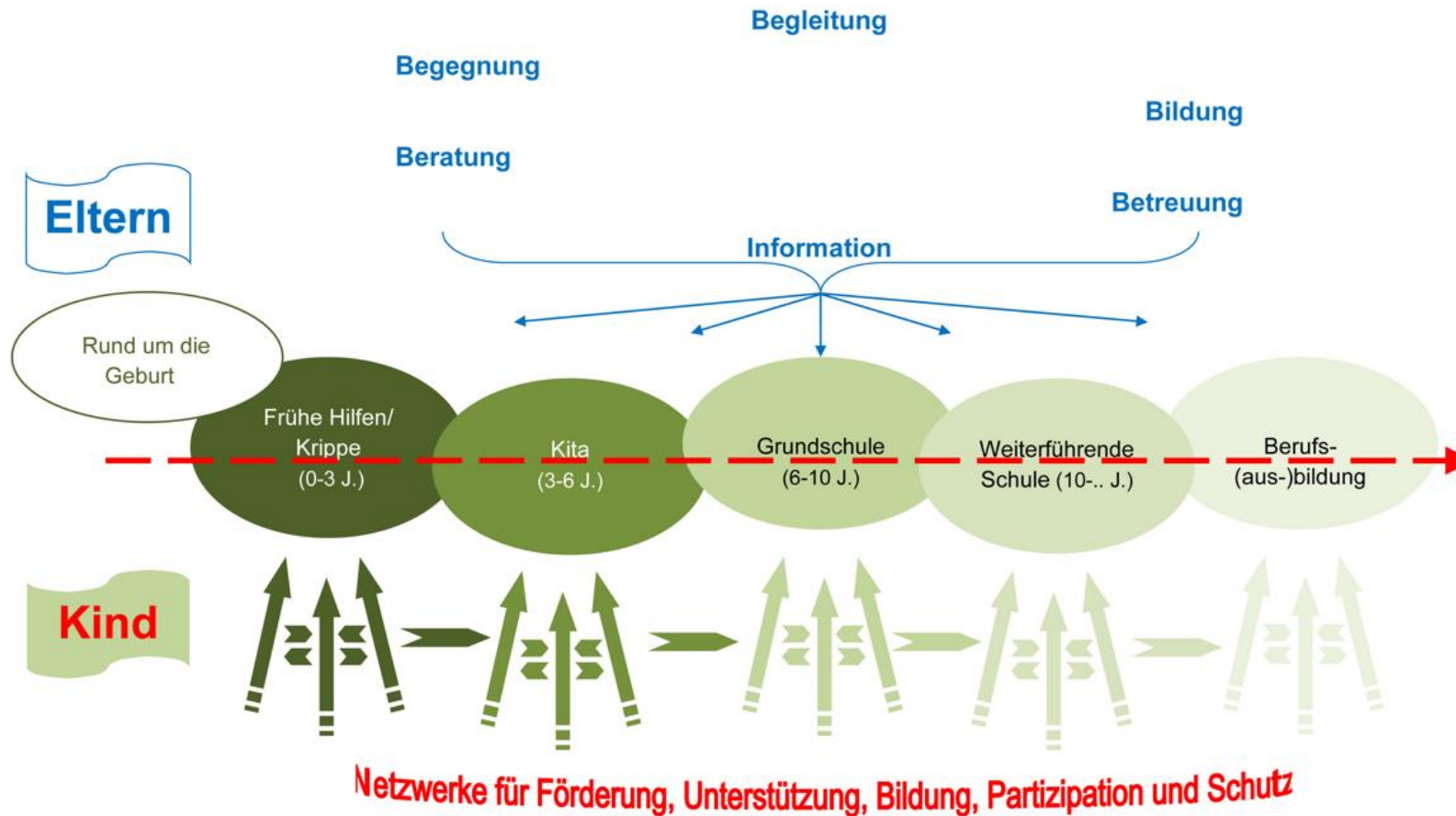
- Präventive Maßnahmen, die für die Bevölkerung und Gemeinschaften einen hohen Nutzen bringen, bieten dem einzelnen Menschen wenig.
- Präventive Maßnahmen, die einer kleinen (Risiko-)Gruppe einen hohen Nutzen bringen, haben für große Gruppen und Bevölkerungen einen geringen bis gar keinen (positiven) Nutzen.

Lösungsvorschlag: Kommunale Präventionsketten



Quelle: Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, A. (2023). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)

Präventionskette von der Geburt bis zum Berufseinstieg



Wo finden sich
Frühförderung
und SPZ?

© ISS-Frankfurt a.M.

Quelle: Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, A. (2023). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)

Wartezeiten in FFS und SPZ – wie verkürzen?

- Fokus auf frühe Kindheit legen
- Prävention und Gesundheitskompetenz stärken bei Kindern und Eltern
 - „Vorbeugen ist besser als heilen“
- Stärkung der vorhandenen Strukturen
 - Frühe Hilfen
 - Frühförderung
 - Sozialpädiatrie
- Mehr Investitionen in bessere Bildung von Kindern und Eltern

Wenn wir das vorhandene Wissen nutzen...

- dann gibt es mehr gesündere Kinder
- dann gibt es mehr glückliche Familien
- dann profitiert die Gesellschaft und spart viel Geld
- dann gibt es kürzere Wartezeiten in FFS und SPZ



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. Carsten Wurst
SRH Zentralklinikum Suhl, SPZ
Albert-Schweitzer-Str. 2
98527 Suhl
T +49 3681-356380
carsten.wurst@srh.de
www.srh.de