PädNetzS e.G.
Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen

PädNetzS Info:

2012/1

Grundlagen eines Entwicklungspsychologen und Ansichten eines Bindungsforschers

Landesweite Förderprogramme für Vorschulkinder

a1.direkt

DER PRAXIS- UND IMPFSTOFFSPEZIALIST

Liebe Pädiater,

hätten wir nicht alle manchmal gern ein **Fernglas in die Zukunft,** das uns bei **strategischen Entscheidungen** hilft? Leider müssen wir uns aber meist auf unseren Bauch oder unsere ganz persönliche Weitsicht verlassen. Dabei sollten strategische Fragen keinesfalls Ihren Praxis-Alltag beherrschen. Vielmehr **gilt Ihr Blick ja den kleinen Patienten** und deren manchmal gar nicht so kleinen Wehwehchen.

Und schließlich **gibt es für den Weitblick ja a1.direkt.** Wir schauen derzeit ganz konkret auf die **künftigen Herausforderungen an Ihr Praxismanagement,** die Anforderungen durch die STIKO sowie neue Auflagen der Kassen und des Gesetzgebers. Und wir informieren Sie natürlich auch weiterhin über Veränderungen bei Impfstoffen oder zu erwartenden Lieferengpässen - damit Sie sich auf **Ihre kleinen und großen Patienten konzentrieren können.**

Herzlichst,
Ihr Dr. Marcus Krämer
Leiter Marketing & Vertrieb, a1.direkt

a1.direkt-Kunden profitieren von:

- Impfstoffreservierung ohne Abnahmepflicht
- versandkostenfreiem 24-Stunden-Lieferservice
- ständiger Verfügbarkeit aller zugelassenen Impfstoffe
- Kühlschranküberwachung durch a1.direkt-Impfstoffversicherung
- Infomail bei Änderungen von Impfstoffpreisen & -verfügbarkeit
- Online-Infopool rund ums Impfen

a1.direkt beliefert als Versandapotheke rund 4.000 Arztpraxen bundesweit mit Impfstoffen, Arzneimitteln und Artikeln des täglichen Praxenbedarfs zu attraktiven Preisen – einfach, schnell und günstig.

Kostenlos anrufen: **0800 – 707 10 01**
oder Email an: **info@a1-direkt.de**

a1.direkt ein Geschäftsbereich der A1-VersandApotheke
Ludwig-Erhard-Straße 15 | D-64653 Lorsch

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Jeder sollte in seinem Berufsleben mal über den Tellerrand seiner Arbeit hinausschauen und Kinder- und Jugendärzte tun das mitunter mehr, als uns das manchmal lieb ist. Schließlich behandeln wir schon seit Jahren nicht mehr nur Husten, Schnupfen, Heiserkeit, sondern setzen uns mit den so genannten „neuen Morbiditäten“ auseinander, also den psychosomatischen Krankheitsbildern, den Aufmerksamkeitsstörungen, den Familienkonflikten und den Mediengefahren. Vieles, was da produziert wird, landet im medizinischen Bereich, wird – auch ein beliebtes neues Wort – medikalisiert, obwohl die Bearbeitung dieser Baustellen im sozialpädagogischen Bereich besser angesiedelt wäre. Aber so sind nun einmal die Realitäten.

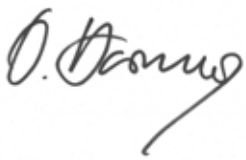
Die Eltern sind oft alleine gelassen, kennen vielleicht auch die Netzstrukturen von Beratungsangeboten nicht ausreichend, und wenden sich dann hilfesuchend an den betreuenden Arzt ihres Vertrauens. Das darf uns schmeicheln, aber es bedeutet eben die oben genannte zunehmende Auseinandersetzung mit den familiären Strukturen und – da diese in der heutigen Zeit immer faseriger und wackeliger werden – auch die Auseinandersetzung mit anderen Sozialstrukturen, die in die Bresche springen, hier vor allem den Kindertagesstätten, Kindergärten und später den Schulen. Der klassische Ü3-Kindergarten mit vier Stunden Betreuung am Vormittag ohne Windelwechsel existiert nur noch vereinzelt. Auf der Tagesordnung steht die Ganztagesbetreuung und die Beaufsichtigung von immer kleineren Kindern durch andere Bezugspersonen als die Eltern. Welche Probleme bringt das mit sich? Was sagt die moderne Bindungsforschung dazu? Wie gestaltet sich wiederum als Reaktion die familiäre Struktur? Ist der klassische Familienweg, dass ein Elternteil arbeitet und eines passt drei Jahre auf die Kinder auf, der bessere? Oder war es nicht schon immer wichtig, dass Kinder durch viele Menschen geprägt und gebildet werden? Zur Erziehung eines Kindes braucht es ein Dorf, hieß es immer. Sind die neuen Kita-Strukturen das Äquivalent dieses alten Bonmots, oder sind wir so auf dem Holzweg?

Die Bildung in Deutschland ist uneinheitlich, da Ländersache. Das gilt für alle Bildungsbereiche vom ersten Kindergartenjahr bis ins Hochschulstudium hinein. In der einzelnen Kommune existieren so verschiedenste Modelle der Kinderbetreuung. Es gibt offene Konzepte, geschlossene Gruppen, teiloffene Gruppen, Modelle nach Steiner oder Montessori, nach Fthenakis oder nach kirchlicher Prägung. Frühkindliche Bildungskonzepte zur Umsetzung der Beobachtungspläne wie INFANS oder KEP, wie IFP oder PiK und PRO folgen den kommunalen Vorgaben der Landesregierungen. Eltern, welche von A nach B und wieder nach C ziehen – auch kein seltenes Szenario – finden verschiedenste Theorien der optimalen Frühpädagogik vor. Ein Kind, welches den Kindergarten wechselt, erlebt unter Umständen einen Wechsel wie in ein neues Schulsystem eines fremden Landes. Ist die Dezentralisierung der Bildungspolitik immer noch modern?

Der Kinder- und Jugendarzt möchte helfen. Er möchte die Eltern nicht alleine lassen in der Orientierungslosigkeit, möchte aber auch die Weichen stellen zu mehr Objektivität, weg von der Angst um organische Ursachen, hin zur sozialpädagogischen Hilfestellung. Die letzten Zahlen zur Heilmittelverordnung lassen aber im Lande und auch bei vielen Praxen Sorge aufkommen: Sind wirklich über ein Drittel unserer Kinder auf Heilmittel angewiesen? Und wenn ja, muss dann nicht strukturell in der Frühpädagogik etwas geändert werden? Was wird sein, wenn Kinder dieses Systems später selbst Kinder bekommen? Sind dann alle Ressourcen der Familie weggebrochen? Oder kann man jetzt durch eine einheitliche Neustrukturierung in der pädagogischen Landschaft noch etwas retten, wie das Wasilios Fthenakis fordert?

Wir wollen in dieser wie auch den nächsten Ausgaben der PädNetzS-Info immer wieder über diesen Tellerrand hinausschauen, wir möchten verschiedene frühpädagogische Theorien referieren, um Ihnen als Kinder- und Jugendärzten einen besseren Durchblick zu verschaffen, was vielleicht bei Ihnen vor Ort an Konzepten umgesetzt wird. Aber wir wollen auch die Frage nach der praktischen Umsetzung stellen. Gelingt es überhaupt, die schönen Konzepte mit einem schlechten Personalschlüssel und vielleicht unzureichend geschulten Erzieherinnen und Erziehern umzusetzen? Bedeuten die einzugehenden Kompromisse nicht schon wieder eine Verkehrung des Systems durch mangelnde Förderung hin zur reinen Betreuungsfunktion der Kindertagesstätten? Blicken wir vom Tellerrand wieder zurück in die Suppe, die da eingebrockt wurde, sollten wir darüber nicht die Kinder aus den Augen verlieren, die diese womöglich am Ende auslöffeln müssen.

Ihr Oliver Harney
Aufsichtsratsmitglied PädNetzS, Schriftführer



P.S.: Für Rückmeldungen aus dem Kreis der Kolleginnen und Kollegen des PädNetzS sind wir sehr dankbar, wer selbst seine Eindrücke schildern möchte oder aktiv mitdiskutieren möchte, ist sehr herzlich zu unserer AG Öffentlichkeitsarbeit eingeladen, den nächsten Termin finden Sie am Ende dieser Zeitung bei den Arbeitstreffen.

PädNetzS Info:

PädNetzS 2012/1

6 |

Frühpädagogik
Grundlagen eines Entwicklungspsychologen und Ansichten eines Bindungsforschers

11 |

Frühpädagogik
Besuch des Montessori-Kinderhauses in Waiblingen

Impressum:

PädNetzS eG
Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Lenzhalde 96
70192 Stuttgart

Tel.: 0700 - 7233 63897
Fax: 07000 - 7233 329
Email: info@paednetz-s.de
www.paednetzs.de

Verantwortlicher Redakteur:
Ulrich Kuhn, Dettinger Str. 2, 73230 Kirchheim

Anzeigenverwaltung:
Ulrich Kuhn, Dettinger Str. 2, 73230 Kirchheim
Anzeigenanmeldung, Tel: 07026 - 371216
kuhn@onkel-doktor.org

Gestaltung:
Heide Sorn-Daubner, Stuttgart

Druck:
Druckerei Laubengaier, Leinfelden-Echterdingen

10 |

Heilmittelverordnung
Anstieg der Ausgaben für Logopädie in Baden-Württemberg

19 |

Heilmittelverordnung
Praxisbesonderheiten in der Kinder- und Jugendarztpraxis

21 |

Rechtsfragen
Praxisverkauf – und was passiert mit dem Personal?

Inhalt

6 Grundlagen eines Entwicklungspsychologen und Ansichten eines Bindungsforschers

9 Landesweite Förderprogramme für Vorschulkinder

11 Besuch des Montessori-Kinderhauses in Waiblingen

13 Anstieg der Ausgaben für Logopädie in Baden-Württemberg

18 Kommentar

19 Praxisbesonderheiten in der Kinder- und Jugendarztpraxis

20 Rundbrief Nr.5

21 Praxisverkauf – und was passiert mit dem Personal?

23 Kurzmeldungen

26 Schulungen

28 Termine

29 Unsere Kooperationspartner

31 PädNetzS - Aufnahmeantrag

Frühpädagogik

Grundlagen eines Entwicklungspsychologen und Ansichten eines Bindungsforschers

Schon länger treibt uns Kinder- und Jugendärzte die Sorge um Heilmittelregresse um. Gefühlt jede zweite Woche kommen neue Zahlen auf den Tisch, die von immensen Ausgaben in diesem Bereich, auch in unserem Bundesland, berichten. Unweigerlich muss sich jeder ambulant tätige Kinder- und Jugendarzt mit dem Thema der Verordnungen von Ergotherapie und Logopädie beschäftigen – vor allem für die neu Niedergelassenen oft ein Verwirrspiel der Indikationen, Begehrlichkeiten von Eltern und Bildungseinrichtungen und einem Überangebot an Therapeuten, welches bedient sein soll.

Als ich mich vor zehn Jahren niedergelassen habe, konnte ich nicht gerade behaupten, auf diesem Gebiet besonders bewandert zu sein, klassisch intensivmedizinisch geprägt wie viele Fachärzte unserer Ausbildungskliniken. Der Einblick in die Sozialpädiatrie, den man in größeren Kinderkliniken gewährt bekommt, erlaubt vielleicht einen groben Überblick, aber sicherlich keine detaillierten Kenntnisse. Also geht man auf Fortbildungen, lernt fleißig, macht seine Erfahrungen, eignet sich vielleicht diesen oder jenen Entwicklungstest an und beginnt, sich mit den oben genannten Begehrlichkeiten zu arrangieren. Das bedeutet vor allem, sich einen breiten Rücken anzueignen, um die fachlich-pädiatrische Einschätzung des Kindes gegen Erzieherinnen und Therapeuten zu vertreten.

Prof. Dr. mult. Wasilios Fthenakis

Unlängst verbrachte mich das Interesse an diesem Thema zu einem Kongress der „Hochschule der Medien“ der Uni Stuttgart unter dem Titel „Medienkompetenz“ und hier vor allem zu einem sehr eindrucksvollen Vortrag des Pädagogen und Entwicklungspsychologen Prof. Dr. mult. Wasilios Fthenakis (das „the“ bleibt stumm). Schon vor Jahren hatte er einmal das Auditorium in Bad Orb mit einem Vortrag „gerockt“, wie man heute sagt, und diesmal durfte er vor allem vor Eltern und Lehrern sprechen. Auch ich war zunächst als Vater zweier Kinder erschienen, immerhin mit einer vorpubertären Tochter, die den Segnungen der modernen Kommunikationsgesellschaft – vulgo Handy – nicht mehr ganz abgeneigt scheint. Aber auch das fachliche Interesse schwang selbstredend mit.

Fthenakis umriss, bevor er auf die Medienerziehung einging, grundsätzlich seine Vorstellung von frühkindlicher Bildung. Den Begriff der Erziehung vermeidet er tunlichst, in seinen Augen bedeutet Erziehung immer Bildung des Kindes. Dabei schalt er die Bundesrepublik als anachronistisch in der Bildungspolitik. Er ließ kein gutes Haar an der föderativen Verwaltung der Bildungspläne und mahnte alle, ein grundsätzliches Umdenken stattfinden zu lassen. Sein Einfluss ist groß: So erarbeitete Fthenakis die neuen Bildungspläne in Bayern und Hessen, und ist auch in anderen Bundesländern durch Expertisen gefragt.

In Norwegen oder Neuseeland fand bereits Mitte der Neunziger Jahre ein Umdenken statt, in England Anfang des Jahrtausends, bei uns erst mit den Bildungsplänen von Bayern 2004 und Hessens 2010. Noch nimmer – so bemängelt Fthenakis – finde bei uns vielmals ein einseitiges Lernen statt: Die Erzieherin bringt dem Kind eine Kompetenz bei. Dies entspreche dem pädagogischen Bild der Jahrhundertwende. Es gelte jedoch vielmehr dem Kind in einer „wechselseitigen Befruchtung“ Kernkompetenzen zu vermitteln, dabei vor allem seine höchsteigenen „individuumsbezogenen Kompetenzen und Ressourcen“ „das Handeln im sozialen Kontext“ zu fördern. Dies gelinge nur, wenn wiederum dem Kind bereits im Kindergarten vermittelt werde, wie es das Lernen an sich lernt – durch Ausprobieren, Selbsterkennen, Experimentieren. Prinzipiell sei dies der Unterschied zwischen dem Erkennen, dass es nicht nur wichtig sei, was man lernt, sondern auch wie man etwas erlernt und dass man überhaupt lernt.

Welche Basiskompetenzen sollen beim Kind gefördert werden? Vor allem, so Fthenakis, die individuumsbezogenen Ressourcen, also zum Beispiel Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Durchhaltevermögen, Aufgabenorientierung, Neugier und Interessen, aber auch Problemlösung und Kreativität, und Übernahme von Verantwortung für die Gesundheit, aber auch Fähigkeit zu Entspannung und Stressbewältigung. Schließlich sieht Fthenakis auch Mängel in der Vermittlung der sozialen Kompetenz: Fähigkeit zur Empathie, Kooperation und Kommunikation, aber auch Vermittlung von sozialen Werten, wie Achtung des anderen und anderer Kulturen, Solidarität und ökologischer Verantwortung. Dies sind genauso heroische Ziele wie die Vermittlung der demokratischen Teilhabe an der Gesellschaft und der Verantwortung für das eigene Tun sich selbst gegenüber und anderen. In der momentanen gesellschaftlichen Diskussion der Politikverdrossenheit, aber auch der egozentrischen, oftmals in frühkindlichen Verhaltensmustern verhafteten Jugendlichen (siehe Winterhoff) ein sicher wichtiger Aspekt.

All dies steht unter der Überschrift der Stärkung der Resilienz des Kindes, der Fähigkeit zur Frustbewältigung und des lösungsorientierten Handelns, welche zudem nur durch eine Bildungseinrichtung gefördert sein können, die dem Kind eine stabile Beziehung zur jeweiligen Bezugsperson vermittelt, mit positiven Rollenbildern in einem „offenen, wertschätzenden, unterstützendem Erziehungsklima“.

Fthenakis reaktiviert den Begriff der Ko-Konstruktion, einer Theorie der frühkindlichen Bildung, zusammen mit der Erzieherin durch gegenseitige Förderung die Einzelkompetenzen des Kindes voranzubringen. „Lernprozesse werden durch Kinder und Fachkräfte gemeinsam konstruiert.“ Das heißt auch in unmittelbarer Konsequenz, dass das Kind eine Steuerfunktion darüber erhält, was es im Kindergarten lernen kann. Dabei steht immer die Erforschung der Bedeutung im Vordergrund, weniger der Erwerb von Fakten, wie es bisher vermittelt wurde.

Aber Fthenakis geht noch weiter: In seinen Augen ist auch die Integration von anderen Kulturen in unserem System kläglich gescheitert. Andere Länder wie England, Kanada oder Schweden haben ein Selbstverständnis entwickelt, Migrantenkinder in das System zu integrieren, was den deutschen Bildungssystemen bisher noch nicht gelungen ist. Aber auch der Übergang aus den Kindergärten in die Grundschulen ist in unserem Land nicht konsistent genug. Darunter leiden vor allem jüngere Kinder, Jungen, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus einfacher sozialer Herkunft. Für Fthenakis muss sich also nicht nur die einzelne Tageseinrichtung ändern, sondern das gesamte System, begonnen von der Betreuung der Unterdreijährigen über das Kindergartenalter bis zum Übergang in die Grundschule. Entsprechende Entwicklungen hat er bereits in Bayern und Hessen vorangebracht.
Dazu zählt selbstredend auch die Verbesserung des Stellenschlüssels für die Kindertageseinrichtungen (einem theoretischen Idealschlüssel von 1:3), wie auch die Verbesserung der Ausbildung von Erzieherinnen. Fthenakis fordert ein hochschul- oder äquivalentes Ausbildungsniveau für Erzieherinnen im Kindergarten. Soweit Wasilios Fthenakis mit seinem präzisen, wenn auch recht theoretisch anmutenden Grundsatzreferat. Nach seinen Aussagen gelänge allerdings die Umsetzung in Hessen beispielsweise hervorragend, aber auch, wenn dies politisch gewollt sei und alle Beteiligten an einem Strang zögen. Daher sieht er es als Ideal, den Föderalismus in der Bildungspolitik aufzugeben.

PD Dr. med. Karl Heinz Brisch

Wie so oft bei solchen Gelegenheiten kommt es zu seltsamen Zufällen. So konnte man zwei Wochen später im Kreishaus Ludwigsburg zum „Kinder- und Jugendhilfetag“ den Ausführungen von PD Dr. med. Karl Heinz Brisch folgen, dem Doyen der Bindungsforschung in Deutschland. Auch er hielt ein klassisches Grundsatzreferat, aus dem im Zusammenhang mit der frühkindlichen Bildung die überaus wichtige Rolle der Bezugsperson deutlich wird. Seine Gedanken und Forschungsergebnisse – wunderbar untermauert mit Videobeispielen und anschaulichen Beispielen aus anderen Kulturen – lassen sich auf seiner guten Homepage übrigens nachlesen. Sie fließen ein in die Projekte SAFE (einem Trainingsprogramm für Eltern zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind – angeboten z.B. von vielen Beratungsstellen) und BASE (einem Programm für Kindergartenkinder zum „Babywatching“ in der Tageseinrichtung, zur Förderung der Feinfühligkeit und Empathie).

Angesichts der aktuell immer früheren Kita-isierung der Kinder unter der Wirkung von schlechten Stellenschlüsseln und meist offenem Gruppenkonzept, kann man ins Grübeln kommen, ob das Bindungsverhalten hier wirklich gefördert wird. Aus Familien mit auffälligem Bindungsverhalten kann aber wiederum ein früher Übergang in die Tageseinrichtung womöglich auch ein Bindungs-Plus für das Kind resultieren, ist es doch in der Theorie egal, zu wem das Kind eine verlässliche Bindung aufbaut. Aus der Brisch´en Sicht braucht es allerdings dann nicht nur gut

gebildete, womöglich hochschulabsolvierte Erzieherinnen, sondern vor allem Erzieherinnen mit Empathie und eigenen intakten Bindungsfähigkeiten.

Was bedeutet das alles für den niedergelassenen Kinderarzt? Wir sollten uns mit dem frühkindlichen Erziehungskonzept und den unterschiedlichen Umsetzungen in unseren Kommunen auseinandersetzen. Aus den Arbeiten von Fthenakis und Brisch wird deutlich, dass hier viele Veränderungen stattfinden, die uns mitunter verwundern, kennen wir das aus unserer eigenen Kindergartenzeit oder die unserer eigenen Kinder doch manchmal gar nicht. Konzepte wie das Baden-Württembergische INFANS, welches als Konstrukt lediglich helfen soll, den Bildungsplan des Landes umzusetzen, und damit auch die Vorstellung eines Wasilios Fthenakis, müssen wir kennen, wenn wir verstehen wollen, wie Kinder mit Entwicklungsproblemen in unseren Kindertageseinrichtungen betreut werden. Werden diese nun in den vorgegebenen Bildungsplänen besser oder schlechter versorgt? Kann jedes Kind in diesen Bildungsplänen bestehen, oder fallen da welche durch das doch so theoretisierte schön klingende Raster? Und was ist mit denen? Wir werden es sehen.

Ich kann nur jeden einladen, auch die unten genannte weiterführende (Online-)Literatur zu lesen, es lohnt sich sehr.

Oliver Harney

Literatur:

Aktuellster Vortrag zu den Bildungsplänen in Deutschland:
www.ifp.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifp/fachkongress/fachvortrag_fthenakis.pdf

Interview mit Fthenakis: www.fthenakis.de/cms/BetrifftKinder_01-09.pdf

Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung:
www.bmbf.de/pub/bildungsreform_band_16.pdf

Verschiedene „Pädagogische Ansätze im Kindergarten“ (von Fthenakis und Textor):
www.kindergartenpaedagogik.de/42a.pdf (Seiten 1-86)
www.kindergartenpaedagogik.de/42b.pdf (Seiten 87-257)

Hessischer Bildungsplan:
www.kinderhaus-vogtstrasse.de/bildung.pdf

Karl Heinz Brisch: www.khbrisch.de

Diese Links sind in der pdf-Version der PädNetzS-Info unter www.paednetz-s.de auch “anklickbar“.

Frühpädagogik

Landesweite Förderprogramme für Vorschulkinder

Konzept „Schulreifes Kind“

angekündigt 4/2005, Start Erprobung 9/2006, 245 Standorte seit 9/2007, flächendeckender Ausbau steht aus

Zielgruppe:
Kinder mit besonderem Förderbedarf, die erhebliche Entwicklungsverzögerungen aufweisen, von Zurückstellung bedroht sind und keine günstige Prognose für eine positive Schullaufbahn aufweisen.
Die Kinder werden in den Bereichen Motorik, Persönlichkeitsentwicklung, Sozialverhalten, Entwicklung von Alltagskompetenzen, Konzentration, Ausdauer und Arbeitstempo gefördert.
Bestehen zusätzlich sprachliche Probleme, so können Maßnahmen im Rahmen des Projektes schulreifes Kind mit ISK- oder HSL-Maßnahmen gekoppelt werden.

Voraussetzungen:
Entscheidung über die Förderbedürftigkeit und die Art der Förderung durch einen Runden Tisch nach Schritt 1 der neu konzipierten Einschulungsuntersuchung (nach umfassendem Entwicklungsscreening 24 bis 15 Monate vor der Einschulung).

Fördervolumen:
4–18 Stunden pro Woche je nach Modell (Präventivgruppen - mind. 6 Kinder oder Präventivklasse - mind. 15 Kinder). Projektvolumen bis zu 45 Mio. Euro (= 900 Deputate)

Hausaufgaben- Sprach- und Lernhilfe (vorschulische HSL)

Grundlage: HSL Richtlinie vom 26.04.2006

Zielgruppe:
Kinder im Vorschulalter mit nicht ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen, vorrangig Kinder mit Migrationshintergrund sowie Kinder mit Bedarf an ergänzender Sprachförderung
Voraussetzungen für die vorschulische Sprachförderung:

- Die Gemeinde muss sich mindestens in Höhe der Landesförderung an den Kosten der Maßnahme beteiligen. Die Beteiligung kann durch Erhöhung des Stundensatzes oder durch Übernahme von Sachkosten (z. B. Überlassung von Räumen, Kosten für Lern- und Spielmaterial, Organisation, Verwaltung) erfolgen.
- Die Fördermaßnahmen sollen mindestens zweimal wöchentlich für mindestens ein Kindergartenjahr erfolgen.
- Die Fördermaßnahmen erfolgen grundsätzlich in Gruppen mit höchstens acht Kindern.

Höhe der Förderung:
Abhängig von der Zahl der betreuten Kinder und der Zahl der Förderstunden bis 1 Euro pro Kind und Stunde. Zusätzlich bei Einbeziehung der Sorgeberechtigten (Elterngespräche) eine Pauschale in Höhe von höchstens 2,5 %.

Intensive Sprachförderung im Kindergarten (ISK)

Grundlage: Verwaltungsvorschrift ISK vom 12.05.2010

Zielgruppe:
Kinder, die vor dem 1. Oktober des Jahres vor der Einschulung das 5. Lebensjahr vollenden und über die im Kindergarten angebotene ganzheitlich ausgerichtete Sprachbildung und Sprachförderung hinaus zusätzliche intensive Sprachförderung benötigen.

Voraussetzungen:
Ein Förderantrag kann grundsätzlich nur für eine Sprachfördergruppe gestellt werden, in der für die geforderte Mindestzahl von 2 Kindern auf der Grundlage der Einschulungsuntersuchung in der Sprachstandsdiagnose mit dem SETK 3-5 ein zusätzlicher intensiver Sprachförderbedarf amtsärztlich festgestellt wurde. Eine anerkannte Fördermaßnahme muss 120 Zeitstunden umfassen. Förderumfänge von weniger als 80 Zeitstunden sind nicht förderfähig.

Höhe der Förderung:
Für den Förderzeitraum erfolgt die Zuwendung als Gruppenförderung. Sie beträgt je nach Gruppengröße 2000 – 2400 €. Bei aktiver und kontinuierlicher Beteiligung der Erziehungsberechtigten zusätzliche Zuwendung von 500 € je Gruppe.

Singen, Bewegen, Sprechen(SBS)

Grundlage: Fördergrundsätze für Bildungskooperationen vom 16.06.2010

Förderziel:
Die Kinder sollen ihre Fähigkeiten entwickeln, sich körperlich, musikalisch und sprachlich auszudrücken.
Gefördert werden soll eine zweijährige vorschulische musikalische Bildungskooperation zwischen Kindergarten und Musikverein/Musikschule, die für weitere 4 Jahre mit der Grundschule fortgesetzt wird.
Voraussetzung:
Kooperation zwischen Erzieherin und musikpädagogischer Lehrkraft aus Musikverein oder Musikschule.
36 Einheiten pro Jahr a 45 min + 15 min für Anleitung der Erzieherin oder Lehrerin.
Gruppengröße im Vorschulbereich 10-20 Kinder.

Höhe der Förderung:
Übernahme der Personalkosten plus Wegegeld der musikpädagogischen Lehrkraft für derzeit 1400 Kooperationen

>>

Schwierigkeiten der aktuellen Programme:

- SBS und „Schulreifes Kind“ stehen bisher nicht flächendeckend zur Verfügung.
- Mit den beiden größten Programmen ISK und „Schulreifes Kind“ wird vorwiegend defizitorientiert und individuell gefördert. Erst, wenn das einzelne Kind Probleme entwickelt hat, kann eine Förderung fürs letzte Kindergartenjahr beantragt werden. Besonders die Sprachprobleme im Deutschen sind bei den meisten Kindern viel früher zu erkennen. Dennoch riskiert man derzeit, dass Kinder durch Sprachdefizite in ihrer Entwicklung und ihrem Selbstbewusstsein behindert werden, bevor eine Förderung einsetzt.
- Viele Tageseinrichtungen sind derzeit mit der personenbezogenen Finanzierung und der damit verbundenen Bürokratie überfordert. Deshalb werden die vorhandenen Fördergelder bisher nicht ausgeschöpft.
- Alle Programme benötigen qualifizierte Mitarbeiter, die sehr schwer zu finden sind.
- Die Programme dürfen derzeit nur eingeschränkt miteinander kombiniert werden. Die Förderhöhe insbesondere bei den Sprachprogrammen ISK und HSL reicht aber nicht aus, um qualifizierte Mitarbeiter angemessen zu bezahlen.

Neue Besen...??!

Nach den Festlegungen der neuen Regierungsparteien im Koalitionsvertrag soll die individuelle Sprachförderung für Kinder bereits mit Beginn des Kindergartens einsetzen. Das Land stellt hierzu ab dem Kindergartenjahr 2012/13 zusätzliche Mittel für Sprachfördermaßnahmen im Bereich der 3 bis 6-jährigen Kinder zur Verfügung. Das Kultusministerium beabsichtigt, in diesem Zusammenhang die Förderprogramme vorschulische HSL und ISK ab dem Kindergartenjahr 2012/13 zusammenzuführen und als Förderbeginn das dritte Lebensjahr bzw. den Eintritt in den Kindergarten festzulegen. Zusätzlich soll auf eine gruppenbezogene Pauschalförderung umgestellt werden.
Das Kultusministerium plant außerdem, Inhalt und Instrumente des Landesprogramms „Singen-Bewegen-Sprechen“ für die Sprachförderung in den Kindergärten zu übernehmen.
Derzeit werden diese Vorhaben aber noch mit allen Beteiligten diskutiert, konkrete Beschlüsse mit zeitlichen Vorgaben gibt es offensichtlich noch nicht.

Thomas Jansen

Frühpädagogik

Besuch des Montessori-Kinderhauses in Waiblingen

Das Montessori-Kinderhaus Waiblingen, Im Sämann 88, liegt etwas versteckt hinter dem Schulgelände der Salierschule. Moderner Flachbau inmitten eines Landschaftsgartens mit kleinem Freilichttheater, dessen Steinstufen in den Hang hineingebaut sind, Wasserspielplatz, Gartenhäuschen, einem Schattenplatz aus oben zusammenwachsenden Zweigen und vielen anderen Spielorten für die Kinder.

Frau Bergmann, die Leiterin, führt mich zu einer Gruppe von Kindern von 3–6 Jahren die erst nachmittags abgeholt werden. Ich setze mich möglichst unauffällig dazu und beobachte einfach. Auffällig ist der sehr leise Umgangston der Erzieherin, auch des Praktikanten, der mit zur Grundhaltung der Montessoripädagogik gehört. Folge: es ist leiser als in den meisten Herkunftsfamilien und Erzieherinnen und Kinder haben zumindest während ihrer Lernspiele weniger Lärmstress. Die Kinder sind gerade damit beschäftigt, eine Zimmerpflanze nach der anderen zu holen, und sie geduldig, Blatt für Blatt, mit einem Wassernebel zu besprühen. Anschließend werden die Blätter vorsichtig von der Unterseite gehalten, und ebenfalls Blatt für Blatt mit einem feuchten Lappen abgewischt: Einübung von Achtung und

Vorsicht, Koordination, Fürsorge. Die Pflanzen werden sorgfältig wieder zurückgestellt, auch als Zeichen, dass ein Vorgang jetzt beendet wird. Zwei Jungs meinten es mit dem Besprühen besonders ernst, behutsam macht die Erzieherin darauf aufmerksam, dass die Wasserflecken mit dem Lappen aufgewischt werden. Auch das gehört zum Konzept: die Dinge wieder in Ordnung bringen. Für gebrauchte Spielsachen heißt das: wieder an den Ort stellen, von dem sie entnommen wurden. Zum einen, damit ein klares Ende gesetzt, aber auch, damit andere es am gewohnten Ort finden. Interessant das Spielzeug: Zehn Würfel von groß bis klein, die zu einer Pyramide aufgestellt werden können, wichtig das Abtasten dann von oben nach unten, um auch ein körperliches Gefühl für die allmähliche Größenzunahme bis zum untersten Würfel zu bekommen. Die gleiche Pyramide wird auch liegend aufgebaut: die Größenverhältnisse gelten unabhängig von der räumlichen Lage. Oder die gleichgroßen Holzzylinder, innen hohl, gefüllt mit verschieden fein gekörntem Material, das beim Schütteln verschieden klingt. Es sollen die Zylinder herausgefunden werden, die gleich klingen, obwohl sie mit verschiedenen Farben gekennzeichnet sind. Die Zuordnung ist dann richtig, wenn die Zylinderunterseite beim Hochheben gleich ist. Das Kind sieht somit unabhängig vom „Lehrer“, ob es etwas richtig gemacht hat und kann die Aufgabe selbständig lösen. „Hilf mir es selbst zu tun“ heißt der bekannte Schlüsselsatz, den ein Kind zu Maria Montessori sagte. Oder Holzkästen mit den Zahlen 0–4 und 5–9: Es werden entsprechende Bündel aus Holzstäben hineingelegt und nach den verschiedenen Größen der Bündel gefragt. Der Null-Begriff ergibt sich dann von selbst: es ist kein Stab im Fach. Gesteigert wird erst, wenn der ganze Zahlenraum verstanden wird. Dann kann mit dem „Entfernungsspiel“ begonnen werden, wenn die Bündel an verschiedene Orte im Zimmer gelegt werden und nach der Größenzuordnung geholt werden sollen.

Die Kinder erkunden selbst, womit sie spielen wollen, und die Erzieher sind mit Anweisungen möglichst zurückhaltend, schaffen lediglich das Umfeld, so dass Spiel möglich wird. Das erstreckt sich auf die Bereiche der sozialen Kommunikation und Empathie, Sprache und Alphabetisierung, Zahlen-und Mengenverständnis, kreatives Schaffen und schließlich Wissen

und Verständnis der Welt. Im Orientierungsplan für Bildung und Erziehung an BW-Kindergärten heißt es entsprechend: Bildungs- und Entwicklungsfeld Körper, Sinne, Sprache, Denken, Gefühl und Mitgefühl, Sinn, Werte und Religion.

Die Gruppen im Montessori-Kinderhaus Waiblingen sind geschlossen, nicht offen, was als sehr wichtig erachtet wird.

Neben zwei Gruppen von 3-6 gibt es zwei Kleinkindgruppen von 6.LM bis Kindergartenalter, die Betreuung ist von 7.00–14.30 Uhr/16 Uhr/17 Uhr möglich. 3 Erzieherinnen für 10 Kinder!
Das Angebot wird so gut wie ausschließlich von Eltern genutzt, die beide berufstätig sind, da die Kosten je nach Länge der Betreuungszeit/Wohnort/Geschwister bereits betreut von 400.- bis 615.– Euro je Kind betragen. Außerdem muss ein „Baustein" zur Finanzierung von 370.– bis 500.– € erworben werden.
Die Finanzierung der Montessorihäuser und damit die finanziellen Belastungen der Eltern sind aber je nach Ort sehr unterschiedlich. Im Montessori-Kinderhaus in Weilimdorf oder in Aachen erhalten die Eltern Zuschüsse.

Die Neueinführung eines Kindes in eine Gruppe erfolgt unter vierwöchiger Begleitung der Eltern, um eine gute Einbindung zu ermöglichen. Beim Wechsel von der Kleinkindgruppe zur Kindergartengruppe wird das Kind durch die ursprüngliche Erzieherin in der ersten Zeit begleitet, gemäß der Vorgabe, dass ein Prozess abgeschlossen werden muss und erst dann die Belastung mit Neuem erfolgt. Das Gleiche gilt auch für alle Spiele und Tagesbeschäftigungen: immer ist der Abschluss wichtig, bevor etwas Neues begonnen wird.

Wie ist das nun mit den Kindern, die über das Angebot hinaus Unterstützung benötigen? Auch hier muss dann eine Diagnostik in der Frühförderung oder SPZ erfolgen. Trotz aller bereits schon im Montessorikonzept eingearbeiteten Förderungen mit sprachlicher und sozialer Kommunikation beim selbständigen, aber sanft strukturiertem Spiel werden nicht alle Kinder „abgefangen". Allerdings ist die gute Verankerung sprachlicher Begriffe mit begleitendem „Begreifen", besonders auch der ersten mathematischen Erkundungen, auf die Maria Montessori großen Wert legte, ein Teil dieses besonderen Konzepts. „Ausrastende", unruhige Kinder werden soweit irgend möglich mit Geduld und Ausdauer getragen, möglichst ohne Eskalationsbeteiligung. Insgesamt kann durch das Konzept und die breiten Ressourcen, die im Montessori-Kinderhaus in Waiblingen vorhanden sind, viel abgefangen werden.

Die Qualität: Die Erzieherinnen haben alle ein Montessoridiplom oder sind in Ausbildung, die Bezahlung liegt über der institutioneller Kindergärten. Montessori ist nicht geschützt, somit laufen Kindergärten dieses Namens nicht immer strikt nach diesem Konzept.
Wer mehr über die Grundsätze der Montessori-Pädagogik erfahren möchte, kann nachsehen, z.B. unter www.montessori-diplomkurse.com oder www.motessori-stuttgart.de

Ulrich Schneider

Montessori Pädagogik e.V.
Im Sämann 88
71334 Waiblingen

Tel: 0 71 51. 90 80 37
Fax: 0 71 51. 36 04 12

E-Mail: info@montessori-waiblingen.de

Heilmittelverordnungen

Alarmierender Anstieg der Ausgaben für Logopädie in Baden-Württemberg!

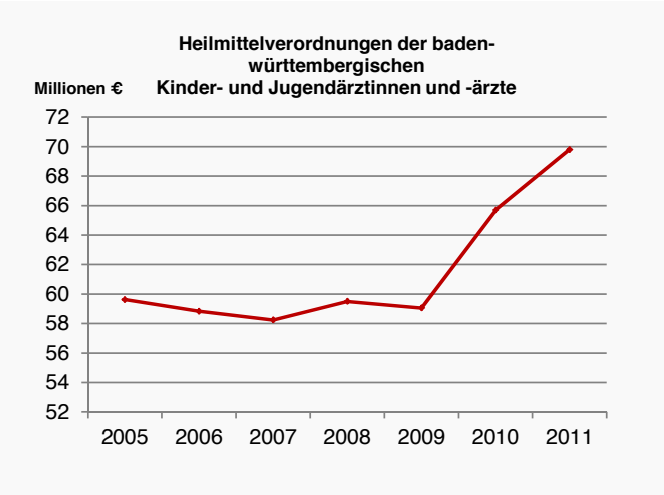
Fakten:
Die Heilmittelverordnungen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in BW sind in den letzten beiden Jahren um 18 % gestiegen. Dies wird überwiegend durch einen Anstieg der logopädischen Therapien um 35 % verursacht. Ergotherapien nahmen dagegen nur um 4 %, Physiotherapien um 10 % zu.

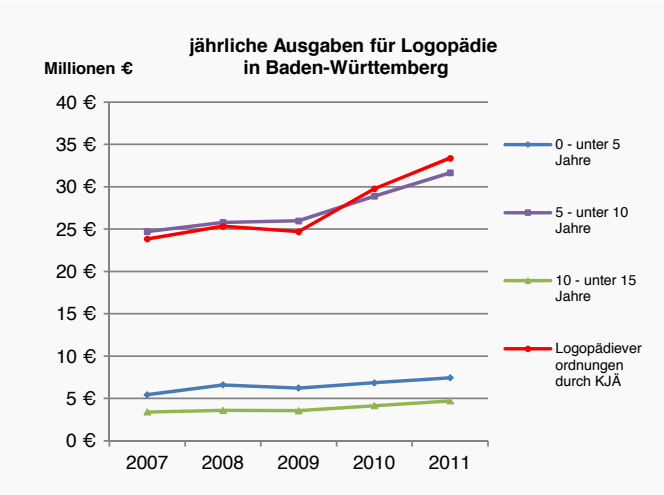
Die Kosten einer durchschnittlichen logopädischen Behandlungseinheit sind seit 2004 nur von 38 auf 39 Euro angestiegen. Der Anstieg der Ausgaben kommt also nur durch die Zunahme der Verordnungen insbesondere bei den 5-10 jährigen Kindern zustande. Er wird verschärft durch eine Verschiebung der Therapieverordnungen zu den KJÄ.

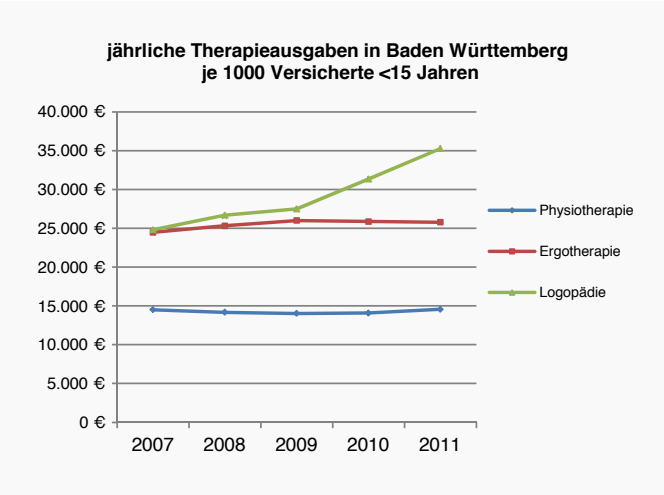
Dieser enorme Anstieg führt dazu, dass die durchschnittliche Kinder- und Jugendarztpraxis nach vorläufigen Zahlen im Jahr 2011 den Richtwert für Heilmittel um 41 % überschreiten wird. Die Zahl der Verordnungen im Bund liegt um 5 % höher, so dass in BW noch ein weiterer Anstieg zu befürchten ist.

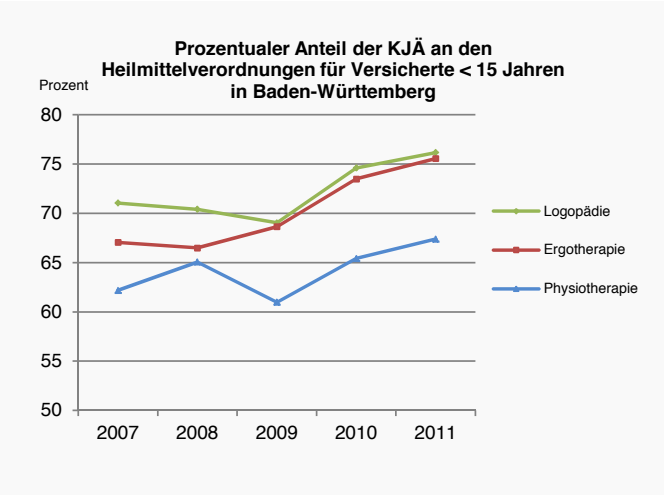
Damit wird es für fast jede Praxis zu einem Prüfverfahren kommen (Überschreitung der Richtgröße um mehr als 15 % führt zu Prüfverfahren von Amts wegen), bei dem zunächst die seit 2009 vereinbarten Praxisbesonderheiten (siehe gesonderte Übersicht) herausgerechnet werden. Sofern danach eine Praxis die Richtgröße um 15-25 % überschreitet, erfolgt eine Beratung zur Wirtschaftlichkeit durch die KV, bei Überschreitungen über 25 % ein Regressverfahren. Mit dem Versorgungsgesetz 2011 wurde neu geregelt, das bei erstmaliger Auffälligkeit kein Regress erfolgt, sondern eine Beratung.

Ursachen:
Seit der ersten Pisastudie im Jahr 2000 entwickelte sich in Deutschland ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass Bildung eine gesellschaftliche Ressource ist und Sprache dafür eine Schlüsselkompetenz darstellt. Inzwischen wird es nicht mehr wie früher akzeptiert, dass Kinder aus Migrantenfamilien mit ungenügenden Deutschkenntnissen in die Schule kommen und sie damit auch verlassen. Bereits 2009 wurde laut Barmer-GEK Report 2012 bei 37,8 % der Jungen und bei 29,6 % der Mädchen im 6. Lebensjahr eine Sprachstörung (F80) diagnostiziert. Dieser bundesweite Trend führte in BW 2006 zum Start des Projektes „Schulreifes Kind“ mit intensiver Schulung der Erzieherinnen und 2009 zur Konzeption der neuen Einschulungsuntersuchung mit vertiefter Sprachtestung. Gleichzeitig wurden









verschiedene Programme zur Sprachförderung aufgelegt, die aber teilweise erst sehr spät greifen und in ihren Rahmenbedingungen und Antragsformalitäten so kompliziert sind, dass viele Kindertageseinrichtungen sie nicht in Anspruch nehmen.
Das Fördervolumen wird daher bisher nicht ausgeschöpft!
Besonders im 5. und 6. Lebensjahr werden dann die bis dahin unzureichend geförderten Kinder in der Kinder- und Jugendarztpraxis mit der Forderung nach Logopädie vorgestellt. Insbesondere die zwei- oder mehrsprachig aufwachsenden Kinder haben zu dieser Zeit oft auch in der Muttersprache noch erhebliche Defizite. Die logopädische Behandlung erscheint dann als einzige Möglichkeit, um bis zur Schule wenigstens eine ausreichende Sprachkompetenz zu erreichen.

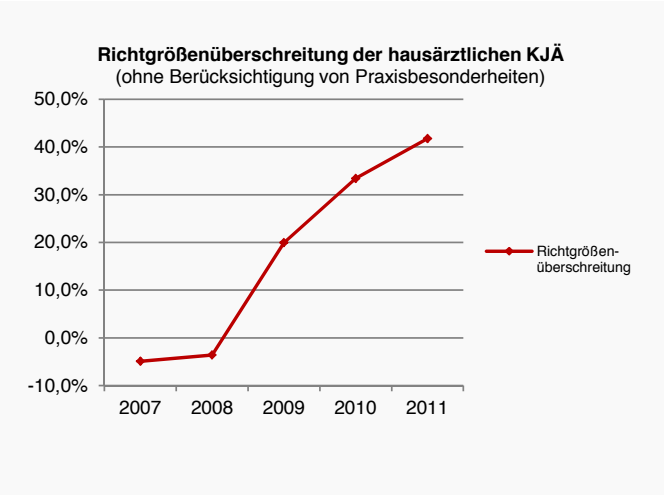
Bisherige Konsequenzen:

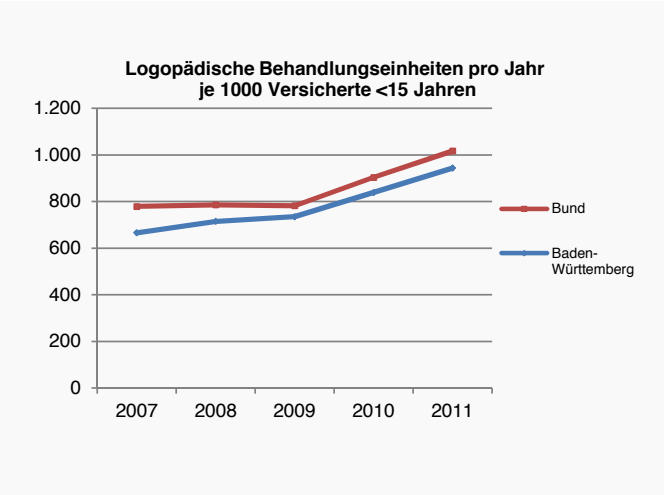
Die Kassen waren in den letzten Monaten über den Anstieg der Heilmittelkosten alarmiert und nahmen Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung auf. Dort stellte sich heraus, dass dieser Anstieg zum großen Teil durch den Anstieg der von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten verordneten Logopädie verursacht wird. Nach Rücksprache mit den Kinder- und Jugendärzten in der Vertreterversammlung schrieb der KV-Vorsitzende Dr. Metke Briefe an das Sozial- und das Kultusministerium, um auf die Problematik aufmerksam zu machen. Am 23. Januar konnten Klaus Rodens und ich Dr. Metke zu einer Besprechung im Kultusministerium begleiten, an der auch Vertreter des Sozialministeriums teilnahmen.

Wir stellten dort dar, dass die veränderten gesellschaftlichen Anforderungen für die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durch die drohenden Heilmittelregresse zu einer massiven Belastung werden. Wir betonten die Notwenigkeit einer früheren und intensiveren Sprachförderung und wiederholten unsere schon seit Jahren bestehende Forderung, logopädische Therapien bei Kindern grundsätzlich aus den Richtgrößen herauszunehmen.

Von Seiten des Kultusministeriums ist geplant, die Sprachförderung grundlegend umzustrukturieren und sehr viel früher anzubieten. Allerdings sollen die entsprechenden Änderungen erst im Lauf dieses Jahres beschlossen werden, so dass sie frühestens im nächsten Jahr umgesetzt werden können. Für uns wirksam sind sie also frühestens im Jahr 2015.
Wir wurden eingeladen, das Thema auch auf der nächsten Sitzung der AG frühkindliche Förderung (Kultusministerium, Sozialministerium, Trägerverbände, u.a.) Anfang März darzustellen, insbesondere mit Blick auf die bisher unvollständige Inanspruchnahme der Fördergelder.

Im Anschluss daran sind weitere Gespräche geplant. Wir sind sehr dankbar für die eindeutige Zusage der Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung, alles zu unternehmen, um Heilmittelregresse gegen Kinder- und Jugendärzte zu verhindern und uns bei dieser Problematik in jeder Hinsicht zu unterstützen.





Alle Graphiken nach Daten des Heilmittelinformationssystems und eigenen Berechnungen

Für jeden einzelnen von uns bedeutet dies:

– Sorgfältige Indikationsstellung jeder Logopädieverordnung mit ausführlicher Dokumentation

– Verordnung genau nach den Heilmittelrichtlinien (Hörtest, Regelfall und erweiterte Diagnostik).

– Bei jeder Folgeverordnung die Indikation überprüfen und dokumentieren, 2. Hörtest nach 6 Monaten beachten, Bericht der Therapeuten einfordern.

– Sorgfältige Begründung, warum eine Therapie außerhalb des Regelfalls erforderlich ist.

Thomas Jansen

Labor Enders & Partner · Stuttgart

Prof. Dr. med. habil. Gisela Enders · Partnerschaftsgesellschaft

Deutscher Akkreditierungs Rat
DAR
DGA-ML-6057.98.08

cap ACCREDITED

Seit mehr als 30 Jahren Ihr zuverlässiger Partner
in Labormedizin, Virologie und Mikrobiologie

Wir bieten Ihnen das gesamte Spektrum aktueller labormedizinischer, mikrobiologischer und virologischer Diagnostik.

Zu unseren Schwerpunkten zählen:
- Infektionen in der Schwangerschaft und Neonatalperiode
- Infektionsdiagnostik bei Kindern und Erwachsenen
- gynäkologische Endokrinologie
- Thrombophiliediagnostik
- forensisch akkreditierte Drogenanalytik

Labor Enders & Partner · Partnerschaftsgesellschaft
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart
Telefon 0711 6357-0 · Telefax 0711 6357-202
Email: info@labor-enders.de · Internet: www.labor-enders.de

Diagnostik der Zoeliakie – aktueller Stand

Dr. med. K.J. Lüthgens

Die Zoeliakie zählt mit ca. 1% Prävalenz in Deutschland zu den häufigen Erkrankungen. Die Manifestation erfolgt zumeist im Kindesalter. Die Diagnose der Zoeliakie erfolgt heute primär auf serologischer Basis, wobei bei positivem oder unklarem serologischem Ergebnis eine bioptische Abklärung anzustreben ist.

Serologische Diagnostik

Die Bestimmung der **Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgA** (tTG-IgA) hat die **höchste diagnostische Wertigkeit** (96,4% Sensitivität / 98% Spezifität) [1]. Voraussetzung für die Diagnostik mittels tTG-IgA ist die **Abwesenheit eines schweren IgA-Mangels**.

Eine ebenfalls hohe diagnostische Wertigkeit haben die **desaminierten Gliadin-AK** vom Typ **IgG** (anti-Gliadin-IgG GAF-3x) und Typ **IgA** (anti-Gliadin-IgA GAF-3x). Die Bestimmung der anti-Gliadin-AK vom Typ IgG zeigt auch bei Vorliegen eines IgA-Mangels eine gute diagnostische Wertigkeit (89% Sensitivität / 91,5% Spezifität), wohingegen AK vom Typ IgA zu falsch-negativen Ergebnissen führt.

Die Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgG haben aufgrund ihrer niedrigen Sensitivität (< 30% der Zoeliakie-Patienten haben erhöhte AK-Titer; Spezifität 98%) eine geringere Bedeutung.

Bei den sog. „**Endomysium-AK**“ handelt es sich um Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgA, die mit einer fluoreszenzmikroskopischen Methode nachgewiesen werden. Die diagnostische Wertigkeit der Endomysium-AK (97% Sensitivität / 98% Spezifität) ist mit derjenigen der Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgA gleichzusetzen, sofern das Labor über ausreichend Erfahrung in der Fluoreszenz-mikroskopie verfügt.

Bei Kindern unter 2 Jahre ist die Bestimmung der anti-Gliadin-IgG-AK derjenigen der Transglutaminase-AK vorzuziehen, da letztere bei diesen Kindern teilweise noch nicht positiv nachweisbar sind.

Unter Einhaltung einer strikten glutenfreien Diät zeigen die IgA-AK grundsätzlich einen früheren Abfall als die jeweiligen IgG-AK. Bei erneuter Exposition steigen die AK-Titer rasch wieder an, wobei auch hier die IgA-AK etwas schneller reagieren.

Empfehlungen für eine rationelle Diagnostik:

- Für die initiale serologische Diagnostik reicht die Bestimmung der Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgA aus. Die gleichzeitige Bestimmung des gesamt-IgA ist zu empfehlen, falls ein IgA-Mangel bisher nicht ausgeschlossen wurde.
- Die Endomysium-AK sind mit den tTG-IgA-AK gleichwertig. Die gleichzeitige Bestimmung der Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgA und der Endomysium-AK ist aber nicht sinnvoll.
- Liegt ein IgA-Mangel vor, sollte die Bestimmung der desaminierten anti-Gliadin-IgG-AK erfolgen, evtl. ergänzt um die Gewebstransglutaminase-AK vom Typ IgG.
- Positive Ergebnisse eines hochspezifischen Tests (tTG-IgA-AK, Endomysium-AK, auch anti-Gliadin-IgG, desaminiert) sollten, nach eventueller einmaliger Kontrolle, mittels Dünndarmbiopsie abgeklärt werden.
- Die genetische Diagnostik kann für erstgradig Verwandte sinnvoll sein, um das Risiko des Auftretens einer Zoeliakie abzuschätzen (nähere Informationen hierzu erteilt Ihnen sehr gerne Herr Dr. med. A. Vergopoulos im Labor Enders – Tel. 0711 – 63 57 268).

Literatur: ***[1] Giersiepen K, Lelgemann M, Stuhldreher N, Ronfani L, Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR; and the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis. Accuracy of Diagnostic Antibody Tests for Coeliac Disease in Children: Summary of an Evidence Report. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;54:229-241.***

Kommentar, zum Artikel:

Alarmierender Anstieg der Logopädiekosten in Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte müssen nach derzeitiger Rechtslage unter Umständen die Konsequenzen dafür tragen, dass inzwischen die Defizite der Kinder besser und früher erkannt werden, die notwendige Förderung aber zu spät oder gar nicht zustande kommt.
Viele Probleme im sprachlichen Bereich haben ihre Wurzeln in fehlender früher Sprachförderung. Oft haben schon die Eltern keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse und wenige Möglichkeiten, den deutschen Spracherwerb ihrer Kinder zu unterstützen.
Die Ursachen dieser Probleme liegen außerhalb unseres Einflussbereiches. Uns bleibt in vielen Fällen nur noch die Wahl, die entsprechenden Verordnungen zu schreiben oder offensichtliche Defizite zu ignorieren.
Die immer wieder mit großem Aufwand versuchte Abgrenzung medizinischer (Therapie auf Kosten der Krankenkassen) und pädagogischer (Förderung über Tageseinrichtungen auf Kosten des Trägers, bzw. aus öffentlichen Mitteln) Probleme ist dabei eigentlich irrelevant.
Die ungenügende Beherrschung der deutschen Sprache bei Schuleintritt ist auf jeden Fall ein von unserer Gesellschaft zu lösendes Problem, das ansonsten zu immensen Folgekosten führt.
Wir können es uns nicht weiter leisten, dass 27 % der 25- bis unter 35-jährigen aus Migrantenfamilien keinen beruflichen Ausbildungsabschluss hat gegenüber 7 % der Baden-Württemberger ohne Migrationshintergrund (Stand 2010, statistisches Landesamt)!
Die Gesellschaft muss endlich dazu kommen, diese Gesamtkosten zu betrachten und nicht die Kosten einzelner Beteiligter!
Möglich wäre dies zum Beispiel mit einem Pakt für frühe Bildung, bei dem sich Landesregierung, Träger und Krankenkassen zusammenschließen und gemeinsam an einem Strang ziehen und nicht mehr die Kosten hin und her schieben!
Wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte setzen uns auf verschiedenen Ebenen dafür ein, dass die Förderung verbessert wird. Mit früherer Förderung wären die gesamtgesellschaftlichen Kosten und die Folgen für die Psyche der Kinder geringer und die Ergebnisse besser. Wir begrüßen daher die Pläne der neuen Landesregierung, die verschiedenen Förderprogramme zusammenzulegen und eine gruppenbezogene Förderung mit Eintritt in den Kindergarten zu ermöglichen.
Eine naheliegende Lösung unseres Regressproblems wäre es, auch die Sprachtherapien unter 18 Jahren bei den Praxisbesonderheiten dem Filter 5 zuzuordnen (Heilmittelverordnungen, deren Verordnungskosten bei ordnungsgemäßer Indikationsstellung unabwendbar sind). Dies würde zu einem Direktabzug nach Überprüfung der Indikation führen.
Auf keinen Fall werden wir akzeptieren, dass Kolleginnen oder Kollegen für die Defizite der Förderung in Regress genommen werden. Bereits 2006 haben wir sowohl das Sozialministerium als auch das Kultusministerium auf die drohende Problematik aufmerksam gemacht (Briefe Rodens und Jansen), die uns jetzt zu überrollen droht.
Im Regressfall ist die Solidarität aller gefragt. Wir dürfen uns nicht auseinander dividieren lassen. Jeder Regress trifft alle und muss auch zu gemeinsamen Reaktionen führen.

Ihr

Thomas Jansen
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg
Flamingoweg 8
70378 Stuttgart-Neugereut
Tel.: 0711-953414-0
Fax.:0711-953414-53
kinderarzt.jansen@t-online.de

Heilmittelverordnungen

Entscheidend im Prüfverfahren: Praxisbesonderheiten in der Kinder- und Jugendarztpraxis

(genauer nachzulesen auf der KV-Webseite unter
Praxisalltag-Verordnungsmanagement-Heilmittel-Praxisbesonderheiten-Verordnungsforum 13)

Im Fall eines Prüfverfahrens wegen Überschreitung der Richtgröße um mehr als 15% werden zunächst die Verordnungen mit verschiedenen Filtern auf Praxisbesonderheiten überprüft. Für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte relevant sind vor allem:

Filter 4:
Indikationsschlüsseln, die diesem Filter zugeordnet sind, liegen Krankheiten zugrunde, deren Heilmittelbedarf unabwendbar ist. Die daraus resultierenden Heilmittelverordnungskosten gelten grundsätzlich als Praxisbesonderheit und werden ohne regelhafte Indikationsüberprüfung direkt abgezogen
AT3 / Störung der Atmung bei Mukoviszidose

Filter 5:
Indikationsschlüsseln, die diesem Filter zugeordnet sind, liegen Heilmittelverordnungen zugrunde, deren Verordnungskosten bei ordnungsgemäßer Indikationsstellung unabwendbar sind. Sie werden als Praxisbesonderheit anerkannt, da die Verordnungskosten die Richtgrößenwerte aufgrund der erforderlichen regelmäßigen Anwendung deutlich übersteigen. Ein vollständiger Direktabzug erfolgt jedoch erst nach regelhafter Überprüfung der Indikationsstellung.

ZN1 / ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks <18
EN1 / ZNS Erkrankungen und Entwicklungsstörungen <18
PS1 / Entwicklungsstörung (nur bei Diagnose Autismus)

Filter 6b:
Diesem Filter zugeordnete Indikationen werden nur dann als Praxisbesonderheit anerkannt, wenn die Morbidität der einzelnen Arztpraxis über dem Durchschnitt der Prüfgruppe liegt. Versorgt eine Praxis überdurchschnittlich viele Patienten mit den unter Filter 6 eingruppierten Erkrankungen, werden die Mehrkosten als Praxisbesonderheit anerkannt. Zur Berechnung der Mehrkosten werden die Durchschnittswerte der Verordnungen der Vergleichsgruppe ermittelt, die dann von den Gesamt-Verordnungskosten der Praxis abgezogen werden. Die Anerkennung der Praxisbesonderheiten erfolgt nach stichprobenhafter Überprüfung der Indikationsstellung.

SP1 / Störung der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung
SP2 / Störung der auditiven Wahrnehmung
SP3 / Störung der Artikulation
SP4 / Schwerhörigkeit

Liegt nach Abzug dieser Besonderheiten das Verordnungsvolumen zwischen 115% und 125%, so führt dies zu einer Beratung zur Wirtschaftlichkeit durch die KV. Bei Verordnungen über 125% der Richtgröße kommt es zu einem Regress. Beim ersten Regress muss nochmal beraten werden, beim nächsten folgt dann tatsächlich eine entsprechende finanzielle Forderung.
2009 waren 24 Kinder- und Jugendärzte zunächst auffällig, nach Überprüfung und Abzug der Praxisbesonderheiten (ZN1, EN1) hat keiner einen Regressbescheid bekommen.
Wenn wir erreichen, dass die logopädischen Therapien ebenfalls dem Filter 5 zugeordnet werden, wird es bei sorgfältiger, gut dokumentierter Indikationsstellung auch in Zukunft nicht zu Regressverfahren kommen.

Thomas Jansen

KinderhilfeBethlehem
im Deutschen Caritasverband e.V.

Rundbrief Nr. 5 | Bethlehem, 18. Feb. 2012

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schnee auf den Bergen von Hebron und Jerusalem durch einen verspäteten Wintereinbruch geben Zeit, endlich den Rundbrief fertig zu machen und auf die Reise zu schicken.Am meisten merkt man sonst den Winter in den Häusern, wo es meist keine Heizungen oder nur einen winzigen Gasofen für die ganze Wohnung gibt. Aber auch auf den Straßen,wo es glatt wird und viele Unfälle geschehen, weil sich die Menschen nicht auf andere Straßenverhältnisse einstellen. So ist diese Woche bei Jerusalem ein Schulbus verunglückt, bei dem 14 Kinder starben und bei Bethlehem starb ein weiterer 15-jähriger, der von einem Stein erschlagen wurde, der von einem schleudernden Lastwagen fiel.

Natürlich merkt man den Winter auch in der Klinik. Es gibt nach einer Rotavirusepidemie im Januar jetzt viele Luftwegserkrankungen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern, die dann auch schon mal Sauerstoff oder Beatmung brauchen. Auch unterkühlte Kinder mit 30° Körpertemperatur und dann entsprechender Cyanose kommen hier an. Wann hätte ich das mal in Deutschland erlebt? Daneben haben wir momentan ungewöhnlich viel schwerkranke Neugeborene mit komplexen Herzfehlern, Downsyndrome und metabolischen Erkrankungen. Leider merken wir bei letzteren Erkrankungen nun auch hier eine wirtschaftliche Rezession, denn die früher vom Perez Centre zur Verfügung gestellten Gelder für Diagnostik und Therapie bleiben seit Ende des letzten Jahres aus. Das Centre, das von Spenden lebt und diese verteilt, bekommt deutlich weniger Geld in den Topf.

Da bin ich doch sehr froh, dass ich Euch mitteilen kann, dass der Spendenstrom aus Baden-Württemberg, d. h. von Euch, bis zum 6.2.12 die tolle Summe von 3.475 EUR erreicht hat! Tausend Dank dafür, denn wir können es unter diesen Umständen wirklich gut gebrauchen. Als erstes bekommen wir davon ein neues EEG Ableitungssystem, dass wir technisch bessere EEGs schreiben können. Vom Rest besorgen wir für ein paar sehr schwierige Epilepsiekinder die teuren Antiepileptika aus Israel oder Europa. Wir sagen den Leuten auch, woher wir das Geld haben und sie freuen sich immer sehr über so viel Sympathie und Solidarität mit dem palästinensischen Volk. Also es kommt an und der Dank an Euch zurück!Dank auch an die Universitätskinderklinik Tübingen, die uns mit Medikamenten direkt unterstützt hat!

Im letzten Rundbrief hatte ich von der schwierigen Versorgung zweier Fälle von Status epilepticus berichtet. Leider ist das zweite Kind dann nach ein paar Tagen doch verstorben, ohne dass wir die Diagnose hätten sichern können. Auch das war an den finanziellen Möglichkeiten gescheitert. Es sah allerdings auch nach einer schweren metabolischen Erkrankung aus, was keine großen therapeutischen Chancen gelassen hätte.
Ein zweites Kind hat mich sehr berührt, ein Säugling von einigen Monaten, das an einem Walker-Warburg-Syndrom leidet. Das ist eine sehr schwere angeborene Kombination von Hirnmissbildung und Muskeldystrophie. Das Kind wurde von einer 17 jährigen Mutter „illegal“, d. h. außerehelich geboren und ging vermutlich aus einer innerfamiliären Verbindung hervor. Das Kind wird in einem Heim von argentinischen Schwestern liebevoll gepflegt. Was für Leid und Elend die junge Mutter erleben muss, wissen wir nicht.

Meine Wochenendunternehmungen führten mich einmal nach Arad im Negev. Arad ist seit dem 4. Jahrtausend v.C. besiedelt und stellte die südlichste kanaanitische Stadt vor der Einwanderung der Israeliten dar. Sie wurde schließlich von Josua eingenommen. Dort sieht man außer Stadtmauern und Toren auch noch die Reste eines jüdischen Tempels aus der Zeit Salomos, dem einzigen bekannten außerhalb Jerusalems.
Die ganze Fülle der historischen Zeugnisse erfährt man auch, wenn man das 715 gegründete Ramla mit seiner weißen Moschee oder Lod mit dem Grab des hl. Georg, das in den Resten einer Kreuzfahrerkirche und gleich kombiniert mit einer Moschee zu finden ist, besucht. Im gleichen Ort kann man auch eine riesige Zisterne vom Ausmaß einer unterirdischen Kirche mit Booten befahren. Sie wurde von Harun-al Raschid (766 – 809) gebaut, den „man“ aus „Tausendundeiner Nacht“ kennt.

Den letzten eindrucksvollen Trip habe ich am letzten Sonntag mit der Gruppe „Breaking the silence“ unternommen, einer Gruppe ehemaliger israelischer Soldaten, die es 2004 satt waren, ständig von ihren Politikern angelogen zu werden und ihr Schweigen brachen über das, was sie selbst an der Front erlebt haben. Sie führen nun Gruppen in die Gegenden, wo sie Dienst getan hatten und zeigen, wie Besatzung und Vertreibung der palästinensischen Bevölkerung wirkliches Ziel der israelischen Politik sind.Wenn Israelis selber zeigen, wie Menschenrechte mit Füßen getreten werden und in einigen (nicht allen!) jüdischen Siedlungen Radikale und Kriminelle „regieren“ ohne dass Polizei und Militär eingreifen, ist das schon beeindruckend, aber auch zutiefst berührend. Solche Leute machen Mut, dass sich auch eine z. T. verbissene, z. T. lethargische Gesellschaft eines Tages vielleicht doch noch ändert, immer nach dem Motto, dass sich nichts ändert, wenn man sich nicht selbst ändert.

Zum Schluss noch eine ganz frohe Botschaft: Hatte ich meinem letzten Rundbrief noch dazu aufgerufen, in meine Fußstapfen zu treten und die Neuropädiatrie in Bethlehem dauerhaft zu sichern, so scheint dies nun Realität zu werden. Eine palästinensische Kollegin ist eingeladen, in Italien die Ausbildung zu machen. Jetzt muss „nur“ noch die Zwischenzeit bis dahin ausgefüllt zu werden. Dazu ist die Stelle für zwei Jahre ausgeschrieben. Wen es interessiert: Die Ausschreibung gibt es unter www.ageh.org zu lesen. Sollte sich niemand finden, werden wir die Zeit in 3 monatigem Wechsel überbrücken können. Dazu sind zwei Kollegen bereit und vielleicht kann ich Euch im nächsten Rundbrief sogar schon die Namen nennen.

Ganz herzlich grüßt
Euer/Ihr Werner Deigendesch

Deutscher Caritas Verband
Konto-Nr. 00 79 26 755
BLZ 660 100 75
Verwendungszweck: 0196072-PädNetzS

(Bitte Spendenbescheinigungen zwecks besserer Zuteilung an die Geschäftsstelle faxen)

Rechtsfragen

Praxisverkauf – und was passiert mit dem Personal?

Bislang schien es so einfach: Beim Praxisverkauf wurden nicht nur die materiellen Wirtschaftsgüter und der „Goodwill“ auf den Praxisnachfolger übertragen. Meist gingen auch die laufenden Verträge (insbesondere Miet- und Leasingverträge, Kooperationsverträge und Arbeitsverträge) auf den Praxisnachfolger über. Gerade im Fall von Arbeitsverträgen konnte dies ungeahnte Folgen haben. Doch jetzt hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass nicht jeder Praxisverkauf automatisch mit der Übernahme des Personals verbunden ist.
Was ist zu beachten?

Der Grundsatz

Rechte und Pflichten beim Betriebsübergang sind in § 613a BGB geregelt. Darin heißt es:
„Geht ein Betrieb oder Betriebsteil durch Rechtsgeschäft auf einen anderen Inhaber über, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten aus den im Zeitpunkt des Übergangs bestehenden Arbeitsverhältnissen ein.
[…]
Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines Arbeitnehmers durch den bisherigen Arbeitsgeber oder durch den neuen Inhaber wegen des Übergangs eines Betriebs oder eines Betriebsteils ist unwirksam. Das Recht zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus anderen Gründen bleibt unberührt.
Der bisherige Arbeitgeber oder der neue Inhaber hat die von einem Übergang betroffenen Arbeitnehmer vor dem Übergang in Textform zu unterrichten über:

1. den Zeitpunkt oder den geplanten Zeitpunkt des Übergangs,
2. den Grund für den Übergang,
3. die rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Übergangs für die Arbeitnehmer und
4. die hinsichtlich der Arbeitnehmer in Aussicht genommenen Maßnahmen.

Der Arbeitnehmer kann dem Übergang des Arbeitsverhältnisses innerhalb eines Monats nach Zugang der Unterrichtung nach Absatz 5 schriftlich widersprechen. Der Widerspruch kann gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber oder dem neuen Inhaber erklärt werden.“

Die zitierte Vorschrift gilt für alle Arztpraxen und unabhängig davon, wieviele Arbeitnehmer dort beschäftigt werden. Die Vorschrift unterscheidet auch nicht danach, in welcher Funktion bzw. in welchem zeitlichen Umfang Personal beschäftigt wird. Angestellte Reinigungskräfte fallen deshalb ebenso darunter wie medizinische Fachkräfte oder gar angestellte Ärzte.
Deshalb spielt es auch keine Rolle, ob eine Mitarbeiterin zum Zeitpunkt des Praxisverkaufes aktiv in der Praxis tätig ist, oder sich beispielsweise im Mutterschutz / Erziehungsurlaub befindet. Auch die Verträge mit solchen Mitarbeiterinnen gehen auf den Praxisnachfolger über; mit der Folge, dass dann er der Mitarbeiterin die Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz ermöglichen muss.

Wann liegt ein Betriebsübergang vor?

Laut Bundesarbeitsgericht liegt ein Betriebsübergang nur dann vor, wenn ein neuer Rechtsträger die wirtschaftliche Einheit unter Wahrung ihrer Identität fortführt. Der Begriff „wirtschaftliche Einheit“ bezieht sich auf eine organisatorische Gesamtheit von Personen und Sachen zur auf Dauer angelegten Ausübung einer wirtschaftlichen Tätigkeit mit eigener Zielsetzung. Bei der

Prüfung, ob eine solche Einheit unter Wahrung ihrer Identität übergegangen ist, sind sämtliche Tatsachen zu berücksichtigen. Zu diesen zählen insbesondere

die Art des betreffenden Betriebs, der Übergang materieller Betriebsmittel sowie deren Wert und Bedeutung, die Übernahme der immateriellen Betriebsmittel und der vorhandenen Organisation, der Grad der Ähnlichkeit mit der Betriebstätigkeit des bisherigen Inhabers, die Weiterbeschäftigung der Hauptbelegschaft, der Übergang von Kundschaft und Lieferantenbeziehungen sowie die Dauer der eventuellen Unterbrechung der Betriebstätigkeit.

Der Betriebsübergang tritt dann mit dem Wechsel in der Person des Praxisinhabers ein; also mit dem Wechsel der Person, die für den Betrieb der übertragenen Einheit als Inhaber verantwortlich ist.

Fehlender Betriebsübergang

In dem durch das Bundesarbeitsgericht entschiedenen Fall wurden im Rahmen des Praxisverkaufs weder die Räume, noch die Geräte, noch das Praxispersonal übernommen. Die Praxis wurde von der Nachfolgerin vielmehr in anderen Räumen und mit anderem Personal weitergeführt. Letzlich übernahm die Nachfolgerin nur die Kassenzulassung und einige geringwertige Gegenstände aus der abzugebenden Arztpraxis – letzteres wohl vor allem vor dem Hintergrund, dass sonst offensichtlich ein unzulässiger Verkauf der bloßen vertragsärztlichen Zulassung vorgelegen hätte. Die „alten“ Praxisräume wurden kurz darauf veräußert und werden seitdem als Wohnung genutzt. Das Praxisinventar wurde zum Teil entsorgt und im Übrigen im Keller des Privathauses der Praxisverkäuferin gelagert. Dort werden auch die Patientenakten verwahrt. Der auf die Arztpraxis der Praxisverkäuferin zugelassene PKW wird durch diese nunmehr zu Privatzwecken genutzt. Nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts lag in diesem speziellen Fall deshalb kein Betriebsübergang vor.

Fazit

Ein Praxisverkauf, bei dem die Praxis durch den Nachfolger in den selben Räumen, mit derselben Ausstattung und – jedenfalls Teilen – des bisherigen Personals fortgeführt werden soll, wird regelmäßig einen Betriebsübergang gemäß § 613a BGB darstellen; mit der Folge, dass zunächst sämtliche Arbeitsverträge auf den Nachfolger übergehen.
Ist der Praxisverkauf jedoch mit der Einbringung in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder der Übertragung auf einen bereits zugelassenen Arzt verbunden, ohne dass sonst wesentliche Werte der bisherigen Praxis übernommen werden, dann liegt eher kein Betriebsübergang vor.

Letztlich lassen sich die einzelnen Praxisverkäufe „nicht über einen Kamm scheren“. Jeder Fall ist für sich zu beurteilen, wobei schon geringfügige Unterschiede bei den zu übertragenden Werten zu einer anderen rechtlichen Beurteilung führen können. Das vorgestellte Urteil des Bundesarbeitsgerichts hat daher erneut verdeutlicht, dass eine genaue Prüfung und fundierte Beratung sowohl für den Praxisverkäufer wie auch für potentielle Kaufer unerlässlich ist.

Mirja K. Trautmann,
Rechtsanwältin & Fachanwältin für Medizinrecht

Anwaltskanzlei Mirja K. Trautmann
Rechtsanwältin & Fachanwältin für Medizinrecht

Nauheimer Str. 67, 70372 Stuttgart, Tel. 0711/39110572, Fax 0711/39110573
www.anwaltskanzlei-trautmann.de, info@anwaltskanzlei-trautmann.de

Medizinprodukte

zum Artikel: PädNetzS – Handel über Internetplattform? (Heft 2011/5)

In diesem Artikel aus dem letzen Heft waren alle Mitglieder von PädNetzS aufgefordert, ihre Meinung zu Aufbau einer eigenen Internetplattform zum Handel von Medizinprodukten kund zu tun. Unter dem Link http://www.doodle.com/dui6ngk4sys6wpnb sollten Name und Praxisort eingegeben werden und zur Nutzungsbereitschaft einer solchen Internetplattform mit einem Häkchen bei entweder "ja" oder "teilweise" oder "nein" geantwortet werden. Leider nutzten diese Möglichkeit der Mitbestimmung nur 10 Kollegen, die aber alle positiv zu dieser Idee standen. Da so aber mangels Quorum keine Entscheidung pro oder contra getroffen werden kann, soll der Aufruf zur Teilnahme hier wiederholt werden. Die Frist wird hierfür bis zum 31.03. verlängert.

Ulrich Kuhn

Medizinprodukte

Neue Kooperation zwischen Mediwa und PädNetzS

Nach der überraschende Kündigung der Kooperation durch die Firma Wörner im Juli 2011 wurden Rasch Sondierungen und Gespräche mit verschiedenen Anbietern aufgenommen.

Jetzt konnte diese nun endlich mit der Einigung mit der Firma Mediwa aus Passau zu einem guten Abschluss gebracht werden. Ähnlich wie gewohnt, wird es auch von der Firma Mediwa eine Sonderpreisliste mit den am häufigsten bestellten Produkten für die Mitglieder der PädNetzS eG geben. Die Konditionen werden sich dabei – bei einem Anbieter, der sich neben den günstigen Preisen vor allem einen guten Service auf die Fahnen geschrieben hat – auf dem gewohnt günstigen Niveau bewegen. Diejenigen Mitglieder, die bereits dort Kunde sind, haben insbesondere den Serviceaspekt der Passauer als sehr positiv herausgestellt und sich im Namen ihrer Mitarbeiterinnen erfreut über die erzielte Einigung gezeigt.
Da der neue Katalog der Firma ohnehin in Bälde verschickt wird, kann dort für alle Mitglieder ein Sonderpreislisten-Bestellformular gleich beigelegt werden.
Sollten Sie jedoch vorher schon bestellen wollen oder müssen, finden Sie in Ihrem E-Mail-Postfach eine Nachricht mit den Sonderpreisen und den Kontaktdaten unserer Ansprechpartner in Passau.
Nutzen Sie die Möglichkeit. Gemeinschaft macht stark!

Ulrich Kuhn

MEDIWA
Schießstattweg 64 • 94032 Passau
Tel. 0851 50488-0 • Fax 0851 55520

PädNetzS

Unternehmensprofil

donat-electronic
Medizintechnik, bundesweit anerkannter Wartungsdienst

donat-electronic ist eine Medizintechnikfirma mit Sitz im sächsischen Lichtenau, das an der Autobahn A4 zwischen Chemnitz und Dresden liegt.

Sie wurde 1990 als Einzelunternehmen von Herrn Günter Donat als Audiometer-Wartungsdienst und Vertriebsfirma für Audiometer gegründet. Herr Günter Donat ist Diplom-Ingenieur für Physik/elektronische Bauelemente und gelernter Elektromechaniker im medizinischen Gerätebau.

Kerngeschäft sind bundesweite Messtechnische Kontrollen an Audiometern in den Bereichen Kinderärzte, Gesundheitsämter, Arbeitsmedizinische Dienste, Kliniken und Hörgeräte-Akustiker, die zu Beginn im Auftrag der Eichämter mit Wartungssiegel R-05 und seit 1994 mit Änderung des Eichgesetzes als Messtechnische Kontrollen (MTK) durchgeführt werden.

1995 nahm Frau Christina Alker ihre Tätigkeit in der Firma auf. Sie ist Diplom-Betriebswirtin VWA und für die Büroorganisation, Auftragsabwicklung sowie den Kundenkontakt im Innendienst zuständig.

Nach Studienabschluss traten beide Söhne, Karsten Donat, Diplom-Informatiker/Medizin und Michael Donat, Diplom-Kaufmann, in die Firma ein. Beide sind mit der Firma aufgewachsen und haben sowohl in der Schulzeit als auch während des Studiums mitgearbeitet. Sie werden das Unternehmen weiterführen.

Durch ständige Weiterbildungen und Schulungen der Hersteller sind wir für namhafte Firmen autorisierte Service- und Vertriebspartner.

Neben den Audiometerwartungen führt donat-electronic bundesweit in ca. 450 Kliniken und zahlreichen Arztpraxen Service und Vertriebsleistungen durch.

Unser Angebot für alle PädNetz-Mitglieder:

Jeden Freitag werden bei donat-electronic die gesetzlich vorgeschriebenen Messtechnischen Kontrollen an Screening-Audiometern durchgeführt. Am gleichen Tag gehen die geprüften Geräte über ups an die Praxen zurück.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die Geräte vom Kunden per Paketdienst abgeholt und Anfang der nächsten Woche wieder zurückgebracht werden.

Preise:

MTK -Audiometer / Luftleitung	75,-	€
MTK- Audiometer / Luft- und Knochenleitung abzügl. 10% PädNetz-Mitglieder Rabatt	85,-	€
Kosten für Rücktransport ups	12,50	€
Kosten für Abholung + Rücktransport ups	25,-	€

Alle Preise gelten zuzüglich der gesetzl. Mehrwertsteuer.

donat-electronic

Günter Donat

Christina Alker

Michael Donat

Carsten Donat

Einkauf

Sonographiegeräte und das Jahr 2013

Jetzt wird es aktuell: Da Die Änderung der Sonographievereinbarung viele Geräte aussondert (wir berichteten), gilt es noch 2012 zu handeln.
Für eine gemeinsame Einkaufsaktion schlagen wir folgenden Fahrplan vor:

Im April- und Juliheft stellen wir passende Ultraschallgeräte für Ihre Bedürfnisse vor.
Im Juli findet ein gemeinsamer Testtag an einem Samstag statt. Ort und Zeit werden im Aprilheft bekannt gegeben.
Bis Oktober läuft die Sammlung der Bestellungen.
Am 1. November erfolgt die Bestellung

Sollten Sie abweichende Wünsche haben, können wir uns gerne über eine Möglichkeit, diese zu berücksichtigen, unterhalten.

Ulrich Kuhn

News

Wechsel an der Spitze

Zum 23. Januar 2012 wechselte der Vorstandsvorsitz der PädNetzS eG von Herrn Dr. Rudolf von Butler auf seinen bisherigen Stellvertreter Ulrich Kuhn.

Damit folgten die Gremien einem Wunsch von Herrn von Butler, der zwar im Vorstand bleibt, sich aber – zumindest für eine gewisse Zeit – aus privaten Gründen von der Belastung der Spitzenposition der Genossenschaft zurückziehen möchte.

Wir danken Herrn von Butler für die hervorragende Arbeit der letzten Jahre als Vorstandsvorsitzender – und vielleicht auf ein Neues in einigen Monaten!?

Ulrich Kuhn

Rudolf von Butler

Ulrich Kuhn

PädNetzS

Schulungen

Schulung	Alter	Team	Plätze	Termine
Adipositasschulung	Nach Bedarf	Dr. Kauth, Ludwigsburg	Bitte erfragen	Ganzjährig fortlaufend
Adipositasschulung Obeldicks	8–15 Jahre	Team Dr. Fehr Sinsheim/Heidelberg	Bitte erfragen	Ganzjährig fortlaufend
Kopfschmerzschulung/ Autogenes Training	Nach Bedarf	Dr. Jacobi, Stuttgart	Bitte erfragen	Ganzjährig fortlaufend
Entspannungstherapie/ Autogenes Training	Nach Bedarf	Antje Wittig Kirchheim/Stuttgart	Bitte erfragen	Bitte erfragen
FEBRUAR 2012				
Asthmaschulung	auf Anfrage	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	17.02. – 19.02.12
MÄRZ 2012				
Asthmaschulung	8 – 12 Jahre	Albwind Team Kirchheim	auf Anfrage	09.03. + 10.03.12 23.03. + 24.03.12
Asthmaschulung	11–12 Jahre	Team Dr. Dolderer	auf Anfrage	16.03. – 18.03.12
Asthmaschulung	9 – 12 Jahre	Team Dr. Heitz, Korntal	3 freie Plätze	23./24.03. + 20.04.12
Neurodermitisschulung	Elternseminar	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	01.03. – 19.04.12
APRIL 2012				
Asthmaschulung	5 – 8 Jahre	Team Dr. Friesinger	auf Anfrage	20./21.04 + 11./12.05.12
Asthmaschulung	5 – 7 Jahre	Albwind TeamKirchheim	auf Anfrage	27.04. + 28.04.12
Asthmaschulung	auf Anfrage	Luftikurs Rems Murr	auf Anfrage	auf Anfrage
Asthmaschulung	auf Anfrage	Windrädle, Reutlingen	auf Anfrage	auf Anfrage
Asthmaschulung	auf Anfrage	AIR Heilbronn	auf Anfrage	auf Anfrage
MAI 2012				
Asthmaschulung	5 – 7 Jahre	Albwind Team, Kirchheim	auf Anfrage	11.05. + 12.05.12
Asthmaschulung	nach Bedarf	Luftikurs Rems Murr	auf Anfrage	auf Anfrage
Asthmaschulung	auf Anfrage	Windrädle, Reutlingen	auf Anfrage	auf Anfrage
Asthmaschulung	auf Anfrage	AIR Heilbronn	auf Anfrage	auf Anfrage

>>

Schulungen (Fortsetzung)

JUNI 2012				
Neurodermitisschulung	Elternseminar	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	14.06. – 19.07.12
Asthmaschulung	auf Anfrage	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	15.06. – 17.06.12
SEPTEMBER 2012				
Asthmaschulung	auf Anfrage	Team Dr. Heitz, Korntal	auf Anfrage	28./29.09. + 19.10.12
OKTOBER 2012				
Neurodermitisschulung	Elternseminar	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	11.10. – 22.11.12
NOVEMBER 2012				
Asthmaschulung	9 – 11 Jahre	Team Dr. Friesinger	auf Anfrage	09./10.11 + 23./24.11.12
Asthmaschulung	auf Anfrage	Luftikurs Stuttgart e.V.	auf Anfrage	Termin angedacht

Wenn Sie Patienten für die o.g. Schulungen anmelden möchten, schicken Sie uns bitte die Schulungspatientenanmeldung, die Sie über unsere Geschäftsstelle beziehen können, mit den Kontaktdaten der Familie an folgende Faxnummer: 07000- 7233 329 oder nehmen Sie telefonisch Kontakt mit dem PädNetzS eG Büro unter Tel.:0700- 7233 63897 auf. Außerdem kann das PädNetzs eG Büro Asthma- und Neurodermitistrainer vermitteln, sollte in dendiv. Teams jemand ausfallen. Bitte auch hierzu Kontakt mit dem PädNetzS eG Büro unter o.g. Telefonnummer aufnehmen.

Termine

(siehe auch Terminkalender im PädNetzS Ordner in Pädinform)

15.03.2012, 20:00 Uhr	Enterale Ernährung im Kindes- und Jugendalter, PD Dr. med. Söhnke Dammann, Hörsaal des Klinikums Ludwigsburg
26.03.2012, 20:00 Uhr	Arbeitskreis PR, Gastgeberin Frau Dr. Reiter
12.05.2012	Warter Symposium
16.06.2012, ab 10:00 Uhr	Generalversammlung, PädNetzS eG, IHK Karlsruhe, Gastredner voraussichtlich Dr. Martin Lang, Augsburg, zu Chancen und Perspektiven der Pädiatrie im Gesundheitswesen

Weiterhin besteht die Möglichkeit einer Pädinform-Schulung - wenn sich mehrere KollegInnen zusammenschließen, kann ein Seminar angeboten werden. Außerdem kann für MFAs eine Schulung durch eine zertifizierte Asthmatrainerin zur Vermittlung von Inhalationsmethoden an Patienten organisiert werden (beides über PädNetzS-Büro).

Weitere Termine und vor allem Fortbildungen aus unserem Kreis finden Sie auch unter www.paednetz-s.de sowie im Kalender in Pädinform. Wer eine Fortbildung dort veröffentlichen möchte, bitte Daten per Email an: oharney@web.de

April 2012: Nächste Ausgabe PädNetzS Info

Liebe kinder-und jugendärztliche Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg,

für die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erforderlichen 30 Stunden patientenorientierte Selbsterfahrung biete ich Ihnen Kurse an Wochenenden an. Ich bin Moderatorin und Supervisorin und von der KV zur Leitung dieser Gruppen anerkannt.

Bitte melden Sie sich bei mir unter info@dr.gudrun-jacobi.de oder schriftlich oder telefonisch mit vollem Namen und Adresse an.

Dr.med. Gudrun Jacobi
FÄ Kinder-und Jugendmedizin. Neuropädiatrie. Psychotherapie.

Wiederholdstr. 24
70174 Stuttgart
Tel 0711 290350
Fax 0711 2263148

Unsere Kooperationspartner

Laborleistungen:

Labor Enders & Partner
Rosenbergstraße 85
70193 Stuttgart
Deutschland
Tel.: +49 (0)711 6357-0
Fax: +49 (0)711 6357-202
Email info@labor-enders.de

unsere Ansprechpartner zusätzlich:
Organisatorisches:
Herr Schneider, +49(0)711 6357-230
Email: schneider@labor-enders.de

Fachliches:
Herr Dr.Enders, +49 (0)711 6357-117
Email: menders@labor-enders.de
Herr Dr.Tewald, +49 (0)711 6357-119
Email: tewald@labor-enders.de

Medizinprodukte:

a1.direkt – ein Geschäftsbereich
der A1-VersandApotheke
Ludwig-Erhard-Str. 15
64653 Lorsch
Tel: +49 (0)6251 707 10-0
Fax: +49 (0)6251 707 10-11

Unsere Ansprechpartner zusätzlich:
Bestellung/Lieferung: Christian Brenner,
freecall 0800 / 707 10 01
Email: bestellung@a1-direkt.de

Spezielle Fragen: Sandra Krämer,
freecall 0800 / 707 10 01
Email: sandra.kraemer@a1-direkt.de

Medizinprodukte:

PxD Praxis Discount GmbH
Oeseder Str. 106
D-49124 Georgsmarienhütte
Tel.: +49 (0) 5401 - 8357-0
Fax: +49 (0) 800 - 600 66 33
www.praxis-discount.de

Unser Ansprechpartner:
Silvia Hanske
Teamleitung Verkauf
Tel.: +49 (0)5401 8357 - 233
Fax: +49 (0)5401 8357 - 237
Email: silvia.hanske@praxis-discount.de

Mediwa
Schießstattweg 64
94032 Passau
Tel. 0851 50488-0
Fax 0851 55520

Unsere Ansprechpartner:
Gerhard Schubert
+49 (0)851 50488-10

Hans Huber
+49 (0)851 50488-12

Nicole Molnar
+49 (0)851 50488-16

EMail: info@mediwa.de
Internet: www.mediwa.de

Versicherungen (und viele andere Dienstleistungen):

Ärzte Service GmbH GNS
Hopfenhausstraße 2
89584 Ehingen
Tel.: +49 (0)7391 586 - 5457
Fax: +49 (0)7391 586 - 5451
Email: service@gnsued.de

Unsere Ansprechpartner
für Versicherungen:
Frau Angelika Stültgens
Tel.: +49 (0)7391 586 5396
Fax :+49 (0)7391 586 5451
Email: a.stueltgens@gnsued.de

Außendienst:
Herr Wilfried Maier, Dipl. Kaufmann
Mozartstrasse 29
89616 Rottenacker
Tel.: +49 (0)7393 9522580
Mobil:+49 (0)160 95991088
Fax: +49 (0)7393 9522581
w.maier@gnsued.de

Herr Schweikert, Dipl.Ing. (FH)
Am Silberberg 21
89616 Rottenacker
Tel.: +49 (0)7393 917495
Mobil: +49 (0)170 1871322
Fax: +49 (0)7393 917496
Email: w.schweikert@gnsued.de

>>

Unsere Kooperationspartner

Wartung und Reparatur von Hörtestgeräten:

donat-electronic
MEDIZINTECHNIK
bundesweit anerkannter
Wartungsdienst

Donat-Electronic
Obere Hauptstraße 70
09244 Lichtenau
Deutschland
Tel: +49(0) 37208 4466
Fax: +49(0) 37208 4468
eMail info@donat-electronic.de

Lungenfunktionsgeräte:

nSpire
INSPIRING RESPIRATORY HEALTH

nSpire Health GmbH
Schlimpfhofer Str. 14
97723 Oberthulba

Unser Ansprechpartner:
Heike Stöth
Vertrieb Deutschland
Tel: +49 (0) 9736 8181-30
Fax: +49 (0) 9736 8181-25
eMail hstoeth@nspirehealth.com

Sonographie:

sonoTREND
Sonographiesysteme, Medizintechnik

Sonotrend
Julius Hölder Straße 30
D-70597 Stuttgart (Degerloch)
Tel.: +49 (0) 711 32 75 63 93
Fax: +49 (0) 711 32 75 63 95
sonotrend@t-online.de

Unser Ansprechpartner:
Dipl.-Ing. Hansjörg Kiedaisch

Eventuell notwendige oder arbeitserleichternde Formulare sind für Genossenschaftsmitglieder in Pädinform im Bereich Paednetz_SeG im Ordner Materialien zu finden.

PädNetzS

Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG)

PädNetzS eG

Genossenschaft der
fachärztlichen Versorgung von Kindern
und Jugendlichen

Lenzhalde 96
70192 Stuttgart

Tel.: 0700 – p a e d n e t z s
(7) (2) (3) (3) (6) (3) (8) (9) (7)
Fax: 07000 – p a e d f a x
(7) (2) (3) (3) (3) (2) (9)
Email: info@paednetz-s.de
www.paednetz-s.de

Name, Vorname, Titel: _____

Adresse privat: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse geschäftlich: _____

Telefon/Fax privat: _____

E-Mail privat: _____

Telefon/Fax geschäftl.: _____

E-Mail geschäftlich: _____

PädInform: ☐ ja ☐ nein

☐ Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zu der Genossenschaft.
Eine Abschrift der Satzung in der gegenwärtig geltenden Fassung habe ich erhalten.

☐ Ich erkläre, dass ich mich mit weiteren _____, also insgesamt mit
_____ Geschäftsanteilen, bei der Genossenschaft beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den/die Geschäftsanteil(e) zu leisten und die zur Befriedigung der Gläubiger erforderlichen Nachschüsse bis zu der in der Satzung bestimmten Haftsumme zu zahlen.

☐ Ich ermächtige die Genossenschaft, einmalig _____ EUR
die nach Gesetz und Satzung fälligen Einzahlungen dem

Konto: _____ Bank: _____

BLZ _____ zu belasten.

Ort, Datum	Beitretender/Mitglied	Kontoinhaber[1)]

[1)] Nur wenn Kontoinhaber der Lastschrift abweicht vom Mitglied.

Eintragung
Registergericht Stuttgart
GnR 720013

USt.-IdNr.
DE265185383

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- &
Ärztebank eG Düsseldorf
BLZ 300 606 01
Konto Nr.: 735 46 65

Aufsichtsrat
Dr. Heinz Schlicker
(Vorsitzender)

Vorstand
Dr. Rudolf von Butler
(Vorsitzender)
Dr. Ralph Alexander Gaukler
Dr. Thomas Kauth
Ulrich Kuhn

PädNetzS

Maßstäbe setzen.

PädNetzS will die medizinisch-professionelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen unterstützen und sichern.

Im PädNetzS haben sich Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderchirurgen Baden-Württembergs in Form einer Genossenschaft organisiert.

PädNetzS e.G.
Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen

Lenzhalde 96, 70192 Stuttgart
Tel.: 0700-7233 63897, Fax: 07000-7233 329
info@paednetz-s.de, www.paednetz-s.de