

# Jahresbericht 2002: Neugeborenen-Screening in der Schweiz

## 1. Zahl der in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein routinemässig untersuchten Neugeborenen:

Art der Untersuchung	2002	Total 1965–2002
Phenylalanin (Guthrie)	74 787	2 835 534
Gal-1-P Uridyltransferase (Beutler & Baluda)	74 787	2 741 766
Galaktose (Paigen; Guthrie)	36 521	1 381 774
Galaktose (Weidemann)	38 266	1 220 950
Thyreoideastimulierendes Hormon (DELFLIA)	74 787	2 057 094
Biotinidase (Wolf)	74 787	1 321 730
AGS (DELFLIA)	74 787	898 067

## 2. Zahl der gefundenen und identifizierten Fälle:

Art der Untersuchung	2002	Total 1965–2002
Phenylketonurie	4	154
Andere Hyperphenylalaninämien*)	4	191
Gal-1-P Uridyltransferasemangel	totaler	48
	partieller	489
Galaktokinase-mangel	–	2
UDP-Gal-4-Epimerasemangel	–	18
Primäre Hypothyreose	16	572
Biotinidasemangel	totaler	18
	partieller	22
Adrenogenitales Syndrom	6	109

\*) behandlungsbedürftig oder nicht

## Anleitung zur Blutentnahme für den Guthrie-Test:

Siehe: <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n4/iguthrie-ge.htm>

*Unsere Bitten:*

1. Alle Kreise mit Blut betropfen! (ohne Zuhilfenahme von Kapillaren).
2. Alle auf der Karte gewünschten Angaben über das Kind eintragen, auch das Geschlecht! Namen in Druckbuchstaben schreiben.
3. Nur getrocknete (2–3 Std. an der Luft) Testkarten verpacken!
4. «Am 4. Lebenstag» heisst: älter als 72 Std., jünger als 96 Std.  
Der Test kann natürlich auch am Nachmittag entnommen werden.
5. Tests noch am gleichen Tag verschicken.

*Kontamination mit Galaktose:*

Achten Sie darauf, dass die Testkarte nicht mit Milch oder Laktosepulver zur Nabelpflege oder Desinfektionsmittel in Berührung kommt.

*Und noch etwas:*

Der «Clinitest» gerät zunehmend in Vergessenheit und dabei wäre er bei Verdacht auf Galaktosämie eine grosse Hilfe. Bitte sorgen Sie für Nachschub, auch wenn Ihr Apotheker behauptet, es gäbe dieses Produkt nicht mehr.

Christoph Niederhauser, Bern  
Beat Steinmann, Zürich

**Adresse der Autoren:**

Dr. phil. Christoph Niederhauser  
Blutspendedienst SRK  
Murtenstrasse 133  
3008 Bern  
Tel. 031 384 23 23

Prof. Dr. med. Beat Steinmann  
Abteilung für Stoffwechsel  
und Molekulare Pädiatrie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich  
Tel. 01 266 71 11

# Rapport annuel 2002: Dépistage des maladies héréditaires chez les nouveau-nés en Suisse

## 1. Nombre de nouveau-nés examinés en routine en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein:

Genre d'analyses	2002	Total 1965-2002
Phénylalanine (Guthrie)	74 787	2 835 534
Gal-1-P Uridyltransférase (Beutler & Baluda)	74 787	2 741 766
Galactose (Paigen; Guthrie)	36 521	1 381 774
Galactose (Weidemann)	38 266	1 220 950
Thyroïde-stimulating hormone (DELFLIA)	74 787	2 057 094
Biotinidase (Wolf)	74 787	1 321 730
17OH-Progestérone (DELFLIA)	74 787	898 067

## 2. Cas décelés et identifiés:

Genre d'analyses	2002	Total 1965-2002
Phénylcétonurie	4	154
Hyperphénylalaninémies légères*)	4	191
Déficiency du gal-1P-uridylyltransférase	totale	–
	partielle	6
Déficiency du galactokinase	–	2
Déficiency de l'UDP-gal-4-épipimérase	–	18
Hypothyroïdisme primaire	16	572
Déficiency du biotinidase	totale	1
	partielle	–
Hyperplasie surrénale congénitale	6	109

\*) traités ou non traités

## 2. Directives pour le prélèvement du sang pour le test de Guthrie:

voir: <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n4/iguthrie-fr.htm>

### Nos désirs:

1. remplir tous les cercles de la carte d'échantillonnage avec du sang (ne pas utiliser de capillaires).
2. compléter toutes les indications demandées (y inclus le sexe!) à propos de l'enfant; veuillez écrire en caractères d'imprimerie.
3. n'emballer que des cartes séchées (2-3 heures) et les insérer dans l'enveloppe de cellophane (les gouttes de sang en premier).
4. «le 4<sup>ème</sup> jour de vie» signifie: âgé de plus de 72 h, de moins de 96 h; le prélèvement peut donc aussi être effectué l'après-midi.
5. expédier les cartes le même jour.

### Contamination avec du galactose:

Nous vous prions de faire attention et d'éviter tout contact de la carte d'échantillonnage avec du lait ou de la poudre de lactose utilisés pour soigner l'ombilic.

### En outre:

Le «Clinitest» qui se révèle très utile en cas de soupçon d'une galactosémie risque de tomber dans l'oubli. Nous vous prions de veiller à un approvisionnement approprié, même si votre pharmacien prétend que ce produit n'existe plus.

Christoph Niederhauser, Berne  
Beat Steinmann, Zurich

### Adresse des auteurs:

Dr phil. Christoph Niederhauser  
Blutspendedienst SRK  
Murtenstrasse 133  
3008 Bern  
Tél. 031 384 23 23

Prof. Dr med. Beat Steinmann  
Abteilung für Stoffwechsel  
und Molekulare Pädiatrie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zurich  
Tél. 01 266 71 11

## Rapporto annuale 2002: Depistaggio delle malattie ereditarie nei neonati in Svizzera

### 1. Numero di neonati esaminati di routine in Svizzera e nel principato del Liechtenstein:

Genere d'analisi	2002	Totale 1965-2002
Fenilalanina (Guthrie)	74 787	2 835 534
Gal-1-P Uridiltransferasi (Beutler & Baluda)	74 787	2 741 766
Galattosio (Paigen; Guthrie)	36 521	1 381 774
Galattosio (Weidemann)	38 266	1 220 950
Thyreoidea-stimulating hormone (DELFLIA)	74 787	2 057 094
Biotinidasi (Wolf)	74 787	1 321 730
17OH-Progesterone (DELFLIA)	74 787	898 067

### 2. Casi trovati ed identificati:

Genere d'analisi	2002	Totale 1965-2002
Fenilchetonuria	4	154
altre iperfenilalaninemie*)	4	191
Deficienza del gal-1P-uridiltransferasi	totale	48
	parziale	489
Deficienza della galattochinasi	-	2
Deficienza dell'UDP-gal-4-epimerasi	-	18
Ipotireosi primaria	16	572
Deficienza della biotinidasi	totale	18
	parziale	22
Iperplasia surrenale congenita	6	109

\*) trattati o non trattati

**Direttive sui prelievi di sangue per il test di Guthrie:** vedansi istruzioni particolareggiate: <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n4/iguthrie-ge.htm>

- Nostri desideri:
1. Riempire tutti i cerchi sulla carta con del sangue (senza l'aiuto di capillari).
  2. Completare tutte le indicazioni richieste a proposito del neonato (compreso il sesso!); vogliate scrivere in stampatello.
  3. Inserire le carte asciutte (2-3 ore all'aria) nella busta di cellophane con le gocce di sangue in avanti.
  4. «Il quarto giorno di vita» significa: più di 72 ore di vita, meno di 96 ore; il prelievo può essere fatto anche di pomeriggio.
  5. Spedire le carte il giorno stesso del prelievo.

*Contaminazione con il galattosio:* Vi preghiamo di evitare il contatto della carta di test con il latte o la cipria di lattosio utilizzati per la cura dell'ombelico.

*Inoltre* Il «Clinitest» che in caso di sospettata galattosemia si rivela di grande aiuto sta purtroppo cadendo in disuso. Noi Vi preghiamo di voler provvedere al suo approvvigionamento anche quando il Vostro farmacista sostiene che il prodotto non sia più reperibile.

Christoph Niederhauser, Berna  
Beat Steinmann, Zurigo

#### **Indirizzi degli autori:**

Dr. phil. Christoph Niederhauser  
Blutspendedienst SRK  
Murtenstrasse 133  
3008 Bern  
Tel. 031 384 23 23

Prof. Dr. med. Beat Steinmann  
Abteilung für Stoffwechsel  
und Molekulare Pädiatrie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich  
Tel. 01 266 71 11

## Intervention précoce dans le bégaiement de l'enfant

Vous trouverez dans ce numéro de Paediatrica, un dépliant sur le thème du diagnostic et de l'approche thérapeutique du bégaiement chez l'enfant.

Ce dépliant a été élaboré par les logopédistes de la Suisse Romande (Association romande des logopédistes diplômées) et reprend un message diffusé en France et dans les pays francophones. L'Association Parole-Bégaiement, à Paris, constitue un centre de référence dans ce domaine (<http://www.begaiement.org>).

Le pédiatre doit répondre au mieux aux parents inquiets en face d'un trouble de langage chez leur enfant. S'il est plus facile d'évaluer et de donner les conseils adéquats dans la situation d'un retard de parole ou d'un trouble d'élocution, il est évident que le bilan d'un bégaiement, nécessite une évaluation par un logopédiste diplômé, ou un autre spécialiste dans ce domaine, ceci autant pour le bilan initial que pour les conseils suivis aux parents et/ou un traitement de l'enfant.

Ce document est destiné aux parents. Il se veut un résumé très succinct de l'approche diagnostique et thérapeutique. Si bon nombre de situations ne nécessitent aucun traitement régulier ou intensif, ils requièrent cependant un bon bilan, des conseils et un accompagnement pour les membres de la famille et certainement pour les enseignants.

Cette approche est préconisée depuis plusieurs années dans les pays francophones avec de bons résultats; les logopédistes diplômées sont à même d'évaluer et de

traiter ces troubles. Elles proposent un bilan précoce et dans certaines situations une intervention courte dans un but de prévention, alors qu'il faut un traitement sans retard pour les enfants qui en ont besoin.

Jean-Pierre Marcoz, Sion

**Correspondance:**

Dr J.-P. Marcoz  
Neuropédiatre FMH  
Rue de Lausanne 20  
1950 Sion  
[jean-pierre.marcoz@admin.vs.ch](mailto:jean-pierre.marcoz@admin.vs.ch)

## Des dents de lait saines

Réunion d'un groupe de travail à Berne le 12 décembre 2002

En Suisse les dents de la première dentition sont très souvent négligées et presque toujours pas ou mal soignées. Alarmée par cette négligence, la présidente de l'Association Suisse de Pédiodontie (ASP), Mme T. Leisebach, a pris l'initiative de réunir un groupe multidisciplinaire de réflexion. En dehors de l'ASP et de la Société Suisse de Pédiatrie (représentée par Marie-Pia Gianinazi et moi-même) il y avait à Berne le 12 décembre 2002 des puéricultrices et des dentistes de sensibilités diverses: médecine dentaire scolaire, préventive, réparatrice...

Il n'existe aucune étude suisse sur l'état de la première dentition. La clinique dentaire scolaire de Winterthur (Mme T. Leisebach, directrice) a étudié en 2001 des enfants de 5 ans. 21% d'entre eux ont 5 dents ou plus de 5 dents cariées... et

ce chiffre monte à 65% pour les enfants originaires d'ex-Yougoslavie!

La ville de Bâle conduit depuis quelques temps un projet pilote de prévention sous la direction de P. Minnig, directeur de la clinique dentaire scolaire de la ville. Dès la naissance de l'enfant et à chaque visite chez son pédiatre, des conseils de prévention sont donnés et du matériel de soins dentaires remis aux parents (anneau dentaire puis brosse à dents par exemple...). Une visite gratuite chez un dentiste est offerte à l'enfant à l'âge de 2 ans. Ce projet est très prometteur et les pédiatres et les dentistes balois y participent massivement et avec enthousiasme.

Les personnes présentes ont décidé de continuer leur réflexion, dans le but d'élaborer et de proposer d'ici à l'automne 2004 un projet national de prévention des caries

de la première dentition. Ce projet devrait être simple et bon marché. Il devrait être accepté et appliqué par les pédiatres, les médecins généralistes, les médecins-dentistes, les puéricultrices...

Permettez-moi d'ajouter à titre personnel que ce projet est le bienvenu. Un dentiste canadien de ma connaissance m'a dit un jour son inquiétude devant l'état catastrophique des dents des enfants suisses d'âge préscolaire. Il pense que la Suisse a 20 ans de retard sur le Canada dans le domaine de la prévention.

Il est important que nous participions tous à la mise en place d'une stratégie de protection des dents de nos petits patients!

Charles-André Steiner, Moutier

## Arbeitsgruppe «Gesunde Milchzähne»

Zusammenfassung der ersten Sitzung

vom 12.12.2002 im Hotel Schweizerhof, Bern, zwischen an Kinderzahnmedizin interessierten Zahnärzten und 2 Vertretern der SGP

Die Arbeitsgruppe «Gesunde Milchzähne» hat sich zum ersten Mal am 12.12.2002 in Bern getroffen.

Einige an Kinderzahnmedizin interessierte Zahnärzte und 2 Vertreter der SGP (Maria-Pia Gianinazzi, Lugano, und Charles-André Steiner, Moutier) haben eingehend über diese interessante Problematik diskutiert und sind zum Schluss gekommen, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Pädiatern und an Kindern interessierten Zahnärzten sehr zu wünschen wäre, damit eine **echte Kariesprävention** gemacht werden

kann, um die Zahnkaries bei **5-jährigen Kindern drastisch zu reduzieren**.

Den Pädiatern wäre die Aufgabe zugeteilt, die Eltern über das Problem zu sensibilisieren, die Kariesrisikosituationen den Eltern bekannt zu machen und die Mundhygiene ab Ausbruch der ersten Milchzähne wärmstens zu empfehlen.

Die Zahnärzte würden die Verantwortung für gesunde Milchzähne ab dem Alter von 2 Jahren übernehmen.

Zu diesem Zweck haben sich die Pädiater bereit erklärt, sich durch die Kollegen Zahnärzte über Probleme der Kinderzahnmedizin fortbilden zu lassen; die Zahnärzte ihrerseits haben eine Petition an Herrn Bundesrat Couchepin unterschreiben lassen (Zahnärztekongress vom 23. Januar 2003 in Bern), um **Kinderzahnmedizin als Spezialisierung der Zahnmedizin** anzuerkennen.

### Ausgangslage

Kinder mit **Milchzahnkaries** haben eine **höhere Wahrscheinlichkeit** für Karies im Dauergebiss.

**Primär wichtigste Zielgruppe für Karies-Prävention sind Kinder von 1–3 Jahren**

1. Erfassen der Kinder in dieser Altersgruppe
2. Identifizierung von Risikogruppen
3. Kooperation
4. Kosten-Nutzen-Analyse (evidence based medicine)

**Kariesrisiko**

- Ernährung und Mundhygiene-gewohnheiten
- Sichtbare Plaque
- Zuckerhaltige Nachtgetränke
- Frequenz von zuckerhaltiger Nahrung
- Familiäre Lebenskrisen
- Kinder aus Immigrationsfamilien
- Muttermilch nach dem 1. Lebensjahr
- Mundhygiene und Fluoride im 1. Lebensjahr

**Prävalenz der Frühkaries**

	2 Jahre	3 Jahre	
Schweden	8%	28%	der Kinder
USA	1–6%	85%	der Kinder

Für die Schweiz existieren bisher keine konkreten Zahlen.

**Decayed, Missing, and Filled permanent tooth Surfaces (DMFS) – Index – zur Beurteilung der Karies**

		Alle	CH-Ki	Ex Jugo-Ki
DMFS	> 0	45%	38%	87%
DMFS	> 5	21%	15%	65%

80% der kaputten Zähne sind bei 5-Jährigen **nicht** geflickt!

Kleinkinderkaries muss ab dem 6. Lebensmonat angegangen werden!

Karies = infektiöser Prozess → Demineralisation → Entkalkung → Erweichung (Miller 1889!).

**Bakterien**

- Streptococcus mutans = Initiator der Kariessituation. Dazu Influenz v.: Ökologie; Virulenz.
- **Höhere Zuckerfrequenz** → mehr Bakterieneinlagerung in den Biofilm. Also: Zuckerfrequenz spielt eine sehr grosse Rolle!

Aus den gehaltenen Referaten hat sich eine klare Meinung herauskristallisiert. Beschlossen wurde, das **Basler Modell** (siehe

nachfolgende Tabelle), als Ausgangslage in Betracht zu ziehen.

Um diese wichtigen Ziele zu realisieren, haben die Mitglieder der Kommission beschlossen, **sich am 11.6.2003 in Luzern erneut zu treffen**, die Präsidentin der Fortbildungskommission sowie Vertreter des Forums für Praxispädiatrie einzuladen, um **neue Richtlinien für Kariesprävention im Alter von 1–3 Jahren** zu diskutieren und bekannt zu geben.

Maria-Pia Gianinazzi, Lugano  
[mariaپیag@ticino.com](mailto:mariaپیag@ticino.com)

**Das Basler Modell**

<p><b>P</b> = Predigen / <b>P</b> = Putzen / <b>F</b> = Fluoridieren                  Ist das realisierbar?                  • <b>Prophylaxe</b> = Erkennen der Risikofaktoren</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Speichelfliessrate</li> <li>2. Ernährung</li> <li>3. Allgemeine Gesundheit</li> <li>4. Medikamente</li> </ol>
<p><b>Aufgabe des Kinderarztes</b></p> <p><b>2. Monat:</b> Prospekt: Prophylaxe für gesunde Kleinkinderzähne abgeben</p> <p><b>4. Monat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beantwortung evtl. Fragen</li> <li>– Bakterielle Übertragung (Nuggi vom Mund der Mutter → Mund des Kindes)</li> <li>– Ruhe im Munde</li> <li>– Abgabe von Bissring mit Bürste «Toddlering»</li> </ul> <p><b>6. Monat:</b> Abgabe von Superbrush-Zahnbürste, evtl. Lernzahnbürste. Putzhilfe ab Durchbruch vom 1. Zahn!</p> <p><b>12. Monat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nahrungsgewohnheiten</li> <li>– Putzritual</li> <li>– Nachhacken von bakterieller Übertragung!</li> </ul> <p><b>24. Monat:</b> – Bakterientest für Kariesrisiko (muss 48 Stunden bebrütet werden)</p> <p style="padding-left: 40px;">Aussage je nach Kolonienzahl. Frage nach Zahnarzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abgabe von Gutschein (einzulösen innerhalb 6 Monaten) für Gratis-Zahnkontrolle!</li> </ul> <p><b>Ab 24 Monaten:</b> Verantwortung dem Zahnarzt übergeben. Möglichst viele Kinder erreichen!</p>

## Nouvelles de la SEPA

(Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire)

En marge du 13<sup>e</sup> congrès annuel de la SEPA, s'est tenu le 24 octobre 2002 à Bruxelles un colloque réunissant les divers responsables nationaux de pédiatrie ambulatoire. Les pays suivants y étaient représentés:

- **Allemagne:** Mr. S. Esser
- **Autriche:** Dr W. Sedlak
- **Belgique:** Dr M. Moretto,  
Dr P. Bauche, Dr Jadoul, Dr Zeligzon
- **Espagne:** Dr F. Prandi, Dr D. Malmierca,  
Dr V. Molina
- **France:** Dr B. Virey, Dr J. Langue,  
Dr G. Danjou
- **Italie:** Dr R. Luchelli, Dr M. Gangemi,  
Dr S. Del Torso
- **Lettonie:** Dr I. Lanka
- **Luxembourg:** Dr E. Tockert
- **Suisse:** Dr F. Bovet Boone,  
Dr P. Klauser

**Invité:** Dr J. Ramet, secrétaire général de la CESP (Confédération européenne des spécialistes en pédiatrie).

En préparation au colloque, 4 questions ont été envoyées aux représentants des différentes associations nationales de pédiatrie ambulatoire:

- Quels sont les 3 problèmes les plus importants auxquels vous avez été confrontés dans votre pays concernant la pédiatrie ambulatoire?
- Dans la résolution de ces 3 problèmes, à votre avis, à quels niveaux aurait pu intervenir une société européenne comme la SEPA, et quels types d'intervention auriez-vous aimé de la part de la SEPA?
- Pour vous, pédiatres ambulatoires et représentants de votre société natio-

nale, quels sont les 3 registres dans lesquels vous souhaiteriez que la SEPA soit représentative de la pédiatrie ambulatoire au niveau européen?

- Quels sont les 3 sujets les plus importants, concernant la pédiatrie ambulatoire, que vous aimeriez aborder au niveau européen, et où situez-vous la SEPA?

De l'ensemble des réponses, il ressort les **problèmes essentiels** suivants:

- la place du pédiatre et celle du médecin généraliste:
  - concurrence avec les médecins généralistes; selon les pays, prise en charge des soins de pédiatrie primaire par un non-pédiatre. Le pédiatre restera-t-il le médecin de 1<sup>er</sup> recours de l'enfant?
  - non-reconnaissance du métier de pédiatre
- les problèmes démographiques:
  - manque de jeunes pédiatres
  - disparition «programmée» de la pédiatrie primaire?
- les problèmes financiers auxquels sont confrontés les pédiatres:
  - tarification des actes
  - revenus
  - assurances des patients, prise en charge des soins de pédiatrie primaire
- la formation du pédiatre ambulatoire.

**Les registres dans lesquels travailler sont:**

- organisation du système de soins
- éthique
- recherche
- formation pré- et post-graduée et formation continue

- certification et/ou qualification du pédiatre ambulatoire pour une compétence technique au cabinet (laboratoire, échographie, radiologie...) et/ou compétence d'enseignement (stages chez le praticien).

**Les sujets à aborder:**

- Formation:
  - enseignement de la pédiatrie ambulatoire
  - stages au cabinet
  - formation continue
  - accréditation
- Place et fonction du pédiatre
- Recherche
- Ethique (European chart)
- Participation à la rédaction de consensus européens

Après les exposés faits par chacun des représentants, il apparaît que la préoccupation principale des pédiatres ambulatoires est bien celle de la qualité de la prise en charge des enfants européens et que c'est au pédiatre de faire reconnaître qu'il est le médecin de premier recours spécifique de l'enfant.

La SEPA peut intervenir sur 3 niveaux:

- elle est une société à part entière, développant ses propres réflexions sur les points abordés précédemment (cf. groupe de travail)
- elle est à même de jouer le rôle de coordinatrice des différentes associations nationales de pédiatrie ambulatoire (collectes de données, diffusion d'informations, publications, website...)

- elle est une partenaire reconnue dans l'élaboration de décisions concernant aussi bien la formation des pédiatres que leurs conditions d'exercice. A ce titre, elle doit être l'organisation européenne des soins de santé primaires en pédiatrie.

### En résumé

L'amorce d'une généralisation à l'échelle du continent des réflexions faites depuis plusieurs années par la SSP. Désir affiché de sauvegarder et promouvoir la pédiatrie de premier recours dans les nombreux pays où elle existe, en laissant de côté

les pays nordiques où elle est exclue du système de santé.

Vous en saurez plus après la réunion de 2003 (19.–21.9.2003, à Milan).

Françoise Bovet-Boone, Onex  
[fbovet@freesurf.ch](mailto:fbovet@freesurf.ch)

## News aus der SEPA

(Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire)

Am Rand des 13. Jahreskongresses der SEPA fand am 24. Oktober 2002 in Brüssel ein Kolloquium statt, an dem Exponenten der Praxispädiatrie aus vielen Ländern teilnahmen. Es waren dies:

- **Deutschland:** Herr S. Esser
- **Österreich:** Dr. W. Sedlak
- **Belgien:** Dr. M. Moretto, Dr. P. Bauche, Dr. Jadoul, Dr. Zeligzon
- **Spanien:** Dr. F. Prandi, Dr. D. Malmierca, Dr. V. Molina
- **Frankreich:** Dr. B. Virey, Dr. J. Langue, Dr. G. Danjou
- **Italien:** Dr. R. Luchelli, Dr. M. Gangemi, Dr. S. Del Torso
- **Lettland:** Dr. I. Lanka
- **Luxemburg:** Dr. E. Tockert
- **Schweiz:** Dr. F. Bovet Boone, Dr. P. Klauser

**Eingeladen** war ebenfalls Dr. J. Ramet, der Generalsekretär der CESP (Confédération européenne des spécialistes en pédiatrie).

Vorgängig erhielten alle TeilnehmerInnen 4 Fragen zugesandt:

- Welches sind die 3 wichtigsten Probleme im Bereich der Praxispädiatrie, mit denen Sie konfrontiert sind?
- In welcher Weise hätte bei der Lösung dieser 3 Probleme Ihres Erachtens eine europäische Vereinigung wie die SEPA hilfreich sein können und welche Art von Intervention hätten Sie sich gewünscht?
- Von Ihnen als Praxispädiater und Vertreter Ihrer nationalen Gesellschaften aus gesehen: Welches sind die 3 Fachbereiche, in denen sie die SEPA auf europäischem Niveau repräsentieren sollte?
- Welches sind die 3 wichtigsten Themen im Bereich der Praxispädiatrie, die Ihrer Meinung nach auf europäischem Niveau angegangen werden sollten und was spielt die SEPA dabei für eine Rolle?

Die Auswertung aller Antworten ergibt folgende **wichtigen Probleme:**

- Stellung des Pädiaters und des Allgemeinpraktikers:
  - Konkurrenz mit den Allgemeinpraktikern, die in gewissen Ländern die Primärversorgung der Kinder übernehmen: Bleibt der Pädiater der Grundversorger der Kinder?
  - Nicht-Anerkennung des Pädiaters
- Demographische Probleme:
  - Mangel an jungen Pädiatern
  - «Programmiertes» Verschwinden der Praxispädiatrie?
- Finanzielle Probleme, mit denen die Pädiater konfrontiert sind:
  - Tarife
  - Einkommen
  - Versicherung der Patienten, Übernahme der pädiatrischen Grundversorgung
- Die Weiterbildung in Praxispädiatrie

**Zu bearbeitende Themen** sind:

- Organisation des Versorgungssystems
- Ethik
- Forschung
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Zertifizierung und/oder Qualifikation des Praxispädiaters für technische Leistungen in der Praxis (Laboruntersuchungen, Echographie, Röntgen etc.) und/oder Befähigung zur Lehre (Praktika in der pädiatrischen Praxis)

**Anzugehende Themen** sind:

- Ausbildung:
  - in Praxispädiatrie
  - Praktika in der pädiatrischen Praxis
  - Fortbildung
  - Akkreditierung
- Platz und Funktion des Pädiaters
- Forschung
- Ethik (European chart)
- Beteiligung beim Abfassen von europäischen consensus statements

Aus den Voten aller TeilnehmerInnen wird klar, dass die Hauptsorge der Praxispädiater die Qualität der Versorgung der Kinder in Europa ist und dass die Praxispädiater deutlich machen müssen, dass sie die spezialisierten Grundversorger für die Kinder sind. Die SEPA könnte auf 3 Ebenen aktiv werden:

- Sie ist eine gänzlich unabhängige Vereinigung, die ihre Position über die besprochenen Punkte schon vorher bezogen hat (Vergleiche Arbeitsgruppen)
- Sie ist in der Lage, die verschiedenen nationalen Praxispädiatrie-Vereinigungen zu koordinieren (Sammlung von Daten, Verbreitung

von Information, Publikationen, Website usw.)

- Sie ist anerkannte Partnerin bei der Entscheidungsfindung sowohl im Bereiche der Ausbildung der Pädiater als auch deren Berufsausübung. In diesem Sinne muss sie die Vereinigung für die pädiatrische Grundversorgung in Europa sein.

**Zusammenfassend** ist die Herausforderung spürbar, die seit einigen Jahren in der SGP angestellten Überlegungen auf europäischem Niveau zu verallgemeinern. Im Übrigen ist das Bedürfnis klar ausgesprochen, die pädiatrische Grundversorgung in den zahlreichen Ländern, wo sie existiert, zu erhalten und zu fördern, wobei die nördlichen Länder beiseite gelassen werden müssen, da die Pädiatrie dort vom Gesundheitssystem ausgeschlossen ist.

Nach dem Jahreskongress der SEPA 2003 (19.–21. September, Milano, siehe Kongresskalender) folgen weitere Informationen.

Françoise Bovet-Boone, Onex

Übersetzung: Ulrich Lips, Zürich

## Migration und Gesundheit

*«Menschen aus aller Welt kommen aus den verschiedensten Gründen in unser Land. Sie fliehen vor Armut, Krieg oder Menschenrechtsverletzungen und hoffen auf eine bessere Zukunft.*

*Doch geht diese Hoffnung in Erfüllung? Es ist eine Tatsache, dass Migranten und Migrantinnen in der Schweiz oft unter schwierigen Bedingungen leben.*

*Forschungsergebnisse belegen, was wir auch aus der Praxis wissen: ein Teil der Migrationsbevölkerung ist grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Auch der Zugang zum Gesundheitssystem gestaltet sich für die ausländische Bevölkerung, die rund 20 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schwieriger als für Einheimische.»*

Mit diesen Worten leitet alt Bundesrätin Ruth Dreifuss eine Publikation ein, die unter dem Titel «Migration und Gesundheit» vom BAG in Zusammenarbeit mit BFF, BFA und EKA herausgegeben wurde. Während der Arbeit in einer vorbereitenden Expertengruppe, in der ich die SGP vertreten habe, konnte ich mich über Ausmass und Dringlichkeit dieser Problematik selber überzeugen. Ich finde es deshalb richtig, wenn am Schluss der Publikation der folgende Aufruf steht: «...Organisationen der Migrationsbevölkerung sind dabei genauso potenzielle Partnerinnen wie die verschiedenen Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich, die für die Umsetzung der Strategie gewonnen werden müssen...»

Kinder sind in der Migrationsbevölkerung eine äusserst vulnerable Gruppe. Ich möchte Sie als Pädiaterinnen und Pädiater auf-

rufen, dem Projekt «Migration und Gesundheit» besondere Beachtung zu schenken. Details finden Sie unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).

Ueli Bühlmann, Zürich  
Präsident der SGP