

## Epilepsie-Bericht Schweiz 2002

G. Krämer und H.-G. Wieser (Hrsg.), Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2002, ISBN 3-9806107-9-9



Die Herausgeber haben den Epilepsie-Bericht Schweiz 2002 im Auftrag der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie (SLgE) redigiert. Der Bericht, verfasst von namhaften Autorinnen und Autoren, ermöglicht einen breiten Überblick über Epidemiologie, ökonomische Aspekte, Grundlagen-Forschung, Diagnostik sowie Therapie der Epilepsie. In Anbetracht dessen, dass in der Schweiz etwa 40'000 Menschen von einer Epilepsie betroffen sind, täglich über 10 Menschen einen erst- und oft einmaligen epileptischen Anfall erleiden, sind die Betrachtungen «Leben mit Epilepsie» Verbände und Organisationen sowie Öffentlichkeitsarbeit mit relevanten Adressen von wichtiger Bedeutung. Die einzelnen Kapitel sind gegliedert in «Gegenwärtiger Stand», «Stärken und Schwächen» sowie «Ausblick und Empfehlungen». Für die Pädiater besonders interessant sind insbe-

sondere Genetik, diagnostische Aspekte sowie Therapie, wobei auch die ketogene Diät eine kritische Würdigung erfährt. Die Themen Familie und pädagogisch-schulische Aspekte beschäftigen die Kinderärzte im Alltag oft nachhaltig. Ein Verzeichnis von Anschriften und Internetadressen sowie eine Übersicht über die wichtigsten Organisationen ersparen im Alltag viel mühsame Sucharbeit.

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie fungiert als nationales Chapter der ILAE (International League against Epilepsy). Nach einer Statutenänderung auf den 1. Januar 2003 konzentriert sich die Liga auf die Verbreitung medizinischer und psychosozialer Kenntnisse der Epilepsie. Die Zielsetzungen sollen durch Fachtagungen, Publikationen (neugestaltete Zeitschrift «Epileptologie», 3 Nummern pro Jahr) sowie öffentliche Vortragsveranstaltungen erreicht werden. Nebst der Ausbildung von Fachleuten, der Kooperation mit politischen und sozialen Instanzen soll auch die wissenschaftliche Forschung mit finanziellen, projektorientierten Beiträgen gefördert werden. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der epi-suisse, welche die Interessen der Betroffenen als anerkannte Dachorganisation des BSV vertritt. Sie ist die nationale Organisation des International Bureau for Epilepsy (IBE).

Als Vizepräsident der SLgE (Präsident ist Dr. G. Krämer) bedauere ich es ausserordentlich, dass nur wenige Kinderärzte Mitglieder der Organisation sind. Eigentlich wären sie prädestiniert, die Interessen der Liga mitzutragen, manifestieren sich doch viele Anfallsleiden bereits im Kindesalter.

Als Mitglieder erhalten sie Informationen aus erster Hand und verbessern ihre Kompetenz in der hausärztlichen Begleitung epilepsiekranker Kinder und ihrer Familien.

Der Epilepsie-Bericht Schweiz 2002 ist bei der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie erhältlich (Geschäftsführer Kuno Spirig, lic. oec. HSG, lic. phil. I, Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich) [info@epi.ch](mailto:info@epi.ch).

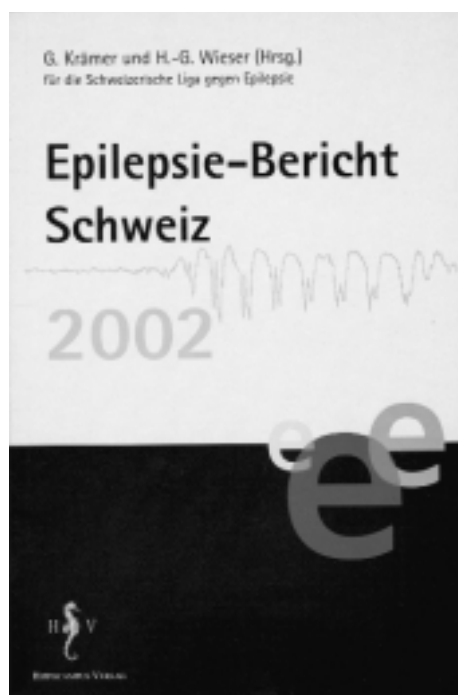
M. Weissert, St. Gallen

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Markus Weissert  
Neuropädiatrie  
Ostschweizer Kinderspital  
9006 St. Gallen

## Rapport suisse sur l'épilepsie 2002

G. Krämer und H.-G. Wieser (Ed.) Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2002, ISBN 3-9806107-9-9



Les éditeurs ont réalisé le rapport suisse sur l'épilepsie 2002 sur mandat de la ligue suisse contre l'épilepsie (SLgE). Ce rapport, rédigé par des auteurs renommés permet un survol large de l'épilepsie: épidémiologie, aspects économiques, recherche fondamentale, diagnostic et traitement. Si l'on prend en considération qu'en Suisse environ 40'000 personnes sont atteintes d'épilepsie et que chaque jour plus de 10 personnes présentent une première et souvent unique crise épileptique, les chapitres «vivre avec une épilepsie», les listes d'associations et d'organisations et la publication d'adresses pertinentes acquièrent une importance significative. Les chapitres sont articulés de la manière suivante: «situation actuelle», «forces et faiblesses» et «vue d'ensemble et recommandations». Pour le pédiatre sont particulièrement intéressés

sants la génétique, les aspects diagnostics et les traitements, avec une analyse critique reconnaissant la valeur de la diète cétogène. Le thème «famille et aspects pédagogiques» concerne les pédiatres au quotidien et souvent de manière durable. Un répertoire d'adresses et de sites internet, de même qu'une vue d'ensemble des organisations les plus importantes épargnent au quotidien de laborieux travaux de recherche.

La Ligue Suisse contre l'épilepsie est un chapitre national de l'ILAE (International League against Epilepsy). Après une modification de ses statuts depuis le 1.1.2003, la Ligue concentre son activité sur la diffusion des connaissances médicales et psychosociales sur l'épilepsie. Ces objectifs devraient être atteints par l'organisation de journées thématiques, par des publications (la nouvelle revue «Epileptologie», 3 numéros par année) et par des conférences publiques. A côté de la formation continue des spécialistes, de la coopération avec des instances politiques et sociales, elle devrait également soutenir la recherche scientifique par des contributions financières à certains travaux dans ce domaine. Une collaboration étroite existe avec epi-suisse, qui représente les intérêts des personnes concernées et constitue une association reconnue par l'OFAS. Elle est l'organisation nationale du Bureau international pour l'épilepsie (IBE).

Comme vice-président de la SLgE (le président en est le Dr G. Krämer), je regrette beaucoup que très peu de pédiatres ne soient membres de l'organisa-

tion. En effet, ils seraient prédestinés à contribuer à la défense des intérêts de la Ligue, puisque beaucoup de crises surviennent déjà durant l'enfance. Comme membres, il reçoivent des informations de première main et améliorent leurs compétences pour le suivi à domicile des enfants épileptiques et de leurs familles.

On peut commander le rapport suisse sur l'épilepsie 2002 auprès de la Ligue Suisse contre l'épilepsie à l'adresse suivante: Geschäftsführer Kuno Spirig, lic. oec. HSG, lic.phil. I, Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich [info@epi.ch](mailto:info@epi.ch).

Markus Weissert, St. Gallen

Traduction: René Tabin, Sierre

### Correspondance:

Dr. Markus Weissert  
Neuropädiatrie  
Ostschweizer Kinderspital  
9006 St. Gallen

Mitteilung aus dem Bundesamt für Sozialversicherung

## Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen der Motorik

Schlussbericht der Konsensuskonferenzen

### Ausgangslage

Die Krankenversicherer sahen sich in den letzten Jahren zunehmend konfrontiert mit Gesuchen um Kostengutsprache für Ergotherapie bei Diagnosen wie Teilleistungs- oder Wahrnehmungsstörungen, Störungen der sensorischen Integration, der Graphomotorik, der Feinmotorik, Schulleistungsprobleme u.a.m. Verwirrend war die Vielfalt der verwendeten Begriffe für die Umschreibung dieser Entwicklungsstörungen und unklar ihr Krankheitswert respektive die Abgrenzung medizinischer zu pädagogischen Massnahmen.

Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV trafen sich je fünf Vertreterinnen und Vertreter des ErgotherapeutInnen-Verbandes EVS, der Kinderärzte (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie und Forum für Praxispädiatrie) und der Vertrauensärzte unter der Leitung von Santésuisse<sup>1)</sup> ab 28.11.00 bis am 11.03.03 insgesamt sechsmal zu einem Meinungsaustausch und zu einer Konsensfindung.

### Ziele

1. Vereinheitlichung der Bezeichnungen und Klärung der Zuordnung der «Entwicklungsstörungen der Motorik».
2. Festlegung von Kriterien, die es erlauben zu definieren, wann «Entwicklungsstörungen der Motorik» im Einzelfall Krankheitswert aufweisen und infolgedessen ärztlich verordnete ergotherapeutische Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können.

3. Vereinheitlichung des Kostengutspracheverfahrens.

### Ergebnisse

1. Es wird auf die bereits publizierten Ergebnisse der Konsenssitzungen vom 28.11.00 und 15.03.01 in der Schweizerischen Ärztezeitung<sup>2)</sup> und auf interne Publikationen<sup>3)</sup> hingewiesen.
2. In der «Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme» ICD-10 wird unter F 82 die «umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen» beschrieben. Ist die Entwicklungsstörung der Motorik ausgeprägt, kann ihre Behandlung durch die Ergotherapie ungeachtet ihrer Ursachen als Pflichtleistung der Sozialversicherer gelten.
3. Anhand der ausführlichen Beschreibung von F 82 entwickelten die Konsensuspartner einen Erfassungsbogen (Scoreblatt Version 1 vom 25.04.01) mit folgenden Zielen:
  - Standardisierung der ärztlichen Untersuchung,
  - Transparenz der Auffälligkeiten und Störungen des einzelnen Kindes,
  - Hilfe zur Beurteilung des Krankheitswertes,
  - Kommunikationsstandard zwischen verordnendem Arzt – Vertrauensarzt, aber auch zwischen verordnendem Arzt – Eltern – Ergotherapeutin,
  - Dokumentation des Verlaufes.

4. Scoreblatt Version 1 vom 25.04.01 wurde während eines Jahres vom Juni 2001 bis Mai 2002 getestet. Die Auswertungen der Phase 1 (Juni bis Dezember 2001) machten klar, dass Kinder, die wegen F 82 zur Ergotherapie angemeldet werden, kaum je an isolierten Problemen einzelner Fertigkeiten leiden, sondern an multiplen Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen. So zeigen sie immer im Neurostatus (Bereich B im Scoreblatt), somit auf der somatischen Ebene, auffällige bis abnorme Befunde. Dazu kommen Schwierigkeiten entweder in der Selbständigkeit (Bereich C) oder in der Feinmotorik und Handlungsfähigkeit (Bereich D). Auch Verhaltensauffälligkeiten (Bereich E) sind häufig vorhanden, sei es sekundär als Folge der motorischen Störungen oder im Rahmen einer Komorbidität. Die erhobenen Daten ergaben keine verlässliche Entscheidungsgrundlage

- 1) Mitglieder der Konsensuskonferenz:
  - Bundesamt für Sozialversicherung: Dr. Pedro Koch.
  - ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz: Matthias Bernoulli, Bern; Margrith Dittli, Schwyz; Marianne Freudiger, Bern; Erica Kuster, Uetikon am See; Priska Sibold, Zürich.
  - Santésuisse (Vorsitz): Dr. Julian Schilling, Solothurn.
  - Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie und Forum für Praxispädiatrie: Dr. Annabeth Klingenberg, Gossau; Prof. Dr. Remo Largo, Zürich; Dr. Peter Reinhard, Kloten; Dr. Markus Schmid, Zürich; Dr. Felicitas Steiner, St. Gallen.
  - Vertrauensärzte: Dr. Kurt Boehringer, Zürich; Dr. Reto Guetg, Bern; Dr. Géza Kanabé, Landquart; Dr. Paul Saner, Luzern; Dr. Alfred Vaucher, Lausanne.
- 2) Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisses/Bolletino dei medici svizzeri – 2001; 82: Nr. 34.
- 3) Interne Publikationen: Rundschreiben Santésuisse, Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz, PAEDIATRICA, Forum News.

zwischen medizinischen oder pädagogischen Massnahmen. Zudem konnte der Therapieverlauf nicht schlüssig dokumentiert werden. Die Konsensuskonferenz verabschiedete deshalb am 11.03.03 eine zweite Version des Scoreblattes mit folgenden Modifikationen:

- Gewichtung der einzelnen Items in 0 = unauffällig (normal), 1 = leicht gradig (auffällig), 2 = mittelschwer (abnorm) und 3 = schwer (gestört),
- Platz für Zusatzinformationen wie Bemerkungen, Invalidenversicherung.

5. Die umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen müssen Krankheitswert haben. Dies trifft zu, wenn kumulativ folgende Punkte erfüllt sind:

- Die Diagnose F 82 liegt gemäss den Kriterien von ICD-10 vor und ist mittels Scoreblatt dokumentiert.
- Es liegen eindeutige Störungen in den Bereichen B und C, B und D oder B, C und D vor, wobei dem Bereich B ein hauptsächliches Gewicht zukommt. Auffälligkeiten in den Bereichen A und E bestärken den Krankheitswert zusätzlich. Hingegen kommt der Höhe des Scorewertes für den Krankheitswert keine alleinige ausschlaggebende Bedeutung zu.
- Das Kind leidet unter seinen Beeinträchtigungen.

Voraussetzungen zur Kostenübernahme bilden:

- Das Kind ist aktuell ärztlich untersucht worden.
- Der Arzt ordnet Ergotherapie an.
- Fehlende anderweitige Ressourcen wie Heilpädagogik dürfen keinen Grund für die Verordnung von Ergotherapie darstellen.

### Ausblick

Die Arbeit der Konsensusgruppe in der bisherigen Zusammensetzung und Form ist beendet. Die Partner sind übereingekommen, zur Klärung strittiger Fälle, zur Evaluation der Umsetzung der Resultate der Konsensuskonferenzen und eventuell zur Erarbeitung von Modifikationsvorschlägen eine paritätische Begleitkommission zu bilden, bestehend aus Mitgliedern der bisherigen Konsensusgruppe.

### Zur Verfügung gestellt haben sich:

- ErgotherapeutInnen: Frau Marianne Freudiger, Kontaktadresse: ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS, Postgasse 17, Postfach 686, 3000 Bern 8, Tel. 031 313 88 44, [evs-ase@ergotherapie.ch](mailto:evs-ase@ergotherapie.ch)
- Pädiater: Frau Dr. med. Felicitas Steiner, Oberärztin, Ostschweizer Kinderspital, Claudiusstrasse 6, 9006 St.Gallen, Tel. 071 243 75 71, [felicitas.steiner@gd-kispi.sg.ch](mailto:felicitas.steiner@gd-kispi.sg.ch)
- Vertrauensärzte: Dr. med. Kurt Boehringer, Direktion Sanitas, Lagerstrasse 107, 8021 Zürich, Tel. 01 298 62 37, [kurt.boehringer@zh.sanitas.com](mailto:kurt.boehringer@zh.sanitas.com)
- Dr. med. Paul Saner, Concordia, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern Tel. 041 410 89 21, [saner@bluewin.ch](mailto:saner@bluewin.ch)

# Entwicklungsstörungen der Motorik F 82 ICD-10

Scoreblatt für Kinder ab 4½ Jahre

Beschluss der Konsensuskonferenz\* vom 11. März 2003

Gültig ab 1. August 2003

	<b>Name:</b>	<b>geb.:</b>	<b>Score U1</b>	<b>Score U2</b>	<b>Score U3</b>
	<b>Adresse:</b>				
	<b>m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> Alter bei U1:</b>		<b>Daten der Untersuchungen: →</b>		
	<b>Scorepunkte:</b> <b>0= unauffällig (normal); 1= leichtgradig (auffällig),</b> <b>2= mittelschwer (abnorm), 3= schwer (gestört)</b> <b>Scoretaxierung erfolgt im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern</b>				
<b>A</b>	<b>Anamnestische Störungen</b>	<b>Score</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	<b>Grob- und feinmotorische Störungen frühzeitig</b> in der Entwicklung beobachtet, verzögertes Erreichen von Meilensteinen				
2	<b>Motorische Ungeschicklichkeiten</b> z.B. häufiges Stolpern, Stürze, Unfälle, ausschütten, unbeabsichtigtes Zerstören von Gegenständen usw.				
3	<b>Abneigung</b> z.B. gegen Bewegung, Berührung, Zeichnen, Basteln, Puzzles				
4	<b>Motorik im Vergleich zu Gleichaltrigen auffällig</b> gemäss Beurteilung durch Drittpersonen wie Arzt, Kindergärtnerin, Lehrerin usw.				
	<b>Bemerkungen zu A – evt. Verlaufsnotiz</b>				
<b>B</b>	<b>Neurologische Störungen</b>	<b>Score</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	<b>Muskeltonus und/oder Körperhaltung</b> gestört				
2	<b>Mitbewegungen</b> vermehrt z.B. bei Diadochokinese, Hüpfen usw.				
3	<b>Tempo</b> vermindert z.B. schreiben, usw.				
4	<b>Bewegungsqualität</b> auffällig z.B. undosiert, überschliessend, unharmonisch				
5	<b>Gleichgewichtsprobleme</b> z.B. Einbeinstand, Strichgang, Hüpfen, Sprünge				
6	<b>Koordinationsprobleme</b> z.B. Hampelmann, Hand-Hand- und Hand-Augenkoordination, Pro-Supination, Hand-Faust-Test usw.				
7	<b>Sensorik</b> gestört z.B. Graphästhesie, Stereognosie usw.				
	<b>Bemerkungen zu B – evt. Verlaufsnotiz</b>				
<b>C</b>	<b>Störungen der Selbständigkeit</b>	<b>Score</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	<b>Selbstversorgung</b> z.B. Essen, Trinken, Umgang mit Besteck usw.				
2	<b>Aus- und Anziehen</b> z.B. von Kleidern, Schuhen, Verschlüsse usw.				
3	<b>Körperpflege</b> z.B. Nase putzen, sich waschen, duschen, kämmen usw.				
4	<b>Sozialbereich</b> z.B. Orientierung im u. ausser Haus, kleine Aufträge erledigen, Kontakt zu andern Kindern usw.				
5	<b>Hantieren</b> gestört z.B. Haushaltutensilien, Werkzeuge usw.				
	<b>Bemerkungen zu C – evtl. Verlaufsnotiz</b>				

<b>D</b>	<b>Störungen der Feinmotorik und der Handlungsfähigkeit Score</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	<b>Finger-u.Handgelenksbewegungen</b> z.B.Feingriffe, isolierte Fingerbeweg.			
2	<b>Körperschema</b> z.B. Rechts-Linksorientierung, Raumorientierung, Praxi			
3	<b>Visuomotorik</b> z.B. ausmalen, abzeichnen, schreiben usw.			
4	<b>Präzision</b> z.B. bei Schneiden, Spielen m. Klötzen, Bällen usw.			
5	<b>Konstruktiver Bereich</b> z.B. Bauen, Werken, Handarbeit, Basteln usw.			
<b>Bemerkungen zu D – evt. Verlaufsnotiz</b>				
<b>E</b>	<b>Verhaltensstörungen (im Zusammenhang mit der motori- schen Entwicklungsstörung oder Komorbidität ) Score</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	<b>Leidensdruck</b> (Ängste, depressive Reaktion), Selbstvertrauen herabgesetzt, Vermeidungshaltung, wird sozial isoliert			
2	<b>Aufmerksamkeitsstörung</b>			
3	<b>Hyper- oder Hypoaktivität</b>			
4	<b>Aggressivität, oppositionelles Verhalten</b>			
5	<b>Psychosomatische Störungen</b> (wenn ja, welche? Textangabe)			
<b>Bemerkungen zu E – evtl. Verlaufsnotiz</b>				

**Scorepunkte:**

0= unauffällig (normal); 1= leichtgradig (auffällig), 2= mittelschwer (abnorm), 3= schwer (gestört)

Scoretaxierung erfolgt im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern

	<b>Verordnung Ergotherapie behandelnder Arzt</b> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Empfehlung Ergotherapie Vertrauensarzt</b> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

**Invalidenversicherung**

IV angemeldet, pendent     IV angemeldet, abgelehnt     IV Anmeldung nicht angezeigt

**Datum — Stempel — Unterschrift Arzt /Ärztin**

Pädiater FMH                       Praxis  
 Allg. Mediziner FMH             Klinik  
 Andere

\* Konsensuskonferenz 2000–2003:

- für die Kinderärzte: Prof. Dr. med. R. Largo, Universitäts-Kinderklinik Zürich
- für die ErgotherapeutInnen: Frau E. Kuster, Geschäftsführerin EVS Zürich, neu Frau J. Marti, EVS Bern
- für die Vertrauensärzte der Krankenversicherer: Dr. med. G. Kanabé, CSS Zürich, neu ÖKK Graubünden
- für die Santésuisse: Dr. med. J. Schilling, Solothurn

## Scoreblatt und Kostengutspracheverfahren

### Kommentar zu Scoreblatt (Version 2 vom 11.03.03)

1. Abgesehen von dieser hier speziell behandelten Diagnose F 82 wird die Verschreibung von Ergotherapie bei **allen anderen somatischen Erkrankungen** sowie im Rahmen einer **psychiatrischen Behandlung** nach der bisherigen Praxis und der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV unverändert beibehalten.
2. Das Scoreblatt ist **ausschliesslich für die Diagnose F 82** vorgesehen, und zwar erst ab dem Alter von 4<sup>1/2</sup> Jahren. Für jüngere Kinder ist das Scoreblatt nicht geeignet. Für sie kommt neben F 82 auch die Diagnose R 62.0 «verzögertes Erreichen von Entwicklungsstufen» in Betracht. Störungen der Aufmerksamkeit werden mit F 90.0 erfasst.
3. Die **Scoretaxierung** erfolgt im Vergleich zu **gleichaltrigen Kindern**. Die Scorepunkte 0 = unauffällig (normal), 1 = leichtgradig (auffällig), 2 = mittelschwer (abnorm) und 3 = schwer (gestört) beruhen auf Einschätzungen des untersuchenden Arztes.

### Kostengutspracheverfahren

1. **Neuanmeldungen mit Scoreblatt U1** (U1 bedeutet erste ärztliche Untersuchung): Beantragung von **3 x 9 Behandlungen**. Werden vom Kranken-

versicherer lediglich 1–2 x 9 Behandlungen bewilligt, genügt bei Beantragung des 2. und/oder 3. Therapieblockes eine Kopie von Scoreblatt U1.

2. **Folgeverordnungen nach 27 Behandlungen mit Scoreblatt U2** (U2 bedeutet zweite ärztliche Untersuchung): Beantragung von **2 x 9 Behandlungen**. Wird nur Kostengutsprache für 1 x 9 Behandlungen bewilligt, genügt bei Beantragung des 5. Therapieblockes eine Kopie von U2. Zusätzlich zu U2 ist ein Ergotherapie-Verlaufsbericht vorzulegen.
3. **Verlängerungen nach 45 Behandlungen mit Scoreblatt U3** (U3 bedeutet dritte ärztliche Untersuchung) und zusätzlich aktuellem Ergotherapie-Verlaufsbericht. Die Krankenversicherung entscheidet, ob sie aufgrund dessen eine weitere Kostengutsprache gibt oder eine spezialärztliche Untersuchung (z.B. bei einem auf Entwicklungspädiatrie spezialisierten Kinderarzt oder Neuropädiater) verlangt.

### **Die Empfehlungen der Konsensuskonferenz treten spätestens ab 01.08.03 in Kraft,**

nach der Publikation des Schlussberichtes, des Scoreblattes Version 2 vom 11.03.03 mit Kommentar und der Richtlinien für Kostengutspracheverfahren in den entsprechenden Fachzeitschriften sowie im Rundschreiben der Santésuisse.

### Bezugsquellen Scoreblatt

- EVS/ASE ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, Postgasse 17, Postfach 686, 3000 Bern 8, Tel. 031 / 313 88 44, Fax 031 / 313 88 99 Homepage [www.ergotherapie.ch](http://www.ergotherapie.ch)
- SGP Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Case Postale 1380, 1701 Fribourg, e-mail [secretariat@swiss-paediatrics.org](mailto:secretariat@swiss-paediatrics.org) Homepage [www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org)
- Forum für Praxispädiatrie, Sekretariat, Postfach 534, 4512 Bellach, Tel. 032 / 618 42 29, Fax 032 / 618 07 40 Homepage [www.praxispaediatriche.ch](http://www.praxispaediatriche.ch)

Communiqué de l'Office fédéral des assurances sociales

## Ergothérapie chez les enfants souffrant de troubles du développement moteur

Rapport de clôture des conférences de consensus

### Situation de départ

Au cours de ces dernières années et de plus en plus, les assureurs-maladie ont dû faire face à des demandes de prise en charge de coûts pour l'ergothérapie chez des enfants atteints de troubles de la perception, troubles de l'intégration sensorielle, de la graphomotricité, de la motricité fine et de problèmes liés à la performance scolaire etc. La diversité des concepts utilisés pour la description de ces troubles du développement était source de confusion; le caractère de maladie resp. la délimitation des mesures médicales versus pédagogiques n'était pas claire.

A la demande de l'Office fédéral des assurances-sociales (OFAS), les cinq représentants de l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE), des pédiatres (Société suisse de pédiatrie et Forum de pédiatrie pratique) et des médecins-conseil se sont rencontrés sous l'égide de Santésuisse<sup>1)</sup> du 28.11.03 au 11.03.03, soit au total à six reprises, pour échanger leurs points de vue et parvenir à un consensus.

### Objectifs

1. Uniformisation des désignations et description claire des cas souffrant de «troubles du développement moteur», selon la classification CIM-10.
2. Fixation de critères permettant de définir à partir de quand «les troubles du développement moteurs» ont un caractère de maladie pour chaque cas particulier et par conséquent à

quel moment les prestations d'ergothérapie prescrites peuvent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

3. Uniformisation de la procédure de demande de prise en charge des coûts.

### Résultats

1. Nous vous renvoyons aux rapports des séances de consensus (ayant eu lieu entre le 28.11.00 et 15.03.01) déjà publiés dans le bulletin des médecins suisses<sup>2)</sup> et aux publications internes<sup>3)</sup>.
2. Selon la «classification internationale des maladies et des problèmes de santé apparentés» CIM-10, le diagnostic F 82 décrit les «troubles du développement moteur». Si les troubles du développement moteur sont prononcés, leur traitement sous forme d'ergothérapie peut être considéré comme une prestation obligatoire à charge des assureurs-sociaux, indépendamment de leurs causes.
3. Grâce à la description détaillée de F 82, les partenaires consensuels ont élaboré une fiche de saisie (fiche signalétique version 1 du 25.04.01) en vue de réaliser les objectifs suivants:
  - standardisation de l'examen médical,
  - transparence relative aux troubles et perturbations de l'enfant,

- aide pour l'évaluation du caractère de maladie,
- standard de communication entre le médecin prescripteur et le médecin-conseil, mais aussi entre le médecin prescripteur, les parents et l'ergothérapeute,
- documentation du déroulement du traitement.

4. La fiche signalétique version 1 du 25.04.01 a été testée pendant une année soit du mois de juin 2001 au mois de mai 2002. L'évaluation de la phase 1 (de juin à décembre 2001) a permis de mettre en évidence que les enfants annoncés en ergothérapie et pour lesquelles la fiche signalétique F82 s'appliquait ne souffraient pas de problèmes isolés d'aptitudes mais plutôt de troubles multiples dans des domaines différents. Y sont toujours associés, des signes neurologiques (partie B de la fiche signalétique) et

- 1) Membres de la conférence de consensus:
  - Office fédéral des assurances-sociales: Dr Pedro Koch
  - Association Suisse des Ergothérapeutes: Mr Matthis Bernoulli Berne, Mme Margrith Dittli Schwyz, Mme Marianne Freudiger Berne, Mme Erica Kuster Uetikon am See, Mme Priska Sibold Zurich.
  - Santésuisse (présidence): Dr Julian Schilling, Soleure.
  - Société suisse de pédiatrie et Forum de pédiatrie de cabinet: Dr Annabeth Klingenberg Gossau, Prof. Dr Remo Largo Zurich, Dr Peter Reinhard Kloten, Dr Markus Schmid Zurich, et Dr Felicitas Steiner St. Gall.
  - Médecins-conseils: Dr. Kurt Boehringer Zurich, Dr. Reto Guetg Berne, Dr. Géza Kanabé Landquart, Dr. Paul Saner Lucerne, Dr. Alfred Vaucher Lausanne.
- 2) Schweizerische Aerztezeitung/Bulletin des médecins suisses/Bollettino dei medici svizzeri – 2001; 82: No. 34.
- 3) Publications internes: circulaire Santésuisse, revue spécialisée de l'Association Suisse des Ergothérapeutes, PAEDIATRICA, Forum News.

somatique présentant des résultats limites ou hors normes. A ceci s'ajoutent des difficultés soit au niveau de l'autonomie (partie C) ou dans le domaine de la motricité fine et des capacités de manipulation (partie D). Des troubles du comportement (partie E) sont souvent existants, soit secondaires à des troubles moteurs, soit en tant que co-morbidité.

Les données collectées ne permettent pas de différencier les mesures médicales ou pédagogiques. Par ailleurs, le déroulement de la thérapie n'a pas pu être documenté de façon pertinente. C'est pourquoi, la conférence de consensus adopta le 11 mars 2003 une deuxième version de la fiche signalétique avec les modifications suivantes:

- évaluation de chaque item, soit 0 = imperceptible (normal), 1 = léger (visible), 2 = moyen (anormal) et 3 = grave (très perturbé),
- place pour des informations supplémentaires comme des remarques, ou des précisions concernant l'assurance invalidité.

5. Les troubles du développement décrits relatifs aux fonctions motrices doivent avoir un caractère de maladie. Ce dernier est validé si les points suivants sont remplis de façon cumulative:
- s'il s'agit du diagnostic F 82 conformément aux critères CIM - 10 et si celui-ci est documenté par la fiche signalétique.

- si on est en présence de troubles indéniables dans les domaines B et C, B et D ou B, C et D. Une importance primordiale est accordée au domaine B. Des troubles dans les domaines A et E précisent le caractère pathologique. En revanche, le total du résultat de la fiche signalétique n'est pas d'une importance cruciale déterminant par elle-même le caractère pathologique.
- l'enfant souffre de ces perturbations.

Sont requis pour accepter la prise en charge, que:

- l'enfant passe présentement un examen médical.
- le médecin ordonne l'ergothérapie.
- le manque d'autres ressources comme la pédagogie curative ne doit pas être la raison de la prescription d'ergothérapie.

### Perspectives

Le travail du groupe de consensus est terminé sous la composition en l'état. Les partenaires ont convenu de la création d'une commission paritaire d'accompagnement en vue du règlement des cas litigieux, de l'évaluation de l'application des résultats des conférences de consensus et éventuellement de l'élaboration de propositions de modification, ladite commission se composera de membres du groupe de consensus actuel.

### Ont prêté leur concours:

- Ergothérapeute: Mme Marianne Freudiger, adresse de contact: Association Suisse des Ergothérapeutes, ASE, Postgasse 17, Case postale 686, 3000 Berne 8, Tél. 031 313 88 44, [evs-ase@ergotherapie.ch](mailto:evs-ase@ergotherapie.ch)
- Pédiatre: Mme Dr méd. Felicitas Steiner, médecin-chef, Ostschweizer Kinderspital, Claudiusstrasse 6, 9006 St.Gall, Tél. 071 243 75 71, [felicitas.steiner@gd-kispi.sg.ch](mailto:felicitas.steiner@gd-kispi.sg.ch)
- Médecins-conseil: Dr méd. Kurt Boehringer, Direction Sanitas, Lagerstrasse 107, 8021 Zurich, Tél. 01 298 62 37, [kurt.boehringer@zh.sanitas.com](mailto:kurt.boehringer@zh.sanitas.com)
- Dr méd. Paul Saner, Concordia, Haldenstrasse 25, 6006 Lucerne, Tél. 041 410 89 21, [saner@bluewin.ch](mailto:saner@bluewin.ch)

## Troubles du développement moteur F 82 CIM-10

Fiche signalétique pour les enfants à partir de 4 ans et demi

Résolution de la conférence de consensus \* du 11 mars 200

valable à partir d' août 2003

Nom: né(e):		Résultat E1	Résultat E2	Résultat E3
Adresse:				
m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> âge lors de E1: Dates des examens: →				
<b>Résultats:</b> 0= imperceptible (normal); 1= léger (visible), 2= moyen (anormal), 3= grave (fortement perturbé) Evaluation des résultats est effectuée en comparaison avec d'autres enfants du même âge.				
<b>A</b>	<b>Anomalies anamnestiques</b>	<b>Résultat</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	Troubles moteurs dans l'exécution de mouvements grossiers et précis, observés lors du développement, retard dans l'atteinte des différents stades.			
2	Maladresses motrices par exemple, trébucher (fréquent), chutes, accidents, renverser, destruction involontaire d'objets etc.			
3	Aversion par exemple: contre l'activité physique, le contact, le dessin, les occupations manuelles et les puzzles.			
4	Différences motrices notables par rapport à des enfants du même âge constatées par des tiers tels que le médecin, la jardinière d'enfant, l'instituteur etc.			
Remarques relatives au point A – Notes éventuelles sur l'évolution				
<b>B</b>	<b>Troubles neurologiques</b>	<b>Résultat</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	Troubles du tonus musculaire et/ou de l'attitude corporelle			
2	Mouvements associés - accrus - par ex. en cas de diadococinésie, sautilllements, etc.			
3	Vitesse d'exécution ralentie par ex.. écrire, etc.			
4	Qualité des mouvements - anormalité visible - par ex. non dosés, exubérants, manque d'harmonie			
5	Problème d'équilibre par ex. équilibre sur une jambe, exercice de marche sur une ligne droite, sautilllements, sauts			
6	Problèmes de coordination par ex. pantin, coordination main/main et main/yeux, prosupination, test main/poing, etc.			
7	Troubles sensoriels - perturbés - par ex. graphésthésie, stéréognosie, etc.			
Remarques relatives au point B – Notes éventuelles sur l'évolution				
<b>C</b>	<b>Troubles de l'autonomie</b>	<b>Résultat</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
1	Autosuffisance par ex. manger, boire, maniement des couverts, etc.			
2	S'habiller / se déshabiller par ex. habits, chaussures, fermetures, etc.			
3	Soins corporels par ex. se moucher, se laver, se doucher, se coiffer, etc.			
4	Socialisation par ex. s'orienter à / en dehors de la maison, effectuer de petites commissions, contact avec les autres enfants.			
5	Maniement des objets perturbé par ex. ustensiles ménagers, outils, etc.			
Remarques relatives au point C – Notes éventuelles sur l'évolution				

<b>D</b>	<b>Troubles de la motricité (mouvements non précis) et de la capacité à manipuler des objets</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
	<b>Résultat</b>			
1	<b>Mouvements des doigts et des poignets</b> par ex. saisies précises, mouvements isolés des doigts			
2	<b>Schéma corporel</b> par ex. orientation droite-gauche, orientation dans l'espace, apraxie			
3	<b>Coordination oculomotrice</b> par ex. s'imaginer un dessin, reproduire des formes, écrire etc.			
4	<b>Habilité / précision dans l'exécution</b> par ex. découpage, jeux avec des cubes, lancer du ballon etc.			
5	<b>Construire</b> , par ex. construire, s'affairer, travaux manuels, occupations manuelles etc.			
<b>Remarques relatives au point D – Notes éventuelles sur l'évolution</b>				
<b>E</b>	<b>Troubles du comportement (en relation avec les troubles du développement moteur ou une co-morbidité )</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>	<b>0-1-2-3</b>
	<b>Résultat</b>			
1	<b>Souffrance accumulée</b> (peurs, réaction dépressive), confiance en soi diminuée, comportement d'évitement, isolation sociale			
2	<b>Troubles de l'attention</b>			
3	<b>Hyper-ou hypoactivité</b>			
4	<b>Agressivité, opposition</b>			
5	<b>Troubles psychosomatiques</b> (si oui, lesquels ? description)			
<b>Remarques relatifs au point E – Notes éventuelles sur l'évolution</b>				

**Résultats:**

0= imperceptible (normal); 1= léger (visible), 2= moyen (anormal), 3= profond (fortement perturbé)

L'évaluation des résultats est effectuée en comparaison avec d'autres enfants du même âge.

<b>Prescription ergothérapie du médecin traitant</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Recommandation</b>			
<b>Ergothérapie du médecin-conseil</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

**Assurance invalidité** demande AI, en suspens demande AI, refusée demande AI non effectuée**Date – Timbre – Signature du médecin** Pédiatre FMH Cabinet Médecin généraliste FMH Clinique Autres

\*) Conférence de consensus 2000 – 2003:

- Pour les pédiatres: Pr Dr med. R. Largo Clinique pédiatrique Zurich
- Pour les ergothérapeutes: Mme E. Kuster Secrétaire générale ASE Zurich, nouveau Mme. J. Marti, EVS Bern
- Pour les médecins-conseils des assureurs-maladie: Dr med. G. Kanabé CSS Zurich, nouveau: OKK Graubünden
- Pour santésuisse: Dr med. J. Schilling, Soleure

## Fiche signalétique et demande de prise en charge des coûts

### Commentaire relatif à la fiche signalétique (version 2 du 11.03.03)

1. La prescription d'ergothérapie chez les enfants atteints de l'affection F82 (Code CIM-10) est traitée spécialement ici. Les dispositions de l'Art. 6, OPAS restent valables pour le **traitement d'autres affections physiques** et dans le cadre du **traitement de maladies psychiatriques**.
2. La fiche signalétique est prévue **exclusivement pour le diagnostic F82** et ce seulement à partir de 4 ans et demi. Elle ne s'applique pas aux cas d'enfants plus jeunes. Pour cette catégorie d'âge s'appliquent outre le diagnostic F82, les diagnostics R 62.0 («Franchissement tardif des stades de développement»), et F 90.0 (troubles de l'attention).
3. **L'évaluation des symptômes** par le médecin ayant effectué l'examen médical est effectuée **en comparaison avec des enfants du même âge**. Elle est cotée par: 0= non perceptible (normal), 1= léger (visible), 2= moyen (anormal) et 3= grave (fortement perturbé.)

### Demande de prise en charge des coûts

1. **1<sup>ère</sup> demande avec la fiche signalétique E1** (E1 signifie premier examen médical): **demande de 3x9 séances**. Si seulement 1-2 x 9 séances sont accordés par l'assureur, une copie

de la fiche signalétique E1 suffit pour la demande d'un 2<sup>ème</sup> et / ou 3<sup>ème</sup> bloc de thérapie.

2. Les prescriptions subséquentes de 27 séances se font sur la base de la fiche signalétique E2 (E2 signifie deuxième examen médical):

**Demande de 2x9 séances**. Si 9 séances seulement sont accordées, une copie de E2 suffit pour la demande d'un 5<sup>ème</sup> bloc de thérapie.

Un rapport sur le déroulement de l'ergothérapie doit être remis en plus de E2.

3. **Demande de prolongation après 45 séances**: elle comporte la **fiche signalétique E3** (E3 signifie troisième examen médical) et un rapport actuel sur le déroulement de l'ergothérapie. L'assurance-maladie décide si sur la base de ces documents, la poursuite du traitement est indiquée, ou si un examen médical spécialisé s'impose (par ex. auprès d'un pédiatre spécialiste du développement ou d'un neuropédiatre

### Les recommandations de la conférence de consensus entreront en vigueur au plus tard le 01.08.2003.

Une publication conjointe du rapport de clôture, de la fiche signalétique version 2 du 11.02.03 assortie d'un commentaire et des recommandations concernant la procédure de demande de prise en charge des coûts aura lieu dans les revues spécialisées et dans une circulaire de Santéuisse.

### La fiche signalétique peut être obtenue auprès de

- EVS/ASE Association Suisse des Ergothérapeutes, Postgasse 17, Case postale 686, 3000 Berne 8, Tél. 031/ 313 88 44 Fax 031 / 313 88 99 Homepage [www.ergotherapie.ch](http://www.ergotherapie.ch)
- SSP Société suisse de pédiatrie, case postale 1380, 1701 Fribourg, Tél. 026 / 350 33 44, Fax 026 350 33 03 e-mail: [secretariat@swiss-paediatrics.org](mailto:secretariat@swiss-paediatrics.org) Homepage [www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org)

# Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis: eine Utopie!?

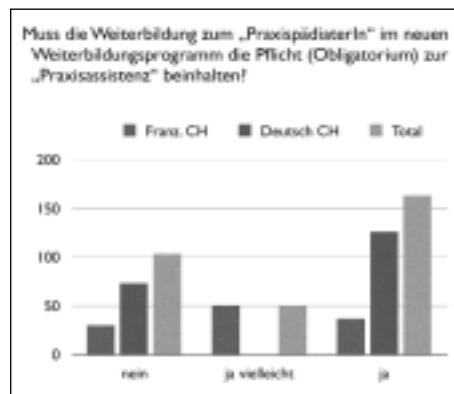
## Einführung

Seit längerer Zeit wird vor allem von den praktizierenden Pädiatern ein Defizit in den jetzigen Weiterbildungs-Curricula beklagt: die «Praxispädiatrie» wird darin zu wenig vermittelt. Dies führt dazu, dass junge Kinder- und JugendärztInnen bei Eröffnung ihrer Praxis das nötige Rüstzeug nicht besitzen. Die Forderung nach einem Obligatorium zur Lehrassistentenz in pädiatrischen Praxen von 6 Monaten bis 2 Jahren wurde laut. Im Rahmen der aktuellen Revision des Weiterbildungsprogramms kam deshalb die Frage auf, ob ein solches Obligatorium zum jetzigen Zeitpunkt bereits aufgenommen werden soll und kann.

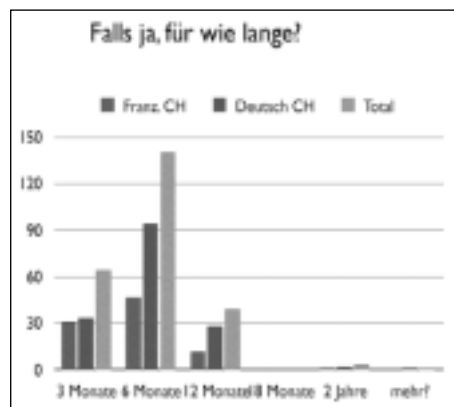
Ende 2002 wurde von der Weiterbildungskommission bei den praktizierenden KinderärztInnen eine Umfrage durchgeführt. Es ist zu betonen, dass es sich dabei nicht um einen validierten wissenschaftlichen Fragebogen gehandelt hat. Vielmehr sollte die Stimmung unter den KinderärztInnen zu einem Obligatorium respektive dessen Finanzierung erfasst werden. Daneben wollten wir erfahren, ob bisher veröffentlichte Ideen zur Finanzierung (Kollegium für Hausarztmedizin, Forum Praxispädiatrie) genügend bekannt sind, um als Diskussionsgrundlage zu dienen.

## Resultate

950 Fragebögen wurden verschickt. Die Rücklaufquote betrug 35%. Die Tendenzen waren eindeutig und geben folgendes Bild der Meinung bzw. des Wissens des/der «Durchschnittspädiaters/-pädiaterin»:



1. Die Weiterbildung in der Praxis ist notwendig und sollte obligatorisch sein.



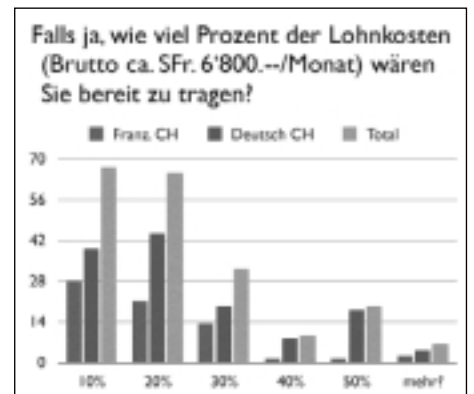
2. Die Dauer soll 3–6 Monate betragen.



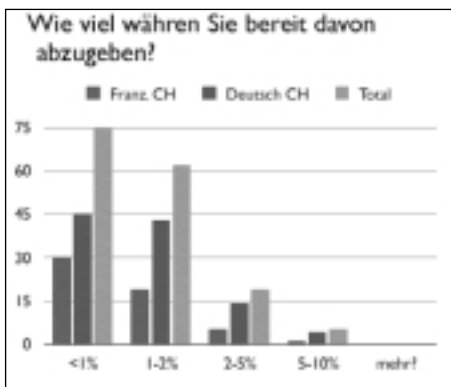
3. Nur unter gewissen Umständen bin ich bereit, einen/eine PraxisassistentIn für diese 3-6 Monate bei mir aufzunehmen.



4. Der/Die Kollege/Kollegin in Weiterbildung soll dabei 80–100% des vollen Spitallohnes erhalten.



5. Ich selber bezahle höchstens 20% dieses Lohnes.



6. Von einer allgemeinen Finanzierung der Weiterbildung in der Arztpraxis aus Prozenten am Umsatz aller PädiaterInnen halte ich nichts. Falls es doch dazu kommt, muss es möglichst wenig sein, keinesfalls mehr als 2%.



7. Finanzierungsmodell des Forums Praxispädiatrie oder des Kollegiums für Hausarztmedizin? Nie davon gehört!

## Fazit

Es scheint anerkannt zu sein, dass die Praxisassistent die effektivste Form der Weiterbildung zur Praxispädiatrie darstellt und dafür ein grosses Bedürfnis besteht. Zum jetzigen Zeitpunkt allerdings scheitert der Plan zur Einführung eines Obligatoriums zur Praxisassistent. Zum einen ist ein grosser Teil der praktizierenden PädiaterInnen nur «unter gewissen Bedingungen» bereit, PraxisassistentInnen anzustellen. Zum Anderen fehlt ein akzeptiertes Konzept, insbesondere betreffend Finanzierung. Das bestehende Modell des KHM (1,2) und die Idee des Forums Praxispädiatrie (3) sind zu wenig bekannt. Die Lektüre ist allen Interessierten empfohlen. Beide würden nach den Umfrageergebnissen aktuell an ihrem Finanzierungsmodell scheitern: beim KHM «bezahlt» der Praxisinhaber mehr als 20% des Lohnes des PraxisassistentInnen (vgl. Punkt 5). Im Modell des Forums wird ein Teil der Kosten über einen Anteil des Umsatzes finanziert (vgl. Punkt 6).

## Ausblick

Die Idee der Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis darf nicht sterben, umso mehr, da sie bei den übrigen Grundversorgern unbestritten ist. Ein praktikables und vor allem finanzierbares Modell kann aber nur in Zusammenarbeit aller in der Weiterbildung Engagierten zustande kommen. Diese sollen, so ein kurzfristiges Ziel der Weiterbildungskommission, möglichst rasch an einem Tisch zusammengebracht werden.

Zusätzlich ist eine breite Diskussion unter allen Kinder- und Jugendmediziner erwünscht und soll mit dieser Präsentation der Umfragergebnisse neu lanciert werden.

Christine Aebi-Ochsner, Thomas Baumann, Olivier Adam im Namen der Weiterbildungskommission der SGP

- Rindlisbacher R., Battaglia M. Weiterbildung in Hausarztpraxen. Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83 (9): 407-9
- Schläppi P., Hofer D., Bloch R. Lernform Praxisassistentenz bewährt sich. Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83 (9): 410-16
- Wimmersberger A. Finanzierungsmodell für die Praxisassistentenz: 1,35 Prozent für die Weiterbildung. Forum News 2002; 1: 10-11

# La formation post-graduée au cabinet pédiatrique: une utopie!?

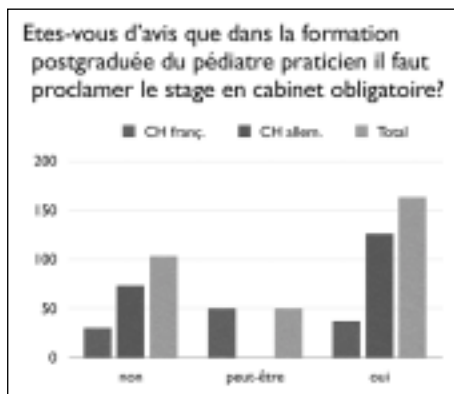
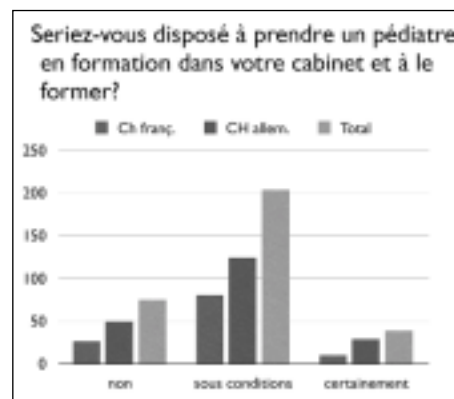
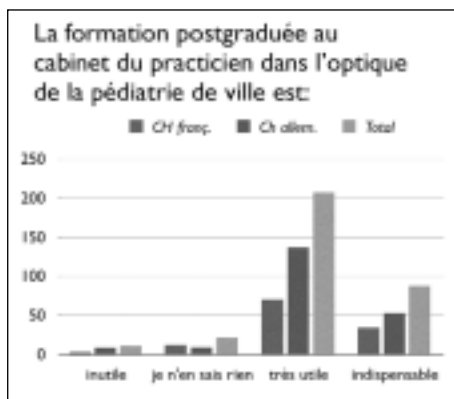
## Introduction

Depuis un certain temps on déplore un déficit dans la formation post-graduée, surtout chez les pédiatres praticiens. Le travail quotidien du praticien en cabinet n'est pas assez traité et les jeunes pédiatres sont par conséquent assez désarmés lors qu'ils ouvrent leur propre cabinet. La création d'un stage obligatoire en cabinet pédiatrique d'une durée de 6 mois à 2 ans est préconisée. Dans le cadre de la révision actuelle du programme de la formation post-graduée la question se pose si une telle obligation pourrait et devrait être envisagée en ce moment.

Fin 2002, la commission de formation post-graduée a enquêté auprès des pédiatres praticiens. Il faut souligner qu'il ne s'agissait pas d'un questionnaire scientifique au sens propre, mais plutôt d'une enquête auprès des pédiatres en vue de l'obligation à effectuer un tel stage dans un cabinet et plus précisément au sujet du financement. En outre, nous voulions savoir si les suggestions émises concernant le projet de financement du Forum pédiatrie ambulatoire et du Collège de médecine de premier recours (CMPR) étaient suffisamment connues pour pouvoir servir de base à une discussion.

## Résultats

Sur 950 questionnaires envoyés, le 35 % nous est revenu. La tendance moyenne donne nettement le reflet des opinions suivantes:

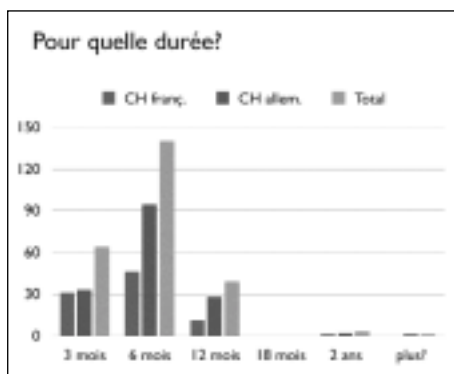


3. Je serais disposé à prendre un(e) pédiatre en formation pour 3-6 mois, mais seulement sous certaines conditions.

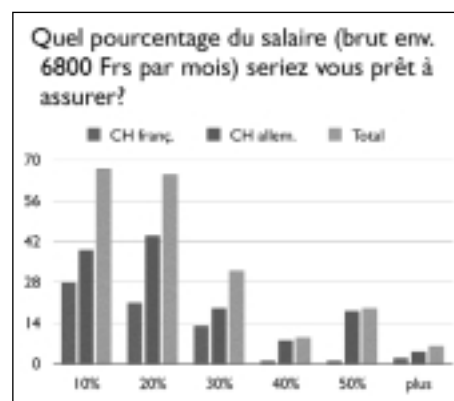
1. La formation post-graduée dans un cabinet est indispensable et devrait être obligatoire.



4. Le(la) collègue en formation doit bénéficier de 80-100% du salaire qu'il (elle) aurait en milieu hospitalier.



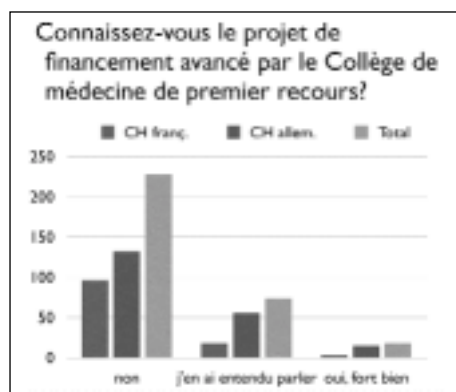
2. La durée devrait être entre 3-6 mois.



5. J'assurerai personnellement un salaire de 20% au maximum.



6. Je n'approuve pas le projet de financement basé sur un versement d'une part de mon revenu pour la formation post graduée dans mon cabinet. Si cette solution est malgré tout approuvée, ma participation ne dépassera en aucun cas 2% de mon revenu.



7. Les projets de financement avancés par le Forum pédiatrie ambulatoire ou le CMPR ne sont pas connus.

## Conclusions

Il semble reconnu que le stage pratique en cabinet représente le meilleur moyen pour une formation post-graduée et qu'un réel besoin se fait sentir. Actuellement par contre, l'initiation d'un projet de formation post-graduée obligatoire auprès d'un praticien paraît irréalisable. D'une part la majorité des pédiatres praticiens n'est d'accord d'engager des pédiatres en formation que «sous certaines conditions». D'autre part le manque d'un concept financier acceptable fait cruellement défaut. Les projet existant du CMPR<sup>1)2)</sup> et celui du Forum<sup>3)</sup> ne sont pas assez connus. La lecture en est recommandée à tous les intéressés. Suite au résultat de l'enquête, les deux projets échoueraient actuellement en raison de leur mode de financement: selon le projet du CMPR le propriétaire du cabinet «paie» plus de 20% du salaire du pédiatre en formation (voir 5). Dans le modèle du Forum, une partie des frais est financée par une part du revenu (voir 6).

## Perspectives

L'idée d'une formation post-graduée dans le cabinet pédiatrique ne doit pas être abandonnée, ceci d'autant plus qu'elle est n'est pas contestée par les autres médecins de premier recours. La concrétisation d'un modèle utile et avant tout d'un projet de financement ne sont réalisables qu'en étroite collaboration avec les personnes déjà engagées. Ces dernières vont être invitées au plus vite à une réunion par la commission de formation postgraduée. Il est en outre plus que souhaitable qu'une vaste discussion entre tous les pédiatres s'engage et que notre présentation actuelle suscite un véritable dialogue et des rencontres enrichissantes.

Christine Aebi-Ochsner / Thomas Baumann / Olivier Adam

Au nom de la commission de la formation post-graduée de la SSP

1) Rindlisbacher R., Battaglia M.: Formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours. Bulletin des médecins suisses 2002; 83 (14): 643-45

2) Schläppi P., Hofer D., Bloch R.: La forme d'apprentissage «assistantat au cabinet médical» a fait ses preuves. Bulletin des médecins suisses 2002; 83 (14): 646-53

3) Wimmersberger A.: Finanzierungsmodell für die Praxisassistenten: 1,35 Prozent für die Weiterbildung. Forum News 2002; 1: 10-11

## Die Sektion Praxis bietet eine Praxisübernahme-/übergabebörse an

### Wozu brauchen wir eine «Praxisbörse»

Bekanntlich wurde vergangenen Sommer der Zulassungsstopp eingeführt, welcher für maximal drei Jahre gelten soll. Auch danach ist anzunehmen, dass für die Neueröffnung von Praxen ein Bedürfnis nachgewiesen werden muss. Andererseits sind viele, vor allem ältere Kollegen nicht in der Lage, ihre Praxen einem geeigneten Nachfolger zu übergeben. Gewisse Regionen sind pädiatrisch unterversorgt, trotz der Suche nach geeigneten Kinderärzten. Hier wollen wir intervenieren: Praxisinhaber, die ihre Praxis einem Nachfolger übergeben möchten, oder andere Anbieter von Praxen wie politische Behörden etc. sollen die Möglichkeit erhalten, mit Hilfe der SGP Kontakt zu Interessenten zu erhalten. Ausgeschlossen sind Liegenschaftsverwaltungen etc., in deren Interesse und Kompetenz lediglich die Weitergabe von Räumen liegt. Andererseits sollen Pädiater, die eine Praxis eröffnen wollen, sich informieren können, wo noch Praxisübernahmen möglich und erwünscht sind.

Der Vorstand der Praxispädiatrie hofft, aufgrund von Angebot und Nachfrage Schlüsse ziehen zu können, ob zu viele oder zu wenige Pädiater zur Verfügung stehen. Ziel muss es sein, den Bedarf zu decken, ohne eine Überkapazität zu schaffen. Die verfügbaren Zahlen können durchaus helfen, politische Ziele der SGP durchzusetzen.

### Wie sieht das Konzept aus?

Da wir in der Lage sind, über ein kompetentes Sekretariat zu verfügen, werden die eingehenden Daten dort gesammelt.

Diese werden mit einem Fragebogen erfasst, der vom Anbieter auszufüllen ist. Die Daten werden dann an interessierte Mitglieder unserer Gesellschaft weitergeleitet, die sich hierzu beim Sekretariat melden müssen. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Praxis (teil-)anonymisiert anzubieten, wobei gewisse Angaben, wie z.B. Region der Praxis, dem Interessenten zugänglich sein müssen. In diesem Fall erhält der Anbieter Adressen der Interessenten, die sich im Sekretariat gemeldet haben. Er nimmt dann selbst mit dem Übernahmekandidaten Kontakt auf.

Der Interessent muss Mitglied der SGP sein, damit ein vertrauenswürdiger Umgang mit den Daten weitestgehend garantiert werden kann. Er füllt ebenfalls einen Fragebogen aus, worauf er eine Liste der angebotenen Praxen erhält. Damit sich der administrative Aufwand in einem vertretbaren Rahmen hält, erfolgt der Versand ausschliesslich via E-Mail. Wünscht der Interessent nach einer gewissen Zeit eine aktualisierte Liste, so meldet er sich wiederum beim Sekretariat. Da seine Daten bereits erfasst sind, erfolgt der Versand unmittelbar.

Der Dienst ist für SGP-Mitglieder kostenlos.

### Wann geht's los?

Unser Sekretariat ist ab sofort bereit, Daten zu erfassen und weiterzuleiten. Nachfolgend findet sich ein Fragebogen für Praxisanbieter und Übernahminteressenten. Wir können keine Erfolge garantieren, doch wollen wir unsere Mitglieder bei der

Praxisübergabe und -übernahme unterstützen, soweit dies möglich ist.

Stephan Rupp, Einsiedeln

# Fragebogen für Praxisanbieter

## Angaben zum Praxisinhaber

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Praxisadresse \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Kontaktadresse  
(sofern von Praxisadresse abweichend): \_\_\_\_\_

**Geplanter Übergabezeitpunkt** \_\_\_\_\_

## Angaben zur Praxis

Einzel-/Doppelpraxis \_\_\_\_\_

Fachliche Ausrichtung (Subspezialität) \_\_\_\_\_

**Was wird vom Interessenten sonst noch verlangt?** \_\_\_\_\_

## Anforderungen an den Praxisinhaber

- Röntgen
- Labor
- Ultraschall
- Spezialkenntnisse
- Lehrmeisterausweis
- Zusätzliche Anforderungen (z.B. Sprachkenntnisse)

## Bitte Unzutreffendes streichen:

- a) Ich bin einverstanden, dass meine Angaben in der Datenbank der SGP gespeichert und an Interessenten weitergeleitet werden. Ich melde mich beim Sekretariat der SGP, wenn ich von der Liste gestrichen werden möchte resp. eine Übergabe erfolgt ist.
- b) Ich will, dass lediglich Region und Anforderungen an den Kandidaten an den Interessenten weitergeleitet werden. Interessenten werden der Kontaktadresse übermittelt, die Kontaktaufnahme mit dem Interessenten liegt in der Verantwortung des Anbieters.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Fragebogen für den Praxisübernahmeinteressenten

### Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Kontaktadresse,  
(falls von obiger Adresse abweichend) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ausbildung/Subspezialität \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass meine Daten in die Datenbank der SGP aufgenommen werden. Auf meine Anfrage hin erhalte ich eine aktualisierte Liste mit Praxisangeboten. Ich bin einverstanden, dass meine Koordinaten an einen Praxisanbieter weitergeleitet werden dürfen, der dann mit mir Kontakt aufnehmen kann.

Ich benutze die erhaltenen Daten nur zur Praxissuche und behandle sie vertraulich. Datenversand erfolgt nur via E-Mail auf Rückfrage des Interessenten.

### Angaben zur gewünschten Praxis

Gewünschter Übernahmezeitpunkt \_\_\_\_\_

Gewünschte Region \_\_\_\_\_

Sonstige Wünsche \_\_\_\_\_

Was ich dem Praxisanbieter  
sonst noch mitteilen möchte \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## La section ambulatoire propose une bourse de remise-reprise de cabinet

### Pourquoi une telle bourse?

La clause du besoin a été introduite l'été dernier pour une durée maximale de trois ans. On peut prévoir que même au-delà, une ouverture de cabinet devra se fonder sur un besoin. Or de nombreux collègues en fin de carrière ne trouvent pas de repreneur-euse et certaines régions restent sous-dotées malgré la recherche de nouveaux pédiatres.

C'est ici que nous voulons intervenir: détenteurs-trices de cabinets qui aimeraient le remettre ou autres propositions de cabinet, émanant par exemple d'autorités politiques, doivent avoir la possibilité de contacter les intéressés-ées via la SSP. Sont exclues les agences, immobilières et autres, dont le domaine est la remise de locaux. D'autre part, les pédiatres désireux-euses de s'installer doivent pouvoir localiser où une reprise de cabinet est possible et souhaitée.

Le comité de pédiatrie ambulatoire espère également disposer, par l'observation de l'offre et de la demande, d'indicateurs locaux sur la pléthore ou la carence en pédiatres. Le but est de couvrir un besoin sans créer de surcapacité. Les chiffres ainsi obtenus pourraient servir certaines démarches politiques de la SSP.

### Quel concept?

Disposant d'un secrétariat compétent nous y récolterons les offres. Celles-ci seront collectées avec l'aide d'un questionnaire. Elles seront ensuite trans-

mises aux membres intéressés-ées de notre société qui se seront déclarés-ées au secrétariat. Il sera aussi possible d'offrir un cabinet de façon partiellement ou totalement anonymisée, en ne révélant par exemple que la région. Dans ce cas, celui ou celle qui fait l'offre reçoit du secrétariat l'adresse de l'intéressé-e qui s'est annoncé-e et prend contact avec ce-cette dernier-ière.

L'intéressé-ée doit être membre de la SSP afin de garantir la confidentialité des démarches. Après avoir rempli un questionnaire, il ou elle reçoit une liste des cabinets offerts correspondant à sa demande. Afin de limiter les coûts, cet envoi se fait exclusivement par voie électronique. Sur demande, des listes actualisées peuvent être envoyées ultérieurement par le secrétariat, sans devoir remplir à nouveau un questionnaire.

La SSP offre ce service gratuitement à ses membres.

### Quand?

Dès à présent le secrétariat est en mesure de collecter et transmettre les données. Ci-dessous vous trouverez un questionnaire pour l'offre et un pour la demande. Nous ne pouvons certes pas garantir le succès, mais nous tenons à soutenir nos membres dans leurs démarches.

Stéphan Rupp, Einseideln

traduction: Pierre Klauser, Genève

## Questionnaire pour offre de cabinet

### Détenteur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet \_\_\_\_\_

NPA/localité/canton \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Adresse de contact  
(si diffère du cabinet) \_\_\_\_\_

**Date de remise planifiée** \_\_\_\_\_

**Détail du cabinet** \_\_\_\_\_

Individuel/double/groupe \_\_\_\_\_

Installation particulière (spécialité) \_\_\_\_\_

**Qu'est-il encore demandé  
au repreneur/à la repreneuse?** \_\_\_\_\_

### Contingences

- Radiologie
- Laboratoire
- Ultrasonographie
- Connaissances particulières
- Médecin formateur-trice
- Qualités particulières (p. ex. langues)

### Biffer ce qui ne convient pas:

- a) J'accepte que mes données soient stockées au secrétariat de la SSP et transmises aux intéressés-es. Je m'annoncerai au secrétariat pour être rayé de la liste, notamment quand une remise sera conclue.
- b) Je veux que seule la région et les contingences envers les candidats-es soient transmises. La liste des intéressés-ées m'est transmise à l'adresse de contact; la suite des contacts est de mon ressort.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## Questionnaire pour la reprise de cabinet

### Détenteur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet \_\_\_\_\_

NPA/localité \_\_\_\_\_

Adresse de contact  
(si diffère) \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Formations particulières/  
approfondies/complémentaires \_\_\_\_\_

### Désirs

Date \_\_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_

Autres desiderata \_\_\_\_\_

Autres communications à  
celui/celle qui remet son cabinet \_\_\_\_\_

J'accepte que mes données soient stockées au secrétariat de la SSP. Sur ma demande, je reçois une liste actualisée des offres de cabinet. J'accepte la transmission de mes données à un cabinet à remettre, qui prendra alors contact avec moi.

J'utilise les données obtenues uniquement dans la recherche d'un cabinet et les traite confidentiellement. Le transfert des données se fait uniquement par voie électronique, à chaque demande des candidats-tes.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_