

Protokoll der Generalversammlung der SGP

Vom 16. Juni 2005, 11.15 Uhr, Kongresszentrum Montreux, Saal 1

Marianne Neuenschwander, Generalsekretärin, Freiburg

Traktandenliste

1. Eröffnung

Der Präsident Pierre Klausser eröffnet die Generalversammlung (GV) der SGP.

Im Verlaufe der Sitzung tragen sich 95 Mitglieder in die Präsenzliste ein. Davon sind 87 stimmberechtigte ordentliche Mitglieder. Zahlreiche Mitglieder haben sich entschuldigt.

2. Wahl der Stimmzähler

Als Stimmzähler werden bestimmt: Claude Bolognini, Rainer Sulser, René Tabin

3. Protokoll der GV vom 25.06.04

Das Protokoll der GV vom 25.06.2004 wurde in der Paediatrica, Vol. 15 Nr. 4, publiziert.

Das Protokoll wird akzeptiert und verdankt.

4. Jahresbericht des Präsidenten und Fragen der Mitglieder

Der Bericht des Präsidenten wurde in der Paediatrica Vol. 16 Nr. 3, veröffentlicht. Er wird stillschweigend akzeptiert. Pierre Klausser gibt folgende ergänzende Erklärungen ab: Der Delegiertenpool eignet sich sehr gut, um die vertikale und horizontale Kommunikation der SGP zu verbessern. Die Mitglieder können bei Bedarf auch sehr kurzfristig dank E-Mail kontaktiert werden.

Für die Bildung einer Arbeitsgruppe Praxisassistenten werden interessierte Personen gesucht.

Da die globale Adipositaswelle auch unaufhaltsam auf die Schweiz zurollt, wird die SGP eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe unter der Leitung von Joseph Laimbacher einsetzen.

Für die Bildung einer Arbeitsgruppe Vorsorgeuntersuchungen werden interessierte Personen gesucht. Diese Arbeitsgruppe soll unter anderem die zeitliche Abstimmung zwischen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Tarmed erreichen.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat Ende Mai 2005 die FMH für das Weiterbildungsprogramm zum Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin für die Dauer von 7 Jahren akkreditiert.

5. Übrige Berichte und Fragen der Mitglieder

Die übrigen Berichte wurden in der Paediatrica Vol. 16 Nr. 3 veröffentlicht. Sie werden stillschweigend akzeptiert.

Marco Belvedere ergänzt, dass der Entscheid über den Taxpunktwert für die Kompensationsphase 1.7.–31.12.2005 erst am Abend des 16.6.05 verfügbar ist. Alle Kantone sollen eine Nachfolgeregelung für die Zeit ab dem 1.1.2006 anstreben. Weiter informiert Marco Belvedere über den Entwurf einer Leistungskostenvereinbarung (LeiKoV). Darin sollen neu unter anderem auch das Leistungsargument, demographische Aspekte und das Ziel der Taxpunktwertkonvergenz enthalten sein. Jede einzelne kantonale Ärztesgesellschaft muss entscheiden, ob die LeiKoV eingeführt werden soll.

Marco Belvedere informiert über den aktuellen Stand des Dignitätsprojektes. Die von der SGP «parkierten» Anträge werden nun erneut eingebracht. Weiter weist er darauf hin, dass sich möglichst viele Mitglieder bei den Trust Centers melden sollen. Nur mit einer genügenden Datenbasis können finanzielle Forderungen gestellt werden.

Pierre Klausser verweist auf die Verpflichtung der SGP, eine Fortbildungskontrolle durchzuführen. Das Reglement der SGP ist liberal und basiert auf einer Selbstdeklaration. Diese Gelegenheit wird in zwei bis drei Jahren im zukünftigen Eidgenössischen Gesetz über die Medizinalberufe detaillierter geregelt werden.

Im Übrigen werden für die Evaluation des Gesundheitsheftes noch Sponsoren gesucht.

6. Mitgliederwesen

Die SGP zählt 1710 Mitglieder, wovon 1103 ordentliche Mitglieder sind. Nur rund 80% der

Mitglieder zahlen Mitgliederbeiträge. Die SGP hat mit einem Anteil von 20% relativ viele pensionierte Mitglieder.

Im Berichtsjahr wurden vom Vorstand 63 neue Assistentenmitglieder und 15 neue ordentliche und 2 neue ausserordentliche Mitglieder aufgenommen. Die Generalversammlung hat von insgesamt 30 Beförderungen, 6 Ehrungen und 3 Habilitationen Kenntnis genommen. Die Listen der neuen Mitglieder sowie der Beförderungen und Ehrungen werden auf der Homepage der SGP publiziert.

7. Jahresrechnung 2004, Revisionsbericht

Franziska Engler präsentiert die mit der Einladung zur GV an alle Mitglieder verschickte Jahresrechnung und erläutert einige wichtige Positionen. Die Jahresrechnung 2004 schliesst mit einem kleinen Gewinn von Fr. 1'477.– ab. Das Eigenkapital der SGP beträgt Ende 2004 Fr. 424'190.–. In der Diskussion wird vermerkt, dass die Facharztprüfungen zukünftig keine Verluste bringen dürfen. Gemäss Revisionsbericht der Fidusar SA sind Buchhaltung und Jahresabrechnung gesetzeskonform geführt.

Die Jahresrechnung 2004 und der Revisionsbericht werden mit grossem Mehr und einer Enthaltung angenommen.

8. Entlastung des Vorstands

Dem Vorstand wird einstimmig die Entlastung erteilt.

9. Budget 2006

Das Budget 2006 wurde mit der Einladung zur GV an alle Mitglieder versandt. Es wird mit einem Verlust von Fr. 63'000.– gerechnet. Franziska Engler weist darauf hin, dass neu eine Position Tarifwesen (Tarmed und DRG) und eine Position Union (FpMH) geschaffen wurde. Informationen über DRG und die Union wurden zusammen mit der Einladung zur GV verschickt.

Ueli Bühlmann fragt, wie die neue Union (FpMH) sich in der SGP positionieren will. Gemäss Pierre Klausser sollen mit dieser Föderation die medizinischen Interessen von Kindern und Jugendlichen besser verteidigt werden können. Struktur und Visionen müssen weiter entwickelt werden. Eine Basisdiskussion wird in der Herbstsitzung des Delegiertenpools stattfinden.

Weiter wird gewünscht, dass inskünftig ein ausgeglichenes Budget präsentiert wird. Zudem soll an der GV auch die Bilanz dargestellt und die Entwicklung von Eigenkapital und Gewinn/Verlust über mehrere Jahre aufgezeigt werden.

Das Budget 2006 wird mit grossem Mehr und einer Enthaltung genehmigt.

10. Mitgliederbeiträge 2006

Die Mitgliederbeiträge sollen gemäss Vorschlag des Vorstandes unverändert bleiben: Fr. 400.- für ordentliche Mitglieder, Fr. 250.- für ausserordentliche Mitglieder und Fr. 150.- für Assistentenmitglieder. Für das Jahr 2006 ist kein Sonderbeitrag Tarmed nötig, da noch finanzielle Reserven vorhanden sind.

Die Mitgliederbeiträge werden einstimmig genehmigt.

11. Kostenbeitrag «Paediatrica» für Pensionierte

Franziska Engler weist darauf hin, dass rund 20% der Mitglieder keine Beiträge mehr bezahlen und trotzdem die Paediatrica erhalten sowie von anderen Dienstleistungen profitieren. Die pensionierten Mitglieder sollen frei entscheiden, ob sie im Sinne der Solidarität einen Kostenbeitrag von Fr. 100.- pro Jahr für die Paediatrica bezahlen oder auf die Zustellung dieser Fachzeitschrift verzichten wollen.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass in einem Nachbarland sogar die Bezahlung der Gesamtkosten der Fachzeitschrift verlangt wird. Gemäss Aussagen von René Tabin betragen die Gesamtkosten etwa Fr. 120.- pro Jahr und Abonnement. Ein reduzierter Beitrag von Fr. 100.- ist seiner Ansicht nach vernünftig.

In der Abstimmung wird der Antrag des Vorstandes (Fr. 100.-/Jahr) mit 57 Ja, 5 Nein und 13 Enthaltungen angenommen.

Der Antrag der GV (Fr. 120.-/Jahr) wird mit 52 Nein, 5 Ja und diversen Enthaltungen abgelehnt.

12. Wahl der Revisionsstelle

Die Firma Fidusar mit Sitz in Freiburg wird mit grossem Mehr und einer Enthaltung für ein weiteres Jahr gewählt.

13. Tarmed-Tarifstruktur (Antrag Amacher)

Arnold Amacher erläutert den von ihm eingereichten Antrag Tarmed-Tarifstruktur. Für

ihn ist es selbstverständlich, dass sich die Pädiater durch ihre Kompetenz auszeichnen. Trotzdem müsse es einen Unterschied zwischen Pädiatern mit 5–8 jähriger Weiterbildung und Allgemeinpraktikern mit maximal einem sechsmonatigen Praktikum in einer Kinderklinik geben. In Zukunft soll nicht mehr der Vorstand, sondern die GV über pädiatrische Positionen entscheiden. Die Vorsorgeuntersuchungen sollen nicht frei gegeben werden.

Der Vorstand lehnt diesen Antrag ab. Wenn man anderen Fachgesellschaften mangelnde Ausbildung unterstellt, kann dies auch mit entsprechenden Reaktionen verbunden sein. Gemäss Pierre Klauser müssen zukünftig wichtige Verhandlungen näher an der Basis diskutiert werden. Der Delegiertenpool ist geeignet, um wichtige Fragen und Verhandlungen zu diskutieren. Er ist flexibler als die GV und kann auch sehr kurzfristig Entscheidungen treffen.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass es viel zu wenig KinderärztInnen gibt, um alle in der Leistungsverordnung des KVG vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu können.

Der Antrag Amacher wird in der Abstimmung mit einem grossen Mehr an Neinstimmen, 2 Ja und 12 Enthaltungen abgelehnt.

14. Verschiedenes

Pierre Klauser verdankt die langjährige Mitarbeit von Michel Roulet und Alain Regamey. Eine ausführliche Ehrung erfolgt während des Galadinner.

Felix Sennhauser kritisiert das Novartis-Symposium über die Atopische Dermatitis. Er findet es aus standespolitischer Sicht problematisch, wenn Nicht-Pädiater den Pädiatern sagen müssen, wie Kinder zu behandeln sind.

Martin Schöni informiert über den nächsten Kongress, der am 22./23. Juni 2006 in Bern stattfinden wird. Das wissenschaftliche Programm und die Industrieausstellung werden nur zwei Tage (Donnerstag und Freitag) dauern. Am Samstagmorgen werden Räume für standespolitische Diskussionen, Sitzungen von Kommissionen, Arbeitsgruppen etc. gratis zur Verfügung stehen.

Die Versammlung schliesst um 13.00 Uhr.

Die Listen der neuen Assistentenmitglieder, der neuen Mitglieder sowie der Beförderungen/Ernennungen/Ehrungen sind auf der Homepage der SGP ersichtlich.

- Neue Assistentenmitglieder, aufgenommen an der GV 2005 der SGP: www.swiss-paediatrics.org/society/assistentenmitgl2005.pdf
- Neue ordentliche und ausserordentliche Mitglieder, aufgenommen an der GV 2005 der SGP: www.swiss-paediatrics.org/society/neuemitglieder2005.pdf
- Beförderungen, Ernennungen, Ehrungen 2004–2005: www.swiss-paediatrics.org/society/nominations_distinctions2004-2005.pdf

Procès-verbal de l'Assemblée générale de la SSP

du 16 juin 2005, 11.15 heures, centre de congrès de Montreux, salle 1

Marianne Neuenschwander, secrétaire générale, Fribourg

Ordre du jour

1. Ouverture de l'assemblée

Le président, Pierre Klauser, ouvre l'assemblée générale (AG) de la SSP.

Dans le courant de l'assemblée, 95 membres s'inscrivent sur la liste des présences, dont 87 sont des membres ordinaires, ayant droit de vote. De nombreux membres se sont excusés.

2. Nomination des scrutateurs

Les scrutateurs suivants sont désignés: Claude Bolognini, Rainer Sulser, René Tabin

3. Procès-verbal de l'assemblée générale du 25.06.04

Le procès-verbal de l'AG du 25.06.2004 a été publié dans le Paediatrica, volume 15, n° 4.

Le procès-verbal est accepté avec les remerciements d'usage.

4. Rapport du président et questions de la part des membres

Le rapport du président a été publié dans le Paediatrica Vol. 16 n° 3. Il est accepté tacitement. Pierre Klauser donne les renseignements complémentaires suivants:

Le pool des délégués convient très bien pour améliorer la communication verticale et horizontale au sein de la SSP. Les membres peuvent être contactés même très rapidement, si nécessaire par e-mail.

Des personnes intéressées sont toujours recherchées afin de créer le groupe de travail assistantat au cabinet.

Comme la Suisse est également de plus en plus concernée par le problème de l'obésité, la SSP a prévu de constituer un groupe de travail multidisciplinaire, sous la direction de Joseph Laimbacher.

De plus, des personnes intéressées sont également recherchées pour créer un groupe de

travail «examens préventifs». Ce groupe devra en outre trouver des solutions pour mieux coordonner dans le temps les examens préventifs, les vaccins et le Tarmed.

En mai 2005, le département fédéral des affaires intérieures a accrédité la FMH pour le programme de formation post-graduée de médecins spécialistes en pédiatrie, ceci pour une durée de 7 ans.

5. Autres rapports et questions de la part des membres

Les autres rapports ont été publiés dans le Paediatrica Vol. 16 n° 3. Ils sont tous acceptés tacitement.

Marco Belvedere fait remarquer que la décision concernant la valeur du point pour la phase de compensation du 1.7.-31.12.2005 sera communiquée le 16.6.05 en soirée seulement. Tous les cantons devraient faire en sorte qu'une réglementation soit fixée pour la période après le 1.1.2006. Marco Belvedere donne de plus des informations au sujet d'un projet d'accord CPP (Convention Prix-Prestations). Celui-ci devrait entre autres également prendre en considération l'argument des prestations, les aspects démographiques et le but fixé d'une convergence de la valeur du point. Chaque société de médecine cantonale devra décider si elle veut introduire une CPP.

Marco Belvedere donne des informations sur la situation actuelle du projet de valeur intrinsèque. Les motions soumises par la SSP qui sont momentanément en suspens, seront réactualisées. Il précise également que le plus possible de membres devraient s'annoncer auprès des Trust Center. Il ne sera possible que grâce à une base de données suffisante, de soumettre des revendications sur le plan financier.

Pierre Klauser se réfère à l'obligation qu'a la SSP de garantir un contrôle de la formation continue. Le règlement de la SSP est libéral et se base sur l'auto-déclaration. Ces points

seront réglés plus en détails dans deux ou trois ans dans la future loi fédérale sur les professions médicales.

Finalement, il faut trouver encore des sponsors pour l'évaluation du carnet de santé.

6. Effectif des membres

La SSP compte 1'710 membres, dont 1'103 sont des membres ordinaires. Seuls 80 % des membres paient des cotisations. Avec une quote-part de 20 %, la SSP a relativement beaucoup de membres retraités.

Dans l'année courante le comité a accepté 63 nouveaux membres assistants et 15 membres ordinaires ainsi que 2 nouveaux membres extraordinaires. L'assemblée générale a pris connaissance de 30 promotions, 6 distinctions et de 3 habilitations. La liste des nouveaux membres et des promotions se trouve sur le site internet de la SSP.

7. Comptes 2004, rapport des vérificateurs de comptes

Franziska Engler présente les comptes qui ont été envoyés à tous les membres avec l'invitation et donne quelques explications. L'exercice 2004 boucle avec un petit bénéfice de Fr. 1'477.-. Fin 2004, le capital propre de la SSP s'élève à Fr. 424'190.-. Durant la discussion, quelqu'un mentionne que les examens de spécialistes ne devraient dorénavant plus provoquer de pertes. Conformément au rapport de révision de la Fidusar SA, les comptes sont tenus et le bouclage annuel a été exécuté conformément à la loi.

L'exercice annuel 2004 et le rapport de révision sont acceptés par une grande majorité avec une abstention.

8. Décharge du comité

L'assemblée donne unanimement décharge au comité.

9. Budget 2006

Le budget 2006 a été envoyé à tous les membres avec l'invitation à l'AG. Il prévoit une perte de Fr. 63'000.-. Franziska Engler fait remarquer que deux nouveaux postes sont prévus, un poste domaine tarifaire (Tarmed et DRG) et un poste Union (FpMH). Des informations au sujet du DRG et de l'union ont été envoyées avec l'invitation à l'AG.

Ueli Bühlmann aimerait savoir comment la nouvelle union (FpMH) va être positionnée au

sein de la SSP. Selon Pierre Klauser, les intérêts médicaux des enfants et adolescents devraient mieux être représentés grâce à cette fédération. Les structures et visions doivent encore être mieux développées. Une discussion de base devrait avoir lieu lors de la séance d'automne du pool des délégués.

De plus le souhait est formulé qu'à l'avenir le budget présenté soit équilibré. L'on demande également que le bilan et le développement du capital propre et des pertes/profits sur plusieurs années soient également soumis à l'AG.

Le budget 2006 est accepté par une grande majorité avec une abstention.

10. Cotisations 2006

Sur proposition du comité, les cotisations 2006 restent identiques, à savoir: Fr. 400.- pour les membres ordinaires, Fr. 250.- pour les membres extraordinaires et Fr. 150.- pour les membres assistants. Pour l'année 2006 il n'est pas nécessaire de prévoir un montant spécial pour le Tarmed, étant donné qu'il reste encore des réserves financières.

Les cotisations sont acceptées unanimement.

11. Participations aux frais «Paediatrica» pour les retraités

Franziska Engler fait remarquer qu'environ 20 % des membres ne paient plus de cotisations mais reçoivent toujours le Paediatrica et peuvent profiter de certaines autres prestations. Les membres retraités devraient pouvoir décider librement s'ils désirent payer un montant de solidarité de Fr. 100.- par année pour le Paediatrica ou s'ils préféreraient ne plus recevoir ce journal spécialisé.

Dans le courant de la discussion l'on fait remarquer que dans un pays voisin, même tous les frais de production des journaux spécialisés sont facturés. Selon information de René Tabin les frais totaux s'élèvent à environ Fr. 120.- par année et abonnement. Selon lui, un montant réduit de Fr. 100.- serait correct.

Mise au vote, la proposition du comité (Fr. 100.- par année) est acceptée avec 57 oui, 5 non et 13 abstentions.

La proposition de l'AG (Fr. 120.- par année) est refusée avec 52 non, 5 oui et diverses abstentions.

12. Election des réviseurs de compte

La société Fidusar, dont le siège est à Fribourg, est élue par une grande majorité et 1 abstention pour une nouvelle année.

13. Structure tarifaire Tarmed (Motion Amacher)

Arnold Amacher donne des explications au sujet de la motion qu'il a déposée concernant la structure tarifaire Tarmed. Pour lui, il est évident que les pédiatres se qualifient par leurs compétences. Mais il faudrait quand même qu'une différence soit faite entre des pédiatres avec une formation post-graduée de 5 à 8 ans et un médecin généraliste avec au maximum un stage d'une durée de six mois au sein d'une clinique pédiatrique. A l'avenir il souhaiterait que ce ne soit plus le comité mais l'AG qui prennent les décisions quant aux positions pédiatriques. Les examens préventifs ne devraient pas être ouverts à tout le monde.

Le comité refuse cette motion. Si l'on présume que d'autres sociétés de spécialistes ont un manque de formation, ceci pourrait provoquer des réactions en conséquence. Selon Pierre Klauser, les négociations importantes devront à l'avenir être discutées plus près de la base. Le pool des délégués est l'endroit adéquat où les questions et problèmes importants doivent être discutés. Il est plus flexible de l'AG et peut également prendre des décisions à très court terme.

Dans le cours de la discussion l'on fait remarquer qu'il n'existe pas assez de pédiatres pour effectuer tous les examens préventifs exigés par l'ordonnance sur les prestations de LaMal.

Mise au vote, la motion Amacher est refusée par une grande majorité, 2 oui et 12 abstentions.

14. Divers

Pierre Klauser remercie MM. Michel Roulet et Alain Regamey pour leur grand engagement durant de nombreuses années. Une éloge suivra durant le dîner de gala.

Felix Sennhäuser formule des critiques concernant le symposium Novartis sur la dermatite atopique. Du point de vue politique professionnelle, il trouve problématique que des médecins non pédiatres doivent dire aux pédiatres comment soigner les enfants. Martin Schöni donne des informations au su-

jet du prochain congrès qui aura lieu à Berne les 22/23 juin 2006. Le programme scientifique et l'exposition industrielle ne dureront que deux jours (jeudi et vendredi). Le samedi matin, des salles seront mises à disposition gratuitement pour les discussions politiques, des séances de commissions, de groupes de travail, etc.

L'assemblée est close à 13.00 heures.

Les listes des nouveaux membres assistants, des nouveaux membres et des promotions/nominations/distinctions sont disponibles sur le site internet de la SSP.

- Nouveaux membres assistants admis lors de l'assemblée générale 2005 de la SSP: www.swiss-paediatrics.org/society/assistentenmitgl2005.pdf
- Nouveaux membres ordinaires et extraordinaires admis lors de l'assemblée générale 2005 de la SSP: www.swiss-paediatrics.org/society/neuemitglieder2005.pdf
- Promotions, nominations, distinctions 2004-2005: www.swiss-paediatrics.org/society/nominations_distinctions2004-2005.pdf

Procès-verbal de la «table ronde», une discussion dans le cadre du congrès annuel de la SSP

du 16 juin 2005, 09.30 heures, Centre des Congrès, Montreux, salle 1

Marianne Neuenschwander, secrétaire générale, Fribourg

Thème:

Financement de la pédiatrie: DRG et Tarmed: challenges pour le futur

Participants:

- Jean-Jacques Chalé, Lausanne
- Michele Losa, St. Gall
- Marco Belvedere, Zurich
- Denis Aladjem, Genève
- Philipp Trefny, Lucerne
- Pierre Klauser, présentation

Pierre Klauser, président de la SSP, salue les nombreux participants et remercie les personnes présentes de se montrer prêtes à participer activement à cette ronde de discussions.

1^{ère} partie: Espérances et risques des décomptes selon «SwissDRG»

Dans le cadre de son discours, Jean-Jacques Chalé, direction des finances, CHUV Lausanne, fait remarquer qu'il est important de pouvoir «mesurer» les prestations médicales dans le cadre des hôpitaux. Les critères financiers classiques comme le nombre de lits, le taux d'occupation des lits, les forfaits journaliers ou par cas, les points Tarmed, etc. ont des limites, principalement liées à l'effet inflationniste de ces modes de rémunération; c'est pour cette raison que la plupart des cliniques se sont vu appliquer le concept du budget global, qui tend à rompre le lien entre activité et financement.

Le futur système de rémunération DRG (Diagnosis Related Groups) indemnise les cas de traitement par forfait en les regroupant par types de prise en charge comparables sur la base d'informations telles que diagnostics et procédures diagnostiques et surtout thérapeutiques. Avec le système dénommé «refined DRG», les moyens financiers devraient être adaptés au plus près des réels besoins des hôpitaux. Le système tarifaire ainsi uni-

formisé à l'image de Tarmed rendra possible des comparaisons de prestations entre divers hôpitaux.

Selon Jean-Jacques Chalé, les points suivants sont primordiaux pour la pédiatrie:

- Dans le domaine de la néonatalogie la situation est en générale satisfaisante. Les poids de naissance et niveaux de sévérité sont déterminants. Il n'existe bien sûr pas de groupe de comparaison adulte.
- Dans la pédiatrie traditionnelle, les coûts pour les enfants de moins de 16 ans sont souvent plus hauts, étant donné que le travail avec les enfants exige plus de personnel; or il n'existe pas de différenciation systématique au niveau des DRG actuels entre prise en charge chez l'adulte ou l'enfant.

Jean-Jacques Chalé souligne qu'une telle modification de la rémunération des hôpitaux en indemnisant plutôt le «produit» que leurs moyens devrait se traduire en outre par un changement managérial et professionnel au niveau de la conception de la prise en charge hospitalière.

Des renseignements supplémentaires et une invitation à participer au SwissDRG Forum 2005, le 20 septembre à Lucerne se trouvent sur le site internet www.swissdrg.org.

Selon les explications de Michele Losa, hôpital pédiatrique de St. Gall, le système DRG qui devrait être introduit en Suisse, se base sur une classification des patients selon les diagnostics. Les patients, c'est-à-dire leurs traitements, seront répartis dans des groupes définis cliniquement, dont les frais de traitement sont similaires.

Les considérations suivantes sont importantes pour les cliniques pédiatriques:

- Au moment de leur hospitalisation, les enfants sont en général sains; le diagnostic établi est souvent banal, en règle

générale il est rare que des facteurs de comorbidité ou d'autres complications apparaissent. Il faut toutefois prendre en considération les besoins particuliers des enfants (petits enfants) et l'environnement social.

- Seuls 10% des traitements stationnaires concernent la pédiatrie. C'est la raison pour laquelle il n'existe que peu de chiffres analysant les cas par DRG mais l'offre doit tout de même englober l'éventail complet de la médecine.
- Pour la gériatrie, des distinctions sont faites par âge, pour la pédiatrie, il n'existe que peu de distinctions, en dehors de la néonatalogie.
- En Allemagne, un système similaire a été introduit en 2003. De grandes pertes et la fermeture de plusieurs cliniques pédiatriques sont prévues, si des corrections n'interviennent pas très prochainement.

Michele Losa voit une solution possible en formant des sections d'âges. Selon l'âge, une adaptation de l'importance des coûts pourrait être introduite pour le groupe-DRG concerné. Cette solution est également discutée en Allemagne. Elle ne provoquerait aucune augmentation du nombre des groupes DRG.

La SSP vient de créer un groupe de travail dans le but d'exercer une certaine influence sur les processus en cours dans le cadre du projet Swiss-DRG et de s'engager pour un système de rémunération favorable à la pédiatrie. Des premiers contacts ont déjà été noués avec les responsables du projet SwissDRG.

2^{ème} partie: Tarmed: Situation générale et situation dans les régions critiques

Selon les explications de Marco Belvedere, responsable du groupe de travail Tarmed, Zurich et de Denis Aladjem, Genève, les chiffres 2004 du trust-center sont les meilleurs chiffres existants, afin d'analyser la situation économique de la pédiatrie en Suisse. Environ $\frac{2}{3}$ des pédiatres font partie d'un trust-center. Dans certaines régions, les données ne sont toutefois pas assez nombreuses pour obtenir une analyse valable. Les chiffres de comparaison pour l'année 2003 correspondent aux chiffres des clients de la Caisse des Médecins qui, dans de nombreuses régions, n'a pas assez de participants.

L'analyse effectuée donne les résultats suivants:

- Entre 2003 et 2004, la valeur moyenne de séance des pédiatres, prise comme mesure pour le chiffre d'affaires, a augmenté sur le plan suisse de 9%. Selon le Tarmed, les différences régionales ont diminué quelque peu.
- Le nombre moyen de points par séance est de 75. Les différences par canton ont diminué.
- Le nombre moyen de minutes par séance est de 17.7. Ce nombre correspond donc à la valeur prise en considération dans le sondage 2003. L'organisation du travail dans le cadre des cabinets n'a donc pas changé avec le Tarmed.

Selon une analyse effectuée par le Dr Niklaus Hasler (sur la demande de la FMH), nous connaissons le revenu AVS moyen des pédiatres. En 2001, celui-ci s'élevait à environ Fr. 170'000.-. Ceci correspond à 82 % de la valeur moyenne de tous les médecins. Se basant sur l'analyse des coûts (Roko), le produit net provenant de l'activité pédiatrique entre 1990-2002 (sans Tarmed) a été déterminé. Les résultats montrent des montants inférieurs; le revenu AVS moyen de Fr. 170'000.- ne peut donc être réalisé que grâce à des honoraires supplémentaires. Les divergences régionales ont diminué quelque peu durant cette période mais elles existent toujours.

Comment peut-on améliorer la mauvaise position des pédiatres? Il faudrait d'abord obtenir plus de données. Le nombre de participants annoncés à la Roko est beaucoup trop faible. La SSP et le Forum de pédiatrie ambulatoire doivent motiver leurs membres, pour qu'ils participent à la Roko. De plus, les données de la Roko devraient être améliorées en prenant également en considération les médecins travaillant à temps partiel (projet RokoPed). L'analyse des données doit ensuite être effectuée par nos soins. Il faudrait commencer au plus tard le 1er juillet 2006.

Philipp Trefny, Forum de pédiatrie ambulatoire (FPP), Lucerne informe qu'un grand nombre de pédiatres en Suisse centrale ont des angoisses existentielles concernant leur avenir. La région tarifaire de Suisse centrale réunit 5 cantons, avec auparavant de grandes différences dans les systèmes de tarifs et coûts de base. La région a débuté la phase Tarmed avec une valeur de point de 86

centimes. En juillet, la valeur du point s'élevait encore à 80 centimes, mais malgré cela l'on a enregistré un excédent de volume de CHF 14,6 mio, qui devra être compensé conformément aux contrats. La région tarifaire pourrait être déchirée, étant donné que par exemple dans le canton d'Uri, la valeur devrait être à 97 ct. Les grandes différences dans les valeurs de point sont considérées comme très injustes et négatives.

Le FPP vient d'entreprendre un rapide sondage au sein de ses 400 membres ordinaires. Des 186 réponses, seule une minorité trouve la situation actuelle satisfaisante. Pour la phase de compensation à venir, 95 % des participants au sondage sont de l'avis qu'il faudrait apporter des corrections. Le revenu ne s'est pas amélioré en Suisse allemande et s'élève, sur la base de pourcentages semi quantitatifs, à moins 1,6 %.

La question du revenu n'est pas seulement un problème pour les pédiatres de Suisse Centrale. A l'avenir, ce sera toujours plus difficile de trouver des pédiatres pour les régions campagnardes dans toute la Suisse. Heureusement que la conférence des directeurs de la santé a au moins constaté qu'il existe un problème sur le plan de la médecine de premier recours (voir communiqué de presse, GDK, 19.05.2005).

Un grand problème provient du manque de données de base. Peut-être qu'un système de bonus/malus sur les cotisations de membres, à l'exemple du procédé de la société de médecine de Lucerne, pourrait contribuer à motiver les pédiatres de transmettre leurs données à des trust-center pour médecins ou aux analyses Roko. Seules des données de base suffisantes nous permettront de soumettre des exigences sur le plan politique. Et de telles exigences s'imposent afin de revaloriser le travail des pédiatres ambulatoires.

Selon Pierre Klauser, il faut encourager la continuation du travail dans le cadre de la plateforme Tarmed SSP-FPP. Le président clôt la table ronde à 11.10 heures pour ouvrir ensuite l'assemblée générale de la SSP.

Protokoll vom «runden Tisch», einer Diskussionsrunde im Rahmen des Jahreskongresses der SGP

vom 16. Juni 2005, 09.30 Uhr, Kongresszentrum Montreux, Saal 1

Marianne Neuenschwander, Generalsekretärin, Freiburg

Thema:

Finanzierung der Pädiatrie: DRG und Tarmed: Herausforderungen für die Zukunft

Podiumsteilnehmer:

- Jean-Jacques Chalé, Lausanne
- Michele Losa, St. Gallen
- Marco Belvedere, Zürich
- Denis Aladjem, Genève
- Philipp Trefny, Luzern
- Pierre Klauser, Moderation

Pierre Klauser, Präsident der SGP, begrüsst die zahlreichen Anwesenden und dankt den Podiumsteilnehmern für ihre Bereitschaft, an dieser Diskussionsrunde aktiv mitzuwirken.

Teil I: Hoffnungen und Risiken der Abrechnung nach «SwissDRG»

Jean-Jacques Chalé, Finanzdirektion waadt-ländische Spitäler, Lausanne, weist in seinem Referat auf die Notwendigkeit der «Messbarkeit» der medizinischen Leistungen in den Spitälern hin. Die klassischen Finanzierungskriterien wie Anzahl Betten, Belegung der Betten, Tages- und Fallpauschalen, Tarmedpunkte etc. haben Grenzen, die hauptsächlich bei den inflationsbedingten Auswirkungen zu suchen sind. Die Mehrheit der Kliniken wendet deshalb das Konzept des Globalbudgets an, wo die Verbindung zwischen den Aktivitäten und der Finanzierung etwas gelockert ist.

Das künftige Entgeltsystem DRG (Diagnosis Related Groups) entschädigt Behandlungsfälle nach Diagnosegruppen, wobei die Behandlungsfälle gemäss Diagnostik und diagnostischen sowie therapeutischen Verfahren in vergleichbare Gruppen eingeteilt werden. Mit dem so genannten System «refined DRG» sollen die finanziellen Mittel möglichst gut den realistischen Bedürfnissen der Spitäler angepasst werden. Das Tarifsystern soll ähnlich dem Tarmed vereinheitlicht werden und Vergleiche von Leistungen zwischen Spitälern ermöglichen.

Gemäss Jean-Jacques Chalé stehen für den Bereich Pädiatrie folgende Punkte im Vordergrund:

- In der Neonatologie besteht insgesamt eine befriedigende Situation. Massgebend sind Geburtsgewicht und Niveau des Schweregrads. Es gibt keine adulte Vergleichsgruppe.
- In der traditionellen Pädiatrie sind die Kosten für die unter 16-Jährigen oft höher, da für die Arbeit mit den Kindern mehr Personal benötigt wird. Hingegen gibt es in Bezug auf Kostenübernahme beim aktuellen DRG-System keine systematische Unterscheidung zwischen Erwachsenen und Kindern.

Jean-Jacques Chalé betont, dass ein anderes medizinisches Denken erwartet wird, indem vermehrt das «Produkt» der Kliniken abgegolten wird. Dies erfordert auch Anpassungen im Bereich der professionellen Leitung und des Kostenmanagements der Spitäler. Weitere Informationen sowie die Einladung für das SwissDRG Forum vom 20. September 2005 in Luzern sind unter www.swissdrg.org erhältlich.

Gemäss den Ausführungen von Michele Losa, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, basiert das in der Schweiz einzuführende DRG-System auf einem diagnosebezogenen Patientenklassifikationssystem. Die Patientenschaft bzw. deren Behandlung wird in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten unterteilt.

Folgende Überlegungen sind dabei für die Kinderkliniken wichtig:

- Die Kinder sind in der Regel grundsätzlich gesund, beim Spitalaufenthalt ist häufig eine banale Diagnose relevant, in der Regel kommen keine oder nur sehr wenige Komorbiditäten und nur selten Komplikationen vor. Hingegen gilt es den kindesbezogenen Aufwand (Kleinkinder) und das soziale Umfeld zu berücksichtigen.

- Der Anteil der Pädiatrie an der stationären Patientenversorgung beträgt nur ca. 10%. Es gibt deshalb nur kleine Fallzahlen pro DRG und trotzdem ist das Angebot des ganzen medizinischen Spektrums nötig.
- Für die Geriatrie sind Alterssplits eingeführt, für die Pädiatrie sind ausser in der Neonatologie wenige Alterssplits vorhanden.
- In Deutschland wurde ein ähnliches System im Jahr 2003 eingeführt. Es drohen massive Verluste und die Schliessung von mehreren Kinderkliniken, falls nicht bald Korrekturen erfolgen.

Michele Losa sieht eine mögliche Lösung mit der Bildung von Alterssplits: Je nach Alter wird eine Anpassung des Kostengewichtes für die betreffende DRG-Gruppe vorgenommen. Diese Lösung wird nun auch in Deutschland diskutiert. Sie würde die Anzahl der DRG-Gruppen nicht erhöhen.

Die SGP bildet nun eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel, bei den Vorbereitungsarbeiten für die Einführung von DRG Einfluss zu nehmen und sich für eine «pädiatrigerechte» Entschädigung einzusetzen. Erste Kontakte zum Projektleitungsgremium SwissDRG sind bereits erfolgt.

Teil II: Tarmed: Allgemeine Lage und Situation in gefährdeten Regionen

Gemäss den Ausführungen von Marco Belvedere, Leiter AG Tarmed, Zürich, und Denis Aladjem, Genève, sind die Zahlen der Trust Centers von 2004 die besten verfügbaren Zahlen, um die ökonomische Situation der Pädiatrie in der Schweiz zu verfolgen. Rund $\frac{2}{3}$ der KinderärztInnen sind einem Trust Center angeschlossen. In gewissen Regionen ist die Datenbasis allerdings immer noch zu klein für eine stichhaltige Aussage. Die Vergleichszahlen von 2003 sind lediglich Zahlen der Kunden der Ärztekasse, welche für viele Regionen auch nicht genügend Teilnehmende ausweisen können.

Die durchgeführte Analyse gibt folgende Resultate:

- Der Sitzungsmittelwert der KinderärztInnen, als ein Mass für den Umsatz, hat sich gesamtschweizerisch von 2003–2004 um rund 9% erhöht. Die regionalen Unterschiede sind unter Tarmed etwas kleiner geworden.

- Die mittlere Anzahl Taxpunkte pro Sitzung beträgt 75. Die interkantonalen Abweichungen sind kleiner geworden.
- Die mittlere Anzahl Minuten pro Sitzung liegt bei 17,7. Die Zahl entspricht somit dem in der eigenen Umfrage 2003 erfassten Wert. Das Sprechstundenverhalten hat sich unter Tarmed also nicht verändert.

Aus der Erhebung von Dr. Niklaus Hasler (Auftrag der FMH) kennen wir das mittlere AHV-Einkommen der KinderärztInnen. Es betrug 2001 rund Fr. 170'000.-. Dies entspricht rund 82% des Mittelwertes aller ÄrztInnen. Basierend auf den Daten der rollenden Kostenstudie (Roko) wurde der Reinertrag aus der pädiatrischen Praxistätigkeit von 1990–2002 (ohne Tarmed) ermittelt. Die Resultate zeigen tiefere Beträge womit das mittlere AHV-Einkommen von rund Fr. 170'000.- nur durch Zusatzhonorare erreicht wird. Die regionalen Differenzen haben sich während dieser Zeit etwas vermindert, sind aber nach wie vor vorhanden.

Wie kann die schlechte Rangierung der KinderärztInnen verbessert werden? Erstens braucht es mehr Daten: Die Zahl der bei der Roko meldenden TeilnehmerInnen ist viel zu klein. Die SGP und das Forum für Praxispädiatrie müssen hierzu ihre Mitglieder motivieren an der Roko teilzunehmen. Zweitens sollen die Daten der Roko verbessert werden durch das Miterfassen der Teilzeitanstellung der ÄrztInnen (Projekt pädRoko). Die Datensammlung muss dann zusätzlich in eigener Regie ausgewertet werden. Damit sollte spätestens am 1. Juli 2006 begonnen werden.

Philipp Trefny, Forum für Praxispädiatrie (FPP), Luzern, erwähnt, dass viele KinderärztInnen in der Zentralschweiz existentielle Zukunftsängste haben. Die Zentralschweizer Tarifregion umfasst 5 Kantone mit vormals sehr unterschiedlichen Tarifsyste-men und Sollkostenbasen. Die Region ist mit einem Taxpunktwert von 86 Rappen in die Tarmedphase gestartet. Im Juli 2005 betrug der Taxpunktwert noch 80 Rappen, trotzdem wurde ein Überschussvolumen von Fr. 14,6 Mio. angehäuft, welches laut Verträgen kompensiert werden muss. Die Tarifregion könnte auseinander brechen, da z.B. der Kanton Uri eigentlich bei 97 Rp. liegen würde! Die grossen Taxpunktwertunterschiede werden als sehr ungerecht und stossend empfunden.

Das FPP hat kürzlich eine Blitzumfrage bei seinen rund 400 ordentlichen Mitgliedern durchgeführt. Von den 186 Antwortenden war nur eine Minderheit mit der heutigen Situation grundsätzlich zufrieden. Für die kommende Kompensationsphase sehen rund 95% der UmfrageteilnehmerInnen einen Handlungsbedarf. Das Einkommen hat sich in der Deutschschweiz nicht verbessert und liegt aufgrund von semi-quantitativen Prozentzahlen bei minus 1,6%.

Die Einkommenssituation ist nicht nur ein Problem der zentralschweizerischen KinderärztInnen. Es wird immer schwieriger werden, pädiatrischen Nachwuchs für die ländlichen Gebiete der gesamten Schweiz zu finden. Zumindest hat nun die Gesundheitsdirektorenkonferenz eingesehen, dass es in der Grundversorgung Schwierigkeiten gibt (vgl. Medienmitteilung GDK, 19.5.2005).

Ein grosses Problem ist die mangelnde Datenbasis. Vielleicht könnte ein Bonus-/Malusystem für Mitgliederbeiträge analog des Vorgehens der Ärztesgesellschaft Luzern mit-helfen, mehr KinderärztInnen zu motivieren, Daten an ärzteigene Trust Centers und an die Roko-Studie zu liefern. Nur mit genügend Daten kann man auf politischer Ebene Forderungen stellen. Und solche Forderungen sind dringend notwendig, um die Arbeit der Praxispädiater aufzuwerten.

Gemäss Pierre Klauser muss die Weiterarbeit im Rahmen der Tarmed-Plattform SGP-FPP gefördert werden. Der Präsident schliesst die Diskussionsrunde um 11.10 Uhr, zwecks Eröffnung der anschliessenden Generalsversammlung der SGP.

Commentaire à la Charte du GREPA

Pierre Klauser, Président SSP, Genève

Je me réjouis de cette publication d'un groupe d'intérêt pédiatrique. En effet la pédiatrie ambulatoire et les autres disciplines de premier recours (médecine générale et médecine interne générale), ne se retrouvent que partiellement dans les «profils» qu'elles s'étaient données à la fin du XXe siècle.

Le profil moderne de la pédiatrie doit intégrer la réalité des changements de la société humaine et l'évolution des besoins clairement médicaux d'une part, mais aussi médico-psycho-sociaux.

Je partage particulièrement les constats de changements sociaux et culturels de cette Charte. J'apprécie également la réflexion en 3 cercles et 3 missions. Nous ne pouvons qu'encourager tous nos membres à s'engager dans les stratégies de valorisation du 4e chapitre.

Une réflexion aussi approfondie pourrait émerger dans un proche avenir sur des domaines de la pédiatrie hospitalière et de la pédiatrie spécialisée.

Kommentar zur Charta des GREPA

Pierre Klauser, Präsident SGP, Genf

Übersetzung: Stephan Rupp, Einsiedeln

Mit Freude nehme ich diese Publikation einer pädiatrischen Interessengruppe zur Kenntnis. In Wirklichkeit entsprechen die ambulante Pädiatrie und die anderen Grundversorgerdisziplinen (Allgemeinmedizin und allgemeine Innere Medizin) nur teilweise dem Profil, welches sie sich zum Ende des 20. Jahrhunderts gegeben haben.

Das moderne Profil der Pädiatrie muss die Realität der Veränderungen der menschlichen Gesellschaft einbeziehen, ebenso wie die Entwicklung der rein medizinischen, aber auch der medizinisch-psycho-sozialen Bedürfnisse.

Besonders pflichte ich in dieser Charta der Feststellung der sozialen und kulturellen Veränderungen bei. Ich schätze auch die Überlegungen in 3 Kreisen und 3 Aufgaben. Es ist wichtig, alle unsere Mitglieder zu ermutigen, sich für die Strategien in Kapitel 4 zu engagieren.

Ähnliche Überlegungen könnten sich in nächster Zeit auch in anderen Bereichen aufdrängen, wie zum Beispiel in der Spitalpädiatrie oder bei den pädiatrischen Spezialitäten.

Réflexions des pédiatres praticiens de Suisse romande et agenda pour l'avenir

Une charte de pédiatrie ambulatoire

Pierre Egger, Pierre Deglon, Patrick Diebold et Michaël Reinhardt (GREPA¹⁾)

Introduction

Le 26 août 2004 une centaine de pédiatres praticiens de Suisse romande se sont réunis pour une journée de réflexion sous l'égide du Groupe pour la recherche et l'enseignement en pédiatrie ambulatoire (GREPA). Avec l'appui d'experts et de consultants (sociologue, psychiatre, spécialistes de la communication et de la gestion de projets)²⁾, ils ont dégagé les messages essentiels qui permettent de positionner la pédiatrie ambulatoire de demain.

Dans le passé, une telle démarche a déjà été effectuée par la Société suisse de pédiatrie ou certains de ses membres^{3), 4)}.

Le présent document est toutefois complémentaire, original dans sa genèse et dans son cheminement.

Genèse: en l'espace d'une journée, les participants ont adhéré à une démarche interactive, chacun apportant son expérience et ses idées personnelles, spécifiques à l'exercice de la pédiatrie ambulatoire. La mise en commun du matériel a abouti à une première version «brute» d'une «Charte pour la pédiatrie», retravaillée par un comité de rédaction issu du GREPA.

Cheminement de la réflexion:

1. Clarifier les besoins de *l'enfant dans son environnement*.
2. Identifier les *publics* et les *acteurs cibles* avec lesquels le pédiatre doit composer, tout en déterminant les *fonctions spécifiques* qui s'y associent.
3. Faire l'état des lieux des *compétences*, identifier les pôles de maîtrise mais aussi les carences de la pédiatrie ambulatoire actuelle.
4. Définir les pistes stratégiques de *valorisation de la profession*, conditions d'une attitude active en partenariat dans le contexte actuel.

Le nombre et la qualité d'engagement des participants font de ce texte un réel document de consensus, reflet des perceptions

actuelles d'une grande majorité des pédiatres francophones de Suisse.

Ces dernières années, depuis le «Leitbild» de 1994, les enfants, les pédiatres, la société et le monde hésitent entre continuité et changement: ce texte illustre l'importance et tire les conséquences du changement.

1. Besoins de l'enfant dans son environnement

Les besoins fondamentaux de l'enfant peuvent être actuellement regroupés selon les axes suivants:

- *La reconnaissance de la singularité de l'enfant:* l'enfant est un être à part entière déjà avant la naissance, son développement est caractérisé par la croissance et l'incertitude liée aux changements.
- *La sécurité:* caractérisée par la continuité et la cohérence, dans un cadre de sécurité affectif et de réassurance.
- *Les repères:* nécessitent des valeurs de références et des outils de discernement.
- *L'écoute:* sous entend confiance, respect, besoins de lieux d'écoute neutres et compréhensifs, d'affection et d'amour.
- *La prévention:* passe par des besoins éducatifs, de conseils en matière de nutrition, d'accompagnement face aux comportements à risque, de protection des mineurs, des structures de soins adaptées à l'enfant, l'amélioration du passage entre le pédiatre et le médecin adulte.
- *L'équilibre de vie:* est fonction de l'adaptabilité, de structures stabilisatrices, du bien-être et de la santé psychique et physique, de la qualité de vie, de la transmission d'un style de vie plus sain.
- *La créativité:* la création, l'aventure, l'imaginaire sont des besoins fondamentaux de l'enfant. Le mode de vie doit être adapté à l'enfance, avec moins de pressions et d'attentes sur l'enfant qui doit pouvoir conserver le temps du rêve et de l'incertain.
- *La famille et l'autorité:* doivent développer la socialisation, les échanges interculturels, l'autonomie.

- *La guidance:* doit permettre conseils, explications, orientation, face aux problématiques scolaires, de violence ou d'échec, dans un cadre éducatif actualisé, et doit accompagner l'adolescent à l'entrée de sa vie professionnelle.

Ces besoins sont en relation avec les mutations sociales et déterminent la fonction et l'action du pédiatre. Les principaux *constats de changements sociaux et culturels* sont:

- *La perte de repères des parents* face à leur statut et leurs responsabilités engendrant des difficultés éducatives, des conflits parents-enfants et des problèmes d'intégrité de l'enfant.
- La complexité des prises en charge et le flou du champ d'action des multiples intervenants créant une *incertitude du rôle précis du pédiatre*, réceptacle de tous les recours, questions et incertitudes.
- *La pléthore de l'offre* en matière de soins, de guidance, de conseils et d'intervention sur la «nébuleuse» de l'enfant et son environnement engendrant des difficultés de positionnement de la pédiatrie ambulatoire dans les démarches communautaires, scolaires et de la vie sociale.

L'analyse de cette situation montre que le pédiatre, garant d'une approche globale de la santé et du développement de l'enfant, est le mieux en mesure d'intégrer ses besoins et d'aider à la résolution de ses problèmes. Confronté d'une part à des carences de satisfaction de besoins fondamentaux de l'enfant (cadre de référence, repères, sécurité, qualité et hygiène de vie, soins, prévention, éducation, orientation scolaire) et d'autre part à une intense demande de soutien et de guidance émanant de parents souvent en perte de repères, le pédiatre articule sa mission selon trois axes principaux:

1. Prise en charge médicale.
2. Education de l'enfant et de sa famille.
3. Engagement au sein du réseau communautaire.

2. Quel public-cible et quelles fonctions du pédiatre?

Dans son approche de l'enfant le pédiatre se réfère à trois cercles de publics cibles:

- *Cercle 1:* enfant, fratrie, parents, intervenants proches (famille élargie, maman de jour, amis).
- *Cercle 2:* crèche et école, réseau médical et paramédical.

- *Cercle 3*: tutelles, monde juridique, pouvoirs publics, entreprises et médias.

Dans ces cercles, le pédiatre occupe la position de «relais», de «trieur» voire de «chef d'orchestre» de par sa compétence et sa présence spécifique auprès de chacun des acteurs. Ce rôle est légitimé par son expérience en matière de prise en charge de l'enfant, tant sur le plan somatique que psychologique.

Les fonctions du pédiatre couvrent un large spectre comprenant la *prise en charge de maladies* aiguës et chroniques, *le rôle de médiateur et de formateur*, *la recherche et la diffusion de savoirs* relatifs au développement de l'enfant. En voici quelques illustrations:

- *Santé de l'enfant*: expérience clinique spécifique permettant de poser un diagnostic et de mettre en route un traitement de premier recours en cas de maladies somatiques ou psychiques, actions de prévention et de dépistage, contrôles du développement de la naissance jusqu'à l'âge adulte «médecine générale de l'enfant».
- *Protection de l'enfant*: connaissance des besoins en matière d'éducation, interventions en termes de médiation, défense des droits de l'enfant dans l'ensemble des entités socio-sanitaires.
- *Accompagnement de la famille*: engagement scientifique et communautaire permettant le soutien et la guidance des parents en matière d'éducation, d'orientation et de conseils, tant sur les plans de la santé physique, du développement psychosocial que sur le plan scolaire ou socioprofessionnel.
- *Soutien éducatif*: interactions entre l'école et la santé publique, aide pour l'orientation professionnelle, médiation de conflits parentaux qui menacent l'équilibre de l'enfant et compromettent son développement.
- *Mise à jour de l'expertise*: identification et diffusion précoce et argumentée des évolutions nécessitant une mise à jour des connaissances et des compétences du métier.

Dans l'activité pédiatrique, de nombreux obstacles doivent être surmontés pour accomplir ces missions:

- manque de temps et de ressources.
- discontinuité de la relation thérapeutique.

- retenue dans la délégation et le partenariat.
- appropriation du patient et de sa problématique.

La reconnaissance d'un rôle aussi important et complexe passe par l'affirmation d'un engagement fort et permanent au sein des trois cercles, de manière à mériter la confiance des parents et obtenir la meilleure collaboration des autres intervenants. Bien que fragile, la posture de «leader» est basée en premier lieu sur des compétences affirmées, mises à jour, et porteuses de confiance et de moyens d'action.

3. Quelles compétences et quels besoins de formation pour une pratique pédiatrique adéquate?

Quels sont les acquis que le pédiatre estime maîtriser actuellement:

La clinique: soins de l'enfant à tout âge, prévention, gestion des problèmes liés au développement et à la scolarité. En particulier, les compétences suivantes sont relevées:

- urgences médicales
- néonatalogie
- vaccinations, maladies infectieuses
- croissance, nutrition
- développement psychomoteur, problèmes de comportement
- prévention et dépistage

La communication avec les acteurs du premier cercle, notamment les qualités et compétences suivantes:

- empathie, respect et écoute
- explicitation, verbalisation
- travail sur le non verbal
- encouragement, soutien, réassurance
- information, conseils
- guidance éducative
- individualisation
- dédramatisation, créativité, humour

Ces compétences, bien qu'essentielles à la prise en charge pédiatrique, ne sont pas toujours formellement reconnues par les partenaires sociaux. Les raisons de cette sous-valorisation résident dans l'hétérogénéité des compétences individuelles, dans le manque d'affirmation du travail psychosocial et dans le manque d'analyse des démarches de prise en charge.

Quels sont les besoins en formation du pédiatre? En relation avec l'augmentation si-

gnificative de problèmes psychosociaux complexes, des flux et systèmes d'information, des contraintes temporelles et économiques, les compétences dont l'acquisition est indispensable sont:

- *Suivi de la science médicale*: progrès en génétique, imagerie diagnostique, informatique, éthique.
- *Dimension anthropologique*: ethnopsychiatrie, médecine pluriculturelle.
- *Perfectionnement pédiatrique dans les domaines de la pédiatrie du développement et de la pédopsychiatrie*: approche systémique, thérapies cognitivo-comportementales, dépistage précoce des problèmes d'apprentissages, prévention et prise en charge des difficultés scolaires, de la maltraitance et des abus sexuels, établissement de catalogue des thérapies à disposition des enfants.
- *Amélioration des connaissances concernant le milieu adulte et la médiation*: psychologie de l'adulte, médiation familiale, gestion des divorces, droits des enfants de parents divorcés, parents non-coopérants, techniques de communication.
- *Prise en charge de l'adolescent*: psychologie de l'adolescent, adolescent non-coopérant, comportements addictifs et toxico-dépendances.
- *Gestion de la qualité des soins*: indicateurs de qualité avec évaluation permanente, processus d'amélioration, délégation, gestion du temps, rentabilisation de la profession.
- *Communication institutionnelle*: connaissance approfondie des partenaires du réseau et de leurs actions spécifiques, modèles cantonaux et étrangers, partenariat, relations avec les médias et le grand public, attitudes face au monde judiciaire.
- *Ressources personnelles*: gestion de la formation continue, réflexion sur la pratique professionnelle, création de cercle de praticiens, pédagogie de la formation continue, débriefing professionnel et personnel, prévention du «burn-out».

Ces besoins ne sont pour l'instant pas satisfaits par l'offre de la formation continue.

4. Stratégies de valorisation pour l'avenir

La valorisation de la profession passe par un positionnement clair de la pédiatrie comme la médecine de l'être, de la conception jusqu'à la fin de l'adolescence, soit une approche dite «généraliste» du nourrisson, de l'en-

fant et de l'adolescent. Cette première affirmation doit être complétée par une définition précise des spécificités pédiatriques, telles qu'elles ont été développées précédemment.

Dans le contexte actuel, la spécificité pédiatrique reste difficile à assumer. Le système de rémunération privilégiant les actes techniques au détriment d'une approche intégrative de la santé contribue à cette difficulté. Le manque de reconnaissance du pédiatre est le résultat d'un décalage entre l'image de la profession et ses réalités, générant inquiétude, perte de confiance et baisse de l'attractivité de la profession auprès des jeunes médecins.

En réponse à cette situation, quatre *conditions de valorisation de la profession* sont proposées:

- Excellent niveau de formation initiale et de perfectionnement.
- Contact précoce et investi avec l'ensemble des acteurs du réseau.
- Promotion de l'efficacité et de la rentabilité de l'action pédiatrique.
- Amélioration des stratégies de communication avec les institutions et les divers publics.

Dans le prolongement de ces axes prioritaires de valorisation, il faut mentionner les objectifs suivants:

- *Action politique*: lobbying des sociétés savantes, engagement en matière de politique publique, utilisation de la «force médicale» résultant de l'unité et de la cohésion de tous les médecins.
- *Approche qualité*: recherche en qualité des soins, valorisation et diffusion des résultats.
- *Marketing de la profession*: information des parents et du grand public par le biais des médias, modernisation des messages et des stratégies, prises de position sur les questions pédiatriques débattues dans la société, engagement dans des actions visibles de prévention et de défense de l'enfance.
- *Développement de compétences*: modernisation du système de formation initiale et continue, valorisation des compétences pédiatriques dans les différents cercles, actualisation permanente des enseignements, encouragement des vocations afin d'augmenter le nombre de pédiatres installés.

Le but de cette valorisation professionnelle est de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés du plus haut niveau d'influence jusque dans les cercles les plus modestes. Pour rester crédible cette action de «relations publiques» doit pouvoir s'appuyer sur une pratique médicale de grande qualité.

Conclusions

Dans une société contemporaine caractérisée par des transformations rapides, l'enfant et l'adolescent sont confrontés à un contexte d'incertitude, nécessitant pour eux des capacités et des ressources de reconstruction continue. Les repères indispensables au développement identitaire sont aujourd'hui en perpétuelle mutation, laissant souvent les familles démunies. Les relations étroites entre l'environnement et l'état de santé favorisent une culture du traumatisme. Il importe dès lors de proposer une alternative constructive basée sur «une clinique de la réponse».

Dans sa mission portant sur la santé globale et le développement de l'enfant, le pédiatre est le mieux à même de jouer un *rôle intégrateur* au sein de la médecine pluridisciplinaire qui l'entoure. Il est confronté aujourd'hui, d'une part à des carences face à des besoins fondamentaux dans le développement de l'enfant et d'autre part à une forte demande de soutien et de guidance émanant de parents, souvent en perte de repères. Dès lors la mission du pédiatre s'articule selon trois axes principaux: *la prise en charge médicale, l'éducation de l'enfant et de sa famille ainsi que l'engagement au sein du réseau communautaire*.

En plus de sa fonction primordiale thérapeutique, d'accompagnement et de soutien au développement optimal de l'enfant, le pédiatre se doit d'assumer des fonctions complémentaires, en partie nouvelles et de s'adresser à plusieurs publics cibles, allant de la famille au sens restreint jusqu'au milieu socio-économiques.

Les *compétences* nécessaires pour assurer ces fonctions sont essentiellement situées dans le registre de la *relation*. Dans le domaine général de la communication, un savoir faire vis-à-vis des acteurs institutionnels est recherché. Des *besoins de formation complémentaire* sont nécessaires dans le domaine du développement de l'enfant, de la

gestion des crises et dans l'accompagnement psychologique et psychosocial de la famille ainsi que dans l'ethno-médecine. Une meilleure utilisation du réseau est souhaitable. À noter que les compétences recherchées ne sont actuellement pas faciles d'accès ni forcément disponibles. Un changement de positionnement professionnel est nécessaire afin de revendiquer une pratique élargie à ces compétences en évolution permanente.

Face au contexte actuel d'incertitude et de manque de reconnaissance, plusieurs *pistes de valorisation* sont à renforcer: L'implication dans des actions de prévention et de défense de l'enfance; la stimulation de rencontres avec des partenaires: médecins scolaires, services de protection de la jeunesse, assistants sociaux, psychiatres, enseignants; l'implication des leaders de la profession aux plus hauts niveaux de décisions; le développement de recherches cliniques et d'études sur la qualité des soins ambulatoires; le renforcement des systèmes de formation initiale et continue; la modernisation des messages afin d'optimiser l'attractivité du métier et susciter des vocations en vue d'assurer la relève.

Références

- 1) Groupe Romand d'Etudes en Pédiatrie Ambulatoire
- 2) Merci aux Prof. F. Ansermet et I. Rossi pour leur précieuse contribution et participation à cette journée ainsi qu'à Mr S. Jacquemet et ses collaborateurs de Phronesis Consulting pour l'animation et la synthèse des discussions.
- 3) Tönz O. et al. Leitbild der Pädiatrie, Paediatrica 1994
- 4) Pissoglio L. Pediatrica pratica: status quo e futuro. Paediatrica 12, 100.

Überlegungen der Praxispädiater der französischsprachigen Schweiz und Kalender für die Zukunft

Eine Charta der ambulanten Pädiatrie

Pierre Egger, Pierre Déglon, Patrick Diebold und Michaël Reinhardt (GREPA¹⁾)

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Einführung

Am 26. August 2004 haben sich an die hundert welsche Praxispädiater unter der Ägide des Groupe pour la recherche et l'enseignement en pédiatrie ambulatoire (GREPA) zu einer Tagung zusammengefunden. Unterstützt durch Experten und Berater (Soziologen, Psychiater, Spezialisten der Kommunikation und der Projektführung)²⁾, haben sie die wesentlichen Botschaften erarbeitet, die es erlauben sollen, den Standort der ambulanten Pädiatrie von morgen zu definieren.

Ähnliche Vorstösse wurden in der Vergangenheit durch die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie und gewisse ihrer Mitglieder gemacht^{3), 4)}.

Entstehung: Während eines Tages haben sich die Teilnehmer zu interaktiven Gesprächsrunden zusammengefunden; jedermann brachte seine persönlichen, praxisspezifischen Erfahrungen und Ideen ein. Das so zusammengetragene Material ergab eine Rohfassung der «Charta der ambulanten Pädiatrie», welche anschliessend durch eine aus dem GREPA hervorgegangenen Redaktion überarbeitet wurde.

Grundideen:

1. Die Bedürfnisse des *Kindes in seiner Umwelt* erfassen.
2. Identifikation von *Zielpublikum und Bezugspersonen*, mit welchen der Pädiater zusammenarbeiten muss, sowie der damit zusammenhängenden *spezifischen Funktionen*.
3. Inventar der *Kompetenzen*, die Stärken aber auch die Schwächen der ambulanten Pädiatrie von heute identifizieren.
4. Strategien zur *Aufwertung des Berufstandes*, Bedingungen einer aktiven partnerschaftlichen Haltung im heutigen Umfeld.

Die Anzahl der Teilnehmer und die Qualität ihres Einsatzes machen diesen Text zu einem

echten Konsensus-Dokument, Spiegelbild der derzeitigen Empfindungen einer grossen Mehrheit der französischsprachigen Schweizer Kinderärzte.

Im Verlaufe der letzten Jahre, seit dem «Leitbild» von 1994, wanken Kinder, Kinderärzte, die Gesellschaft, ja die ganze Welt zwischen Wandel und Dauer: Dieser Text veranschaulicht die Bedeutung der Veränderungen und zieht die Folgerungen daraus.

1. Bedürfnisse des Kindes in seiner Umgebung

Die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes können zur Zeit wie folgt gegliedert werden:

- *Anerkennung der Besonderheiten des Kindes:* Das Kind ist schon vor der Geburt ein vollwertiges Wesen, dessen Entwicklung sich durch Wachstum und Veränderung und die dadurch bedingten Unsicherheiten auszeichnet.
- *Sicherheit:* Gekennzeichnet durch Beständigkeit und Zusammenhalt in einem Umfeld affektiver Sicherheit und Um-sorgtheit.
- *Bezugspunkte:* Verlangen ein Bezugssystem von Werten und Mitteln, die es erlauben, sich ein Urteil zu bilden.
- *Zuhören:* Setzt Vertrauen und Respekt sowie Orte des angehört Werdens voraus, neutral und verständnisvoll, wohlwollend und liebend.
- *Vorbeugung:* Hängt ab von erzieherischen Bedürfnissen, von Beratung in Sachen Ernährung, Begleitung bei Risikoverhalten, Schutz der Minderjährigen, von kindgerechten Pflegebedingungen sowie Verbesserung des Übergangs vom Pädiater zum Erwachsenenmediziner.
- *Ausgeglichenheit:* ist abhängig von Anpassungsfähigkeit, von stabilisierenden Strukturen, von Wohlbefinden sowie psychischer und physischer Gesundheit, von Lebensqualität und Überlieferung eines gesünderen Lebensstiles.

- *Kreativität:* Schaffen, Abenteuer und Phantasie sind Grundbedürfnisse des Kindes. Die Lebensweise muss dem Kindsein angepasst werden, mit weniger Druck und Erwartungen gegenüber dem Kind, dessen Zeit zum Träumen und für das Ungewisse erhalten bleiben muss.
- *Familie und Autoritäten:* Sollen die Sozialisierung, den interkulturellen Austausch und die Autonomie fördern.
- *Führung:* Soll durch einen den neuen Entwicklungen angepassten erzieherischen approach Beratung, Erläuterung, Orientierung bei Schulschwierigkeiten, bei Gewalt, bei Schul- oder sonstigem Versagen erlauben, und soll den Jugendlichen bei seinem Eintritt ins Berufsleben begleiten.

Diese Bedürfnisse stehen im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen und bestimmen Funktion und Handeln des Kinderarztes. Die wichtigsten festgestellten *gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen* sind:

- Der *Verlust von Bezugspunkten durch die Eltern* in Bezug auf ihre Stellung und ihre Verantwortung führt zu Erziehungsschwierigkeiten, zu Eltern-Kind-Konflikten und zu Risiken für die Integrität des Kindes.
- Die Komplexität der Betreuungsformen und die unklare Abgrenzung der Verantwortungsbereiche der vielen Bezugspersonen schaffen eine *Unsicherheit der genauen Rolle des Kinderarztes*, Sammelbecken aller Hilferufe, Fragen und Ungewissheiten.
- Das *Überangebot* an Pflegeleistungen, Führung, Beratung und anderen Massnahmen im etwas verschwommenen Umfeld des Kindes führen dazu, dass es die ambulante Pädiatrie schwer hat, ihre Rolle bei gemeinschaftlichen, schulischen und gesellschaftlichen Vorstössen zu definieren.

Die Analyse dieser Situation zeigt, dass der Pädiater, Garant einer globalen Sicht der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes, am besten imstande ist, dessen Bedürfnisse zu übersehen und bei der Lösung seiner Probleme zu helfen. Einerseits konfrontiert mit der fehlenden Befriedigung grundlegender Bedürfnisse des Kindes (Lebensrahmen, Bezugspunkte, Sicherheit, Lebensqualität und -hygiene, Pflege, Vorbeugung, Erziehung, Schulberatung) und andererseits der

starken Nachfrage nach Unterstützung und Beratung seitens von Eltern, welche ihrer Bezugspunkte verlustig gingen, gliedert der Kinderarzt seine Aufgabe in drei Hauptbereiche:

1. *Ärztliche Betreuung*
2. *Erziehung von Kind und Familie*
3. *Einsatz im Rahmen des gemeinschaftlichen Bezugsnetzes*

2. Welches Zielpublikum und welche Aufgaben für den Kinderarzt?

Der Kinderarzt findet seinen Zugang zum Kinde über drei Kreise von Bezugspersonen:

- *Kreis 1:* Kind, Geschwister, Eltern, nähere Umgebung (erweiterte Familie, Tagesmutter, Freunde)
- *Kreis 2:* Krippe und Schule, medizinische Bezugspersonen
- *Kreis 3:* Vormundschaft, Rechtspersonen, öffentliche Ämter, Unternehmen und Medien.

Innerhalb dieser Kreise nimmt der Kinderarzt die Stellung eines «Mittlers», eines «Sortiers» oder gar eines «Dirigenten» ein, dank seinen Kenntnissen und seiner spezifischen Stellung gegenüber jedem einzelnen Beteiligten. Diese Rolle gründet ihre Rechtfertigung in seiner Erfahrung bei der Betreuung von Kindern sowohl im somatischen wie im psychischen Bereich.

Die *Funktionen des Pädiaters* decken ein breites Spektrum, welches die *Behandlung akuter und chronischer Krankheiten*, die *Rolle eines Vermittlers und Ausbildners* sowie die *Erforschung und Verbreitung der Kenntnisse* um die Entwicklung des Kindes umfasst. Dazu einige Beispiele:

- *Gesundheit des Kindes:* Spezifische klinische Erfahrung, die es erlaubt, bei somatischen und psychischen Erkrankungen eine Diagnose zu stellen und eine Erstversorgung in die Wege zu leiten; Vorbeugungs- und Vorsorgeaktionen; Entwicklungskontrollen von Geburt an bis ins Erwachsenenalter; «Allgemeinmedizin des Kindes»
- *Kinderschutz:* Kenntnisse der Bedürfnisse in Erziehungsfragen, Vermittlerrolle, Verteidigung der Rechte des Kindes im gesamten sozialen und gesundheitspolitischen Bereich
- *Begleitung der Familie:* Durch persönlichen Einsatz in Forschung und Öffentlichkeitsarbeit die Orientierung und Beratung der Familien sowohl in Erziehungs- und

Gesundheitsfragen als auch die psychosoziale Entwicklung, die Schule und das Berufsleben betreffend.

- *Erzieherische Unterstützung:* Wechselwirkung zwischen Schule und Gesundheitswesen, Hilfe bei der Berufswahl, Vermittlung bei elterlichen Konflikten, die das Gleichgewicht des Kindes und dessen Entwicklung gefährden.
- *Fortbildung:* Verlangt Identifizierung und frühzeitige, gut belegte Verbreitung von Neuerungen, die eine Aktualisierung der beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern.

In der täglichen pädiatrischen Praxis müssen *viele Hindernisse* überwunden werden, um diese Aufträge zu erfüllen:

- Mangel an Zeit und Mitteln
- Fehlende Kontinuität der therapeutischen Beziehung
- Zurückhaltung beim delegieren und mit einbeziehen von beruflichen Partnern
- Mangelnde Distanz zum Patienten und seiner Problematik.

Die Anerkennung einer so wichtigen und komplexen Rolle führt über das Sichtbarmachen eines starken und permanenten *Engagements* im Rahmen der drei Kreise, mit dem Ziel, das Vertrauen der Eltern zu erwerben und eine bessere Zusammenarbeit mit den anderen Bezugspersonen zu erwirken. Wenn auch anfällig, gründet die Stellung eines «*leaders*» in erster Linie auf deutlich sichtbaren auf den neuesten Stand gebrachten Kompetenzen, auf Vertrauen und Handlungsbereitschaft.

3. Kompetenzen und Ausbildungsbedürfnisse einer adäquaten pädiatrischen Tätigkeit

Welches ist unser *Wissensschatz*? Gegenwärtig glaubt der Kinderarzt folgende Kenntnisse zu beherrschen:

Klinik: Pflege von Kindern jeden Alters; Vorbeugung; Lösung von Problemen in Zusammenhang mit Entwicklung und Schule. Insbesondere wurden folgende Fachkenntnisse hervorgehoben:

- medizinische Notfälle
- Neonatologie
- Impfungen, Infektionskrankheiten
- Wachstum, Ernährung
- Psychomotorische Entwicklung, Verhaltensstörungen
- Vorbeugung und Früherkennung

Kommunikation mit den Bezugspersonen des ersten Kreises, insbesondere die folgenden Eigenschaften und Fähigkeiten:

- Empathie, Respekt und die Fähigkeit zuzuhören
- erklären, verbalisieren
- nicht-verbale Kommunikation
- Ermutigung, Unterstützung, Stärkung des Selbstbewusstseins
- Information, Beratung
- Erziehungshilfe
- Förderung der individuellen Entwicklung
- Entdramatisierung, Kreativität, Humor

Diese Kompetenzen sind für die Betreuung von Kindern wesentlich, werden aber von den Sozialpartnern nicht immer ausdrücklich anerkannt. Die Gründe dieser Unterschätzung sind in der Verschiedenartigkeit der individuellen Kompetenzen, in der fehlenden Sichtbarmachung der psycho-sozialen Arbeit und in der fehlenden Analyse der Betreuungsmethoden zu suchen.

Welches sind die *Ausbildungsbedürfnisse des Kinderarztes*? In Anbetracht der bedeutsamen Zunahme an komplexen psycho-sozialen Problemen, des Informationsflusses und der Informationsmittel, der zeitlichen und wirtschaftlichen Zwänge, ist die Erlangung folgender Fähigkeiten unumgänglich:

- *Medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse:* Fortschritte in Genetik, diagnostischer Bildgebung, Informatik, Ethik.
- *anthropologische Dimension:* Ethnopsychiatrie, plurikulturelle Medizin.
- *Pädiatrische Fortbildung in Entwicklungspädiatrie und Kinderpsychiatrie:* Systemischer Ansatz, kognitive Verhaltenstherapien, Früherkennung von Lernstörungen, Vorbeugung und Betreuung von Schulschwierigkeiten, von Misshandlung und sexuellem Missbrauch, Aufstellen eines Kataloges, der dem Kinde zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.
- *Verbesserung der Kenntnisse der Erwachsenenwelt und der Konfliktschlichtung:* Psychologie des Erwachsenen, Familien-Mediation, Hilfeleistung bei Scheidung, Rechte des Kindes geschiedener Eltern, kooperationsunwillige Eltern, Kommunikations-Techniken.
- *Betreuung von Jugendlichen:* Psychologie des Jugendlichen, kooperationsunwillige Jugendliche, Suchtverhalten und Suchtmittelabhängigkeit.

- *Qualität der medizinischen Versorgung:* Qualitätsmerkmale und permanente Kontrolle, Verbesserungsmöglichkeiten, Delegation, Zeitplanung, Rentabilisierung des Berufes.
- *Kommunikation mit öffentlichen Ämtern:* Vertiefte Kenntnis der Bezugspartner und ihrer spezifischen Wirkungskreise, kantonale und ausländische Modelle, Partnerschaft, Umgang mit den Medien und dem breiten Publikum, Haltung gegenüber der Justiz.
- *Persönliche Ressourcen:* Planung der Fortbildung, Überlegungen zur beruflichen Praxis, Schaffung von Praktikerzirkeln, Pädagogik der Fortbildung, berufliches und persönliches Debriefing, Vorbeugung des «burn-out».

Diese Bedürfnisse werden durch das derzeitige Fortbildungsangebot nicht abgedeckt.

4. Strategien einer Aufwertung für die Zukunft

Die Aufwertung des Berufes geht über eine klare Stellungnahme der Pädiatrie als Medizin des Wesens von der Empfängnis bis zum Ende der Adoleszenz, d.h. über eine «allgemeinmedizinische» Betrachtung des Säuglings, des Kindes und des Jugendlichen. Diese erste Behauptung muss durch eine präzise Definition der pädiatrischen Eigenarten ergänzt werden, so wie sie bereits ausgeführt wurden.

Im derzeitigen Umfeld ist es für den Kinderarzt schwer, seine Eigenart zu behaupten. Ein Entlohnungssystem, welches die technischen Leistungen zuungunsten einer integrativen Sicht der Gesundheit bevorzugt, trägt zu dieser Schwierigkeit bei. Die fehlende Anerkennung des Kinderarztes ist das Resultat einer Diskrepanz zwischen dem Berufsbild und dessen Realität, was zu Besorgnis und Vertrauensverlust führt und den Beruf für die junge Generation weniger attraktiv macht.

Als Antwort auf diese Situation werden vier *Bedingungen zur Aufwertung des Berufsbildes* vorgeschlagen:

- hervorragendes Ausbildungsniveau, zu Beginn wie in der Fortbildung.
- frühzeitiger und engagierter Kontakt zu allen Bezugspersonen.
- Förderung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der pädiatrischen Tätigkeit.
- Verbesserung der Kommunikationsstrategien gegenüber Institutionen und Öffentlichkeit.

Diese Hauptachsen der Imageaufwertung führen zu folgenden Zielsetzungen:

- *politische Aktion:* Lobbying der akademischen Gesellschaften, Engagement in der öffentlichen Politik, Benutzung der «force médicale», hervorgehend aus Einheit und Zusammenhalt aller Ärzte.
- *Qualität:* Streben nach Qualität in der medizinischen Versorgung, hervorheben und verbreiten der erreichten Resultate.
- *Berufsmarketing:* Information der Eltern und des breiten Publikums über die Medien; Modernisierung der Botschaften und der Strategien; Stellungnahmen zu pädiatrischen Themen, welche in der Öffentlichkeit diskutiert werden; Einsatz in sichtbaren Aktionen der Vorbeugung und zum Schutze des Kindes.
- *Förderung der Kompetenzen:* Modernisierung des initialen Ausbildungsganges sowie der Weiter- und Fortbildung, Aufwertung der pädiatrischen Kompetenzen in den verschiedenen Kreisen, permanente Aktualisierung des Unterrichtes, Berufungen fördern um die Zahl der Kinderärzte mit privater Praxis anzuheben.

Das Ziel dieser Aufwertung des Berufes ist es, die Gesamtheit der Akteure zu mobilisieren, vom höchsten Einflussniveau bis hinab zu den bescheidensten Gremien. Um glaubhaft zu bleiben, muss sich diese «public relation» Aktion auf eine qualitativ hochstehende medizinische Praxis stützen können.

Schlussfolgerungen

In der gegenwärtigen, durch rasch ablaufende Veränderungen gekennzeichneten Gesellschaft stehen Kinder und Jugendliche einem von Unsicherheit geprägten Umfeld gegenüber und benötigen Fähigkeiten und Ressourcen zum ständigen Wiederaufbau ihrer Persönlichkeit. Die zur Identitätsentwicklung notwendigen Bezugspunkte sind heutzutage in ständigem Wechsel, was die Familien oft hilflos dastehen lässt. Die enge Beziehung zwischen Umwelt und Gesundheit begünstigt eine Kultur des Traumas. Es ist deshalb wichtig, eine konstruktive Alternative anzubieten, beruhend auf einer «*Klinik der Antwort*».

Dank seinem, auf die ganzheitliche Gesundheit und die Entwicklung des Kindes ausgerichteten Auftrag ist der Kinderarzt am besten gewappnet, in der ihn umgebenden pluridisziplinären Medizin eine integrierende

Rolle zu übernehmen. Er steht heute einerseits Unzulänglichkeiten bezüglich grundlegender Entwicklungsbedürfnisse des Kindes gegenüber und andererseits einer starken Nachfrage nach Unterstützung und Beratung von Seiten der Eltern, die oft ihrer Bezugspunkte verlustig gegangen sind. Der Auftrag des Kinderarztes bewegt sich folglich in drei Hauptrichtungen:

Ärztliche Betreuung, Erziehung von Kind und Familie, Einsatz in Rahmen des gemeinschaftlichen Bezugnetzes.

Zusätzlich zu seiner, wesentlichen, Rolle als Therapeut, als Begleiter und Stütze einer optimalen Entwicklung des Kindes, muss der Kinderarzt zusätzliche, zum Teil neuartige Funktionen übernehmen und sich an verschiedene Zielpublikums wenden, von der Familie im engeren Sinne bis hin zu Wirtschaftskreisen.

Die zur Erfüllung dieser Funktionen notwendigen *Kompetenzen* liegen im wesentlichen im Bereiche der *zwischenmenschlichen Beziehung*. Im allgemeinen Bereich der Kommunikation ist know-how gegenüber den Vertretern von Institutionen gefragt. Eine *zusätzliche Ausbildung* in den Bereichen Entwicklung des Kindes, Krisenmanagement, psychologische und psycho-soziale Begleitung der Familie sowie in Ethnomedizin wird als notwendig erachtet. Ein besserer Gebrauch der Bezugnetze ist wünschbar. Möglichkeiten zum Erlernen der erwähnten Fähigkeiten sind zur Zeit jedoch nur schwer zugänglich und nicht unbedingt verfügbar.

Ein beruflicher Standortwechsel ist notwendig, um eine auf diese, ständigem Wandel unterworfenen, Fähigkeiten ausgeweitete Tätigkeit zu beanspruchen.

Gegenüber den heutzutage herrschenden Unsicherheit und Mangel an Anerkennung müssen folgende *Wege zur beruflichen Aufwertung* bevorzugt werden:

Engagement bei Aktionen zugunsten von Vorbeugung und Kinderschutz; Förderung der Zusammenarbeit mit den Berufspartnern: Schulärzte, Kinderschutzdienste, Sozialarbeiter, Psychiater, Lehrer; Einflussnahme der beruflichen Leader auf höchster Entscheidungsebene; Förderung von klinischer Forschung und Studien zur Qualität der ambulanten Pflege; Stärkung der Aus- und Fortbildung; Modernisierung der Botschaften um den Beruf möglichst attraktiv darzustellen, Berufungen zu wecken und so die Nachfolge zu sichern.

Jahresbericht des KHM 2004

Christoph Francke, Uzwil

Der detaillierte Jahresbericht des Präsidenten, (M. Müller, Grindelwald) über die Entwicklung, die Aktivitäten und Perspektiven des KHM im Jahr 2004, wurde kürzlich veröffentlicht im offiziellen Publikationsorgan des KHM, «Primary Care», 2005; 5: Nr. 28–29 Seite 615–618.

Diese Zeitschriften dürften Sie als Mitglied der SGP bereits (unentgeltlich) erhalten haben. Andernfalls wenden sie sich bitte an den EMH Verlag unter: abo@emh.ch.

Für zusätzliche Auskünfte oder Anregungen stehen Ihnen die Delegierten der SGP im Stiftungsrat des KHM (P. Klauser, Genf und Chr. Francke, Uzwil) zur Verfügung.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christoph Francke
Facharzt FMH für
Kinder- und Jugendmedizin
Bäckerweg 8 9240 Uzwil
Tel. 071 955 99 66
Fax 071 955 99 65

Rapport annuel 2004 du CMPR

Christoph Francke, Uzwil

Traduction: René Tabin, Sierre

Le rapport annuel du président (M. Müller, Grindelwald) sur le développement les activités et les perspectives du CMPR en 2004 vient d'être publié dans «Primary Care», 2005; 5: N°30–31, pages 641–644 l'organe officiel du CMPR.

Comme membre de la SSP, vous devriez déjà avoir reçu (gratuitement) ce journal. Sinon, veuillez vous adresser aux éditions EMH à l'adresse abo@emh.ch.

Les délégués de la SSP au sein du conseil de fondation du CMPR (P. Klauser, Genève et Chr. Francke, Uzwil) se tiennent à votre disposition.

Correspondance:

Dr. med. Christoph Francke
Facharzt FMH für
Kinder- und Jugendmedizin
Bäckerweg 8 9240 Uzwil
Tél. 071 955 99 66
Fax 071 955 99 65

Tarmed Info

Marco Belvedere, Zürich, Tarmed-Delegierter der SGP

belvema@active.ch

Noch während des SGP Kongresses in Montreux wurden durch das Kostenneutralitätsbüro die Kompensationstaxpunktswerte festgelegt, welche nun seit dem 1.7.05 und weiterhin bis am 31.12.05 gelten. Entgegen den vielfach geäusserten Bedenken entsprechen sie nicht den theoretisch kalkulierten Werten, sondern den vertraglich erlaubten Werten. Die maximale Absenkung durfte 7% vom Startpunktswert nicht überschreiten. In einzelnen Kantonen bleibt damit aber auch nach dem 31.12.05 ein Fehlvolumen zurück, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit in die Nachfolgeberhandlungen einbezogen werden wird.

Die ausführliche Darstellung der uns zur Verfügung stehenden Daten über die Einkommenssituation der Pädiater und ihre Veränderung unter Tarmed hat einmal mehr klargemacht, wie hilflos wir manchmal argumentieren müssen, wenn wir nicht über gute Daten verfügen. Gesamtschweizerisch beteiligen sich nicht einmal ein Sechstel der Pädiater an der rollenden Kostenstudie (ROKO). Wir bedauern dies nicht nur sehr, sondern machen uns auch grosse Sorgen, dass wir damit keine genaue Vorstellung haben, wie hoch die Fixkosten in einer pädiatrischen Praxis sind. Tarifverhandlungen werden damit enorm erschwert.

Wir bitten deshalb alle Kolleginnen und Kollegen in der Praxis mit Nachdruck, sich an der ROKO zu beteiligen. Bei Teilzeitarbeit ist es sehr wichtig, die entsprechende Prozentangabe zu machen. Nur so können wir nachvollziehen, ob die pädiatrischen Einkommen unter Tarmed mit den Einkommen der übrigen Grundversorger Schritt halten können.

Bis zur nächsten Generalversammlung werden wir das detaillierte Projekt für eine pädiatrische ROKO ausarbeiten und dann vorstellen. Eckpfeiler bleibt aber auch in diesem Projekt die bereits seit vielen Jahren bekannte ROKO.

Eine neue Version des Tarifbrowsers ist in Ausarbeitung, wurde bisher aber vom BAG

noch nicht genehmigt. Deshalb konnte sie nicht auf den 1.7.05 in Kraft treten. Die Analyseliste position 9710.00 für die Blutentnahme in der Praxis bleibt also als Übergangslösung bis am 31.12.05 weiterhin erhalten.

Unsere vorgeschlagene Lösung zur Bereinigung von Alterslimiten in 27 pädiatrischen Positionen wurde von den Tarifpartnern endlich gutgeheissen und harret nun noch der Bestätigung durch das BAG. Wir werden später darüber ausführlicher berichten.

Für alle Positionen für welche Sie eine Besitzstandswahrung angemeldet haben, sollten Sie sich um eine adäquate Fortbildung bemühen. Das Dignitätsprojekt der FMH wurde nämlich durch die übrigen Tarifpartner blockiert und zur Überarbeitung zurückgewiesen. Damit ist eine einfache Regelung für Positionen aus den Kapiteln ORL, Dermatologie, Gynäkologie aber auch Entwicklungspädiatrie unmöglich geworden. Wir werden deshalb unsere bereits eingegebenen Einzelanträge reaktivieren und verhandeln.

Wichtige Adressen für die aktuellen Informationen sind weiterhin:

- www.swiss-paediatrics.org
- www.tarmedsuisse.ch
- www.fmh.ch
- www.zmt.ch
- www.trustx.ch

Info Tarmed

Marco Belvedere, Zurich, délégué Tarmed de la SSP

belvema@active.ch

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux de Fonds

Pendant que se déroulait le congrès de la SSP à Montreux, le bureau de la neutralité des coûts a fixé les valeurs du point, dites compensatoires, qui resteront en vigueur du 1.7.05 jusqu'au 31.12.05. Contrairement aux réserves souvent exprimées, elles ne correspondent pas aux valeurs théoriquement calculées, mais aux valeurs prévues dans le contrat. La baisse maximale ne pouvait dépasser les 7% de la valeur initiale du point. Dans certains cantons restera cependant un volume manquant qui sera très probablement inclus dans les tractations à venir.

La présentation détaillée des données à notre disposition concernant les revenus des pédiatres et leur évolution sous Tarmed a démontré, une fois de plus, notre impuissance lorsque nous devons argumenter sans disposer de données valables. Pour toute la Suisse même pas un sixième des pédiatres a participé à l'Etude permanente des coûts (ROKO). Nous ne le regrettons pas seulement, mais nous nous inquiétons aussi de n'avoir ainsi pas d'idée précise de l'importance des frais fixes d'un cabinet pédiatrique. Les négociations tarifaires sont ainsi rendues beaucoup plus difficiles.

Nous prions donc toutes et tous les collègues installé(e)s avec insistance de participer à la ROKO. Lors d'activité à temps partiel il est important d'indiquer le pourcentage. Ce n'est qu'ainsi que nous pouvons évaluer si sous Tarmed le revenu des pédiatres évolue au même rythme que celui des autres médecins de premier recours. Nous élaborerons un projet détaillé pour une étude permanente des coûts pédiatriques que nous souhaitons présenter à la prochaine assemblée générale. Pilier de ce projet restera la ROKO connue depuis plusieurs années.

Une nouvelle version du browser tarifaire est en élaboration, mais n'a jusqu'ici pas été validée par l'OFSP, raison pour laquelle elle n'a pas pu entrer en vigueur pour le 1.7.05. La position de la liste des analyses 9710.00 pour

la prise de sang au cabinet médical est donc provisoirement maintenue jusqu'au 31.12.05.

La solution proposée de notre part pour clarifier les limitations d'âge de 27 positions pédiatriques a enfin été acceptée par les partenaires tarifaires et n'attend que la confirmation par l'OFSP. Nous vous communiquerons les détails plus tard.

Vous devriez vous efforcer de suivre une formation continue adéquate pour toutes les positions pour lesquelles vous avez annoncé des droits acquis. Le programme des valeurs intrinsèques de la FMH a en fait été bloqué et renvoyé pour réexamen par les autres partenaires tarifaires. Un règlement simple de certaines positions des chapitres ORL, dermatologie, gynécologie mais aussi pédiatrie du développement est devenu ainsi impossible. Nous allons donc réactiver et soumettre une nouvelle fois nos propositions séparées.

Les adresses suivantes restent importantes pour les informations d'actualité:

- www.swiss-paediatrics.org
- www.tarmedsuisse.ch
- www.fmh.ch
- www.zmt.ch
- www.trustx.ch

Intervention de la Conférence des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé (CDS)

Pierre Klauser

Comme vous pouvez le voir, les multiples interventions de ces deux dernières années, soit dans les milieux médicaux, soit dans les milieux politiques, commencent à porter leurs fruits. Ainsi, il est particulièrement intéressant que des liens nouveaux se tissent en dehors du législateur fédéral directement avec les cantons. Ces derniers ont en effet une autonomie théorique en ce qui concerne la gestion de la santé publique, autonomie dont ils devront faire usage dans les prochaines années face aux défis de la démographie des patients et des médecins.

La SSP est partie prenante dans cette collaboration avec les cantons. Elle participera au côté de la SSMI et de la SSMG, dans la délégation du Collège de médecine de premier recours (CMPR) pour traiter de la problématique globale. Nous insisterons toutefois sur nos particularités pédiatriques, à savoir la situation financière souvent défavorable, notre rôle déjà très actif dans l'éducation de la population et le triage, la très forte proportion de pratiques à temps partiel, la nécessité des consultations pressantes, l'indispensable existence de services de pédiatrie hospitalière de proximité.

Vous trouverez ci-dessous

- un extrait du communiqué de presse de la CDS du 19 mai (texte complet en français: www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktualitaeten/Medienmitteilungen/Presstext-Grundversorger-f.pdf et en allemand: www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktualitaeten/Medienmitteilungen/Presstext-Grundversorger-d.pdf)
- la réponse de la SSP

Intervention der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Pierre Klauser

Übersetzung: Stephan Rupp, Einsiedeln

Wie Sie erkennen können, beginnen die multiplen Interventionen der vergangenen zwei Jahre sowohl im medizinischen als auch politischen Bereich Früchte zu tragen. Besonders interessant ist, dass neue Verbindungen direkt zu den Kantonen unter Umgehung des eidgenössischen Gesetzgebers entstehen. Tatsächlich haben die Kantone bezüglich Betreuung des kantonalen Gesundheitswesens eine theoretische Autonomie, die sie in den kommenden Jahren wegen der ungünstigen Demographie bei Patienten und Ärzten nutzen müssen.

Die SGP nimmt aktiv an dieser Zusammenarbeit mit den Kantonen teil. An der Seite von SGIM und SGAM, vereint in der Delegation des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), wird sie sich mit den allgemeinen Problemen auseinandersetzen. Dennoch betonen wir unsere pädiatrischen Besonderheiten, wie zum Beispiel die oft schlechte finanzielle Situation, unsere schon sehr aktive Rolle bei der Gesundheitserziehung und der Triage, der grosse Anteil Teilzeitbeschäftigter, die Notwendigkeit der Einführung dringlicher Konsultationen und die unabdingbare Notwendigkeit stationärer Pädiatrie in der Nähe.

Nachstehend finden Sie

- eine Zusammenfassung der Pressemitteilung der GDK vom 19. Mai 2005 (deutscher Volltext: www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktualitaeten/Medienmitteilungen/Presstext-Grundversorger-d.pdf)
- Antwort der SGP (für Paediatrica durch Stephan Rupp übersetzt)

Medienmitteilung vom 19. Mai 2005

Ambulante ärztliche Grundversorgung: GDK-Plenarversammlung nimmt Situationsanalyse vor und entwickelt Lösungsansätze

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Die Plenarversammlung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat sich mit Massnahmen zur Stützung und Attraktivitätssteigerung des Angebots an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten beschäftigt. In einer Situationsanalyse im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung kommt sie zum Schluss, dass die Hausarztmedizin ein zentraler Grundpfeiler des Schweizer Gesundheitswesens darstellt. Dem Grundversorger kommt dabei die Rolle des «Spezialisten für alle Fälle» zu. Das Plenum stellt fest, dass der Schweizer Bevölkerung grundsätzlich ein höchst differenziertes, geografisch breit gestreutes, qualitativ hochstehendes und relativ kostengünstiges Angebot an ambulant tätigen

Grundversorgern zur Verfügung steht. Verschiedene Entwicklungen stellen die Hausärzteschaft jedoch vor neue Herausforderungen. Als hauptsächliche Problemfelder werden von der GDK die sinkende Attraktivität des Berufsbildes «Grundversorger» innerhalb der Ärzteschaft, die ungleiche geografische Verteilung des Angebots an Grundversorgern und auch die stetig steigende Anspruchshaltung seitens der Bevölkerung benannt. Aus der Sicht der GDK müssen diese Veränderungen analysiert und zukünftig aufmerksam verfolgt werden. Als vielversprechende Lösungsansätze betrachtet die GDK die Aufwertung der Hausarztmedizin innerhalb der ärztlichen Aus- und Weiterbildung (wie beispielsweise die bestehenden

oder neu geschaffenen Institute für Hausarztmedizin an den Universitäten Basel, Genf und Lausanne), die Entwicklung und Förderung von gemeinschaftlichen Versorgungsmodellen (Gemeinschaftspraxen, Hausarztnetzwerke) sowie die Förderung von Praxiseröffnungen in ländlichen Gebieten durch Anwendung der bereits bestehenden Ausnahmeregelungen innerhalb des noch bis 2008 geltenden Zulassungsstopps.

Kontakt

- Regierungsrat Dr. Markus Dürr
Präsident der GDK
Gesundheitsdirektor Kanton Luzern
Tel. 041 228 60 81
- Cornelia Oertle Bürki
stellvertretende Zentralsekretärin der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)
Tel. 031 356 20 20
oder 078 624 27 97
- Markus Trutmann,
MD, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Zentralsekretariat
der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)
Tel. 031 356 20 20
oder 078 836 09 10

Communiqué de presse du 19 mai 2005

Soins médicaux ambulatoires de premier recours: L'assemblée plénière de la CDS procède à une analyse de la situation et élabore des ébauches de solution

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

L'Assemblée plénière de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a étudié des mesures destinées à soutenir et à rendre plus attractif le profil professionnel des médecins de premier recours. Lors d'une analyse de la situation dans le domaine des soins médicaux ambulatoires de premier recours, elle parvient à la conclusion que les médecins de famille constituent l'un des principaux piliers du système suisse de santé. Le médecin de premier recours se voit ainsi attribuer un rôle de «spécialiste pour tous les cas». L'assemblée plénière constate que la population

suisse dispose ainsi dans le secteur ambulatoire d'un réseau de médecins de premier recours fort diversifié, géographiquement bien réparti, de haut niveau qualitatif et relativement avantageux. Or, suite à certaines évolutions, les médecins de famille se voient confrontés à de nouveaux défis. Parmi les principaux problèmes qui se posent, la CDS relève l'attractivité en baisse du profil professionnel du médecin de 1er recours auprès des médecins en formation, la répartition géographique inégale du réseau des médecins de premier recours ainsi que les exigences toujours plus grandes de la population. La

CDS est d'avis que ces mutations doivent être analysées et faire l'objet d'un suivi attentif à l'avenir. En guise d'ébauches de solution prometteuses, elle pense à une valorisation de la médecine de premier recours dans le cadre de la formation prégraduée et postgraduée des médecins (comme par exemple les instituts universitaires de médecine de premier recours déjà existants ou en voie d'être créés à Bâle, Genève et Lausanne), le développement et la promotion de modèles de prise en charge communautaire (cabinets de groupe, réseaux de médecins de premier recours) ainsi que l'encouragement des ouvertures de cabinets dans des régions rurales par l'application des règles d'exception déjà en vigueur en vertu du gel de l'admission qui se prolonge encore jusqu'en 2008.

Contacts

voir texte allemand.



Société Suisse de Pédiatrie
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Società Svizzera di Pediatria

Le Président

Conférence suisse des Directrices
et Directeurs cantonaux de la Santé
Amthausgasse 22, Case postale 684,
CH-3000 Berne 7

Genève, le 28 juin 2005

**Concerne: v. communiqué de presse du 19.5.05
«Soins médicaux ambulatoires de premier recours» / cas de la pédiatrie**

Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat,

Nous soutenons votre analyse de la situation et désirons vous communiquer quelques éléments complémentaires.

La Société suisse de Pédiatrie, membre co-fondatrice du Collège de médecine de premier recours (CMPR) partage avec ses partenaires généralistes et internistes généralistes le souci de l'approvisionnement de la population suisse en soins médicaux de premier recours de qualité. Nous ne reviendrons pas sur les points délicats que vous mentionnez et pour lesquels nous partageons entièrement votre inquiétude.

Nous tenons toutefois à souligner notre attachement à une médecine à la fois préventive et curative confiée à des médecins bien formés et accessibles. Nous commentons donc les ébauches de solution que vous évoquez pour les soins de premier recours, notamment pédiatriques

1. formation: le passage en cabinet pendant la formation est indispensable, or actuellement son financement n'a pas trouvé de solution suffisante et durable
2. les incitations financières actuelles sont plutôt négatives: la situation financière des pédiatres, classés parmi les derniers dans les revenus AVS des médecins, s'est péjorée dans certaines régions. En effet les baisses de valeur du point les touchent de plein fouet puisque la part de leur chiffre d'affaire provenant du laboratoire, de la radiologie et, le cas échéant, de la pro-pharmacie, est nettement réduite par rapport aux autres disciplines. Leur revenu dépend essentiellement des prestations intellectuelles.
3. l'éducation de la population est déjà partie intégrante de l'activité de nos membres:
 - a. imprimés sous forme de brochure pour parents (www.swiss-paediatrics.org/parents/guide) et carnet de santé de la SSP,
 - b. guidance évolutive (examens préventifs selon calendrier)
 - c. activité de triage téléphonique du personnel de cabinet.

En outre l'activité à temps partiel doit absolument être prise en compte dans la planification, ce d'autant plus que nos collègues femmes sont fortement majoritaires dans les nouvelles attributions de titres de spécialiste en pédiatrie (68% en 2004).

En vous remerciant de prendre en compte ces précisions, nous vous assurons, Mesdames, Messieurs les Conseillers-es d'Etat, de notre disposition à collaborer au maintien d'une médecine de premier recours de qualité dans vos cantons.

Dr Pierre Klauser
Président SSP

Copies pour info par @: CMPR / KHM; SSMG / SGAM; SSMI / SGIM; FMH Forum für PraxisPädiatrie

Dr Pierre Klauser
spéc FMH Pédiatrie
92 rte de Frontenex
CH-1208 Genève

tél: + 41(0) 22 786 35 21
fax: + 41(0) 22 786 36 33
e-mail: pierre.klauser@hin.ch



Société Suisse de Pédiatrie
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Società Svizzera di Pediatria

Der Präsident

An die Schweizerische
Gesundheitsdirektorenkonferenz
Amthausgasse 22
Postfach 684
CH-3000 Bern 7

Genf, den 28.6.2005

Betrifft: Ihre Pressemitteilung vom 19.5.2005 «ambulante medizinische Betreuung in der Grundversorgung» / Spezialfall Pädiatrie

Sehr geehrte Damen und Herren Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren

Wir teilen Ihre Beurteilung der Situation und möchten gerne einige Ergänzungen anbringen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Mitbegründerin des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), teilt zusammen mit ihren Kollegen Allgemeinmedizinern und Allgemeininternisten die Sorge bezüglich einer drohenden Rationierung qualitativ hochstehender Grundversorgung für die schweizerische Bevölkerung. Wir gehen nicht auf die heiklen Punkte ein, die Sie in Ihrer Beurteilung aufgeführt haben und die uns ebenso beunruhigen.

Es ist uns wichtig zu betonen, dass uns sowohl die präventive als auch kurative Medizin am Herzen liegt, welche durch qualifizierte und gut erreichbare Ärzte gewährleistet werden muss. Wir kommentieren im Folgenden die Lösungsvorschläge, welche Sie für die Grundversorgung, insbesondere den pädiatrischen Bereich, in Betracht gezogen haben.

1. Weiterbildung: Ein Weiterbildungselement in der ambulanten Praxis ist unerlässlich. Leider wurden keine genügenden und dauerhaften Lösungsvorschläge für die Finanzierung gefunden.
2. die aktuellen finanziellen Anreize sind eher negativ: in einigen Regionen haben sich die Einkommensverhältnisse der Kinderärzte, die sich ohnehin am Schwanz der Einkommensliste der AHV finden, weiter verschlechtert. Tatsächlich treffen sie die Taxpunktwertabsenkungen sehr direkt, da sie im Gegensatz zu anderen Disziplinen kaum Einkommen mit Laborleistungen, Röntgenuntersuchungen und Medikamentenabgabe erzielen können. Ihr Einkommen basiert vor allem auf den intellektuellen Leistungen.
3. Die Gesundheitserziehung ist bereits jetzt zentraler Bestandteil der Tätigkeit unserer Mitglieder
 - a. Drucksachen im Sinne von Elterninformationen (www.swiss-paediatrics.org/parents/guide) und Gesundheitsheft der SGP
 - b. Entwicklungsbetreuung (Vorsorgeuntersuchungen gemäss Plan)
 - c. Telefontriage durch das Praxispersonal

Ausserdem muss die **Teilzeitarbeit** bei der weiteren Planung berücksichtigt werden, dies umso mehr, als unsere weiblichen Kolleginnen bei den neu verliehenen Facharzttiteln Pädiatrie die grosse Mehrheit repräsentieren (68% im Jahr 2004).

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Bereitschaft, unseren Präzisierungen Gehör gegeben zu haben und bieten gerne unsere Mitarbeit bei den Bemühungen um eine qualitative hochstehende Grundversorgung in Ihrem Kanton an.

Hochachtungsvoll

Dr. Pierre Klauser
Präsident SGP

Kopie per email: KHM/CMPR; SGAM/SSMG; SGIM/SSMI; FMH; Forum für Praxispädiatrie

Dr Pierre Klauser
spéc FMH Pédiatrie
92 rte de Frontenex
CH-1208 Genève

tél: + 41(0) 22 786 35 21
fax: + 41(0) 22 786 36 33
e-mail: pierre.klauser@hin.ch