

5 Fakten zur Kindermedizin in den Spitälern

1. Medizin für eine besonders vulnerable Minderheit

Reden wir von Kinder- und Jugendmedizin, meinen wir Medizin für **20% der Schweizer Bevölkerung** bis zum Alter von 20 Jahren (IV-Altersgrenze). Weil Erwachsenenmedizin den Ton angibt, sind Kinder und Jugendliche in den Tarifsystemen Ausnahmerecheinungen. Kinder werden tariflich ungenügend erfasst und als «kleine Erwachsene» abgebildet. Das war bei der Einführung der stationären Tarifstruktur **SwissDRG 2012** von Anfang an ein Problem. Während im stationären Bereich in der Zwischenzeit Verbesserungen erzielt werden konnten, wurde die bereits defizitäre ambulante Kindermedizin in den Spitälern mit den **TARMED-Eingriffen** des Bundesrates 2014 und 2018 zusätzlich empfindlich getroffen.

2. Spezialisten im Kinderspital

Im Unterschied zur Erwachsenenmedizin, wo neben den Grundversorgern auch ein Grossteil der Spezialisten in einer eigenen Praxis tätig sind, gibt es in der Kindermedizin eine Zweiteilung. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte in freier Praxis leisten die Grundversorgung. Für die **Spezialversorgung** sind hingegen Spezialisten in den **Kinderspitälern und Kinderkliniken** zuständig. Abhängig von der Subspezialität gibt es zwar vereinzelt Fachspezialisten in den freien Praxen, für komplexe und multidisziplinäre Krankheitsbilder sind die Kinderspitäler jedoch die zentrale Anlaufstelle.

3. Rückgrat der Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz

Von den rund 30 Spitälern mit Kinderabteilungen/-kliniken sind 3 reine, eigenständige Kinderspitäler. Das Universitätskinderspital beider **Basel**, das Ostschweizer Kinderspital in **St. Gallen** sowie das Universitätskinderspital **Zürich**. Sie behandeln pro Jahr ca. 18'000 stationäre sowie ca. 280'000 ambulante Fälle. Gemeinsam mit den **Kinderkliniken der Universitätsspitäler Bern, Genf und Lausanne** bilden sie das Rückgrat der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz und stellen den wesentlichen Teil der medizinischen Versorgung der Kinder- und Jugendlichen in diesem Bereich in der Schweiz sicher. Auch die anderen Kinderkliniken übernehmen wichtige Funktionen in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung entsprechend ihrer Versorgungstufe.

4. Seltene Krankheiten sind häufig und viele Fälle komplex

Endversorgerspitäler zeichnen sich durch schwierige und komplexe Fälle aus. Dazu gehören auch die sogenannten seltenen Krankheiten. Seltene Krankheiten werden häufig bereits im Kindesalter diagnostiziert. In der spezialisierten Kindermedizin sind sie deshalb alles andere als selten. Überproportional häufig sind zudem Geburtsgebrechen, für die die Invalidenversicherung (IV) aufkommt. Für die 3 eigenständigen Kinderspitäler Basel, St. Gallen und Zürich liegen Zahlen vor. Dort gestaltet sich die Lage wie folgt:

- Bei jeder dritten Konsultation handelt es sich um einen Patienten mit einer seltenen Krankheit
- Die Vergütung der IV deckt die Hälfte der stationären Einnahmen

Die Situation in den Kinderkliniken in den Universitätsspitalern Bern, Genf und Lausanne dürfte in etwa gleich sein. Der Unterschied zu den AllKidS-Spitälern liegt darin, dass diese Fälle aufgrund einer geringeren relativen Bedeutung in der Gesamtbetriebsrechnung viel weniger ins Gewicht fallen. Durch die Unterfinanzierung der Kindermedizin in diesen Spitalern droht jedoch auch dort ein Abbau bzw. fehlende Weiterentwicklung der Kindermedizin.

5. Wenige Spitäler, aber eine hohe Vernetzung

Im Unterschied zur Erwachsenenmedizin wird die spezialisierte Kindermedizin, die über die Grundversorgung hinausgeht, von einer geringen Anzahl Kinderspitäler bzw. -kliniken geleistet. Insgesamt zeichnet sich die Spezialversorgung durch eine sehr hohe Konzentration und Vernetzung aus, an der sich die zersplitterte Spitalversorgung für Erwachsene ein Beispiel nehmen könnte.

5 Fakten, warum Kindermedizin anders ist

Kindermedizin ist anders, weil die Patienten nie alleine kommen

- Kinder kommen in der Regel in Begleitung, was mehr Betreuung erfordert
- Eltern sind (zu Recht) sehr kritisch und hinterfragen die Behandlungen
- Ohne emotionalen Beziehungsaufbau ist keine Behandlung möglich
- Oft braucht es mehrere Anläufe, bis ein scheinbar simpler Vorgang gelingt

Kindermedizin ist anders, weil Kinder weniger Reserven haben und es viele Notfälle gibt

- Stationäre Eintritte bei Kinderspitälern/-kliniken erfolgen zu 60 bis 80% via Notfall, was entsprechende Vorkehrungen erfordert (Reserven, Vorhalteleistungen)
- Saisonal steigt die Zahl von akuten und rasch einmal lebensbedrohlichen Atemwegserkrankungen oder von schweren Magen-Darm-Grippen sprunghaft an
- Vermehrt landen Notfälle auch in den Kinderspitälern/-kliniken, weil sich die Servicezeiten kinderärztlicher Praxen den gängigen Büro-Öffnungszeiten angeglichen haben

Kindermedizin ist auch anders bezüglich Medikation

- Während Medikation bei Erwachsenen oft relativ einfach ist: 3 Tabletten pro Tag (morgens, mittags, abends), schwankt die Dosierung bei Kindern je nach Alter, Entwicklungsstadium, Gewicht
- Bei Neugeborenen kann es sein, dass man ein Medikament massiv verdünnen (1:20) und es in Kleinstmengen (0,2 ml) als Kurzinfusion über 30 Minuten verabreichen muss
- Weil der Markt für Kindermedikamente zu klein ist, verzichten Pharmaunternehmen oft auf die Entwicklung kindgerechter Darreichungsformen. Daher müssen Kinderärzte oft off-label verordnen, Medikamente vermehrt aus dem Ausland beziehen und die Krankenkassen müssen nicht bezahlen. Die Eltern bleiben auf hohen Kosten sitzen.

Kindermedizin ist auch anders bezüglich dem benötigten Gerätepark

- Spezialisierte Kinderspitäler behandeln Patienten mit einer Grösse zwischen 25 Zentimetern und 2 Metern bzw. einem Gewicht von 300 Gramm bis 120 Kilogramm. Entsprechend müssen die Geräte die ganze Bandbreite abdecken, werden aber relativ wenig ausgelastet
- Weil medizinische Geräte primär auf Erwachsene ausgerichtet sind, ist im Betrieb der Geräte oft Handarbeit nötig (z.B. Beatmung von Hand bei einem MRI mit einem Neugeborenen)

Kindermedizin ist anders, weil sie ihre Aktivitäten bis aufs Wesentliche reduziert

- Weil unnötige Untersuchungen dem wachsenden Körper schaden und Stress erzeugen können, wird jede Analyse, Blutentnahme und Röntgenaufnahme beim Kind genau abgewogen
- Reduktion auf das Wesentliche bzw. absolut Notwendige gilt auch bei Therapien (was auch an der kritischen Haltung der Eltern liegt, die Ärztinnen und Pflegenden genau auf die Finger schauen)
- Die Reduktion auf das Wesentliche ist aber nicht gratis, denn sie verlangt sehr hohe Fachkompetenz und ein hohes Mass an Supervision, Interdisziplinarität und Interaktionsvermögen

5 Fakten zur Tarifsituation der Kinderspitäler

1. Ambulantes Defizit von über 60 Mio. Franken pro Jahr

In den sechs Spitälern, die das Rückgrat der spezialisierten Kindermedizin im stationären wie ambulanten Bereich in der Schweiz bilden (Universitäts-Kinderspital Zürich, Universitätskinderspital beider Basel, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen sowie die Kinderkliniken in den Universitätsspitälern Bern, Genf und Lausanne) häuft sich im ambulanten Bereich jedes Jahr ein Defizit von über 60 Mio. Franken an. Da Kinder und Jugendliche bereits heute - wann immer es möglich ist - ambulant statt stationär behandelt werden und der ambulante Bereich mit 30% Anteil am Gesamtumsatz eines Kinderspitals im Vergleich zu Erwachsenenspitälern sehr hoch ist, entsteht für die Kinderspitäler eine gravierende Lücke in der Finanzierung. Die Träger der Spitäler und private Spender müssen einspringen, um die adäquate Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Grund für das ambulante Defizit ist eine nicht sachgerechte Abbildung in den ambulanten Tarifen, v.a. im ärztlichen Tarif TARMED.

2. Parlament beauftragt den Bundesrat zum Handeln

Im August 2019 reichte die Gesundheitskommission des Ständerates die Motion «Kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen» ein (19.3957: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20193957>). Damit wurde der Bundesrat beauftragt geeignete Massnahmen für eine angemessene Finanzierung der Kinderspitäler zu treffen. Der Motion vorausgegangen waren vier Standesinitiativen (Kantone St.Gallen, Thurgau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt), welchen mit der ständerätlichen Motion Rechnung getragen wurde. Sowohl Bundesversammlung als auch Bundesrat sehen die Notwendigkeit zu handeln. Dem BAG wurden die Hauptgründe für das ambulante Defizit zwischenzeitlich aufgezeigt. 70 Prozent der Unterfinanzierung lässt sich auf vier Faktoren zurückführen: die Behandlung seltener Krankheiten, Notfallkonsultationen, ambulante Eingriffe und Limitationen, also die zeitliche Beschränkung von Leistungen. Es ist nun dringend notwendig, diese Erkenntnisse in Handlungen umzusetzen.

3. Stationär auf dünnem Eis, ambulant in der Negativspirale

Es ist richtig: In der stationären Tarifierung wurden in den letzten Jahren Verbesserungen erzielt. Bei Einführung der neuen Tarifstruktur für die stationäre Akutsomatik SwissDRG 2012 war der stationäre Bereich schwer defizitär, weil keine spezifische Rücksicht auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen genommen wurde. In jahrelanger Arbeit konnte durch eine bessere Ausdifferenzierung des Fallpauschalenkatalogs und Anpassung der *baserate* (Basispreis) an die tatsächlichen Kosten der Kinderspitalbehandlungen eine bessere Kostendeckung erreicht werden. Auch heute besteht aber noch Nachbesserungsbedarf, v.a. im Bereich der aufwendigen und damit teuren Fälle der Behandlung von Geburtsgebrechen, die von der Invalidenversicherung getragen werden. Und aufgrund des hohen Anteils ambulanter Leistungen verunmöglicht das ambulante Defizit einen kostendeckenden Betrieb der Kinderspitäler. Zudem verschlechtern Tarifanpassungen wie z.B. die Senkung der Labortarife (August 2022) die Kostendeckung im ambulanten Bereich, die schon zuvor nur bei ca. 75% lag.

4. TARMED-Eingriffe schwächten die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin

In seiner Stellungnahme zur Motion 19.3957 schreibt der Bundesrat: *«Mit den Anpassungen des Tarifs für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED) in den Jahren 2014 und 2018 hat der Bundesrat die Leistungen der Grundversorgung inkl. der Pädiatrie tariflich bessergestellt und mit dem Eingriff im Jahr 2018 unter anderem für Kinder Ausnahmen bei den Mengenbeschränkungen für gewisse Leistungen eingeführt.»* Mit Blick auf die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin ist das nicht zutreffend. Diese wurde durch die TARMED-Eingriffe deutlich schlechter gestellt. Die vom Bundesrat verordneten Abschläge bei den spezialärztlichen apparativen Untersuchungen und die Limitierung von Leistungen reichen trotz der vom Bundesrat genannten Ausnahmen (z.B. Limitierung der Konsultation auf 30 min statt auf 20 min) für die Behandlung komplexer und chronisch kranker Patienten nicht aus. Eine Lösung für die überfällige Revision des veralteten TARMED wäre der neu entwickelte TARDOC. Er würde das ambulante Defizit der Kinderspitäler voraussichtlich halbieren, ist aktuell aber blockiert.

5. Kinder- und Jugendmedizin ist auch eine Investition in die Zukunft

Strukturelle Defizite, d.h. eine andauernde Unterfinanzierung, die nicht als Folge von Ineffizienzen entstehen, sind KVG-widrig. Langfristig laufen sie nicht nur dem Willen des Gesetzgebers entgegen, sondern bedrohen auch die Behandlungsqualität in den Kinderspitälern und Kinderkliniken. Dies ist vor allem für besonders vulnerable Patientinnen und Patienten und deren Familien fatal – für Kinder und Jugendliche mit seltenen und chronischen Krankheiten. Für sie sind die Kinderspitäler die wichtigste Anlaufstelle. Eine Erosion der pädiatrischen Versorgungsqualität in den Spitälern wirkt sich zudem negativ auf die Qualität als Aus- und Weiterbildungsstätten für Kinderärztinnen und -ärzte aus, die nach ihrer Assistenzzeit in die Praxis wechseln und fortan eine zentrale Rolle in der Grundversorgung übernehmen. Schliesslich bilden die Kinderspitäler auch für Fachkräfte der Kinderkrankenpflege eine unverzichtbare Bildungs- und Berufsstätte. Damit der heutige, noch intakte Standard auch für kommende Generationen aufrechterhalten werden kann, braucht es eine kostendeckende Finanzierung. Nur dann sind auch andere wichtige Zukunftsaufgaben zu schultern: Z.B. der weitere Auf- und Ausbau der Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit seltenen und chronischen Krankheiten sowie der kinderspezifischen Rehabilitation und Palliativpflege.