

Analyse

zur Situation der Fallpauschalenfinanzierung SwissDRG in der stationären Kindermedizin ein Jahr nach der Einführung

April 2013

Inhalt

	Seite
1. Kindermedizin und Kinderkrankenpflege sind anders.....	2
2. Die Entwicklung bis zum 1. Januar 2012.....	3
3. Die Situation in der Schweiz ein Jahr nach Einführung der Fallpauschalenfinanzierung SwissDRG für die stationäre Pädiatrie.....	6
4. Forderungen von Kind+Spital.....	9

1. Kindermedizin und Kinderkrankenpflege sind anders

Beunruhigt durch die Auswirkungen der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung für die stationäre Kindermedizin in Deutschland, wandte sich die Fachorganisation Kind+Spital im August 2010 mit einem Positionspapier an die Öffentlichkeit.

Darin wurden die befürchteten Auswirkungen der Einführung der Swiss DRG in der Betreuung und Behandlung von Kindern und deren Familien im Spital detailliert dargelegt. Kind+Spital kam zum Schluss: *„Die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG, wie jetzt geplant, gefährdet zentrale Errungenschaften einer ganzheitlichen Pflege und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Spital massiv.“¹*

Denn wie die Erfahrungen in Ländern mit DRG-System wie Deutschland, USA und Australien zeigen, ist das für die Erwachsenenmedizin konzipierte Fallpauschalen-System nicht geeignet, die spezifischen Bedürfnisse der stationären Kindermedizin abzubilden.

Wesentliche Unterschiede zur Erwachsenenmedizin und Krankenpflege

Kinderspitäler sind Familienspitäler. Bei durchschnittlich 80% der Hospitalisationen wird eine Bezugsperson des Kindes mit aufgenommen, ohne dass die daraus resultierenden Kosten vergütet werden.²

Die **Personalkosten sind in Kinderspitälern 20-30% höher** als in Erwachsenenspitälern³. Der Grund dafür ist die intensivere Betreuung und Unterstützung, die Kinder und deren Familien brauchen, damit eine Traumatisierung des Kindes vermieden wird und den Kinderrechten gemäss UN Kinderrechtskonvention auch im Spital Genüge getan werden kann. Aufwändig und personalintensiv in der Betreuung sind vor allem Kinder unter drei Jahren und chronisch kranke Kinder und deren Familien. Dieser höhere Personalbedarf an v.a. Pflegefachpersonen, in der Spitalpädagogik und im Sozialdienst ist in den Fallpauschalen nur punktuell durch Altersplits abgebildet. Nur ein Teil der zusätzlichen Leistungen werden derzeit von den Kantonen im Rahmen der Vergütung von gemeinwirtschaftlichen und besonderen Leistungen der Kinderspitäler finanziert.

Die **Infrastruktur und Geräte müssen für verschiedene Altersgruppen**, d.h. für Kinder von 400g bis 120kg zur Verfügung stehen. Das breite Behandlungsspektrum von der Grundversorgung, zur Zentrumsmedizin bis zur hochspezialisierten Medizin mit geringen Fallzahlen in den meisten Fallgruppen erfordert sehr individuelle Behandlungen. Die hochspezialisierten Kinderkliniken müssen alle Fälle behandeln, da diese nicht an andere Spitäler weitergewiesen werden können.

Kinder sind in der Regel nur grundversichert. Die Kinderspitäler können daher kaum Zusatzerträge durch Halbprivat- und Privatversicherte erwirtschaften. Aufgrund dieser Unterschiede sind die Kinderspitäler, gleich wie die Universitätsspitäler gezwungen, höhere Basispreise zu verhandeln.

¹ Positionspapier Kind+Spital zur Einführung der SwissDRG, August 2010 unter: <http://www.kindundspital.ch/archiv/positionspapiere>

² Strategie AllKidS SwissDRG, Oktober 2012, unter: http://www.allkids.ch/images/stories/documents/swiss-drg/AllKidS_SwissDRG_Strategie.pdf

³ C. Aisbett, K. Aisbett and S. Sutch (2008) Costing Kid's Care. A Study of the Health Care Costs in Australian Specialist Paediatric Hospitals, Children's Hospitals Australasia.

Kinder und Jugendliche brauchen eine **gezielte und altersgerechte Vorbereitung** auf einen Spitalaufenthalt, geplante Untersuchungen oder Eingriffe. Die Information und Vorbereitung erfolgt vor allem bei kleinen Kindern in der Regel durch die Eltern, die ihrerseits bei dieser Aufgabe unterstützt werden müssen. Diese Vorbereitung von Kind und Familie braucht Zeit und Fachpersonal, das sich gezielt der Vorbereitung, Begleitung und einer anschliessenden Nachbetreuung der Kinder nach Eingriffen widmen kann.

Vor allem bei kleinen Kindern müssen **Routineuntersuchungen** viel öfter als bei Erwachsenen **in Narkose** durchgeführt werden, um die Untersuchung überhaupt erst möglich zu machen oder um das Kind vor einer Traumatisierung durch den Eingriff zu schützen. Die Mehrkosten einer Narkose werden aber durch die Fallpauschalen nicht gedeckt.

Personalintensiver ist die Betreuung von Kindern im Spital auch deshalb, weil die Verweildauer von Kindern im Spital bereits heute so kurz wie nur möglich ist. Diese Praxis steht im Einklang mit den Forderungen der EACH-Charta für Kinder im Spital, die verlangt, dass Kinder nach Hause entlassen werden sollten, sobald ihr Gesundheitszustand dies zulässt. In der vertrauten Umgebung des eigenen Zuhauses werden Kinder schneller gesund.

Der hauptsächliche Betreuungsaufwand betrifft in der Regel die Anfangszeit der Hospitalisation, so dass eine verkürzte Hospitalisation nicht weniger Aufwand bedeutet, jedoch mit finanziellen Abschlägen bestraft wird.

Die Kosten der Erwachsenenmedizin lassen sich daher nicht einfach auf die Kindermedizin übertragen und die erbrachten und dringend nötigen Leistungen schon gar **nicht mit den gleichen Fallpauschalen** abgelten. Ist die Pflege schon für die Betreuung von Erwachsenen in den Fallpauschalen unzureichend abgebildet, so ist dies bei der Betreuung von Kindern und Familien umso mehr der Fall. Die Kindermedizin darf nicht als kleine Gruppe mit besonderen Rahmenbedingungen im Fallpauschalensystem untergehen und zu permanenten Defiziten verurteilt werden. Die Folgen davon wären Personalabbau vor allem im Bereich der Pflege und der Spitalpädagogik sowie eine Verschlechterung der Betreuungsqualität im Sinne einer ganzheitlichen, kindergerechten und familienzentrierten Pflege und Betreuung im Spital.^{4 5}

2. Die Entwicklung bis zum 1. Januar 2012

2.1 Forderungen Kind+Spital 2010

Folgende Forderungen formulierte Kind+Spital deshalb im August 2010:
„Um eine Unterfinanzierung der Kindermedizin mit den oben beschriebenen Folgeproblemen zu verhindern, setzen wir uns für die folgenden Massnahmen ein: Die Kindermedizin darf nicht mit den gleichen Fallpauschalen finanziert werden müssen wie die Erwachsenenmedizin:

⁴ Positionspapier, Kind+Spital, 2010

⁵ Strategie AllKidS SwissDRG, 2012

- 1) Die SwissDRG AG muss die von den Netzwerkhospitälern zu Verfügung gestellten Daten dahingehend auswerten, dass die Unterschiede im leistungsbereinigten Kostenniveau bei der Behandlung von Kindern und von Erwachsenen sichtbar werden.
- 2) Vor allem die eigenständigen Kinderspitäler müssen einen höheren Basispreis (Base Rate) für die Berechnung der Fallpauschale zugesprochen bekommen, da sie das zu erwartende Defizit nicht aus Überschüssen aus der Erwachsenenmedizin querfinanzieren können und auch kaum höhere Erträge durch zusatzversicherte Patienten erzielen werden.
- 3) Zusatzentgelte sollten die Behandlung von mehreren gesundheitlichen Problemen während des gleichen Spitalaufenthalts finanzieren.
- 4) Ein Pflegekomplexmassnahmen-Score wird zur Kodierung von überdurchschnittlichem Pflegeaufwand verwendet (analog dem neuen OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege von Patienten“ in Deutschland).
- 5) In der Kindermedizin darf es keine minimale Aufenthaltsdauer geben, die beim Unterschreiten zu Abzügen von der Fallpauschale führt.
- 6) Die SwissDRG AG setzt eine Begleitgruppe Kindermedizin ein.
- 7) Indikatoren und Codes für die Pflegeleistung oder den Pflegebedarf müssen weiter entwickelt werden und in den Gruppierungsalgorithmus des SwissDRG Systems integriert werden. Nur so können Pflegeaufwand und Pflegebedarf ausreichend im SwissDRG-System abgebildet werden.
- 8) Eine Begleitforschung mit dem Fokus auf Auswirkungen der Einführung der SwissDRG auf die Kindermedizin im Hinblick auf Organisationen, Patienten, Berufsleute und Behandlungsqualität startet spätestens mit dem Zeitpunkt der Einführung am 1. Januar 2010.

2.2 Motion Bea Heim „Kindermedizin und DRG“

Nach der Veröffentlichung des Positionspapiers reichte Nationalrätin Bea Heim im Oktober 2010 die Motion „Kindermedizin und DRG“⁶ ein, die allerdings vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen und nie zur Diskussion im Nationalrat traktandiert wurde. Der Bundesrat begründete seine Ablehnung vom 17.12.2010 in erster Linie damit, dass sich lediglich die Tarifstruktur SwissDRG in der Verantwortlichkeit des Bundes befinde, nicht jedoch die Verträge über die konkreten Tarife. Diese würden zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern auf kantonaler Ebene verhandelt und festgelegt.

Allerdings verspricht der Bundesrat, er werde „im Rahmen seiner Prüfung (.....) den Leistungen aus dem Pädiatriebereich besondere Aufmerksamkeit beimessen.“⁷

2.3 Reaktion auf die Antwort des Bundesrats

In einer gemeinsamen Stellungnahme und Medienmitteilung äusserten Kind+Spital, AllKids (Interessenverband der eigenständigen Kinderspitäler der Schweiz) sowie das Netzwerk Kinderrechte Schweiz ihre Enttäuschung über die Antwort des Bundesrates: „.....Das grundlegende Problem mit SwissDRG und der Pädiatrie sehen wir in der Tatsache, dass der höhere Betreuungs- und Behandlungsaufwand in der Pädiatrie bei der Zusammensetzung der einzelnen Fallpauschalen nicht berücksichtigt wird, da diese heute gleichermassen für Kinder und Erwachsene gelten. Die eingefügten Altersplits sind unserer Meinung nach zwar willkommene, aber nur punktuelle Korrekturen, da alleine das

⁶ Motion Bea Heim „Kindermedizin und DRG“ einsehbar unter:
http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20103844

⁷ Antwort des Bundesrates zur Motion Bea Heim vom 17.12.2010, einsehbar unter 2

Alter des Kindes nicht genug über den Unterstützungsbedarf der Familie und den Pflegeaufwand beim Kind aussagt...“⁸

Diese Stellungnahme wurde von neun weiteren Patienten- und Fachorganisationen unterstützt.

2.4 Berichterstattung in den Medien

Neben Berichterstattungen in den Medien, die Verständnis für die Forderung nach einer fairen Finanzierung der Kindermedizin aufbrachten⁹, wurde den Kinderkliniken aber auch vorgeworfen, mit einer höheren Basisrate für die Kindermedizin nur finanzielle Partikularinteressen zu verfolgen, die nicht gerechtfertigt wären.¹⁰

Bis zur Einführung der SwissDRG am 1. Januar 2012 waren zu diesem Zeitpunkt noch reichlich sechs Monate Zeit. Die Verhandlungen der Kinderkliniken mit den Leistungsträgern für die Basisrate 2012 hatten gerade begonnen.

Seither verfolgt Kind+Spital die Preisverhandlungen für eine kostendeckende Basisrate für die Jahre 2012 und 2013. Bei diesen Verhandlungen kam es für die eigenständigen Kinderkliniken der Schweiz bis zum heutigen Zeitpunkt nur in einigen Fällen zu einer Einigung und zu einem Vertragsabschluss. Die derzeit verwendeten, kostendeckenden Tarife sind von den Kantonsregierungen verfügt und insofern nur provisorischer Natur. Sie können juristisch angefochten werden.

⁸ Stellungnahme von Kind+Spital, AllKidS und Netzwerk Kinderrechte Schweiz zur Antwort des Bundesrates, 28.01 2011, unter:
<http://www.kindundspital.ch/aktuell/fallpauschalen>

⁹ Übersicht einsehbar unter:
<http://www.kindundspital.ch/aktuell/fallpauschalen>

¹⁰ Beobachter, 12/11 „Ärzte kämpfen um den Kuchen“, unter:
http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/krankenkasse/artikel/fallpauschalen_aerzte-kaempfen-um-den-kuchen/

3. Die Situation in der Schweiz ein Jahr nach Einführung der Fallpauschalen-Finanzierung SwissDRG für die stationäre Pädiatrie

Anhand unserer Forderungen vom August 2010 stellt Kind+Spital im Folgenden die heutige Situation der stationären Kindermedizin dar:

3.1 **Die SwissDRG AG muss die von den Netzwerkspitälern zu Verfügung gestellten Daten dahingehend auswerten, dass die Unterschiede im leistungsbereinigten Kostenniveau bei der Behandlung von Kindern und von Erwachsenen sichtbar werden:**

Die Auswertung erfolgt nicht. Eine schlechte Kosten- und Leistungsabbildung für die Kindermedizin resultiert nicht aus Gründen einer ungenügenden Datenlieferung und Codierung, sondern aufgrund der Vermischung mit Datensätzen aus der Erwachsenenmedizin.

Weiter hat sich gezeigt, dass aufgrund der kleinen Fallzahlen in der Kindermedizin statistisch ungenügende Datensätze generiert werden, um die Leistungen der Kindermedizin korrekt abzubilden. Dieses Problem ist seit Jahren bekannt in Deutschland und akzentuiert sich angesichts der viel kleineren Bevölkerungszahl in der Schweiz noch mehr. Trotz Zusammenarbeit mit der SwissDRG AG hat die Grouper-Version 2.0 das Problem für die Kindermedizin zusätzlich verschärft und wird bei den eigenständigen Kinderspitälern Universitäts-Kinderspital beider Basel, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen und Universitäts-Kinderspital Zürich zu Mindereinnahmen von 3-6% führen.¹¹

3.2 **Die eigenständigen Kinderspitäler müssen einen höheren Basispreis (Base Rate) für die Berechnung der Fallpauschale zugesprochen bekommen, da sie nicht querfinanzieren können und auch kaum höhere Erträge durch zusatzversicherte Patienten erzielen werden:**

Die eigenständigen Kinderspitäler in der Schweiz haben in allen Verhandlungen mit Leistungsträgern höhere Basisraten für die Kindermedizin verlangt. Bei diesen Verhandlungen kam es bis zum jetzigen Zeitpunkt nur mit Helsana/Sanitas/KPT und der Invalidenversicherung zu einer Einigung und einem erfolgreichen Vertragsabschluss für das Jahr 2013.¹² Mit tarifsuisse konnte wie schon im 2012 keine Einigung erzielt werden.

Aufgrund der fehlenden Vertragsabschlüsse wurden die derzeit geltenden Basisraten von den Kantonen vorsorglich festgelegt. Die Höhe dieser provisorischen Basisrate widerspiegelt zwar den höheren Finanzbedarf der Kinderspitäler.

Das Preisfestsetzungsverfahren für das Jahr 2012 immer noch nicht abgeschlossen. Nach der Empfehlung des Preisüberwachers¹³ könnte die endgültige Basisrate wesentlich tiefer angesetzt werden als es die jetzige provisorische, was bei den Kinderspitälern Verluste in Millionenhöhe zur Folge hätte.

¹¹ Strategie AllKidS SwissDRG, 2012, S. 2

¹² UKBB, Medienmitteilung vom 5.02.13,

¹³ Korrespondenz Preisüberwachung an AllKidS, Oktober 2012

3.3 *Zusatzentgelte sollten die Behandlung von mehreren gesundheitlichen Problemen während des gleichen Spitalaufenthalts finanzieren:*

Zusatzentgelte gibt es insgesamt nur 5¹⁴ und es dauert mehrere Jahre, bis die Anträge umgesetzt sind.

Hochdefizitäre Fälle in der Kindermedizin betreffen v.a. Kinder, die grundversichert sind und teure, speziell angefertigte Implantate benötigen, Kinder mit unklaren Stoffwechselerkrankungen, welche teure Abklärungen und Medikamente benötigen, sowie Kinder mit onkologischen Erkrankungen. Verlegungskosten gehen zu Lasten des zuweisenden Spitals. Das heisst für Regionalspitäler, dass die Kosten der Verlegung in ein Zentrumsspital die Einnahmen von der notfallpädiatrischen Ersversorgung verschlingen und die Arbeit des Notfallteams nicht finanziert ist.

3.4 *Ein Pflegekomplexmassnahmen-Score wird zur Kodierung von von überdurchschnittlichem Pflegeaufwand verwendet (analog dem OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege von Patienten“ in Deutschland):*

Derzeit gibt es noch keine Möglichkeit, hochaufwändige Pflege direkt abzurechnen bzw. Pflegediagnosen, die einen hohen Interventionsaufwand mit sich bringen (z.B. Wissensdefizit und die nötige Schulung / Beratung) zu codieren.

3.5 *In der Kindermedizin darf es keine minimale Aufenthaltsdauer geben, die beim Unterschreiten zu Abzügen von der Fallpauschale führt:*

Die Abzüge für untere und ungenügende Zuschläge für obere Outliner (Ausreisser aus der im System festgelegten Aufenthaltsbandbreite) wurden bisher nicht angepasst. In den Kinderspitälern führen Kurz- und Langlieger (untere und obere Outlier) zu ungenügenden Erträgen. So führten im Kinderspital Basel im Jahr 2012 Abschlüsse bei 80% der 500 Patienten mit Gehirnerschütterung zu einer Ertragsminderung von 40%. Im Jahr 2011 verursachten ungenügende Zuschläge bei 254 Langliegern mit 127 verschiedenen DRGs zu einer Unterdeckung von 4.1 Mio CHF. Dabei handelte es sich meist um hochkomplexe Einzelfälle, welche im SwissDRG-System schlecht abgebildet sind und nur in einem spezialisierten Umfeld behandelt werden können.¹⁵

3.6 *Die SwissDRG AG setzt eine Begleitgruppe Kindermedizin ein:*

Der technische Ausschuss Kindermedizin wurde im Frühjahr 2011 eingesetzt. Da aber die zentrale Forderung einer gesonderten Auswertung der Daten der Kinderkliniken bisher von der SwissDRG AG strikte abgelehnt wurde und für kritische Fallgruppen von den Kinderkliniken nur zu kleine Datenmengen zur Verfügung gestellt werden können, brachte die Arbeit des Ausschusses aus unserer Sicht keine signifikanten Verbesserungen am DRG-System.

Der Wechsel von SwissDRG Version 1.0 auf Version 2.0 im Jahr 2013 führte sogar noch zu weiteren systembedingten Mindereinnahmen von 3-6% (in der Neonatologie bis

¹⁴ Stellungnahme der FMH zur SwissDRG-Version 2.0 und Empfehlungen für die Weiterentwicklung, Mai 2012

¹⁵ Strategie AllKids SwissDRG, 2012

9%), da Fallgruppen mit niedrigen Fallzahlen fusioniert wurden. Dies führte zu einer Abnahme der Fallschwere in diesen neuen Gruppen.

3.7 *Indikatoren und Codes für die Pflegeleistung oder den Pflegebedarf müssen weiter entwickelt werden und in den Gruppierungsalgorithmus des SwissDRG Systems integriert werden. Nur so können Pflegeaufwand und Pflegebedarf ausreichend im SwissDRG-System abgebildet werden:*

Eine über drei Jahre dauernde multizentrische Evaluationsforschung unter der Leitung des Zentrums Klinische Pflegewissenschaft untersucht den Einfluss der DRG auf einzelne Pflegekontextfaktoren und deren kontinuierliche Überwachung. Das Projekt läuft bis Ende 2013. Auch wenn Kinderkliniken bei der Datenerhebung involviert waren, so erfolgt die Auswertung nicht pädiatriespezifisch. Ob die Ergebnisse zur Anpassungen im SwissDRG-System führen könnten, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzbar.

3.8 *Eine Begleitforschung mit dem Fokus auf Auswirkungen der Einführung der SwissDRG auf die Kindermedizin im Hinblick auf Organisationen, Patienten, Berufsleute und Behandlungsqualität startet spätestens mit dem Zeitpunkt der Einführung am 1. Januar 2012:*

Die einzige pädiatriespezifische Begleitforschung wird im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie unter Leitung von Dr. Michele Losa (Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen) durchgeführt. Sie dient der Erfassung von Indikatoren und dem Monitoring der Auswirkungen der Einführung der SwissDRG in der Kindermedizin.

Fazit:

Die Befürchtung von Kind+Spital, dass die Fallpauschalenfinanzierung SwissDRG die strukturell bedingten Mehrkosten der stationären Kindermedizin nicht angemessen abbildet, hat sich bestätigt.

Daher müssen die drohenden massiven Mindereinnahmen der Kinderkliniken mit individuellen Basisraten aufgefangen werden. Die von den Kantonen provisorisch festgesetzten Tarife werden allenfalls gerichtlich angefochten werden. Die Kinderkliniken haben somit neben dem Aufwand für die Festsetzungsverfahren auch eine lange Zeit der finanziellen Ungewissheit vor sich. Das System Swiss DRG hat sich bisher nicht in dem Masse als „lernfähig“ erwiesen, wie es sowohl der Bundesrat als auch die Verantwortlichen der SwissDRG AG versprochen hatten.

4. Forderungen von Kind+Spital

Aufgrund der vorangegangenen Analyse möchten Kind+Spital folgende Forderungen erneuern und ergänzen:

Forderungen an die Leistungsträger

- **Eigene Basisrate für die Kindermedizin:** Bis die Kostenstrukturen der Kinderspitäler richtig abgebildet sind, braucht es höhere und differenzierte Basisraten. Ein Benchmarking soll nur zwischen diesen Kinderspitälern durchgeführt werden. Die Leistungsträger sollten im Sinne einer nachhaltigen Finanzierung der stationären Kindermedizin die provisorisch festgelegten Tarife akzeptieren und von einer Anfechtung vor Gericht absehen.

Forderungen an die SwissDRG AG

- **Kinder-DRG:** Die Erfahrungen in Deutschland haben gezeigt, dass für eine kostendeckende Finanzierung der stationären Kindermedizin im DRG-System ein 2-Häuser Modell unabdingbar ist. Das bedeutet, dass die Entwicklung des Tarifsystems von SwissDRG auf den Datensätzen der eigenständigen Kinderkliniken beruhen muss. Das heisst, die Fallkosten in Erwachsenen- und Kinderspitälern dürfen nicht vermischt werden. Dabei sind die deutschen Daten zwecks Weiterentwicklung der Relativgewichte in enger Zusammenarbeit mit dem deutschen InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) und GKind (Interessenvertretung der deutschen Kinderkliniken und Kinderabteilungen) zu berücksichtigen. Zur Berechnung der Entschädigung von Fallgruppen mit niedrigen Fallzahlen sind mehrjährige Datensätze und ausländische Daten zu verwenden.
- **Mehr Zusatzentgelte:** Kinderspitäler und Kinderabteilungen brauchen dringend Zusatzentgelte für hochteure Medikamente, Implantate und Verlegungen.
- **Beschleunigung des Antragsverfahrens:** Um den Kinderkliniken lange Zeiten der finanziellen Unsicherheit und der Unterfinanzierung zu ersparen, muss es ein beschleunigtes Antragsverfahren speziell auch für Zusatzentgelte geben.

Forderungen an die Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker in der Schweiz

- **Kindergerechte Spitäler:** Kinder dürfen nur in Spitälern behandelt werden, welche die Qualitätsstandards erfüllen, wie sie in der EACH-Charta für Kinder im Spital¹⁶ beschrieben sind.
- **Auftrag des Bundesrates an die SwissDRG AG:** Der Bundesrat sollte als oberstes Aufsichtsgremium der SwissDRG AG den Auftrag erteilen, die Daten der

¹⁶ EACH-Charta für Kinder im Spital (1988), European Association for Children in Hospital, unter:

<http://www.each-for-sick-children.org/each-charter.html>

Deutsche Version unter:

<http://www.kindundspital.ch/charta/die-charta-deutsch>

Kinderkliniken gesondert auszuwerten und im Sinne eines 2-Häuser-Prinzips ein DRG-System für die Kindermedizin zu entwickeln.

- **Preisfestsetzungsverfahren:** Der Bundesrat sollte zum Preisfestsetzungsverfahren konkret Stellung nehmen und sich für eine nachhaltige Finanzierung der Kindermedizin einsetzen.
- **Begleitforschung Kindermedizin:** Das Bundesparlament muss seine Kontrollpflicht bei der Einführung der SwissDRG wahrnehmen und die nötigen Massnahmen für eine Umsetzung der Begleitforschung in die Wege leiten.

Kind+Spital
Im April 2013