

Gesundheitsgefährdung durch Blaulichtanteil in energiesparenden Leuchtmitteln

INTERPELLATION

vom 29.9.2011

Yvonne Gilli

Nationalrätin GPS

Kanton St. Gallen



1. Was gedenkt der Bundesrat zu unternehmen, um die Schweizer Bevölkerung, insbesondere Kinder und Jugendliche, vor negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Beleuchtungstechnologien mit hohem Blaulichtanteil zu schützen (Energiesparlampen, LED-Hausbeleuchtungen, LED-Hintergrundbeleuchtungen von Bildschirmen)?

2. Welche Massnahmen unternimmt er, um mögliche Langzeitauswirkungen von Beleuchtungsquellen mit hohem Blaulichtanteil zu untersuchen?

Begründung

Ab 2016 werden Halogenlampen, welche nicht mindestens die Energieeffizienzklasse B aufweisen, in der Schweiz verboten sein. Als Beleuchtungsmittel werden dann der Schweizer Bevölkerung im häuslichen Bereich nur noch lichtemittierende Dioden und Energiesparlampen zur Verfügung stehen. Untersuchungen des chronobiologischen Instituts der Universität Basel zeigen, dass abendliche Exposition mit blaulichtreichen Energiesparlampen und LED-beleuchteten Computerbildschirmen zirkadiane (Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafstörungen), hormonelle und kognitive Prozesse von Menschen beeinflusst.

Eine ausführliche Evaluation der Anses im Auftrag der französischen Regierung ergab, dass die zunehmend den Markt dominierende LED-Beleuchtungstechnologie im Zusammenhang mit dem hohen Blaulichtanteil negative Effekte auf die menschliche Gesundheit, im Speziellen auf das menschliche Auge, haben kann, wobei Kinder speziell gefährdet sind.

Antwort des Bundesrates vom 7.6.2013

1. Die Problematik der neuen, energiesparenden Leuchtmittel ist dem Bundesrat bekannt. Die Eigenschaften der Lichtspektren von diesen Leuchtmitteln unterscheiden sich stark von den Lichtspektren der Sonne oder der Glühbirnen. Ob diese Lichtspektren ein gesundheitliches Problem für die Bevölkerung oder speziell für Kinder darstellen, ist im Moment allerdings nicht klar. Aufgrund dieser offenen Fragen hat das Bundesamt für

Gesundheit (BAG) der Universität Basel eine Studie in Auftrag gegeben, die den Einfluss dieser Lichtspektren auf jüngere und ältere Menschen untersucht. Im Vordergrund stehen dabei der Schlaf sowie hormonelle und kognitive Prozesse. Weitere gesundheitliche Auswirkungen von Blaulicht, wie sie beispielsweise der Bericht der französischen Regierung erwähnt, werden international momentan breit thematisiert. Das BAG ist mit

seiner Mitarbeit in entsprechenden internationalen Kommissionen direkt in diese Diskussion involviert.

2. Nach Abschluss der Studie an der Universität Basel wird das BAG voraussichtlich 2014 die Resultate unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse bewerten und kommunizieren. Gleichzeitig wird auf der Grundlage dieser Resultate überprüft, ob weitere Massnahmen nötig sind.

Mengenausweitung bei medizinischen Eingriffen unter dem DRG-System

POSTULAT

vom 21.3.2013

Thomas Hardegger

Nationalrat SP

Kanton Zürich



Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, inwiefern das DRG-System die unnötige Mengenausweitung bei medizinischen Eingriffen provoziert und wie er darauf zu reagieren gedenkt.

Begründung

Die Anzahl Eingriffe, die im Verlaufe des letzten Jahres in Spitälern vorgenommen wurden, zeigt eine deutliche Zunahme unter dem DRG-System. Einzelne Spitäler verzeichnen bei bestimmten Eingriffen eine starke Zunahme, ohne dass diese bei den umliegenden Spitälern sinken würden. Demnach findet keine Zentralisierung, sondern eine Mengenausweitung statt. Damit ist die Qualität der Behandlungen gefährdet. Unnötige Eingriffe führen zu einer Überversorgung, die dem Grundsatz der Grundversicherung widerspricht, zumal sie damit auch deren Kriterien «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» für die Leistungspflicht nicht erfüllen. Jeder nicht aufgrund evidenzbasierter Medizin erfolgte oder unnötige Eingriff führt zudem zwangsläufig zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen oder aufwendigere Nach-

betreuung, was die Kosten im Gesundheitswesen zusätzlich steigert.

Um die Qualität der Eingriffe zugunsten der Patientinnen und Patienten zu sichern, braucht es gesetzliche Massnahmen. Medizinische Fachleute sind sich einig, dass die Überprüfung der Indikation des Eingriffs die wichtigste und dringendste Massnahme ist. Diese könnte beispielsweise mit einem medizinischen Beirat in einem Spital erfolgen. Der Bundesrat ist gehalten, im Rahmen der Paragraphen zur Qualität und zum Wirtschaftlichkeitsgebot des Krankenversicherungsgesetzes die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Qualität und die Verhinderung der Mengenausweitung zu schaffen. Weiter ist er gehalten, die heutigen finanziellen Anreize, welche zur Mengenausweitung führen, zu korrigieren und am Nutzen für den Patienten zu orientieren.

Stellungnahme des Bundesrates vom 7.6.2013

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen vom Typus Swiss DRG wurden am 1. Januar 2012 eingeführt, um Leistungen im akutsomatischen Spitalbereich aufgrund einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur zu vergüten. Zu den Leistungen der Spitäler im ersten Jahr seit der Einführung der Fallpauschalen verfügt der Bundesrat noch über keine statistischen Angaben. Hingegen hat er, wie in seiner Antwort auf die Motion der grünen Fraktion, «Qualitätssicherung mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung» erwähnt, in der Verordnung über die Krankenversicherung die Modalitäten für die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen präzisiert, um unerwünschte Effekte zu begrenzen. Er hat unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Tarifautonomie insbesondere gefordert, dass die Tarifpartner ein Monitoring der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen sowie die nötigen Korrekturmassnahmen vereinbaren und umsetzen. Weiter wird von ihnen verlangt, sich im Rahmen der Tarifanwendung über Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen zu einigen. Am 2. November 2011 hat der Bundesrat in der KVV weiter ausgeführt, dass die Leistungserbringer die erzielten Mehrerträge bei ungerechtfertigter Erhöhung des CMI (Case Mix Index), Indikator für den Schweregrad der Fälle und somit der erfolgten medizinischen Eingriffe pro Fall, rückvergüten müssen, wenn sich die Tarifpartner nicht auf die ge-

forderten Korrekturmassnahmen einigen können. Versicherer und Spitäler haben diese Forderungen im Grundsatz berücksichtigt, indem sie in den ausgehandelten Tarifvereinbarungen Korrekturmassnahmen vorgesehen haben. Wenn keine Vereinbarung abgeschlossen werden konnte, ist es Sache der Versicherer, die in der KVV vorgesehenen Korrekturmassnahmen umzusetzen und die von den Spitälern ungerechtfertigt erzielten Mehrerträge zurückzufordern.

Weiter hat das Parlament am 23. Dezember 2011 den neuen Absatz 3bis von Artikel 42 des KVG verabschiedet, der am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Dieser Absatz präzisiert, dass die Leistungserbringer auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den geltenden Klassifikationen codiert aufzuführen haben. Gleichzeitig hat der Bundesrat Artikel 59 Absatz 1 KVV verabschiedet, der den Leistungserbringern vorgibt, welche Angaben sie den Versicherern liefern müssen. Die Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern regelt den Umfang und den Inhalt der administrativen und medizinischen Angaben, die übermittelt werden müssen. Damit verfügen die Versicherer über die notwendigen Angaben, um zu prüfen, ob die erbrachten Leistungen den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Schliesslich hat der Bundesrat, wie er in seiner Antwort auf die Motion «Neue Spitalfinanzierung. Wirkungsanalyse erweitern», schreibt, am 25. Mai 2011 ein Konzept zur Wirkungsanalyse der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung gutgeheissen. Er hat die nötigen Ressourcen für eine Variante mit sechs Studien gesprochen, die zwischen 2012 und 2018 durchgeführt werden. Eine dieser Studien untersucht die Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems, eine andere analysiert die Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Die Frage, ob eine systematische Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen ist, wird in diesem Rahmen untersucht. Die Studien werden in zwei Phasen durchgeführt. Die erste Phase, für die der Bundesrat am 25. Mai 2011 die nötigen finanziellen Ressourcen gesprochen hat, berücksichtigt die statistischen Daten vor der Einführung der Reform sowie die Daten aus dem Jahr 2012. Die zweite Phase wird die Jahre 2013 bis 2015 einbeziehen. Die Ergebnisse der ersten Phase werden nicht vor Ende 2014 verfügbar sein, die Schlussfolgerungen beider Phasen sind 2018 zu erwarten.

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.