Bericht zur Pa. Iv. Bortoluzzi: „Komatrinker sollen Aufenthalte im Spital und in Ausnüchterungszellen selber bezahlen“

Beurteilung der Umsetzbarkeit sowie der finanziellen und präventiven Wirkungen

Vom GDK-Vorstand verabschiedet am 10. April 2014

15.4.14/26.2/mk

1. Ausgangslage

Die Pa Iv. Bortoluzzi verlangt, dass „das KVG sowie weitere Gesetze dahingehend anzupassen sind, dass die medizinische Notversorgung, welche aufgrund von exzessivem Alkohol- und Drogenmissbrauch notwendig wird, durch die Verursacher oder ihre gesetzlichen Vertreter in vollem Umfange abgegolten werden muss."

In der Begründung hält der Initiant fest, dass „ die Zahlen von wegen exzessivem Alkohol- oder Drogenmissbrauch notfallmässig behandelten Patienten seit Jahren massiv ansteigen. Immer mehr Menschen liessen sich „die Folgen ihrer Zügellosigkeit oder Sucht durch die Allgemeinheit finanzieren, indem die medizinischen Behandlungskosten durch die solidarische Krankenversicherung getragen werden."

Die SGK-N hat ausgehend von der Pa.IV. Bortoluzzi einen Entwurf erarbeitet, der eine Änderung des Artikels 64 KVG vorsieht: „Wer nach übermässigem Alkoholkonsum medizinisch versorgt werden muss, soll die entsprechenden Kosten künftig vollständig selber tragen. Diese Kostenbeteiligung soll nicht erhoben werden, „wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass sie kein Verschulden am übermässigen Alkoholkonsum traf oder dass sie unabhängig von diesem einer Behandlung bedurfte (Art. 64 Abs. 5ter). Steht eine versicherte Person seit mindestens 6 Monaten wegen Alkoholabhängigkeit in ärztlicher Behandlung, wird angenommen, dass sie kein Verschulden am übermässigen Alkoholkonsum trifft (Art. 64 Abs. 5quater)."

Im Frühjahr 2014 wird die SGK-NR über die Vernehmlassungsvorlage befinden und diese anschliessend in die Vernehmlassung schicken.

2. Fragestellungen der GDK

Der GDK-Vorstand hat sich an seiner Sitzung vom 25.10.13 mit der Pa.Iv. Bortoluzzi befasst und dabei seine bereits im Mai 2013 beschlossene, ablehnende Haltung bestätigt. Er hat das Zentralsekretariat beauftragt, bis im Frühjahr 2014 einen Bericht zu erarbeiten, der die Argumente der GDK aufzeigt, die Position der beteiligten Akteure miteinbezieht und bestehende und geplante Interventionsmodelle in den Kantonen im Zusammenhang mit dem Rauschtrinken aufzeigt.

Im Rahmen der Berichtserarbeitung hat das Zentralsekretariat Gespräche mit den Krankenversicherern (santésuisse und curafutura), Leistungserbringern (H+, FMH, Fachleute der Notfallzentren im Inselspital und in der UKBB) sowie mit Suchtfachleuten (KKBS, Suchtschweiz, GREA) geführt. Auf der Basis dieser Gespräche wurden folgende Fragestellungen formuliert:

- Was zeigen die statistischen Daten im Bereich Rauschtrinken und alkoholbedingte Hospitalisierungen?
- Wie kann der von der SGK-N vorgeschlagene Gesetzesentwurf praktisch umgesetzt werden?
- Welche finanziellen Folgen sind zu erwarten?
- Welche präventiven Wirkungen hat der Gesetzesvorschlag im Vergleich zu anderen Massnahmen?

3. Statistische Daten zum Alkoholmissbrauch und zu alkoholbedingten Hospitalisierungen in der Schweiz

Fast 90% der Schweizer Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren konsumiert Alkohol. Die überwiegende Mehrheit davon tut dies in einer risikoarmen Art und Weise. Bei rund 20% spricht man von einem Risikokonsum, sei es als Rauschtrinkende oder als chronisch Konsumierende. Rund 4% der Bevölkerung (250‘000 bis 300‘000 Personen) gelten als alkoholabhängig.

Der Pro-Kopf-Konsum ist in der Schweiz seit Jahren rückläufig[1] und liegt im europäischen Durchschnitt. Ebenfalls rückläufig ist die Zahl jener, die täglich Alkohol trinken.[2] Eine relativ kleine Gruppe von 12,5% konsumiert die Hälfte allen Alkohols.

Der Alkoholmissbrauch und damit verbunden die Alkoholabhängigkeit haben schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld in Form von alkoholbedingten Krankheiten und Todesfällen, Invalidität und Arbeitslosigkeit, aber auch Unfällen und Gewalt. Diese Folgen verursachen pro Jahr Kosten in der Höhe von CHF 4,2 Mia. CHF 613 Mio fallen direkt im Gesundheitswesen an. [3]

Anders als der Trend beim Pro-Kopf-Konsum nahm die Zahl der Hospitalisationen wegen Alkoholintoxikation in den 2000-er Jahren erheblich zu. Bei den 10-23-Jährigen gab es zwischen 2003 und 2008 eine Zunahme von 66% bei den Männern und 84% bei den Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg gab es eine leichte Zunahme (+17% bei den Männern und +22% bei den Frauen). In den Jahren 2009 und 2010 ist eine Trendwende mit leicht sinkenden Zahlen in allen Altersgruppen zu beobachten[4]. Die neusten Zahlen des HUG in Genf zeigen für die Jahre 2010 bis 2013 bei der Gruppe der unter 16-Jährigen eine massive Abnahme um rund 60%. Damit wird in etwa der Stand von 2003 wieder erreicht[5].

Sowohl absolut wie auch bei der Rate (Fälle pro 1‘000 Einwohner/innen) haben die 45-65 Jährigen Männer die höchste Fallzahl bei Hospitalisationen wegen Alkoholintoxikation und/oder Alkoholabhängigkeit. Von insgesamt 26‘975 betroffenen Personen im Jahr 2010 waren 1‘441 oder 5% unter 23 Jahre alt. In der Altersgruppe 45-65 waren 12‘159 Personen betroffen, das entspricht 45%.[6]

Teil-stationäre und ambulante Fälle werden in der „Medizinischen Statistiken der Krankenhäuser“ nicht aufgeführt. Hinweise auf Fallzahlen und Altersverteilung finden sich in wissenschaftlichen Artikel aus dem Inselspital und dem CHUV. Die grössten Fallzahlen finden sich in diesen Studien bei den 35 – 45-Jährigen (Inselspital)[7] bzw. bei den 40-59 Jährigen (CHUV)[8].

Sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich liegt die Rate der mehrfachen Hospitalisierungen aufgrund von Alkoholintoxikationen bei den 35 bis 54-Jährigen am höchsten.

Im europäischen Vergleich liegt die Schweiz im Bereich des Rauschtrinkens mit 17% (EU 29%) im unteren Drittel. Während in der EU 53% der 15-24 Jährigen mindestens einmal pro Monat 5 oder mehr Gläser eines alkoholischen Standardgetränks bei einer Gelegenheit konsumieren[9], sind es in der Schweiz 35%.[10]

---

1 Website SuchtSchweiz (März 2014): Abnahme von 14,4 l reinen Alkohols pro Einwohner über 15 Jahren auf 9,9l in 40 Jahren (= 31%)

2 Website SuchtSchweiz (März 2014): Abnahme von 20% auf 14% in 15 Jahren.

3 Polynomics „Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz“: Bern 2014.

4 M. Wicki: Hospitalisierung aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen. Sucht Schweiz, 2013. S. VII.

5 Tribune de Genève, « Adolescents ivres morts: le phénomène regresse. » 7.1.14.

6 M.Wicki, S. V, Tabelle A2.6

7 M. Haberkern, A K Exadactylos, H. Marty: Alcohol intoxication at a university hospital acute medicine unit”, emerg Med J 2010, 27: 199- 202.

8 P.Neves et al.: Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? Rev Med Suisse 2011 ; 7, 1445-9

9 European Commission: EU citiziens’attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331,2010, S. 28.

10 BFS: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2012, Uebersicht. Neuchâtel 2013, S. 20f.

Was die Zunahme der alkoholbedingten Hospitalisierungen betrifft, kann in mehreren Ländern (insbesondere Deutschland) wie in der Schweiz eine starke Zunahme in den 2000er Jahren beobachtet werden.[11]

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der Schweiz in den 2000-er Jahren eine markante Erhöhung von Alkoholintoxikationen in allen Altersgruppen gab, wobei die prozentuale Zunahme bei jungen Personen unter 23 Jahren und bei Mädchen am deutlichsten war. Seit rund 5 Jahren nehmen die Fälle wieder leicht ab, die neusten Zahlen geben Hinweise auf eine Trendwende. In absoluten Zahlen waren und sind alkoholbedingte Hospitalisationen vor allem ein Problem der Männer mittleren Alters. In dieser Altersgruppe fallen auch die grössten Kosten an.

4. Praktische Umsetzung des Gesetzesvorschlags

In den Gesprächen mit den Akteuren wurden folgende Probleme bei der Umsetzung des Gesetzesvorschlags genannt:

- In der Mehrheit der Fälle von alkoholbedingten Hospitalisierungen (Schätzung 80%) gibt es eine Verbindung zu Alkoholabhängigkeit. Der Aufwand für die Abgrenzung zwischen „verschuldeten“ und „nicht verschuldeten“ Fällen wird sehr gross sein.
- Alkoholdiagnosen sind oft verbunden mit anderen Diagnosen (Unfälle, Verletzungen durch Gewalt, psychische Krankheiten etc.). Die Klärung der Frage, ob die Behandlung unabhängig vom Alkoholkonsum nötig war, wird sehr schwierig werden.
- Intoxikationen entstehen oft durch den Konsum von Alkohol und weiteren psychoaktiven Substanzen wie Medikamente oder illegale Betäubungsmittel (sog. Mischkonsum). Mit dem Erfassen des Alkoholpegels im Blut werden Intoxikationen durch andere Substanzen nicht nachgewiesen.
- Alkoholabhängigkeit ist ein Tabuthema. Mit Einführung des Gesetzesvorschlags droht eine zusätzliche Tabuisierung, sowohl durch den Patient/in wie auch durch das medizinische Personal und damit eine Verschiebung der Diagnosen.
- Der Schutz von besonders schützenswerten Personendaten und das Arztgeheimnis werden tangiert. Die Krankenkassen haben keine rechtliche Grundlage, um Daten über die Alkoholabhängigkeit von Versicherten aufzubewahren. Die FMH sieht die Gefahr, dass Ärzte gezwungen werden, das Arztgeheimnis zu verletzen im Zusammenhang mit dem Gesetzesvorschlag.
- Geplant ist das Festsetzen einer Promillegrenze, die den übermässigen Alkoholkonsum definiert. Der Alkoholtest unterliegt aber strikten rechtlichen Vorgaben: bei Unfall- und Gewaltopfern ist der Test nur mit richterlicher Bewilligung erlaubt. Zudem gibt es eine grosse Streuung bei der Alkoholtoleranz. Während ein minderjähriges Mädchen bereits bei einem Alkoholpegel von 0,8 ‰ eine Alkoholvergiftung erleiden kann, können Personen mit hoher Toleranz einen Pegel von 3 ‰ und mehr aufweisen, ohne schwerwiegende Symptome zu zeigen.

Zusammenfassend beurteilen Krankenversicherer und Leistungserbringer den Gesetzesvorschlag als in der Praxis sehr schwierig umsetzbar. Es wird zudem eine Belastung des Arzt-Patientenverhältnisses und eine weitere Tabuisierung der Alkoholabhängigkeit befürchtet.

11 Vgl. Statistisches Bundesamt (D): Zunahme der Hospitalisationen 2003 bis 2012: alle Altersgruppen plus 71%, 10-20jährige plus 89%, 45- 55jährig plus 84%. Bisher keine Trendwende feststellbar.

5. Finanzielle Auswirkungen des Gesetzesvorschlags

Die Kosten einer medizinische Notfallversorgung nach übermässigen Alkoholkonsum werden auf CHF 1‘600.- pro Fall[12] geschätzt. Mit dem Gesetzesvorschlag ergeben sich durch die 100%ige Kostenbeteiligung des Versicherten Einsparungen in der OKP. Diese Einsparungen werden vermindert durch den Selbstbehalt, der den Versicherten verrechnet wird sowie durch die Franchise, die insbesondere bei jüngeren Personen, die keine anderen Gesundheitskosten verursachen, die anfallenden Kosten ganz oder teilweise abdecken.

Mehrkosten entstehen durch die Abklärung der Frage des Verschuldens. Solche Abklärungen, die im Streitfall bis zum Bundesgericht weitergezogen werden können, werden bei den beteiligten Institutionen (Krankenversicherer, Spitäler und behandelnden Ärzten) erhebliche administrative Aufwände bewirken. Schätzungen des Aufwandes können aufgrund von Streitfällen im Bereich der Grobfahrlässigkeit in der Unfallversicherung gemacht werden.[13] Offen ist, wer diese Mehrkosten zu tragen hat: Leistungserbringer, Versicherer oder der individuelle Versicherte.

Die GDK geht aufgrund von Modellrechnungen davon aus, dass die zu erwartenden Mehrkosten sogar höher sein könnten als die Kosteneinsparungen.

6. Präventive Wirkung

Die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen im Alkoholbereich sind weltweit untersucht worden. Das CDC (Center of Disease Control and Prevention, Atlanta)[14] beurteilt folgende Massnahmen als wirksam:

a. Preisliche Massnahmen (vermeiden von Billigalkohol)
b. Beschränkung der Erhältlichkeit.
c. Massnahmen zur Verhinderung des Verkaufs von Alkohol an Minderjährige.
d. Haftbarkeit der Verkäufer von Alkohol in Schadensfällen.
e. Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholmissbrauch.

Die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Massnahme (volle Kostenübernahme durch den Patienten) ist nicht erwiesen. Es ist kein europäisches Land bekannt, in welchem diese Massnahme umgesetzt wird.

Die GDK setzt sich im Rahmen der Totalrevision des Alkoholgesetzes ein für Massnahmen im Bereich von preislichen Massnahmen gegen Billigalkohol, im Bereich der Beschränkung der Erhältlichkeit durch ein Nachtverkaufsverbot und ein Verbot von Lockvogelangeboten sowie im Bereich der Verhinderung des Verkaufs an Minderjährige durch eine gesetzliche Regelung der Testverkäufe.

Im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention wurden in den letzten Jahren in vielen Kantonen unter anderem in den Spitälern von Genf, Zürich, Lausanne, Basel, dem Aargau und Wallis Interventionsmodelle entwickelt, die ein ärztliches Gespräch mit Jugendlichen vorsehen, die wegen übermässigem Alkoholkonsum in eine Notfallstation eingeliefert werden,. Die untersuchten Programme weisen eine sehr hohe Teilnehmerquote aus und werden von Eltern und Jugendlichen positiv beurteilt.[15] Zurzeit erarbeitet die Organisation „Sucht Schweiz“ im Auftrag des BAG Empfehlungen zur Umsetzung von Interventionsmodellen.

---

[12] Berechnungen der Universitären Kinderklinik beider Basel (UKBB)

[13] Im UVG werden bei Grobfahrlässigkeit (insbesondere im Strassenverkehr) Taggelder maximal für 2 Jahre gekürzt. Die Kürzung von Renten wurde 1994 bei Berufsunfällen und 1999 bei Freizeitunfällen aufgehoben. Eine Kürzung von Sachleistungen und Heilungskosten ist im UVG ausgeschlossen.

[14] http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm

[15] M. Caflisch : « Lorsque les chemins de l‘alcool et de l’adolescence se croisent. », Rev Med Suisse 2013 ; 9 ; 406-9.

Als Orientierung dient u.a. das in Deutschland etablierte Konzept HaLT[16], das an 150 Standorten umgesetzt wird.

Im Bereich der Primärprävention hat die GDK 2013 zusammen mit der KKJPD und der SODK Empfehlungen für Alkoholprävention und Jugendschutz an Veranstaltungen veröffentlicht. Damit wird auf die Resultate von Testkäufen reagiert, die zeigen, dass an Grossveranstaltungen wie Sommerfesten, Fasnacht oder sportlichen Grossanlässen die Jugendschutzbestimmungen sehr schlecht eingehalten werden. Mit einer Palette von Massnahmen und der Zusammenarbeit mit Veranstaltern und Gemeinden soll diese Situation verbessert werden.

Zusammenfassend setzt die GDK in der Alkoholprävention auf Massnahmen, deren Wirksamkeit erwiesen ist. Ein wichtiger Pfeiler sind dabei die Jugendschutzmassnahmen im Alkoholgesetz. Die GDK erachtet die präventive Wirkung des Gesetzesvorschlags als nicht erwiesen. Sollte der Gesetzesvorschlag dazu führen, dass bestehende Massnahmen nicht weitergeführt werden oder der Jugendschutz im Alkoholgesetz gelockert wird, befürchtet die GDK eine negative Wirkung im Bereich der Prävention.

7. Zusammenfassende Beurteilung der Gesetzesvorlage

Für die GDK stellen die steigenden Zahlen beim Rauschtrinken von Jugendlichen und Erwachsenen ein gesundheitspolitisch relevantes Problem dar, das mit geeigneten Massnahmen angegangen werden muss.

Die von der SGK-N erarbeitete Gesetzesvorlage erachtet die GDK als nicht geeignet, weil sie

- in der Praxis sehr schwierig umgesetzt werden kann, und die Thematik der Alkoholabhängigkeit im Arzt-Patientenverhältnis weiter tabuisiert.
- zu keinen Kosteneinsparungen für die OKP führt.
- das Problem in unangemessener Weise überreguliert und für Leistungserbringer und Versicherer zusätzliche bürokratische Verfahren und administrative Aufwände verursacht:
- keine erwiesene präventive Wirkung hat.

Die GDK setzt ihren alkoholpolitischen Schwerpunkt auf die Sicherung des Jugendschutzes im Rahmen der Totalrevision des Alkoholgesetzes sowie auf den Ausbau und die Weiterentwicklung von alkoholpräventiven Massnahmen, insbesondere bei der Zielgruppe Jugendliche.

Weiter regt sie an, als Alternative zum Gesetzesvorschlag, die Einführung einer Lenkungsabgabe auf Alkohol zu prüfen. Die Einnahmen aus der Lenkungsabgabe würden dazu verwendet werden, die ausgewiesenen Kosten für alkoholbedingte Hospitalisationen den Prämienzahlern zurückzuerstatten, nach dem Modell der CO_2-Abgabe. Gleichzeitig könnte damit die Erhältlichkeit von Billigalkohol eingeschränkt werden und so ein Lenkungseffekt erzielt werden. Dieses Modell wäre einfach umsetzbar und würde dem Verursacherprinzip entsprechen.

Grundsätzlich erachtet die GDK das Beibehalten des Finalitätsprinzips im KVG aus gesundheitspolitischen wie auch aus medizinischen Gründen als unverzichtbar.

[16] http://www.halt-projekt.de/