



**Demokratische
Juristinnen und Juristen
Zürich**

DJS JDS GDS

Demokratische Juristinnen und Juristen der Schweiz
Juristes Démocrates de Suisse
Giuristi e Giuriste Democratici Svizzeri
Giuristas e Giurists Democratics Svizzers

Bundesamt für Gesundheit
z. H. v. Dominique Marcuard (per E-Mail)

Zürich und Bern, 31.10.2014

Vernehmlassungsverfahren: 10.431 Parlamentarischen Initiative Bortoluzzi: „Komatrinker sollen Aufenthalte im Spital und in Ausnüchterungszellen selber bezahlen“

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Demokratischen Juristinnen und Juristen Zürich (DJZ) und die Demokratischen Juristinnen und Juristen der Schweiz (DJS) beziehen gerne Stellung zu ob genannter Vorlage, da insbesondere die DJZ sich schon länger mit der Thematik auseinandersetzt.

Die DJZ/DJS lehnen die vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) entschieden ab. Nach Meinung der DJZ/DJS besteht weder ein diesbezüglicher Regelungsbedarf, noch erweist sich die vorgeschlagene Änderung des Krankenversicherungsgesetzes als zweckdienlich und vollzugstauglich. Mit der Umsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes würde ohne sachliche Gründe ein Paradigmenwechsel im Krankenversicherungsgesetz eingeläutet. So statuiert die Vorlage bezüglich eines spezifischen Verhaltens – „sogenanntes Komatrinken“ – den Wechsel zum Verursacherprinzip. Zudem erweist sich der Vorentwurf aus rechtssetzungstechnischer Sicht als mangelhaft, was nicht zuletzt auf eine unzureichende Problemanalyse zurückzuführen ist.

1. Die Grundzüge der Vorlage

1.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren wurde in der Diskussion über den Alkoholkonsum in der Schweiz zunehmend das Phänomen des sogenannten Koma- bzw. Rauschtrinkens in der Öffentlichkeit kontrovers thematisiert. Die diesbezügliche Diskussion erreichte ihren Höhepunkt im Jahr 2008, als es in verschiedenen Schweizer Städten zu sogenannten „Botellones“ kam und diese ein grosses mediales Echo erfuhren. Wie dem erläuternden Bericht zur Änderung des KVG der SGK-N entnommen werden kann, zeigt sich gegenüber derartigen „Alkoholexzessen, die auf Jugendliche oder junge Erwachsene

einen besonderen Reiz ausüben und dementsprechend verbreitet sind“, ein breites Unbehagen. Dieses wird nicht zuletzt auf die negativen Begleiterscheinungen solcher Trinkgelage zurückgeführt, die sich oftmals im öffentlichen Raum manifestierten – „konkret seien etwa Lärmemissionen, Littering oder Pöbeleien und Raufereien zu nennen, welche in der öffentlichen Diskussion um das Thema Rauschtrinken unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen genannt werden und für Unverständnis sorgen.“

Die parlamentarische Initiative wird mit dem Umstand begründet, dass die Zahlen der wegen exzessivem Alkohol- oder Drogenmissbrauch notfallmässig behandelten Patienten und damit auch die notwendigen Behandlungskosten seit Jahren massiv angestiegen seien. Tatsächlich zeigt ein Blick in die Statistik, dass zwischen 2003 und 2010 eine klare Zunahme der Hospitalisationen aufgrund der Diagnose Alkohol-Intoxikation in allen Altersgruppen festgestellt werden konnte. Wie der Studie Wicki (2013) entnommen werden kann, war die Zunahme bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (+66% bei Jungen/Männern bzw. +84% bei Mädchen/Frauen) und bei der Altersgruppe der über 64-Jährigen besonders deutlich. Da mit übermässigem Alkoholkonsum gesundheitliche Beeinträchtigungen einhergehen und das Rauschtrinken insbesondere bei jungen Menschen als besonders riskantes Konsumverhalten gilt, erblickte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats einen Regelungsbedarf.

1.2 Änderung im Krankenversicherungsgesetz

Mit der Einführung einer neuen Bestimmung im KVG (Art. 64a⁰ KVG) soll eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die es ermöglicht, die Kosten der medizinischen Notversorgung, welche aufgrund von exzessivem Alkoholkonsums notwendig wird, zukünftig auf den Verursacher oder ihre gesetzliche Vertreter in vollem Umfange zu überwälzen. So wird in Art. 64a⁰ Abs. 1 KVG eine Kostenbeteiligung der Versicherten von 100% bezüglich aller Leistungen statuiert, welche innerhalb eines "bestimmten Zeitraums" nach "übermässigem Alkoholkonsum" erbracht wurden; wobei die Kostenbeteiligung nicht an die Franchise und den jährlichen Höchstbetrag angerechnet werden (Art. 64a⁰ Abs. 2 KVG). Gemäss Abs. 3 wird dann keine Kostenbeteiligung erhoben, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass sie kein Verschulden am übermässigen Konsum trifft (lit. a), oder dass die Leistungen unabhängig vom übermässigen Alkoholkonsum erbracht werden mussten (lit. b). Bei Personen, welche sich seit mindestens sechs Monaten wegen Alkoholabhängigkeit in ärztlicher Behandlung stehen, wird gemäss Abs. 4 vermutet, dass der übermässige Alkoholkonsum nicht selbstverschuldet ist.

Von der Änderung anderer Bundesgesetze (insb. UVG, MVG) wurde bewusst abgesehen.

1.3 Ziele der Revision

Von der vorgeschlagenen Revision des KVG erhoffen sich der Initiant und die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats eine Stärkung der Eigenverantwortung und damit einhergehend einen Rückgang der alkoholbedingten notfallmässigen Behandlungen auf ein „tragbares Mass“: „Personen, die übermässig Alkohol konsumieren, sollen durch die Aussicht, dass sie oder ihre gesetzliche Vertretung für die Behandlungskosten dieses Konsums aufkommen müssen, im besten Fall davon abgehalten werden.“ Im erläuternden Bericht kommt dabei deutlich zum Ausdruck, dass von der Regelung insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene erfasst werden sollen.

Als Ziele werden genannt:

- Stärkung der Eigenverantwortung durch Kostenübertragung;
- Einflussnahme auf Konsumverhalten insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (präventive Wirkung);
- Finanzielle Entlastung der obligatorischen Krankenversicherungen;
- Bekämpfung von Begleiterscheinungen (Lärmemissionen, Littering, Gewalt usw.);
- Klare Unterscheidung zwischen eigenverantwortlichem Rauschtrinken und Sucht.

2. Grundsätzliche Kritik

2.1 Einfall ins Solidaritätsprinzip

Mit der parlamentarischen Initiative Bortoluzzi wurde ein neuerlicher Angriff auf das geltende Solidaritätsprinzip gestartet, welchen die DJZ/DJS mit Besorgnis zur Kenntnis nehmen. Die DJZ/DJS lehnen jeglichen Eingriff ins Solidaritätsprinzip aus grundsätzlichen Überlegungen ab.

- Solidaritätsprinzip schützen:

Nach Ansicht der DJZ/DJS ist die medizinische Behandlung eine Gemeinschaftsaufgabe und das Solidaritätsprinzip eine Stärke des Schweizer Gesundheitswesens, welche es zu bewahren gilt. Mit der Umsetzung dieser Initiative würde ein eigentlicher Paradigmenwechsel in der obligatorischen Krankenversicherung eingeleitet, indem das Verschuldungsprinzip (partiell) eingeführt und das Tor zur Abschaffung des Solidaritätsprinzips geöffnet würde. Dies mit unabsehbaren Folgen für unzählige Versicherte. Die Krankenversicherung basiert auf dem Solidaritätsprinzip, nach dem jeder Person, unabhängig vom Grund der Erkrankung, das Recht auf eine Abgeltung der Heilungskosten (abzüglich Franchise und Selbstbehalt) durch die obligatorische Krankenversicherung zusteht. Dieses Prinzip soll unangetastet bleiben. Wird das Solidaritätsprinzip in Frage gestellt, führt dies zu einschneidenden Folgen für viele Versicherte und gefährdet über längere Sicht insbesondere die Gesundheitsvorsorge von vielen chronisch kranken Menschen in der Schweiz.

Die DJZ/DJS sind der festen Überzeugung, dass das Verursacherprinzip im KVG keine Anwendung finden soll. Das Verursacherprinzip könnte – wenn überhaupt – nur dann ein faires Konzept darstellen, wenn alle Betroffenen mit den gleichen Voraussetzungen geboren würden, ohne unterschiedliche genetische oder soziale Vorbelastungen und Veranlagungen. Dies ist jedoch offensichtlich gerade nicht der Fall. Stellt sich in Krankheitsfällen die Schuldfrage, so führt das zwingend zu einer simplifizierenden Betrachtungsweise – mit enormen Härten für die Betroffenen. Überdies droht mit der Einführung des Verschuldensprinzips eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassengesellschaft im Gesundheitswesen: Ungesundes Verhalten werden sich nur noch die Bessergestellten leisten können. Nach Meinung der DJZ/DJS sollte jedoch auch zukünftig jeder Mensch mit einem behandlungsnotwendigen Leiden eine adäquate medizinische Behandlung erfahren.

- Büchse der Pandora nicht öffnen:

Führt man das Verursacherprinzip bezüglich eines spezifischen Verhaltens ein, so stellt sich alsbald die Frage, wieso nicht auch andere Kosten als selbstverschuldet betrachtet werden können. Wieso werden das Rauchen und andere, stark vom Verhalten beeinflusste Ursachen von Krankheiten, ausgeklammert? Es gibt unzählige andere Verhaltensweisen, deren Kosten für das Gesundheitswesen mit den gleichen Argumenten dem Versicherten auferlegt werden könnten, welche für eine Kostenüberwälzung bei übermässigem Alkoholkonsum ins Feld geführt werden: z.B. Intoxikation mit Medikamenten oder anderen Betäubungsmitteln, übermässiger Tabakkonsum, ungesundes Essverhalten, versuchter Freitod, fahrlässige Ansteckung mit übertragbaren Krankheiten oder auch schwangerschaftsbedingte Gesundheitskosten. Die Ausführungen machen deutlich: Wer einzelne Leistungen herausbricht, stellt das Solidaritätsprinzip grundsätzlich in Frage.

- Keine Abschaffung des Solidaritätsprinzips durch die Hintertür:

Wie die Branchenorganisation santésuisse in ihrer Stellungnahme zur Vorlage treffend andeutet, mutet die isolierte Betrachtung eines problematischen Verhaltens im KVG arbiträr an. Will man das Verursacherprinzip einführen und damit einen Paradigmenwechsel im KVG einleiten, so sollte dies nicht an einem populären, aber untypischen Fall vollzogen werden. Ein Paradigmenwechsel müsste in grundsätzlicher Weise und gesellschaftspolitisch breiter diskutiert werden.

Aus Sicht der DJZ/DJS verunmöglicht die Initiative bzw. die vorgeschlagene Revision genau diese Diskussion. Anhand eines singulären, jedoch gesellschaftlich geächteten Verhaltens – dem Komatrinken – schafft die Vorlage einen Präzedenzfall mit ungeahnten Folgen. Dass die Entsolidarisierung im Gesundheitswesen dabei in einer Thematik vorangetrieben wird, in der mit wenig Gegenwehr zu rechnen ist, dürfte eher politischem Kalkül denn dem Zufall entspringen.

2.2 Rechtsgleichheit (Artikel 8 BV)

Im erläuternden Bericht wird die Beschränkung der 100%igen Kostenbeteiligung auf Notfallbehandlungen aufgrund eines übermässigen Alkoholkonsums damit gerechtfertigt, dass sich der übermässige Alkoholkonsum insbesondere in der Geschwindigkeit, mit welcher sich ein Verhalten auf die Gesundheit auswirkt, von anderen schädigenden Verhaltensweisen unterscheidet. So könne dieser innert weniger Minuten oder Stunden gesundheitsschädigend wirken, während dies beispielsweise beim übermässigen Rauchen, Essen oder Arbeiten erst nach Wochen, Monaten oder Jahren der Fall sei. Somit lasse sich beim übermässigen Alkoholkonsum der ursächliche Zusammenhang zwischen schädigendem Verhalten und Gesundheitsschaden leichter nachweisen. Diese Begründung vermag offensichtlich nicht zu überzeugen.

Wie gezeigt, lehnen die DJZ/DJS einen Einbruch ins Solidaritätsprinzip aus grundsätzlichen Überlegungen entschieden ab. Aber auch aus praktischer Sichtwürde die Einführung des Verursacherprinzips in der OPK zu enormen Abgrenzungsschwierigkeiten führen, wobei das angeführte Kriterium der "Geschwindigkeit" bzw. des leichteren Nachweises des Kausalzusammenhangs grundsätzlich nicht zu überzeugen vermag. So sind weitere Verhaltensweisen bekannt, die mit selbiger Geschwindigkeit zu erheblichen Gesundheitsschäden führen können (z.B. Überdosis von Betäubungsmitteln oder Medikamenten, aber auch grobfahrlässige Ansteckung mit HI-

Virus, Unfälle von über die OPK versicherten Extremsportlern), von der vorgeschlagenen Kostenübernahme jedoch gerade nicht erfasst sind. Dessen scheint sich auch der Gesetzgeber bewusst zu sein.

So wird die Ungleichbehandlung anderer Intoxikationen im erläuternden Bericht mit der steigenden Anzahl Spitaleinweisungen aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung in der Altersgruppe der bis 23-jährigen bzw. dem erreichten Niveau gerechtfertigt. Diese „Entwicklung der Hospitalisationen“ könne als „sachlicher Grund angesehen werden, die versicherungsmässigen Folgen dieser Verhaltensweisen unterschiedlich zu regeln.“ Diese Begründung überzeugt nicht.

- Der erläuternde Bericht äusserst sich insbesondere nicht zur Frage, ob auch die Anzahl von Hospitalisierungen aufgrund eines übermässigen Konsums harter Drogen (oder Mischkonsum) bzw. aufgrund eines Medikamentenmissbrauchs zunimmt. Zudem zeigt die Studie Wicki (2013), dass für die Jahre 2009 und 2010 eine Trendwende mit leicht sinkenden Fallzahlen von Hospitalisierungen aufgrund einer Alkohol-Intoxikation in allen Altersgruppen zu beobachten ist - so haben die Raten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10- bis 23-Jährige) im genannten Zeitraum in etwa das Niveau von 2007 erreicht. Die aktuellsten Zahlen des Universitätsspitals Genf (HUG) zeigen für die Jahre 2010 bis 2013 bei der Gruppe der unter 16-Jährigen gar eine massive Abnahme um 60%, womit circa der Stand von 2003 wieder erreicht ist.
- Selbst wenn man die vergleichsweise hohe prozentuale Zunahme der Hospitalisierungen in der Altersgruppe bis 23 Jahre bis ins Jahr 2010 grundsätzlich als sachlichen Grund gelten liesse, rechtfertigte er die konkret geschaffene Ungleichbehandlung nicht. Dies zeigt ein weiterer Blick auf die Statistik. Wie der Studie Wicki (2013) zu entnehmen ist, entfallen nur 10% aller im Jahr 2010 erfolgten Hospitalisierungen wegen Alkohol-Intoxikation als Haupt- oder Nebendiagnose auf die Gruppe der 10- bis 23-Jährigen. In Anbetracht der verunglückten Ausnahmebestimmung in Art. 64a^o Abs. 4 KVG (vgl. 3.3) wird sich die Kostenübernahme faktisch hauptsächlich – und dies offensichtlich entgegen der Intention des Gesetzgebers – in der Personengruppe über 23 Jahre auswirken. In absoluten Zahlen waren und sind alkoholbedingte Hospitalisationen vor allem ein Problem der Männer mittleren Alters. In dieser Gruppe fallen überdies auch die höchsten Kosten an. Die „Entwicklung“ der Hospitalisierungen“ in der Personengruppe bis 23-Jahre kann dabei schlicht nicht als sachlicher Grund angesehen werden, 90% der Hospitalisierungen aufgrund einer Alkohol-Intoxikation im Vergleich zu Hospitalisierungen aufgrund einer anderen Intoxikation ungleich zu behandeln.

Aus Sicht des Gleichbehandlungsgebots lässt sich auch die bewusste Beschränkung der Kostenbeteiligung auf die Krankenversicherung nicht rechtfertigen. So würden beispielsweise die Behandlungskosten aufgrund eines Unfalls unter Alkoholeinfluss im Rahmen der Unfallversicherungen (UVG, MVG) weiterhin vergütet werden. Diese Ungleichbehandlung ist angesichts der Zielsetzung der Vorlage nicht nur – wie im erläuternden Bericht festgehalten wird – „schwierig zu begründen“, es sind schlicht keine sachlichen Gründe ersichtlich, welche diese Ungleichbehandlung rechtfertigen würden. Die vorgeschlagene Regelung führt nicht nur zu einer nicht begründeten Ungleichbehandlung, sondern im Ergebnis zum partiellen Ausschluss einer willkürlich zusammengefassten Minderheit aus dem Solidarsystem. Ohne ersichtlichen Grund müssten alle Personen, die über die Krankenkasse

unfallversichert sind (Schüler, Studenten, selbständige Erwerbstätige, Arbeitslose, Rentner usw.) bei einem Unfall unter übermässigem Alkoholeinfluss die Kosten zu 100% tragen, während in gleichen Sachverhalten Personen, welche in einer Unfallversicherung versichert sind, keine Behandlungskosten zu tragen hätten: Die vorgeschlagene Regelung würde daher hauptsächlich Personen mit beschränkten finanziellen Verhältnissen treffen.

Wie die Ausführungen zu den einzelnen Bestimmungen zeigen werden, erweist sich die vorgeschlagene Revision auch in der konkreten Umsetzung als absolut undifferenziert. So sieht der Vorentwurf sehr wohl verschiedene Ausnahmen der Kostenübertragung auf den Versicherten vor, diese vermögen jedoch auch in ihrer Gesamtheit nicht zu überzeugen.

2.3 Unzweckmässige Regelung

Die DJZ sind der Überzeugung, dass der vorliegende Gesetzesentwurf keines der vorgesehen Ziele erreichen wird bzw. kann. Dies aus verschiedenen Gründen:

- Stärkung der Eigenverantwortung:

Wie die Konferenz der Städtischen Sicherheitsdirektorinnen und -direktoren sind die DJZ der Überzeugung, dass die vorgeschlagene Massnahme bei der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen die erhoffte Wirkung nicht entfalten wird. Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinker tragen den Konsequenzen ihres Verhaltens in aller Regel keine Rechnung; daran wird auch die Überwälzung der Behandlungskosten wenig ändern. Kaum ein hospitalisierter Jugendlicher dürfte den komatösen Rausch und damit die Hospitalisierung beabsichtigt haben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Hospitalisationen aufgrund eines übermässigen Alkoholkonsums regelmässig auf Unerfahrenheit zurückzuführen sind. So nimmt doch die Prävalenz des Rauschtrinkens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21/22 Jahren zu, während dies bei der Häufigkeit der wegen Alkohol-Intoxikation in einem Spital behandelten Jugendlichen ab 14/15-jahren nicht der Fall ist. Gemäss Wicki (2013) deutet diese Diskrepanz darauf hin, "dass insbesondere Jugendliche, die zuvor noch nie oder nur selten Alkohol konsumiert haben, ein erhöhtes Risiko haben, die eigenen Grenzen falsch einzuschätzen und über die Massen Alkohol zu konsumieren."

Eine Disziplinierung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die vorgesehene Kostenüberwälzung ist überdies auch aus einem weiteren Grund äusserst fraglich. Die Kosten einer medizinischen Notfallversorgung nach übermässigem Alkoholkonsum werden auf 1.500 bis 1.600 CHF geschätzt. Ein beträchtlicher Teil der Behandlungskosten aufgrund übermässigen Alkoholkonsums fallen daher schon heute unter den Selbstbehalt und die Franchise der sonst gesunden jungen Menschen, werden demnach faktisch ohnehin bereits von diesen getragen.

Der vermeintliche Anreiz zur Eigenverantwortung durch die drohenden Kostenfolgen könnte jedoch - wenn er überhaupt eine Wirkung zeitigt - dann gefährlich werden, wenn eine Alkoholvergiftung bereits eingetreten ist, die medizinische Behandlung aber gerade wegen diesem abschreckenden Effekt ausbleibt. Sollte die vorgeschlagene Regelung eingeführt werden, ist zu befürchten, dass die vorgesehene Kostenbeteiligung insbesondere bei unerfahrenen Jugendlichen oder finanzschwachen Bevölkerungsgruppen im Bedarfsfall zu einer verspäteten oder gar ausbleibenden Notversorgung führt. Entgegen der Meinung des Initianten der parlamentarischen Initiative kann dies zu

gesundheitlichen Folgeschäden und gar zu Todesfällen wegen Alkohol-Intoxikationen führen. Eine solche Entwicklung liefe dem in der Suchtpolitik geltenden Prinzip der Schadensminderung diametral entgegen und führte faktisch zu einer Zweiklassenversorgung im Notfall.

Auch bei den über 23-Jährigen wird die "Stärkung der Eigenverantwortung" kaum zu einem positiven Effekt führen. Dies auch aufgrund des Umstands, dass mit zunehmendem Alter die Alkohol-Intoxikation mit der Haupt- oder Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit zusammentrifft. Aufgrund der Zahlen der Studie Wicki (2013) dürfte in der Mehrheit der Fälle von alkoholbedingten Hospitalisierungen (Schätzung 80%) eine Verbindung zu Alkoholabhängigkeit bestehen. Dies lässt sich an der Gruppe der 45- bis 75-Jährigen verdeutlichen, welche im Jahr 2010 56% aller Hospitalisationen aufgrund einer Alkohol-Intoxikation ausmachte. So wurde beispielsweise in 45-51% der Hospitalisationen aufgrund der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation die Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit gestellt. Dass bei Süchtigen das Anrufen der Eigenverantwortung kaum erfolgsversprechend sein dürfte, ist nicht weiter auszuführen.

Die DJZ/DJS sind der Überzeugung, dass ein vielschichtiges Problem wie Alkohol-Intoxikationen nicht durch Zuweisung von Verantwortlichkeit gelöst werden kann. Die vom Urheber der parlamentarischen Initiative in den Vordergrund gestellte Eigenverantwortung blendet den Kontext und die Strukturen, die zum risikoreichen Verhalten beitragen, in sachwidriger Weise aus.

- Präventive Wirkung:

Die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen im Bereich Komatrinken (engl. "binge-drinking") sind weltweit untersucht worden. Wissenschaftliche Daten des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) belegen, dass bei der Alkoholprävention insbesondere die Erhöhung der Beschaffungspreise, die Beschränkung der Erhältlichkeit und eine Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholmissbrauch effektiv sind. Es gibt keine Indizien, die darauf hindeuten würden, dass mit der vorgeschlagenen 100%-igen Kostenüberwälzung ein allgemeiner Effekt hinsichtlich eines verantwortungsvollen Alkoholkonsums erzielt würde. Es gibt auch keine Studie, welche einen präventiven Effekt einer vollen Kostenübernahme belegen würde.

Die Problematik von übermässigem oder risikoreichem Alkoholkonsum in der Jugend liegt nicht primär in aktuellen und sichtbaren Episoden des Rauschtrinkens, sondern im Umstand, dass dieses Verhalten für eine gewissen Prozentsatz der Betroffenen im chronischen Trinken mündet. So zeigen Erhebungen des Kantons Basel Landschaft, dass es in 75% der Fälle bei einer einmaligen Hospitalisation bleibt. Zurzeit sind mehrere Projekte mit dem Ziel am Laufen, die Betreuung von Menschen mit Alkoholproblemen in der Notfallaufnahme zu verbessern. Die Erfahrungen mit diesen Interventionsmodellen sind vielversprechend, auch finden sie bei den Betroffenen und den Angehörigen Anklang. Angesichts der laufenden Bemühungen hinsichtlich einer Früherkennung und Frühintervention und der sinkenden Fallzahlen besteht aus Sicht der DJZ keinerlei Anlass, in den bereits laufenden Prozess mit einer repressiven Massnahme, deren Wirksamkeit höchst fraglich ist, einzugreifen.

- Wahrung von Ruhe und Ordnung:

Es scheint, als beabsichtigten der Initiant und die SGK-N mit der Vorlage auch, die negativen Begleiterscheinungen von Trinkgelagen im öffentlichen Raum zu bekämpfen (Lärm, Littering, Gewalt).

Dazu ist das gewählte Mittel der Revision des Krankenversicherungsgesetzes offensichtlich nicht das geeignete Mittel: Die Bekämpfung der genannten Begleiterscheinungen hat nichts mit gesundheitlicher Fürsorge oder Entlastung der Krankenkassen zu tun. Auch konnte gezeigt werden, dass ohnehin nicht mit einem präventiven Effekt zu rechnen ist.

- Kostensenkung:

Die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz beliefen sich im Jahr 2010 auf 4.2 Mrd. CHF. Nur gerade 20% der Gesamtkosten des Alkoholkonsums (864 Mio.) fielen dabei als direkte Kosten an, der grösste Teil davon als Ausgaben im Gesundheitswesen (613 Mio. CHF, ca. 1% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz). Im Jahr 2010 sind die meisten Kosten in der Krankheitskategorie neuropsychiatrische Störungen (hauptsächlich durch Alkoholentzugssyndrom oder psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) angefallen. Da die Hospitalisierungen wegen Alkohol-Intoxikation nur einen geringen Anteils der Gesamtkosten des Alkoholkonsums ausmachen und aufgrund der Mehrkosten, welche bei einer Umsetzung der Initiative in der Praxis entstehen würden, wird die vorgeschlagene Änderung des KVG zu keinen effektiven Kosteneinsparungen sondern einzig zu einer Verlagerung der Kosten führen.

Während Krankenversicherungen in einzelnen Fällen keine Zahlung mehr zu leisten hätten, entstünde auf der anderen Seite ein administrativer und finanzieller Mehraufwand der Spitäler und Kantone. So geht beispielsweise die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) aufgrund von Modellrechnungen davon aus, dass die zu erwartenden Mehrkosten sogar höher sein könnten als die Kosteneinsparungen. Wie dargelegt, bestehen keine Indizien, dass die Kostenauflegung die gewünschte Wirkung (Senkung der Kosten, Stärkung der Eigenverantwortung, allgemeiner Effekt hinsichtlich eines verantwortungsvollen Alkoholkonsums) hervorruft. Hingegen kann mit grosser Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass die Umsetzung des Vorhabens zu einem erheblichen personellen und finanziellen Mehraufwand für die beteiligten Institutionen (Spitäler) führen wird (Abklärung Verschuldensfrage, neue Tarife, komplexe Rechnungsmodalitäten usw.). Überdies ist fraglich, ob nicht auch für die Krankenkasse aufgrund der Prüfung der Spitalrechnung und daraus folgende Streitfällen der administrative Aufwand höher als der Ertrag sein wird. Aus Sicht der DJZ ist daher bestenfalls mit einem Nullsummenspiel zu rechnen. Auch gilt es diesbezüglich zu bedenken, dass - wie die Erfahrungen mit der Ausnüchterungszelle in der Stadt Zürich zeigen - der überwältigte Betrag für den Versicherer (Finanzintermediär) regelmässig nicht einbringlich sein wird, womit auch bei den Kantonen aufgrund der Ausfallbeteiligung gemäss Art. 64a KVG mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen ist.

Süchtige, nicht Jugendliche und junge Erwachsene verursachen hohe Kosten: Nicht die akute Alkoholvergiftung löst hohe Kosten aus, sondern die medizinische Behandlung der Langzeitfolgen von Alkoholismus, welche erst nach vielen Jahren des Konsums typischerweise in der Lebensmitte auftauchen. Gerade diese Kosten sind gemäss der Vorlage jedoch weiterhin durch das KVG gedeckt. Auch aus diesem Aspekt erweist sich der vorliegende Entwurf als missglückt und unverhältnismässig. Will man die alkoholbedingten Kosten senken, so gilt es durch Prävention und Frühintervention die Anzahl Alkoholabhängiger zu reduzieren und nicht mittels Scheinlösungen Politik zu betreiben: Denn mit Schuldzuweisungen sinken die Gesundheitskosten nicht.

3. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Die vorgesehene Kostenbeteiligung ist nicht nur aus den bereits dargelegten Gründen abzulehnen, auch ist deren konkrete Umsetzung in 64a⁰ KVG weder sachgerecht noch praktikabel. Daran vermag auch die vorgesehene zeitliche Befristung nichts zu ändern.

3.1 Artikel 64a⁰ Abs. 1 KVG:

„Werden die Leistungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach übermässigem Alkoholkonsum erbracht, so beteiligen sich die Versicherten zu 100 Prozent an den Kosten.“

Mit der genannten Bestimmung will die SGK-N eine neue Form der Kostenbeteiligung ins KVG einführen. Ausgehend von der Feststellung, dass die bei übermässigem Alkoholkonsum erforderlichen Behandlungen keine spezifischen, klar abgrenzbaren Leistungen darstellen und bei einer Alkohol-Intoxikation regelmässig mehrere Diagnosen gestellt werden (z.B. Körperverletzungen nach Unfall oder Schlägereien usw.) und damit eine Aufteilung der Leistungen auf die verschiedenen Diagnosen zu einem „unnötigen Aufwand“ für die Leistungserbringer führen würde, hält der Gesetzgeber eine undifferenzierte Ausgestaltung der Kostenbeteiligung für sachgerecht. So sollen nach dem Willen der SGK-N „alle Leistungen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums nachdem der übermässige Alkoholkonsum festgestellt wurde, erbracht werden, der neuen Form der Kostenbeteiligung“ unterstellt werden. Mit dieser Regelung hat der Versicherer einzig nachzuweisen, dass die versicherte Person übermässig Alkohol konsumiert hat und dass die Leistungen im festgelegten Zeitraum erbracht worden sind. Er braucht nicht zu prüfen, ob der Behandlungsbedarf ganz oder nur teilweise durch den Alkoholkonsum bedingt ist. Es obliegt der versicherten Person im Sinne von Abs. 3 lit. b nachzuweisen, dass der natürliche oder der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem übermässigen Alkoholkonsum und dem Behandlungsbedarf unterbrochen wurde. Die DJZ lehnen diese absolut undifferenzierte, gar willkürlich anmutende, sich einzig zu Lasten der Versicherten auswirkende Regelung (Beweislast) entschieden ab.

- Mit der vorgeschlagenen Regelung haben die Versicherten nicht nur die unmittelbar auf die Alkohol-Intoxikation zurückzuführenden Behandlungskosten zu tragen. Vielmehr sollen nach Meinung der SGK-N z.B. auch die Kosten einer aufwendigen Operation nach einem Verkehrsunfall oder nach einer Schlägerei in vollem Umfang dem Versicherten auferlegt werden, sofern diese im noch unbestimmten „bestimmten Zeitraum“ nach dem „übermässigen Konsum“ geleistet wurden. Auf einen jährlichen Höchstbetrag wird dabei bewusst verzichtet. Dies ist unverständlich und absolut unverhältnismässig. Mit der vorgeschlagenen Regelung nimmt der Gesetzgeber bewusst den finanziellen Ruin von Privatpersonen in Kauf und treibt die – wie gezeigt – sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung auf die Spitze.
- Des Weiteren verwendet der Gesetzgeber bezüglich zwei zentraler Tatbestandsmerkmale unbestimmte Rechtsbegriffe und delegiert in Art. 64a⁰ Abs. 5 KVG deren Konkretisierung in fragwürdiger Art und Weise an den Ordnungsgeber. Sowohl die Frage, nach welchen Kriterien der „übermässige Alkoholkonsum“ definiert wird, wie auch die Frage, welche Zeitspanne vom Begriff des „bestimmten Zeitraums“ erfasst wird, sind jedoch für die rechtliche Beurteilung des Vorentwurfs und die Einschätzung der faktischen Auswirkungen im Falle einer Umsetzung von elementarer Bedeutung. Auch ist eine sachgerechte politische Diskussion über

den vorgeschlagenen Lösungsansatz ohne eine klare Definition der Begriffe nicht möglich, so dürfte doch die Akzeptanz, mit welcher die Revision bei den Stimmbürgern rechnen kann, im Wesentlichen von der Definition dieser zwei Parameter abhängen.

- Der Gesetzgeber schlägt bezüglich beiden unbestimmten Tatbestandsmerkmalen eine starre Regelung (fixe Anzahl Stunden, fixe Promillegrenze) vor. Insbesondere die Bestimmung eines fixen Blutalkoholgehalts, ab dem der Konsum unabhängig von der individuellen Alkoholverträglichkeit und den konkreten Auswirkungen als übermässig gilt, ist nach Ansicht der DJZ/DJS problematisch und führt zu sachlich nicht begründeten Gleichbehandlungen – welche, anders als im Strassenverkehr, nicht mit einer Gefährdung fremder Rechtsgüter begründet werden können. Die vorgesehene starre Regelung erlaubt es nicht, die Kostenbeteiligung, welche einer zeitlich beschränkten Leistungsverweigerung gleichkommt, nach den Besonderheiten des Einzelfalls auszugestalten. So kann weder nach der Art der körperlichen Schädigung bzw. der Art der Behandlung, noch nach der Schwere des Verhaltens (konkreter Alkoholgehalt, tatsächliche Auswirkungen des Konsums) unterschieden werden. Eine verhältnismässige Anwendung der vorgeschlagenen Gesetzesbestimmungen wird in der Praxis daher kaum möglich sein.

3.2 Artikel 64a0 Abs. 3 KVG:

"Die Kostenbeteiligung nach Absatz 1 wird nicht erhoben, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass: sie kein Verschulden am übermässigen Alkoholkonsum trifft (lit. a); oder die Leistungen unabhängig vom übermässigen Alkoholkonsum erbracht werden mussten (lit. b)."

Wie bereits dargelegt wurde, halten die DJZ/DJS die gewählte Ausgestaltung der Kostenbeteiligung für verfehlt. Aus Sicht der DJZ/DJS ist es nicht sachgerecht, aus Praktikabilitätsgründen den Kausalzusammenhang zwischen übermässigem Alkoholkonsum und den erbrachten Leistungen bzw. den entstandenen Kosten und das Verschulden am übermässigen Alkoholkonsum ex lege zu vermuten und dem Versicherten im Gegenzug die Möglichkeit des Gegenbeweises zu eröffnen. Diese Konzeption ist nicht praxistauglich, geht zu Lasten der Versicherten und wird erhebliche Prozess- und Anwaltskosten, auch bei den Versicherern, verursachen.

- Die vorgeschlagene Regelung wird in unzähligen Fällen schwierige Fragen bezüglich des Verschuldens (lit. a) und der Kausalität (lit. b) aufwerfen. Werden Personen aufgrund einer Alkohol-Intoxikation hospitalisiert, werden nicht selten weitere Diagnosen (Verletzungen durch Gewalt oder Unfälle, psychische Krankheiten, Mischkonsum mit psychoaktiven Substanzen oder illegalen Betäubungsmitteln etc.) gestellt. Insbesondere in solchen Sachverhalten wird in kostspieligen Prozessen die Frage zu beantworten sein, ob die Behandlung nicht auch unabhängig vom übermässigen Alkoholkonsum notwendig war.
- Da der Nachweis des fehlenden Verschuldens bzw. des fehlenden Kausalzusammenhangs dem Versicherten obliegt und diese Nachweise regelmässig nicht leicht zu erbringen sein werden, trifft die vorgeschlagene Regelung im Ergebnis vor allem die finanziell schwächer Gestellten: Wer sich einen Anwalt leisten kann, wird auch in Zukunft gute Aussichten haben, von der Kostenübernahme befreit zu werden.

3.3 Artikel 64a0 Abs. 4 KVG:

"Steht die versicherte Person seit mindestens sechs Monaten wegen Alkoholabhängigkeit in ärztlicher Behandlung, so wird angenommen, dass sie kein Verschulden am übermässigen Alkoholkonsum trifft."

Wie dem erläuternden Bericht entnommen werden kann, betrifft die rechtliche Unterscheidung zwischen Verschulden und Krankheit einen wichtigen Grundsatz der Revision. Nach Ansicht der DJZ/DJS ist diese Unterscheidung jedoch absolut missglückt, gar willkürlich. Mit der vorgeschlagenen Ausnahmeregelung wird ein Grossteil der aufgrund einer Alkohol-Intoxikation hospitalisierten Alkoholiker nicht von der 100%igen Kostenbeteiligung befreit.

- Nur die wenigsten alkoholabhängigen Personen in der Schweiz befinden sich in einer medizinischen Behandlung. Eine Ausnahmebestimmung, welche eine sechsmonatige medizinische Behandlung voraussetzt, kann damit offensichtlich nicht den vom Gesetzgeber beabsichtigten Zweck erreichen und ist als absolut missglückt zu bezeichnen. Zudem stellt sich aus praktischer Sicht die Frage, wie der behandelnde Notfallarzt oder die behandelnde Notfallärztin feststellen soll, dass der "Komatrinker" bereits seit sechs Monaten in ärztlicher Behandlung ist.
- Nach Ansicht der DJZ sind auch keine Gründe ersichtlich, welche die festgesetzte Behandlungsdauer von sechs Monaten überhaupt rechtfertigen würden. Alkoholabhängigkeit ist eine international anerkannte medizinische Diagnose. Die im Vorentwurf verlangte Behandlungsdauer findet darin jedoch keine Grundlage. Vielmehr zieht die verlangte Behandlungsdauer eine willkürliche Grenze: Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit, welche sich z.B. erst seit fünf Monaten in medizinischer Behandlung befinden, werden ohne ersichtlichen Grund nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Zudem erweist sich die Beschränkung auf "ärztliche Behandlungen" als nicht sachgerecht, zumal viele Beratungen und ambulante Therapieangebote von Suchtfachstellen nicht unter diesen Begriff subsumiert werden können.

Mit Ersuchen um die Berücksichtigung unserer Anliegen verbleiben wir

mit freundlichen Grüssen,



Selina Sigerist
Geschäftsleiterin DJZ



Melanie Aebli
Geschäftsleiterin DJS