

1022/AB XXI.GP

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Dr. Elisabeth Pittermann, Annemarie Reitsamer und Genossinnen betreffend Einforderung der Behandlungskosten von betrunkenen Patienten, Nr. 1092/J**, wie folgt:

**Frage 1:**

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass der den gegenständlichen Fragen zu Grunde liegende Sachverhalt aus der vorliegenden Anfrage nicht klar zu entnehmen ist. Allenfalls wurde der Sachverhalt auch in der zitierten Zeitungsmeldung undifferenziert dargestellt. Das Einfordern der Behandlungskosten von sozialversicherten (betrunkenen) Patientinnen ist jedenfalls rechtlich unzulässig, wenn seitens der Sozialversicherung eine Leistungspflicht nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften besteht.

Sollte sich die Anfrage auf den neuen § 135a Abs. 2 ASVG beziehen, ist dazu anzumerken, dass es sich dabei nicht um die Einforderung der Behandlungskosten, sondern lediglich um einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von ATS 150 oder 250 handelt. Ein solcher Behandlungsbeitrag wird für solche Behandlungen einzuheben sein, die sich als **unmittelbare** Folge der Trunkenheit einer Person ergeben, nicht aber für eine notwendige ambulante Behandlung im Zusammenhang mit der Behandlung einer allenfalls gegebenen Alkoholkrankheit (z.B. Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt).

Da - wie bereits ausgeführt - nicht klar ist, auf welchem angenommenen Sachverhalt die gegenständliche Anfrage beruht, wird ergänzend - völlig unabhängig von der Frage einer allfälligen Alkoholisierung von Patientinnen - auf folgenden Sonderfall hingewiesen, bei dem es tatsächlich zum Ersatz der Behandlungskosten durch den Patienten/die Patientin kommen kann:

Vor dem Hintergrund der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung hat die Feststellung des Vorliegens der Notwendigkeit einer Anstaltspflege durch die Abgabe der so genannten „Leistungszuständigkeitserklärung“ seitens des zuständigen Krankenversicherungsträgers zu erfolgen. Liegt eine solche Erklärung vor und hat somit der Krankenversicherungsträger das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Anstaltspflege bestätigt, so kann es zu einer Vorschreibung der Behandlungskosten gegen den Betroffenen (auch von Seiten des Krankenanstaltenträgers) gar nicht kommen.

Die soziale Krankenversicherung übernimmt bekanntlich entsprechende Behandlungskosten grundsätzlich unabhängig von den der Erkrankung zu Grunde liegenden Ursachen.

Nun mag es aber so sein, dass vereinzelt in bestimmten Fällen, in denen jemand in ein Spital zur stationären Behandlung eingeliefert wird, aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich gar keine die Anstaltspflege erforderlich machende Krankheit vorgelegen ist und sie daher ihre Leistungszuständigkeit hinsichtlich der Anstaltspflege verneint. In solchen Fällen erscheint es daher möglich, dass die angefallenen Kosten von Seiten des Spitalserhalters dem oder der Betroffenen unmittelbar vorgeschrieben werden.

Aus den Bestimmungen des § 144 Abs.3 ASVG sowie des § 22 KAG lässt sich nämlich ableiten, dass die Kriterien für die Gewährung von Anstaltspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und das für die Aufnahme in einer Krankenanstalt wesentliche Kriterium der "Anstaltsbedürftigkeit" andererseits nicht notwendig deckungsgleich sind.

Bei Aufnahme in eine Krankenanstalt ohne vorherige Einweisung durch einen Krankenversicherungsträger hat der aufnehmende Anstaltsarzt seiner Entscheidung über die Aufnahme ausschließlich das krankenanstaltenrechtliche Kriterium der Anstaltsbedürftigkeit zugrunde zu legen.

Es ist daher nicht auszuschließen, dass der Krankenversicherungsträger bei der (notwendig nachträglichen, wenn auch eine ex - ante Betrachtung zugrundelegenden) Prüfung seiner Leistungszuständigkeit zu einem negativen Ergebnis kommt.

Die genannte Problematik ist daher auch nicht eine, die sich unmittelbar und ausschließlich im Zusammenhang mit der Spitalsbehandlung Betrunkener ergibt. Bei den von den anfragenden Abgeordneten angesprochenen Fällen handelt es sich möglicherweise um solche Fälle, in denen das Vorliegen der Voraussetzungen einer Anstaltspflege vom zuständigen Krankenversicherungsträger verneint wurde. In diesen Fällen dürfte die Vorschreibung der Kosten an den/die Patienten/in daher seitens des jeweiligen Krankenanstaltenträgers tatsächlich möglich sein.

### **Fragen 2 und 3:**

Alkoholismus ist ohne Frage eine "Krankheit", deren Entstehung oft durch das Vorliegen anderer psychischer oder psychiatrischer Grundkrankheiten begünstigt bzw. verursacht wurde.

**Frage 4:**

Das hängt einerseits von den Behandlungskosten und andererseits von den wirtschaftlichen Möglichkeiten der betreffenden Personen ab. Bei Suchtkranken ist zu bedenken,

- dass deren wirtschaftliche Situation krankheitsbedingt meist schlecht ist (hohe Arbeitslosenrate, hohe Rate an Personen auf schlecht bezahlten Arbeitsplätzen),
- dass sich daher die Kosten in vielen Fällen nach hohem Verwaltungsaufwand als uneinbringbar erweisen würden,
- und dass zusätzlich Schulden im Behandlungs- und Rehabilitationsfall sich als großes Reintegrationshindernis erweisen würden.

Wie oben erwähnt, ist aber eine generelle Einforderung von Behandlungskosten von Suchtkranken auch gar nicht beabsichtigt.

**Frage 5:**

Eine Limitierung des Alkoholausschanks an Betrunkene ist in der Gewerbeordnung vorgesehen. Ich erachte die diesbezügliche Regelung unter der Voraussetzung, dass sie eingehalten wird bzw. deren Einhaltung entsprechend kontrolliert wird, für ausreichend.

**Frage 6:**

Zum einen möchte ich in diesem Zusammenhang auf die bereits bestehenden zahlreichen Aktivitäten im Bereich der Prävention hinweisen: Suchtaufklärungsbroschüren, die Tätigkeit der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern, ein Netz von ambulanten und stationären Suchtberatungs- und Behandlungseinrichtungen, welche Leistungen auch in Zusammenhang mit suchtspezifischer Primär- und Sekundärprävention anbieten, Suchtpräventionsprojekte in den Schulen und in der außerschulischen Jugendarbeit, die Unterstützung von wissenschaftlichen und praktischen Suchtpräventionsprojekten durch den Fond "Gesundes Österreich" und vieles mehr.

Seit Beginn des Jahres hat die Alkoholkoordinations- und Informationsstelle des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen am Anton-Proksch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung ihre Arbeit aufgenommen. Diese Stelle erhebt systematisch relevante Daten in diesem Gebiet und steht nicht nur dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, sondern auch der Öffentlichkeit als beratende Einrichtung zur Verfügung.

Zum anderen möchte ich festhalten, dass künftige Maßnahmen im Einklang mit den Vorgaben der WHO, insbesondere im Rahmen des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000 - 2005, zu treffen sein werden. Insbesondere wird Augenmerk darauf zu legen sein, das Ausmaß des Trinkens bei der Jugend zu verringern. Die Präventionsbemühungen müssen verstärkt darauf abzielen, die Jugendlichen vor dem Druck ihres Umfeldes zum Alkoholkonsum zu schützen und sie zu gesundheitszuträglichen Entscheidungen zu befähigen.

**Frage 7:**

In einer Reihe von Ländern ist es üblich, für Personen, die gewerblich Alkohol aus-schenken, Kurse anzubieten, die diesen auch eine Hilfestellung im korrekten Um-gang mit Alkoholisierten bieten. Eine entsprechende auch von der WHO empfohlene Vorgangsweise sollte auch in Österreich überlegt werden.

**Frage 8:**

Seitens der WHO wird die Finanzierung von Tätigkeiten zur Steuerung von Alkohol - konsum - d.h. für Gesundheitsförderung, Forschungsarbeiten zur Alkoholpolitik und Unterstützung der Gesundheitsdienste auf örtlicher und nationaler Ebene - durch "Alkoholsteuern" empfohlen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es mir jedenfalls ein wesentliches Anliegen, dass - ungeachtet der finanzpolitischen Umsetzung - entspre - chende Mittel zur Verfügung stehen.

**Frage 9:**

Das Ziel aller Präventionsmaßnahmen muss es sein, der Bevölkerung bewusst zu machen, dass Alkohol am Steuer klar und eindeutig abzulehnen ist. Die gesetzliche Begrenzung auf 0,5 Promille ist aus wissenschaftlicher Sicht ausreichend und ent - spricht auch dem europäischen Standard. Eine Absenkung dieser Grenze auf 0.0 Promille wäre nicht sinnvoll, da man auch ohne den Konsum alkoholischer Getränke zu geringfügigen Alkoholwerten kommen kann. Eine allzu niedrige Promillgrenze würde überdies den gesellschaftlichen Konsens gefährden, dass die bestehenden Regelungen sinnvoll und auch einzuhalten sind.

**Frage 10:**

Rund 5% der erwachsenen Österreicher sind alkoholkrank (Querschnitt), weitere 13% sind zwar nicht alkoholkrank, trinken aber in gesundheitsgefährdendem Aus - maß. Das ergibt insgesamt 18% mit problematischem Alkoholkonsum. Im Laufe des Lebens erkranken rund 10% an Alkoholismus (Längsschnitt).

**Frage 11:**

Die Behandlung erfolgt stationär und ambulant in spezialisierten Einrichtungen, in psychiatrischen Einrichtungen, in Einrichtungen für interne Medizin, etc. In den meis - ten Bundesländern gibt es eine dichtes Netz an Beratungsstellen und Ambulanzen und es stehen rund 900 spezialisierte Betten für Alkoholranke zur Verfügung. Öster - reich verfügt über eines der besten Behandlungsnetze für Alkoholranke. Jeder Pati - ent, der zur Behandlung motiviert ist, kann ohne lange Wartezeit einen ambulanten oder stationären Behandlungsplatz finden.

**Frage 12:**

Alkoholismus ist eine Erkrankung, die nicht vollkommen geheilt werden kann. Alko - holiker können in der Regel nie wieder kontrolliert Alkohol trinken und es kommt auch nach erfolgreichen Behandlungen in vielen Fällen immer wieder zu mehr oder weniger ausgeprägten Rückfällen. Als Behandlungserfolg gilt, wenn es gelingt,

- die Zahl, Dauer und Intensität der Alkoholkonsumphasen erheblich zu reduzieren,
- den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten erheblich zu verbessern,

- beruflich desintegrierte Alkoholranke wieder zu integrieren,
- sozial desintegrierte Alkoholranke wieder zu integrieren etc.

Das Ausmaß des Erfolgs variiert sehr, da der Behandlungserfolg bei Alkoholismus demgemäß nicht seriös mit der populären dreistufigen Skala "geheilt" - "verbessert" - "unverändert" beschrieben werden kann. Davon, dass sich in der Mehrzahl der Fälle durch Therapie eine maßgebliche Verbesserung erzielen lässt, kann man je - doch grundsätzlich ausgehen.

**Frage 13:**

Wenn man auch kurzfristige Rückfälle irgendwann im späteren Lebensverlauf als Rückfall bezeichnet, ist die Rückfallrate recht hoch. Bezeichnet man aber als Rückfall nur jene Fälle, bei denen es nach einem Rückfall bald nach der Behandlung zu einem endgültigen Absturz kommt, so ist die Rückfallrate allerdings niedrig.

**Frage 14:**

Leider kommt die Einsicht, dass eine Behandlung notwendig ist, bei vielen Alkoholikern erst so spät, dass bereits bleibende gesundheitliche und/ oder soziale Schäden eingetreten sind. Bei der großen Mehrzahl der Fälle kommt aber irgendwann der Punkt, wo sich der/ die Kranke selbst die Krankheit eingesteht und Schritte setzt, um diese zu überwinden. Fast ein Drittel der Wiener Alkoholkranken kommt irgendwann im Laufe des Lebens zu einer stationären Behandlung ans Anton - Proksch - Institut. Von den restlichen 2/3 werden manche in anderen Sonderkrankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen oder in Ambulanzen behandelt. Viele Alkoholranke finden auch bei Selbsthilfegruppen Unterstützung.

**Frage 15:**

Von der Werbeindustrie wird vertreten, dass Werbung keinen Einfluss auf die Konsummenge, sondern nur auf die Wahl der Marken hat. Es ist aber durchaus anzunehmen, dass durch gezielte Werbung unerwünschte Auswirkungen auf das Konsumverhalten hervorgerufen werden können. Diesbezüglich bestehende gesetzliche und freiwillige Beschränkungen der Werbewirtschaft sind durchaus sinnvoll, ich würde auch eine Regelung für zielführend erachten, wonach sich Alkoholwerbung nicht an Jugendliche oder Betrunkene richten darf. Auch soll Werbung nicht zum Missbrauch auffordern. Ich gehe aber davon aus, dass man mit weiteren nationalen Werbebeschränkungen oder -verboten derzeit grundsätzlich keine sehr großen Erfolge im Kampf gegen den Alkoholmissbrauch erzielen kann und dass es daher nur im Kontext gemeinsamer Maßnahmen auf internationaler oder europäischer Ebene zweckmäßig ist, diese Thematik einer ernsthaften weiteren Diskussion zu unterziehen.