

BKK: Krankenstand im Jahresdurchschnitt 1981 6,8 Prozent

Die Repräsentativstatistik der Betriebskrankenkassen weist im Jahresdurchschnitt 1981 einen Krankenstand von 6,8 Prozent auf. Darin eingeschlossen sind sämtliche, auch nicht ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeitsfälle im Bereich der Betriebskrankenkassen.

Die Betriebskrankenkassen erfassen im Gegensatz zur amtlichen Statistik die arbeitsunfähigkeitsbedingten Absenzen nicht an einem bestimmten Stichtag. Der Krankenstand ist vielmehr ein Monatsdurchschnittswert. Demgegenüber erhebt die amtliche Krankenstandsstatistik (geführt vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit jeweils zum Ersten eines Monats auf der Grundlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die den Krankenkassen von den Ärzten oder Arbeitnehmern zugeleitet werden. Die Krankenkassen schließen die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen am achten Tag eines jeden Monats ab. Die Folge: Verspätet eingehende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden demnach nicht berücksichtigt.

So lag der Krankenstand in der amtlichen Statistik 1981 bei 5,2 Prozent, mithin 1,6 Prozentpunkte unter dem von den Betriebskrankenkassen ausgewiesenen Krankenstand.

Beide Statistiken erfassen nicht die Gruppe der arbeitsunfähig Erkrankten, die sich in einem Heilverfahren befinden. Dabei handelt es sich um durchschnittlich 0,7 Prozent der Pflichtversicherten.

Diese Quote müßte dem „normalen“ Krankenstand noch hinzuge-rechnet werden, um sämtliche krankheitsbedingten Absenzen im betrieblichen Krankenstand zu erfassen. iw/d/DÄ

Bundesregierung will die Primärprävention noch stärker betonen

Antwort auf die Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion zum Thema „Gesundheit und Eigenverantwortung“

Ohne eigene Aktivitäten kein umfassender Gesundheitsschutz: „Der Staat hat weder alles zu verantworten, noch kann er alles heilen, was die Gesundheit der einzelnen Bürger schädigt“, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zum Thema „Gesundheit und Eigenverantwortung“. Durch Aufklärung und Erziehung könne der Staat den Bürger jedoch vielfach motivieren, schädigende Einflüsse zu vermeiden.

Die notwendige Eigenvorsorge sei durch die Bemühungen um Kostendämpfung nicht behindert worden. Vielmehr könne ein aktiviertes Gesundheitsbewußtsein festgestellt werden. Noch unbefriedigende Ergebnisse bei Früherkennungsmaßnahmen, bei der Aufklärung über falsche Ernährungsgewohnheiten oder beim Mißbrauch von Alkohol, Nikotin und Drogen ständen dem nicht entgegen: „Es ist nicht zu erwarten, daß ein verbessertes Gesundheitsbewußtsein schlagartig eingefahrene Verhaltensweisen und Voreingenommenheiten überwindet.“ Dieses Fazit zog die Bundesregierung. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Jugend, Familie und Gesundheit, CDU-MdB Hermann Kroll-Schlüter, gab sich damit nicht zufrieden: Die Antwort auf die Große Anfrage beschreibe überwiegend den Status quo präventiver Gesundheitspolitik. Wesentliche Ansätze für die weitere Entwicklung auf diesem Gebiet würden nicht aufgezeigt.

Nach Ansicht der Bundesregierung richtet sich bei der Vorsorge

die Aufmerksamkeit immer mehr auf die sogenannte Primärprävention: Schon dem gesunden Menschen sollen ungünstige Einflüsse und Entwicklungen erspart bleiben. Dafür sei es notwendig, daß der Bürger verstärkt für eine gesundheitsbewußte Lebensweise motiviert werde. Zu diesem Zweck fördere die Bundesregierung mehrere Modelle der Beratung und Betreuung: Auf dem Gebiet des Mißbrauchverhaltens, der psychischen Störungen sowie der Nachsorge. Durch Aufklärung ihrer Patienten über gesundheitsfördernde Lebensweisen können die Ärzte viel zur Eigenvorsorge und Eigenverantwortung beitragen. Eine sachgerechte Beratung setze jedoch fundierte Kenntnisse über die Entstehung und Verhütung von Krankheiten voraus. Deshalb sei es wichtig, noch stärker als bisher bei der Ausbildung von Berufen im Bereich des Gesundheitswesens die Prävention zu vermitteln. Die Bundesregierung will zu diesem Zweck noch 1982 einen Entwurf für eine Änderungsverordnung zur Ärzteapprobationsordnung erarbeiten.

Falsche Ernährungsgewohnheiten sowie der Mißbrauch von Alkohol, Nikotin, Drogen, Rausch- und Arzneimitteln schädigen die Gesundheit der Bürger in erheblichem Maße. Dennoch will die Bundesregierung eine gezielte Kostenbeteiligung des Versicherten bei solchen subjektiv beeinflussbaren Krankheiten ablehnen. Der Grund: Die Probleme der Abgrenzung und Ursachenermittlung seien bislang noch nicht gelöst. Auch eine Zweckbindung von Teilen der Tabak- und Branntweinsteuer für die

Gesundheit und Eigenverantwortung

Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen wird abgelehnt, aus volkswirtschaftlichen und finanzwirtschaftlichen Gründen. Die Bundesregierung glaubt vielmehr, daß durch eine Verteuerung von Tabak und Branntwein über Steuererhöhungen der Konsum dieser Genußmittel eingeschränkt werden kann.

Die Situation bei illegalem Drogenhandel und dem Mißbrauch von Drogen, Rausch- und Arzneimitteln sei weiterhin ernst. Die Bundesregierung hält es für möglich, daß der Mißbrauch von Arzneispezialitäten größer ist als der Mißbrauch illegaler Drogen. „Schädling Nr. 1“ bleibe jedoch weiterhin der Alkohol. Nach wie vor ist die Bundesregierung der Auffassung, daß Maßnahmen erforderlich sind, um „präventiv die Mißbrauchsbereitschaft als Folge bestimmter Lebenskonstellationen erkennbar und damit korrigierbar werden zu lassen“. Dabei sei es wichtig, die „Griffnähe“ des Angebots weiter zu beschränken: etwa durch Rezeptpflicht für Arzneimittel oder Abgabeverbot alkoholischer Getränke an Kinder. Auch die Werbung soll weiter im Auge behalten werden. Eine Sonderstellung liege beim Mißbrauch nicht rezeptfrei erhältlicher Arzneispezialitäten vor: Die freie Verfügbarkeit sei durch die Rezeptpflicht und die damit verbundene Abgabenrestriktion der Apotheken eingeschränkt. Auch eine Publikumswerbung gebe es nicht. „Es wäre jedoch zu einfach, etwa allein denen eine Schuld für das Problem und seine Entwicklung zuzumessen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben dürfen.“ Hier sei die Angebotsseite sehr viel komplizierter: Hausapotheken mit alten Beständen, übermäßige Packungsgrößen sowie Doppelverschreibungen wurden von der Bundesregierung als Beispiele für den heute „üblichen üppigen Arzneimittelvorrat in den Haushalten“ genannt. Aber auch andere Dinge seien dafür von Bedeutung: Statt bitterer Pillen und unangenehm duftender Naturheilmittel gebe es

heute Dragees und Kapseln, statt kalter Brustwickel würden heute fiebersenkende Medikamente verordnet. „Der Griff zur Tablette ist nicht nur leichter, er ist auch selbstverständlicher geworden, und vor allem ist er durch die Art heutiger Krankenbehandlung eingeschliffen.“ Dennoch sei die Bundesregierung bemüht, der Selbstmedikation einen „angemessenen Platz“ im Vorsorgesystem zu belassen.

Mehr als 17 Milliarden DM für ernährungsbedingte Krankheiten

Auch bei der Ernährung gebe es Probleme: Zu viele Bürger würden zu viele Kilogramm auf die Waage bringen. Die Beseitigung von Übergewicht in der Bevölkerung aber würde die Lebenserwartung nachhaltig verbessern. Schon im Ernährungsbericht 1976 wurde darauf hingewiesen: Nach einer Schätzung entstanden damals in der Bundesrepublik durch ernährungsbedingte Krankheiten pro Jahr Kosten in Höhe von fast zwei Prozent des Bruttosozialprodukts. Das entsprach 1976 etwa 17 Milliarden DM. Heute dürfte dieser Betrag nach Schätzung der Bundesregierung wesentlich höher liegen. Deshalb wurden zwei Wissenschaftler beauftragt, eine neue Berechnung durchzuführen. Bis Ende des Jahres soll das Ergebnis vorliegen. Neue Untersuchungen über die Folgekosten von Schädigungen durch Tabak und Alkohol liegen nicht vor. Die Bundesregierung geht jedoch davon aus, daß die Kosten durch den Mißbrauch von Nikotin und Alkohol die Einnahmen des Bundes aus der Tabaksteuer, der Branntwein- und der Sektsteuer bei weitem übersteigen.

Ein unverzichtbarer Teil der Vorsorge seien Früherkennungsmaßnahmen. Dennoch könne auch hier die Bilanz nicht zufriedenstellen: Solange Ursachen und Entstehungsmechanismen von Krebserkrankungen weitgehend unbekannt seien, gebe es kaum Mög-

lichkeiten für die eigentliche Krebsvorsorge. Deshalb komme der frühen exakten Diagnose von Krebs eine zentrale Bedeutung zu. Verschiedene Krebserkrankungen hätten nämlich heute bereits eine Heilungsquote von über 90 Prozent, wenn sie frühzeitig erkannt und konsequent behandelt werden würden. Die Früherkennung solle aus diesem Grund weiter ausgebaut werden. Doch noch immer nutzen zu wenig Bürger das Angebot: Die Beteiligungsquote bei den anspruchsberechtigten Frauen liege bei 35 Prozent, bei den berechtigten Männern sogar nur bei 15 Prozent. Durch die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft konnte die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren gesenkt werden. Dennoch liegt die Quote noch immer höher als in vergleichbaren Nachbarländern. Gerade Gruppen mit erhöhtem Risiko würden die Untersuchungen meiden: sehr junge und alleinstehende Mütter, Frauen mit mehreren Kindern, aus unteren sozialen Schichten sowie ausländische Mütter.

Ein besonderes Problem sei die Spätsterblichkeit von Säuglingen. Deshalb will die Bundesregierung jetzt neben den Ärzten auch die Hebammen stärker in die „Versorgung“ von Mutter und Kind einbeziehen. In Bremen und Bremerhaven wird zur Zeit ein entsprechender Modellversuch durchgeführt.

Eine generelle Einführung von Vorsorgeprogrammen für das Herz-Kreislauf-System und rheumatische Erkrankungen sei im Augenblick nicht durchführbar. Zuverlässige Früherkennungsmethoden ständen noch nicht zur Verfügung. Grundsätzlich sei die Bundesregierung allerdings bereit, das Früherkennungsangebot um neue Untersuchungen zu erweitern. Es müsse aber nachgewiesen werden können, daß diese Maßnahmen den Kriterien des Paragraphen 181 der Reichsversicherungsordnung (RVO) entsprechen. Reinhard Groven