

## Antwort

### der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (Nürnberg), Frau Adler, Frau Becker-Inglau, Frau Blunck, Frau Bulmahn, Catenhusen, Frau Conrad, Frau Dr. Däubler-Gmelin, Dreßler, Egert, Frau Faße, Frau Fuchs (Köln), Frau Fuchs (Verl), Frau Ganseforth, Frau Dr. Götte, Haack (Extertal), Frau Hämmerle, Frau Dr. Hartenstein, Heyenn, Ibrügger, Kuhlwein, Frau Luuk, Frau Dr. Martiny, Frau Matthäus-Maier, Müller (Düsseldorf), Frau Dr. Niehuis, Peter (Kassel), Frau Odendahl, Frau Renger, Frau Seuster, Frau Simonis, Frau Dr. Skarpelis-Sperk, Dr. Soell, Frau Steinhauer, Frau Terborg, Frau Dr. Timm, Frau Traupe, Frau Weiler, Frau Weyel, Frau Wieczorek-Zeul, Frau Zutt, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD  
— Drucksache 11/670 —

### Familienbezogene Leistungen im Krankenversicherungs- Leistungsverbesserungsgesetz

*Der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Höpfinger, hat mit Schreiben vom 3. September 1987 – Vb 3 – 42/183 – namens der Bundesregierung die Kleine Anfrage, die mit dem Bundesminister der Finanzen und dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit abgestimmt wurde, wie folgt beantwortet:*

#### Vorbemerkung

Die Bundesregierung sieht die in §§ 185b und 185c Reichsversicherungsordnung (RVO) vorgesehenen familienbezogenen Leistungen (Haushaltshilfe; Krankengeld/Freistellung bei der Betreuung eines erkrankten Kindes), die in der 6. Legislaturperiode mit den Stimmen aller Fraktionen eingeführt wurde, als sinnvoll und notwendig an. Sie anerkennt ihre Bedeutung zur Unterstützung der Familie bei Erkrankung eines Elternteiles oder eines Kindes und hält es deshalb ebenfalls für angezeigt, die gesetzlichen Regelungen im Rahmen der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung auf Verbesserungsmöglichkeiten hin zu überprüfen und dabei auch die praktischen Erfahrungen in die Beratungen einfließen zu lassen. Jede Änderung muß sich

aber in die Gesamtkonzeption der Strukturreform und ihre Zielsetzung einfügen und sich im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten halten.

1. Ist der Bundesregierung bekannt, in wieviel Fällen jährlich seit dem Inkrafttreten des § 185b RVO bis 1986 bei den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen Anträge auf Haushaltshilfe gestellt worden sind?
2. Wie verteilen sich diese Anträge auf Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, auf freiwillig Versicherte, auf mitversicherte Familienangehörige sowie auf Rentner/innen?

Bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung werden die erbrachten Leistungen, jedoch nicht die von den Versicherten gestellten Anträge, statistisch erfaßt. Daher sind keine Zahlen zu den Anträgen auf Haushaltshilfe und ihre Differenzierung auf die genannten Personengruppen verfügbar.

3. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über die Gewährung von Haushaltshilfen zur Kinderbetreuung vor, unterteilt nach Geschlecht des Versicherten und dem Versichertenstatus? Wie beurteilt sie die Beteiligung von Vätern an dieser Krankenkassenleistung?

Im Jahre 1986 wurden insgesamt von der Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 193 108 Leistungsfälle von Haushaltshilfe mit insgesamt 2 207 477 Leistungstagen gemeldet. Davon wurden in 37 701 Fällen mit 383 520 Tagen an männliche und in 155 407 Fällen mit 1 823 957 Tagen an weibliche Mitglieder oder Familienangehörige geleistet.

Diesen Zahlen läßt sich aber nicht exakt entnehmen, ob die Leistung wegen krankheitsbedingten Ausfalls des Vaters oder der Mutter in Anspruch genommen wurde. Denn die Unterteilung männlich/weiblich erfolgt in der GKV-Statistik bei krankheitsbedingtem Ausfall des Ehegatten zum Teil nicht nach dessen Geschlecht, sondern entsprechend der rechtlichen Ausgestaltung der Vorschriften über die Familienhilfe nach dem Geschlecht des Stammversicherten.

Die überwiegende Zahl der Leistungsfälle von Haushaltshilfe ist 1986 der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) zuzuordnen, nämlich 187 043 Fälle mit 2 059 801 Tagen; die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wies im gleichen Jahr nur 6 065 Fälle mit 147 676 Tagen aus. Im Rahmen der AKV wurden 153 736 Leistungsfälle von Haushaltshilfe mit 1 649 814 Tagen an Pflichtmitglieder und ihre Familienangehörigen sowie 33 307 Fälle mit 409 987 Tagen an freiwillige Mitglieder und ihre Familienangehörigen gewährt.

Für den Anspruch auf Haushaltshilfe ist es letztlich nicht erheblich, ob es sich bei der erkrankten Person um die Mutter oder den Vater des zu betreuenden Kindes handelt. Die Bundesregierung

hält es somit für richtig, daß diese Leistung auch bei Erkrankung des Vaters in Anspruch genommen werden kann.

4. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse oder Schätzungen vor, wie viele alleinerziehende Mütter und wie viele alleinerziehende Väter hiervon Gebrauch gemacht haben?

Wie haben sich beide Gruppen – seit Inkrafttreten des Gesetzes – zahlenmäßig verändert?

Die Statistik der GKV stellt auf den Mitgliederstatus ab. Zusätzliche Merkmale wie „Alleinerziehender“ werden nicht erfaßt, so daß an Hand der vorhandenen Daten keine Schätzungen über die Zahl alleinerziehender Leistungsempfänger erfolgen kann. Es ist jedoch anzunehmen, daß gerade Alleinerziehende durch die Leistung „Haushaltshilfe“ wirksam unterstützt werden, da es ihnen besonders schwerfallen dürfte, bei ihrer krankheitsbedingten Abwesenheit für die Weiterführung ihres Haushalts zu sorgen.

5. Verfügt die Bundesregierung über Hinweise, ob die Träger der gesetzlichen Krankenkassen Anträge nach § 185 b RVO abschlägig beschieden haben, und welches waren ggf. die dafür ausschlaggebenden Gründe?

Ebenso wie Leistungsanträge werden auch abschlägige Bescheide in der Statistik der GKV nicht registriert. Erkenntnisse über abschlägige Bescheide und ihre Begründung liegen somit nicht vor.

6. Hat die Bundesregierung einen Überblick darüber, in welchem Verhältnis die gesetzlichen Krankenkassen Haushaltshilfen gestellt oder aber die Kosten zu selbstbeschafften Haushaltshilfen erstattet haben?

Wie beurteilt die Bundesregierung diese Praxis?

Nach den Rechnungsergebnissen der GKV haben die Kassen 1986 insgesamt 145,6 Mio. DM für die Haushaltshilfe aufgewendet. Davon entfielen 21,2 Mio. DM auf gestellte und 124,4 Mio. DM auf selbstbeschaffte Haushaltshilfen. Es läßt sich hingegen keine Aussage oder Schätzung darüber treffen, in wieviel Fällen eine Haushaltshilfe gestellt oder selbst beschafft wurde, da die Aufwendungen der Kassen pro Fall bei beiden Leistungsarten sehr unterschiedlich ausfallen können.

Die Möglichkeit der selbstbeschafften Ersatzkraft wurde insbesondere zur Vermeidung von Versorgungsengpässen eingeführt. Aus heutiger Sicht sprechen nach Auffassung der Bundesregierung Gesichtspunkte für beide Leistungsarten: Stellt die Krankenkasse die Ersatzkraft, hat sie Einfluß auf die fachliche Qualität der Leistungserbringung, beschaffen sich die Leistungsempfänger die

Ersatzkraft selbst, können sie persönliche Gegebenheiten in besonderem Maße berücksichtigen.

7. –Sind der Bundesregierung Engpässe bei der Gestellung von Haushaltshilfen in einzelnen Regionen oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel landwirtschaftliche Haushalte, ausländische Familien) bekanntgeworden? Und wie wurde von seiten der Träger der gesetzlichen Krankenkassen diesen Schwierigkeiten begegnet?

Der Bundesregierung sind auch nach Rückfrage bei mehreren Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung keine Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen oder bei bestimmten Bevölkerungsgruppen bekanntgeworden. Ergeben sich für den Versicherten oder die Krankenkasse Schwierigkeiten, eine Ersatzkraft zu beschaffen oder zu stellen, können die Kassen auch die Kosten des Einsatzes vorhandener Hilfskräfte karitativer Einrichtungen übernehmen. Versorgungsengpässe werden insbesondere auch auf diese Weise in der Praxis vermieden.

8. Wie hoch beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassenträger für gestellte Haushaltshilfen, und wieviel haben sie für selbstbeschaffte Aushilfen gezahlt? Wie haben sich diese Ausgaben im Zeitablauf entwickelt? Für wie lange wurden durchschnittlich pro Einzelfall Haushaltshilfen gestellt bzw. Kostenzuschüsse hierzu gewährt?
9. Wie hoch beliefen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 185b RVO im Zeitablauf seit Inkrafttreten des Gesetzes?

Die Merkmale „gestellte Haushaltshilfe“ und „selbstbeschaffte Haushaltshilfe“ werden erst seit dem Jahr 1982 in den Rechnungsergebnissen der GKV getrennt aufgeführt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

*Ausgaben für Haushaltshilfe*  
in Mio. DM

Jahr	gestellte	selbstbeschaffte	zusammen
1974			64,2
1975			70,6
1976			70,8
1977			71,8
1978			71,7
1979			78,5
1980			86,5
1981			86,5
1982	14,7	72,6	87,3
1983	16,1	80,1	96,2
1984	16,7	92,4	109,1
1985	18,4	106,6	125,0
1986	21,2	124,4	145,6
insgesamt	87,1	476,1	1 163,8

Wie oben angeführt, werden die Leistungsfälle nicht nach gestellter oder selbstbeschaffter Haushaltshilfe differenziert. Die Leistungsfälle und -tage haben sich seit 1974 wie folgt entwickelt:

Jahr	Fälle	Tage	Tage je Fall
1974	75 535	1 161 411	15,4
1975	159 198	2 227 620	14,0
1976	163 962	2 118 565	12,9
1977	155 109	1 908 169	12,3
1978	137 794	1 610 321	11,7
1979	144 477	1 617 503	11,2
1980	151 636	1 624 964	10,7
1981	149 139	1 553 501	10,4
1982	138 791	1 430 125	10,3
1983	140 608	1 510 708	10,7
1984	148 697	1 651 099	11,1
1985	153 395	1 725 471	11,2
1986	193 108	2 207 477	11,4

10. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung gewährleistet, daß Ansprüche nach § 185b RVO, soweit sie den gesetzlichen Leistungsrahmen betreffen, bei den einzelnen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie in den einzelnen Bundesländern einheitlich gehandhabt werden?

Die Regelung des § 185 Abs. 1 und 2 RVO gelten für alle Krankenkassen gleichermaßen. Leistungsunterschiede können lediglich aus der Entscheidung der einzelnen Krankenkassen folgen, in welchem Umfang sie selbst Ersatzkräfte stellt und in welcher Höhe sie vom Versicherten beschaffte Ersatzkräfte vergütet. Dabei läßt das geltende Recht der einzelnen Krankenkassen einen begrenzten Entscheidungsfreiraum, regionale Arbeitsmarktverhältnisse und Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Auf diesem Wege können die Leistungen sowohl nach einheitlichen Grundsätzen als auch unter Berücksichtigung vorhandener Besonderheiten erbracht werden.

Unterschiede der Kassenleistungen können sich darüber hinaus auch aus § 183b Abs. 3 und 4 RVO ergeben, der der einzelnen Krankenkasse in einem beschränkten Umfang das Recht einräumt, in ihrer Satzung Haushaltshilfeleistungen auch in anderen Fällen vorzusehen.

11. In welchem Umfang wurden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 185c RVO jährlich seit ihrem Inkrafttreten in Anspruch genommen, in wieviel Fällen wurden Anträge auf Arbeitsbefreiung für Kinderkrankenpflege von männlichen Versicherten und wie häufig von weiblichen Versicherten gestellt?
12. Für wieviel Tage wurde insgesamt eine Freistellung von der Arbeit gewährt, unterteilt nach männlichen und weiblichen Anspruchsbe-

rechtigten, und wie ist jährlich die durchschnittliche Arbeitsbefreiung im Einzelfall anzusetzen, nach männlichen und weiblichen Anspruchsberechtigten unterteilt?

Die jährlichen Leistungsfälle und -tage bei Erkrankung eines Kindes sind in den folgenden Tabellen aufgeführt:

*Freistellung bei Erkrankung eines Kindes*

Männer

Jahr	Fälle	Tage	Tage je Fall
1974	5 421	17 351	3,2
1975	7 333	23 459	3,2
1976	7 165	21 584	3,0
1977	9 390	28 707	3,1
1978	10 427	31 652	3,0
1979	10 423	29 990	2,9
1980	14 892	42 695	2,9
1981	16 447	46 534	2,8
1982	13 990	39 194	2,8
1983	14 021	38 658	2,8
1984	14 000	38 947	2,8
1985	15 774	44 609	2,8
1986	17 580	48 362	2,8

*Freistellung bei Erkrankung eines Kindes*

Frauen

Jahr	Fälle	Tage	Tage je Fall
1974	61 669	208 136	3,4
1975	91 039	304 244	3,3
1976	90 424	279 239	3,1
1977	97 480	300 469	3,1
1978	97 826	293 298	3,0
1979	81 831	235 678	2,9
1980	107 474	310 961	2,9
1981	113 861	318 218	2,8
1982	97 160	265 399	2,7
1983	99 388	268 265	2,7
1984	101 333	276 330	2,7
1985	110 613	295 527	2,7
1986	119 016	314 990	2,6

*Freistellung bei Erkrankung eines Kindes*

Jahr	Insgesamt		Tage je Fall
	Fälle	Tage	
1974	67 090	225 487	3,4
1975	98 372	327 703	3,3
1976	97 589	300 823	3,1
1977	106 870	329 176	3,1
1978	108 253	324 950	3,0
1979	92 254	265 668	2,9
1980	122 366	353 656	2,9
1981	130 308	364 752	2,8
1982	111 150	304 593	2,7
1983	113 409	306 923	2,7
1984	115 333	315 277	2,7
1985	126 387	340 136	2,7
1986	136 596	363 352	2,7

13. Wie hoch beliefen sich – jährlich seit Einführung der Arbeitsbefreiung zur Pflege erkrankter Kinder – die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung hierfür aufgebrauchten Kosten für das Kinderpflegekrankengeld insgesamt, und welcher Betrag hiervon entfiel jeweils auf die freigestellten Väter?

Die Kosten für Barleistungen bei Erkrankung eines Kindes sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Sie werden nur insgesamt und nicht nach dem Geschlecht des Empfängers getrennt erfaßt.

*Barleistungen bei Erkrankung eines Kindes*  
in Mio. DM

Jahr	Insgesamt
1974	8,4
1975	10,2
1976	9,6
1977	11,1
1978	11,4
1979	9,9
1980	14,9
1981	16,5
1982	14,5
1983	14,4
1984	15,3
1985	16,5
1986	18,6
1974 bis 1986	171,3

14. Verfügt die Bundesregierung über Erkenntnisse darüber, ob neben dem in § 185 c RVO verankerten Freistellungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber noch weitergehende tarifvertragliche Freistellungen von der Arbeit zur Familienpflege existieren? Um welche Tarifverträge handelt es sich dabei, und wie sind diese Regelungen im einzelnen ausgestattet?

Nach § 616 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch hat ein Arbeitnehmer, wenn er nach ärztlichem Zeugnis ein krankes Kind betreuen muß

und die Betreuung durch eine andere Person nicht möglich oder zumutbar ist, für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit. Als verhältnismäßig nicht erheblich wird dabei von der Rechtsprechung in aller Regel ein Zeitraum bis zu 5 Arbeitstagen angesehen. In vom Regelfall abweichenden Fällen sind somit auch Ansprüche denkbar, die über den Zeitraum von 5 Arbeitstagen hinausgehen. Auch gibt es keine gesetzliche oder vom Bundesarbeitsgericht ausdrücklich festgelegte Grenze für das Alter des zu betreuenden Kindes, wenn auch das Bundesarbeitsgericht bislang insoweit nur Fälle von Kindern bis zu acht Jahren zu entscheiden hatte (Bundesarbeitsgericht, Urteile vom 19. April 1978 und 20. Juni 1979, AP Nr. 48–50 zu § 616 BGB).

Dieser gesetzliche Anspruch kann allerdings durch einen Tarifvertrag oder Arbeitsvertrag eingeschränkt oder – das gilt nach der Rechtsprechung zumindest für den Tarifvertrag – ausgeschlossen werden. Das geschieht in Tarifverträgen häufig. Andererseits gibt es in einigen Tarifverträgen Regelungen, die über die Bestimmungen des § 185c RVO hinausgehen, u. a. in der Metallindustrie in Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, in der Brauwirtschaft in Nordrhein-Westfalen, im Friseurhandwerk, im privaten Reisebürogewerbe, im privaten Versicherungsgewerbe, für die Arbeitnehmer in Apotheken und im öffentlichen Dienst. Sie sehen zumeist vor, daß der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts hat, wenn er bei Erkrankung eines Kindes, das das 8., aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet hat, – zum Teil auch bei Erkrankung des Ehegatten – nach ärztlicher Bescheinigung die Pflege selbst übernehmen muß. Die Höchstdauer der bezahlten Freistellung beträgt je nach Tarifvertrag zwischen drei und neun Tagen je Jahr.

15. Liegen der Bundesregierung statistische Daten oder zuverlässige Schätzungen darüber vor, wie viele Kinder zwischen

8 bis unter 9 Jahren,  
9 bis unter 10 Jahren,  
10 bis unter 11 Jahren bzw.  
11 bis unter 12 Jahren

über ihre Mütter oder Väter in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert sind?

Kurzfristig waren statistische Daten zu den bei ihren Eltern mitversicherten Kindern nur aus den Erhebungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die gesamte Altersgruppe bis unter 15 Jahren verfügbar. Für das Jahr 1986 betrug die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen in dieser Altersgruppe 7,6 Mio. Personen. Mit Hilfe der Altersstruktur der Wohnbevölkerung zum 1. Januar 1986 wird geschätzt, daß 1986 in den genannten Altersgruppen jeweils knapp 500 000 Kinder bei ihren Eltern mitversichert waren.



16. Erwägt die Bundesregierung in absehbarer Zeit, die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 185 b und 185 c RVO auf Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr auszudehnen, und wie hoch veranschlagt sie die zusätzliche jährliche Kostenbelastung hierfür?
17. Zieht die Bundesregierung andere Änderungen der geltenden Anspruchsvoraussetzungen der §§ 185 b und 185 c RVO in Erwägung und ggf. welche?

Auf der Basis der zur Frage 15 geschätzten Zahlen über die dann neu berücksichtigungsfähigen Kinder kämen Mehrkosten bis zu einer Höhe von ca. 81 Mio. DM auf die Träger der GKV zu. Es kann jedoch unterstellt werden, daß zur Betreuung der älteren Kinder die Leistungen nicht in gleichem Umfang in Anspruch genommen werden. Eine genauere Schätzung der tatsächlich zu erwartenden Mehrkosten ist nicht möglich.

Die Bundesregierung prüft bei der Vorbereitung der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Möglichkeit, die Leistungen nach §§ 185 b und 185 c RVO zu verbessern. Wie in der Vorbemerkung schon ausgeführt, müssen mögliche Änderungen jedoch der Gesamtkonzeption der Strukturreform entsprechen. So sind die Regelungen zur Haushaltshilfe auch im Zusammenhang mit den Regelungen zur häuslichen Krankenpflege nach § 185 RVO zu sehen.

18. Verfügt die Bundesregierung über Erkenntnisse darüber, in welchem Umfang der bestehende Freistellungsanspruch zur Pflege kranker Kleinkinder durch Väter wahrgenommen ist, wie beurteilt sie generell die Beteiligung von Vätern an der Kinderkrankenpflege seit Einführung dieser gesetzlichen Regelung?

Die Zahl der Väter, die wegen Erkrankung des Kindes nach § 185 c RVO freigestellt werden und Krankengeld erhalten, ist aus Tabelle 1 der Antwort zu den Fragen 11 und 12 zu ersehen. Die Fallzahl hat sich im Zeitraum 1974 bis 1986 bei den Vätern mehr als verdreifacht, bei den Müttern weniger als verdoppelt. Diese Zahlen können die Annahme stärken, daß sich in diesem Zeitraum die Zahl der Väter, die für die Versorgung ihrer Kinder im Krankheitsfall verantwortlich sind, erhöht hat. Die Bundesregierung hielte dies für eine erfreuliche Entwicklung.

19. Sieht die Bundesregierung einen Handlungsbedarf, Väter stärker in die Regelung des § 185 c RVO einzubeziehen, und was gedenkt sie ggf. selbst in dieser Richtung zu unternehmen?

Die Regelung des § 185 c RVO gilt für Mütter und Väter gleichermaßen. Die in den Tabellen der Antwort auf die Fragen 11 und 12 ausgewiesenen Zahlen zeigen, daß die Leistung verstärkt auch von Vätern in Anspruch genommen wird. Es besteht daher kein Anlaß, eine Sonderregelung für Väter erkrankter Kinder einzuführen oder die versicherten Väter auf den Anspruch durch besondere Aktionen hinzuweisen.

20. Welche Informationen liegen der Bundesregierung über die von privaten Krankenversicherten aus der Inanspruchnahme von Pflegetagen entstehenden Kosten vor?

Die private Krankenversicherung kennt keine familienbezogenen Leistungen, sondern nur solche, die sich auf die betreffende versicherte Person beziehen. So wird auch aus der Krankentagegeldversicherung nur geleistet bei einem Verdienstausschlag als Folge von Krankheit und Unfall, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person eintritt. Privatversicherten Müttern oder Vätern steht daher bei Erkrankung ihres Kindes kein Anspruch gegen die jeweilige private Krankenversicherung zu. Dementsprechend können den Versicherungsunternehmen in diesen Fällen keine Kosten entstehen.

21. Gibt es Anhaltspunkte dafür, daß die Inanspruchnahme von Pflegetagen überwiegend durch die privatversicherten Mütter als Krankheitszeit mitgezählt wurden und daher zu einer Erhöhung der Krankheitsquote geführt haben? In welchem Umfang trifft dies zu?

Leistungsfälle privatversicherter Mütter werden in den Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht erfaßt. In der Regel beziehen sich wissenschaftliche Untersuchungen und die öffentliche Diskussion auf die Statistik der GKV. Die dort ermittelte Krankheitsquote wird von den Annahmen der Fragestellung nicht berührt. Im übrigen ist die Anzahl privatversicherter Arbeitnehmerinnen im Vergleich zur Gesamtmenge der Beschäftigten als gering einzuschätzen, so daß sich die Annahme der Fragestellung auch auf eine gesamtgesellschaftliche Krankheitsquote nur sehr geringfügig auswirken könnte.



