

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931

16 (31.8.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 16

Konjunktur und Krankheit.¹⁾

Von Dr. Paul Eppstein, Privatdozent an der Handels-Hochschule Mannheim.

Inhalt:

Begriffliche Fixierung von Konjunktur und Krankheit
 Statistische Indikation der Krankheit
 Statistische Indikation der Konjunktur
 Empirische Schwankungen des Krankenstandes
 Zyklischer Schwankungsrhythmus des Krankenstandes
 Wirkungsmöglichkeiten der Konjunktur auf den Krankenstand
 Konjunkturrempfindliche Elemente der sozialen Lage
 Konjunktur und sozialpsychischer Habitus der Versicherten
 Der Krankenstand in den einzelnen Konjunkturphasen.
 Zusammenfassung:
 Fernwirkung der Konjunktur auf den Krankenstand

Wir wollen grundsätzlich untersuchen, ob die Dynamik der Morbidität durch die Dynamik der Wirtschaft kausal zu bestimmen ist. Wir haben also logisch zu prüfen, ob die Konjunktur auf die Erkrankungshäufigkeit einwirken kann und ob die Erkrankungsziffern tatsächlich einer solchen Einwirkung unterliegen. Wir beschränken unsere Problem-Uebersicht auf zwei Grundfragen:

- I. Besteht ein logisch aufweisbarer kausaler Zusammenhang zwischen Konjunktur und Krankenstand?
- II. Besteht eine statistisch feststellbare Beziehung zwischen Konjunktur und Krankheit?

Wir legen auf die erste Frage besonderes Gewicht. Denn wir wollen uns nicht von möglichen statistischen Entdeckungen auf der Basis von Korrelationsexperimenten überraschen lassen. Vielmehr wollen wir dazu beitragen, die Korrelationsmöglichkeiten hypothetisch zu fundieren.

Zur Abgrenzung der Ausgangspunkte unserer Untersuchung ist zuerst nötig, die Begriffe: Konjunktur und Krankheit nach ihrem Inhalt und nach ihrer statistischen Ausdrucksmöglichkeit (Indikation) ad hoc zu fixieren.

Begriffliche Fixierung von Konjunktur und Krankheit.

Wir verstehen unter Konjunktur einen Schwankungsrhythmus der Wirtschaft innerhalb einer gegebenen oder sich wandelnden Struktur, der sich in einer Abfolge von Aufschwüngen und Stockungen, von Entfaltungen und Einschränkungen der Produktion äußert. Die Konjunktur ist die bisherige Wachstumsform der kapitalistischen Wirtschaft. Dieses „Wachstum“ vollzog sich nicht in einem stetigen Entwicklungsgang, sondern in zyklischen Auf- und Abwärtsbewegungen, in Phasen der Konjunktur. Ein Konjunkturzyklus umfaßt die Phasen: Aufschwung, Hochschwung, Stockung, Tiefstand (Krise). Mehrere sol-

¹⁾ Uebersichts-Referat auf dem 8. Badischen Aerztetag am 17. Mai 1931 in Baden-Baden.

Aus Raumgründen müssen die Textfußnoten des Verfassers mit den statistischen, literarischen und kritischen Belegstellen auf wenige Materialangaben beschränkt werden.

cher Zyklen können in einer Konjunkturperiode zusammengefaßt werden.

Empirisch feststellbar und theoretisch erwiesen ist bisher eindeutig nur die Abfolge der Phasen, also der zyklische Umschlag von Aufschwung zu Stockung und wieder zu Aufschwung. Nicht erwiesen ist die Dauer der Phasen und die Intensität ihres Ausschlags. Wir können daher nicht von einer (gesetzmäßigen) Periodizität der Konjunktur, wohl aber von einer Zyklizität der Wirtschaftsbewegung sprechen. Somit gibt sich uns die Konjunktur als zyklischer Schwankungsrhythmus der Wirtschaft. Wir werden zu prüfen haben, ob auch in der Erkrankungshäufigkeit ein zyklischer Schwankungsrhythmus festzustellen ist, ob er mit dem der Konjunktur parallel geht oder ob, falls sich kein Schwankungsrhythmus im Krankenstand herausstellt, die Konjunktur auf dem Umweg über die von ihr beeinflusste soziale Lage sich im Krankenstand auszuwirken vermag.

Wir fassen für unsere Untersuchung demnach Krankheit nicht als individuellen Fall, sondern kollektiv als numerische Massenerscheinung, als die Zahl der Erkrankten in einer bestimmten Zeitperiode und in dem Wirtschaftsraum, in dem wir die Konjunktur beobachten. Für die grundsätzliche Frage rückt also die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit in den Mittelpunkt, zunächst ohne spezifische Differenzierungen nach Geschlecht, Alter, Beruf, Einkommen, Wohnung und Krankheitsart. Diese Differenzierungen werden uns nur zusätzlich beschäftigen, wenn wir die individuelle Krankheitsentstehung aus konjunkturell beeinflussten Elementen der sozialen Lage mit heranziehen. Jedenfalls können wir für unseren Zusammenhang darauf verzichten, auf das Wesen der Krankheit näher einzugehen. Wir haben nur die Trennung der subjektiven Krankheitsbereitschaft von der primär biologischen Grundstruktur der Morbidität im Auge zu behalten.

Wir fragen nunmehr, wie wir Krankenstand und Konjunktur statistisch erfassen können, welche Indikation wir wählen, um ihre Dynamik zu vergleichen.

Statistische Indikation der Krankheit.

Von den Indices der Morbiditätsstatistik sind für uns die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit und die durchschnittliche Krankheitsdauer von Bedeutung, also das Verhältnis der Krankheitsfälle zur Beobachtungsmasse und das der Krankheitstage zu den Erkrankungsfällen. Auch eine mittelbare Indikation könnte durch die Heranziehung der Todesursachenstatistik versucht werden. Es ist jedoch bekannt, daß Morbidität und Mortalität, vielleicht mit Ausnahme des Säuglingsalters, sich durchaus nicht zu entsprechen brauchen. Krankheiten, die überwiegend als Todesursachen erscheinen, können nur einen geringen Teil der Erkrankungen einer Gesamtbevölkerung ausmachen. Auch kann bei

gleicher Erkrankungszahl die Letalität steigen oder fallen. So exakt auch die Statistik der Todesursachen ihre Erhebungseinheit, den Todesfall, zu fixieren vermag, so wichtig sie auch für Vergleichszwecke werden kann, für unsere Untersuchung schalten wir die Sterblichkeit aus. Auch Eheschließungen und Geburlichkeit, Elemente der Dynamik des natürlichen Bevölkerungswechsels, sind als indirekte Anzeichen für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung nicht verwendbar.

Wir beschränken uns also auf die Erkrankungsstatistik. Auch sie ist aber in der Fassung der einzelnen Krankheitsarten und ihrer Beobachtungsmasse weder einheitlich noch vollständig. Besonders problematisch ist die Beobachtungsmasse. Denn statistisch erfassbar ist nicht die Krankheit, auch nicht das kranke Individuum schlechthin, sondern nur das erkrankte Individuum, das die Erkrankung subjektiv anerkennt und sich an den Arzt wendet. Diese „Wendungen an den Arzt“ hängen von der Gewohnheit und der Sorge der Bevölkerung um ihre Gesundheit ab und von der Zugänglichkeit der ärztlichen Hilfe, also von der Zahl der Aerzte, der Organisation des Gesundheitswesens und den Möglichkeiten der Heilverfahren. Wo für die Privatpraxis des Arztes generell keine statistische Anzeigepflicht besteht, — ansteckende Krankheiten ausgenommen —, können auch diese Wendungen an den Arzt nicht vollständig erfaßt werden. Wir sind vielmehr auf beschränkte Beobachtungsmassen angewiesen.

Eine solche beschränkte Beobachtungsmasse stellt das Material der Krankenanstalten dar, das besonders über den Verlauf der Erkrankungen und über den Einfluß klinischer Maßnahmen, weniger über die soziale Struktur der Erkrankten, Aufschlüsse liefert. In dieser Hinsicht wichtiger ist die beschränkte Beobachtungsmasse, die die Krankenkassen statistisch aufbereiten. Das Material der Krankenkassen erfaßt jedoch nur die entschädigte Morbidität, also die Versicherten und die arbeitsunfähig Erkrankten. Wie bekannt, stimmt aber der versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff nicht mit dem medizinischen überein. Solange jedenfalls die Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzung zum Bezug des Krankengeldes bildet, erfordert die Beurteilung der Krankenkassenstatistik eine eigene Methodik, die die willensmäßig verschiedene Krankheitsanerkennung und Krankmeldungsberedtschaft berücksichtigt. Theoretisch und praktisch wird zur Zeit versucht, die Mängel der Statistik der entschädigten Morbidität nach Möglichkeit zu beseitigen.

Wir stellen fest: die natürliche Morbidität einer Gesamtbevölkerung ist heute noch nicht zu erfassen. Wir sind in Deutschland im wesentlichen auf die beschränkte Beobachtungsmasse der Krankenanstalten und noch mehr auf die entschädigte Morbidität innerhalb der Krankenkassen angewiesen. Die Beschränkung auf das Material der entschädigten Morbidität macht es uns allerdings zur Pflicht zu prüfen, ob sich der sozialpsychische Habitus der Versicherten und damit ihre subjektive Bereitschaft zur Krankheitsanerkennung im Laufe des Konjunkturzyklus wandelt.

Statistische Indikation der Konjunktur.

Die Wellenbewegung der Wirtschaft tritt in den statistischen Reihen von Mengen und Preisen in Erscheinung. Mengen und Preise weisen verschieden

intensive Bewegungen nach oben und unten auf. In der Erfassung und funktionalen Verknüpfung dieser Erscheinungen bedienen wir uns in der Konjunkturbeobachtung der Methode der medizinischen Symptomtologie. In dem wir sie von ihren naturwissenschaftlichen Voraussetzungen loslösen, kommen wir zu einer Beobachtungsmethode der Wirtschaft, die bei aller Ähnlichkeit mit der ärztlichen Diagnostizierung sich von dieser durch methodische Beschränkungen (des Mangels an zeitlicher und räumlicher Konstanz der Symptome in der Wirtschaft) unterscheidet.

Aus einem theoretisch erfaßten Grundvorgang der Konjunktur, etwa aus dem Mißverhältnis von Kapitalbildung und -verwendung (Spiethoff), leiten wir Phasenbilder ab und fassen die typischen Erscheinungsmerkmale der Konjunkturphasen in Symptomgruppen zusammen. Aus der Konstellation der Symptome, die wir in Wirtschaftsbarometern kombinieren, ist eine Phasendiagnose möglich. Denn ihre Konstellation kann (wie beim Krankheitsbild) für den Aufschwung und für die Stockung beschrieben werden.

Um die Konjunktur dem Krankenstand gegenüberzustellen, sind also zwei Wege möglich. Entweder wir legen die ex post diagnostizierten Konjunkturphasen nach ihrem zeitlichen Anfang und Ende zugrunde, indem wir uns an ein anerkanntes Phasenschema etwa des deutschen Instituts für Konjunkturforschung anschließen. Dann können wir innerhalb dieses zeitlichen Phasenschemas die Entwicklung des Krankenstandes untersuchen und ohne Anspruch auf exakte Korrelationen die Bewegungstendenzen und -umbrüche feststellen. Oder wir vergleichen — auf dem zweiten Weg — konjunktursymptomatische Erscheinungen mit der Krankenstandskurve. Dabei wählen wir zweckmäßig solche aus, denen das Prädikat einer Generalrepräsentation, eines Kardinalsymptoms zugewilligt werden kann und die zugleich die soziale Lage indizieren. Dieser Aufgabe entsprechen am ehesten die folgenden Konjunktursymptome: Arbeitslosigkeit, Einkommensverhältnisse (Lohnniveau), Lebenshaltungskosten und Großhandelspreise. Bei der empirischen Untersuchung unserer Fragestellung sind also neben der Prüfung der Bewegungstendenz der Krankheitshäufigkeit in der jeweils als Zeiteinheit⁵⁾ angenommenen Konjunkturphase die Kurven dieser Konjunktursymptome mit der Kurve des Krankenstandes in Beziehung zu setzen.

Empirische Schwankungen des Krankenstandes.

Um die Konjunkturschwankungen möglichst rein herauszustellen, ist man dazu übergegangen, die em-

⁵⁾ Dabei ist zu beachten, daß die Phasendauer nicht gleich ist; sie zeigt die Tendenz zu einer Verkürzung. Die Dauer der Hauptphasen Aufschwung und Stockung betrug um die Mitte des letzten Jahrhunderts etwa 7 bis 8 Jahre, verkürzt sich in der Stockungsperiode nach der Gründerzeit (1874—1894) auf etwa 4½ Jahre. Die kritischen Phasen in der Aufschwungsperiode 1895 bis 1913 dauern etwa 2 Jahre (1900/01, 1907/08). In der Nachkriegszeit erfolgt der Umschlag in Zeiträumen von durchschnittlich 13 Monaten. Die Phasen sind vom Institut für Konjunkturforschung wie folgt fixiert worden: Tiefstand: November 1923 bis Juni 1924; Aufschwung: Juli 1924 bis Januar 1925; Hochschwung: Februar 1925 bis September 1925; Niedergang: Oktober 1925 bis Januar 1926; Tiefstand: Februar 1926 bis Oktober 1926; Aufschwung: November 1926 bis August 1927; Hochschwung: September 1927 bis November 1927; Niedergang: Dezember 1927 bis jetzt. Den empirischen Untersuchungen ist diese Phaseneinteilung zugrundegelegt.

pirischen Kurven der Konjunktursymptome zu bereinigen und die in ihnen enthaltenen nichtkonjunkturellen Schwankungsfaktoren, die Entwicklungstendenz, den Trend, und die Saisonschwankungen auf Grund rechnerischer Verfahren auszuschalten. Denselben Verfahren ist die Krankenstandskurve zu unterwerfen, die man erhält, wenn man die Monatskrankenziffern (Arbeitsunfähige in Prozent der Versicherten der deutschen Krankenkassen) verbindet.

Der Trend des Krankenstandes, sein „Entfaltungsfaktor“ (v. Waldheim), stieg bisher stetig. Es wurde oft darauf hingewiesen, daß die absolute Zunahme der Krankheitshäufigkeit keinen Rückschluß auf die allgemeine Morbidität zuläßt, vielmehr aufs engste mit strukturellen Bedingungen, Mitgliederzahl der Kassen, Erweiterung der Sozialversicherung und mit dem zunehmenden Hygienebedürfnis der Bevölkerung zusammenhängt.

Ueber die periodischen Saisonschwankungen des Krankenstandes gibt es zahlreiche Untersuchungen. Aus ihnen ergibt sich, daß der Krankenstand abnimmt in der Folge der Jahreszeiten: Winter, Frühjahr, Sommer, Herbst. Den höchsten Krankenstand weisen die Monate Januar und Februar auf, dann in abnehmender Folge: Dezember und März, April, Juli, August, November, den niedrigsten Krankenstand: Mai, Juni, September, Oktober. Im Rahmen des Jahresverlaufs betrachtet, ergeben sich, wie praktische ärztliche Erfahrungen bestätigen, zwei charakteristische Spitzen im Winter (Januar) und Sommer (Juli). Man hat diese Saisonspitzen mit der Witterung in Zusammenhang gebracht und Korrelationen mit Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Windstärke feststellen können. Mit Hilfe solcher Korrelationen ist es möglich, ein Bild der Häufigkeit einzelner Krankheitsarten in bestimmten Jahreszeiten und Monaten zu erhalten, insbesondere für Erkrankungen, deren Entstehen mit der Witterung zusammenhängt. In den meteorologischen Verhältnissen können also objektive Bestimmungsgründe für die jahreszeitlichen Schwankungen des Krankenstandes gefunden werden, die noch durch subjektive Auswirkungen der Jahreszeiten auf die Bereitschaft zur Krankmeldung zu ergänzen sind.

Diese psychischen Einflüsse der Jahreszeiten auf die Krankmeldungs-bereitschaft hängen mit den Saisonschwankungen der Wirtschaft zusammen, die sich besonders im Beschäftigungsgrad äußern. Durch den Ausfall des Baugewerbes im Winter zeigt dieser gegenüber dem Sommer eher das Bild einer rückläufigen Bewegung. Das gleiche gilt für die landwirtschaftliche Saisonarbeit. Der Krankenstand zeigt sich durch diese wirtschaftlichen Saisonschwankungen auf dem Umweg über psychische Auswirkungen insofern beeinflusst, als Krankheiten in die Zeit der Saison-Arbeitsruhe aufgespart werden und Krankmeldungen zu bestimmten wirtschaftlichen Zwecken (Frühjahrs- und Erntebestellung) erfolgen können, tatsächlich vorhandene Erkrankungen vorausgesetzt. Doch bezeugt die durch die wirtschaftlichen Saisonschwankungen nicht genügend bestimmte Sommerspitze des Krankenstandes, daß eine kausale Verknüpfung der Saisonrhythmen von Wirtschaft und Krankenstand nicht eindeutig zu isolieren ist, daß vielmehr ihre Korrelation sich aus der ihnen gemeinsamen dritten Bestimmung, aus Klima und Witterung herleiten läßt.

Zyklischer Schwankungsrhythmus des Krankenstandes?

Wir haben nun zu fragen, ob sich über den Schwankungsrhythmus der Jahreszeiten hinaus im Krankenstand eine zyklische Auf- und Abwärtsbewegung nachweisen läßt. Die epidemiologischen Untersuchungen lassen diese Frage in unser Blickfeld treten. Besonders für schwere Diphtherie-Epidemien haben früher Körösi und jüngst Löwenstädt und Friedberger auf ihre Parallelität mit wirtschaftlichen Krisen hingewiesen. Da aber Epidemien als ein biologisches Geschehen eigener Art anzusehen sind, erscheint uns ihre Bestimmung durch die Konjunktur nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens, nach dem Maß ihrer Ausdehnung und nach den Intervallen ihrer Zyklen sehr fraglich, trotzdem Zusammenhänge zwischen allgemeiner Wirtschaftslage und Anfälligkeit bzw. Ansteckungsmöglichkeiten nachgewiesen werden können.

Dagegen hat der Versicherungssachverständige von Waldheim die statistische Entdeckung gemacht, daß der Krankenstand (der männlichen Versicherten) im Zeitraum von 1890 bis 1913 in den deutschen Ortskrankenkassen, in den Betriebskrankenkassen mit noch stärkeren Ausschlägen und speziell in den pommerschen Ortskrankenkassen in einem vierjährigen Rhythmus schwanke, eine Erscheinung, für die eine zureichende Erklärung vorerst noch fehle. Ein kausaler Zusammenhang mit der Konjunktur ist jedenfalls nicht nachweisbar. Denn, während in der Krise 1907/08 der Krankenstand ein Maximum aufweist, zeigt er in der Krise 1900/01 ein Minimum. Dennoch hat von Waldheim aus dieser immerhin auffallenden empirischen Feststellung eine Wellentheorie des „natürlichen“ Krankenstandes ableiten zu können geglaubt. Er hat für den Einfluß der Konjunktur innerhalb dieses vierjährigen natürlichen Schwankungsrhythmus der Erkrankungshäufigkeit folgende Deutung zu geben versucht: Der Rhythmus der Konjunktur könne den natürlichen Krankheitsrhythmus niemals überwinden. Die Konjunktur hänge vielmehr nur ihre Gewichte an die natürliche Krankheitsbewegung an. Ein Krankheitshoch werde durch eine wirtschaftliche Krise verschärft, durch einen Aufschwung abgeplattet.

Wir geben zu, daß die Daten und Kurven von 1890 bis 1913 Anhaltspunkte für einen solchen Rhythmus enthalten, auch, daß unter Auswirkung des Gesetzes der großen Zahl in der durchschnittlichen Erkrankungsziffer der Ortskrankenkassen eine Kompensation der individuellen Krankheitsbestimmungen durchgreifen und daß die Krankheit als Massenerscheinung Häufungszeiträume aufweisen kann. Aber wir glauben nicht berechtigt zu sein, daraus eine „Wellentheorie“ der natürlichen Erkrankungshäufigkeit sozusagen als Normallinie aufstellen zu dürfen. Wir befürchten, daß hier eine teleologisch antistische Deutung einer statistischen Regelmäßigkeit die Dignität eines Naturgesetzes zubilligen möchte. Wenn ein zyklischer Rhythmus im Krankenstand überhaupt nachweisbar ist, muß er als empirische Erscheinung hingenommen werden. Aus einer statistischen Regelmäßigkeit für eine relativ kurze Zeit, wie sie die Untersuchungsperiode v. Waldheims darstellt, kann kein Gesetz der Periodizität abgeleitet werden.

Diese grundsätzlichen Bedenken gegen die Annahme von überjahreszeitlichen zyklischen Schwan-

kungen des Krankenstandes richten sich auch gegen die Hypothese (v. Waldheim) einer regelmäßigen Folge von 16 ungünstigen und 32 günstigen Monaten der Erkrankungshäufigkeit als Periodizität der entschädigten Morbidität. Eine prognostische Anwendung dieser Hypothese erscheint uns als unberechtigte Verallgemeinerung, die einen immanenten, vom sozialen Bedingungsgefüge unabhängigen, also biologischen Schwankungsrhythmus der Erkrankungshäufigkeit anerkennt und voraussetzt. Wir halten einen biologischen Schwankungsrhythmus der Epidemien für möglich. Er ist auch empirisch festgestellt worden, ohne daß eine Uebereinstimmung mit den zyklischen Schwankungen der Wirtschaft trotz des anerkannten Einflusses von Wirtschaftskrisen nachgewiesen werden konnte. Wir halten auch die Annahme für richtig, daß das Maß der Erkrankungshäufigkeit in erster Linie biologisch und erst in zweiter Linie durch das soziale Bedingungsgefüge begründet ist. Wir können aber das Vorhandensein einer „natürlichen“ überjahreszeitlichen Zyklizität des Krankenstandes unabhängig vom sozialen Bedingungsgefüge oder von diesem nur verschärft bzw. vermindert, weder behaupten noch empirisch erkennen¹⁾.

Vorhanden und einsichtig sind nur die jahreszeitlichen Schwankungen des Krankenstandes. Schaltet man diese aus, dann zeigen sich in den Restschwankungen die epidemischen Spitzen und in weit schwächeren Ausschlägen die Wirkungen des sozialen Bedingungsgefüges, also auch der Konjunktur und besonders die Wirkungen des konjunkturellen Kardinalsymptoms, der Arbeitslosigkeit. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, daß sich wirtschaftliche Einflüsse ja bereits in den Saisonschwankungen des Krankenstandes auswirken. Die Konjunktur hängt also, um das Bild v. Waldheims beizubehalten, ihre Gewichte höchstens an den natürlichen jahreszeitlichen Schwankungsrhythmus des Krankenstandes an. Aber auch hier ist methodische Vorsicht bei der Beurteilung

¹⁾ Auch empirisch können wir uns von einer vierjährigen Schwankungsperiodizität der Erkrankungshäufigkeit der Versicherten nicht überzeugen. v. Waldheim weist für die Vorkriegszeit selbst auf die Ausnahmen der Jahre 1895, 1904, 1905, 1912 und 1913 hin. In der Nachkriegszeit stellt die Neuregelung der Arbeitslosenversicherung im Jahr 1927 ein neues Strukturelement dar, das die Vergleichbarkeit der Ziffern beeinträchtigt. Auch diese Einschränkung gibt v. W. mit der Bemerkung zu, daß die Arbeitslosenversicherung dazu berufen sei, „in vieler Hinsicht den Einfluß der Wirtschaftslage auf die Morbidität der Bevölkerung (soweit er jemals bestanden hat) auszuschalten.“ (a. a. O. Soz. Med. I. Jg. 1928, S. 191) Dennoch prognostiziert er unter Einbeziehung der Kriegszeit, indem er die Folge von 16 ungünstigen und 32 günstigen Krankenstandsmonaten als richtig unterstellt: schlecht vom Dezember 1923 bis März 1925; gut vom April 1925 bis Nov. 1927; schlecht vom Dez. 1927 bis März 1929. Wir sehen von dem ohnehin groben Bezeichnung „gut“ und „schlecht“, die sich aus einem Vergleich der Maxima und Minima der Perioden ergeben soll, ab. Das Jahr 1926, prognostisch als gut bezeichnet, zeigt empirisch ein Steigen der Krankenziffer, kann also keine Bestätigung der v. Waldheim'schen Regel abgeben. Von 1927 an macht sich die Neuregelung der Arbeitslosenversicherung geltend, der wohl auch die Abnahme des Krankenstandes nach 1929 zuzurechnen ist. Wir glauben nicht, daß über Dauer und Ausschlag der Entwicklung des Krankenstandes prognostische Aussagen zu machen sind, die über den wahrscheinlichen Jahresverlauf hinausgehen. Eine fest bestimmbare Regelmäßigkeit, vor allem im Hinblick auf die Intervalle, in denen die Konjunkturschwankungen erfolgt sind, ist jedenfalls nicht zu beobachten.

der Kompensationsmöglichkeiten angebracht. Ehe die Einwirkungen der Konjunktur auf die Saisonschwankungen des Krankenstandes abgesteckt werden können, muß die Tendenz der Erkrankungshäufigkeit innerhalb der einzelnen Konjunkturphasen ermittelt werden.

Da eine Zyklizität der durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit (unter Ausschluß der Epidemien) als immanente biologische Entfaltungstendenz weder empirisch zu beobachten noch theoretisch zu begründen ist, bleibt nur übrig, anstelle der Korrelationshypothese zweier (in sich selbständiger) Schwankungsrhythmen von Konjunktur und Krankheit einen dieser Schwankungsrhythmen (die Konjunktur) als unabhängige Variable zu setzen und zu prüfen, ob deren Einfluß unter den Faktoren, die den Verlauf der Krankenstandskurve bestimmen, aufzuzeigen ist.

Wirkungsmöglichkeit der Konjunktur auf die Erkrankungshäufigkeit.

Die Erkrankungshäufigkeit (arbeitsunfähig Erkrankte in vom Hundert der bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen Versicherten) ist das Ergebnis objektiver (biologischer) und subjektiver (willensmäßig anerkannter) Morbidität. Die objektive Morbidität bestimmt die Struktur der Krankheitshäufigkeit, die subjektive beeinflusst die Häufigkeit der Wendungen an den Arzt.

Objektiv setzt sich die Krankenziffer zusammen aus Erkrankten an epidemischen, an chronischen, akuten und an Unfallfolge-Krankheiten. Einflüsse der Konjunktur können sich besonders auf akute und Unfallfolge-Erkrankungen, erst in zweiter Linie auf chronische, dagegen kaum auf epidemische Erkrankungen erstrecken. Subjektiv ist der Spielraum einer größeren oder kleineren Bereitschaft zu bestimmen, eine vorhandene Krankheit anzuerkennen und sich wegen einer Heilbehandlung an den Arzt zu wenden. Eine Wirkung der Konjunktur auf die Erkrankungshäufigkeit ist also nach zwei Richtungen möglich, durch Beeinflussung der sozialen Lage des Wirtschaftssubjekts und einer entsprechenden Aenderung der (objektiven) Krankheitsanfälligkeit, ferner durch Beeinflussung des sozialpsychischen Habitus der Versicherten und einer entsprechenden Aenderung der (subjektiven) Krankmeldungs-bereitschaft. Schon in dieser Fragestellung wird deutlich, daß die konjunkturellen Einflüsse innerhalb des subjektiven Spielraums der Krankmeldung stärker und schneller in Erscheinung treten können als in den erst später in oder nach längeren Wirtschaftskrisen feststellbaren objektiven Krankheitsbefunden, die durch eine Veränderung der sozialen Lage hervorgerufen sind.

Wir überblicken zuerst die Beziehungen, die zwischen Konjunktur und sozialer Lage im Hinblick auf die Erkrankungshäufigkeit nachgewiesen werden können, um dann den Spielraum der subjektiven Krankmeldungs-bereitschaft abzustecken.

(Schluß folgt.)