

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931

17 (15.9.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 17

Konjunktur und Krankheit.¹⁾

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

(Fortsetzung.)

Konjunkturrempfindliche Elemente der sozialen Lage.

Die in der Konjunktur sich verändernden Elemente des für die Krankheitsentstehung wichtigen sozialen Bedingungsgefüges sind vor allem Einkommen und Arbeitsspielraum (Beschäftigungsgrad).

Unternehmereinkommen, Löhne und Renten sind verschieden elastisch, sie passen sich veränderten Wirtschaftslagen in verschiedenem Tempo an. Im Aufschwung wachsen Unternehmereinkommen rascher als Löhne und Renten, im Niedergang sinken sie schneller als Löhne und Renten, es sei denn, daß eine Lohnsenkung gelingt. Die Nominallöhne weisen also eine Uebereinstimmung mit der Konjunkturbewegung auf: Sie pflegen im Aufschwung zu steigen und im Niedergang zu fallen. Wichtiger als die Nominallöhne sind die Reallöhne, die die Kaufkraft repräsentieren. Man kann sie auf die Großhandelspreise oder auf die Lebenshaltungskosten beziehen. Es hat sich gezeigt, daß die Reallöhne, bezogen auf Lebenshaltungskosten eine geringere Korrelation zur Konjunktur aufweisen, daß sie also weniger schwanken, als wenn man sie auf die Großhandelspreise bezieht.

Steigende oder fallende Löhne wirken sich in der Ernährung und in den Wohnungsverhältnissen aus. Lohnsenkungen im Niedergang haben Einschränkungen des Konsums von Lebensmitteln zur Folge. Außerdem wird die Wohndichte durch den Uebergang in billigere und damit meist kleinere Wohnungen größer, was sich in der Verbreitung von Krankheiten auszuwirken vermag.

Wohl am gründlichsten ist die Konjunktur auf dem Arbeitsmarkt untersucht worden. Im Niedergang verringert sich der Beschäftigungsgrad, rascher in der Produktionsmittel-, langsamer in der Konsumgüterindustrie. Am deutlichsten sind die konjunkturellen Schwankungen in den Schlüsselindustrien, Bergbau und Metallindustrie, für die übrigens auch der Enquête-Bericht die Krankfeiernden besonders behandelt hat. Mit der Zunahme der Produktion kann sich die Beschäftigung potentiell bis zur Aufsaugung der industriellen Reservearmee heben. Unsere heutige chronische Arbeitskrise macht eine solche konjunkturelle Resorption der Arbeitslosen allerdings unwahrscheinlich. Mit einem Konjunkturaufschwung werden sie nur zu einem Teil in den Wirtschaftsprozess neu eingegliedert, während der strukturell bedingte Arbeitskräfteüberschuß weiter brach liegt. Daraus ergibt

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

sich die Notwendigkeit, die Wirkungen der Arbeitslosigkeit auf den Krankenstand besonders zu untersuchen, indem die Erkrankungshäufigkeit der Arbeitslosen als einer spezifischen Beobachtungsmasse erfaßt wird. Dabei ist die Höhe der Arbeitslosenunterstützung, ihr Verhältnis zum Krankengeld, die Dauer der Erwerbslosigkeit und die hygienische Bedeutung der Arbeitsruhe zu beachten. Bei genügend spezialisiertem Material, das heute noch nicht vorliegt, ließe sich vielleicht nachweisen, daß bei älteren Wohlfahrtserwerbslosen die objektive Möglichkeit der Zunahme der Morbidität infolge von nervösen oder Ernährungs-Störungen größer wird. Es wäre jedenfalls zu prüfen, ob sich unter dem Einfluß des wirtschaftlichen Notstandes der Arbeitslosigkeit der Gesundheitszustand speziell der Arbeitslosen und ihrer Familien verschlechtert. Da wir es bei der Arbeitslosigkeit mit dem Faktum einer marktmäßigen Arbeitsunfähigkeit zu tun haben, und da die Höhe des Krankengeldes die Unterstützungsbezüge nicht übersteigt, ließe sich hier am ehesten der Anteil der subjektiv bestimmten Krankmeldungen an der gesamten Zahl der Krankmeldungen ausschalten, also eine Annäherung an die natürliche Morbidität der Versicherten erreichen.

Bekanntlich hat Julius Moses aus dem Material seiner Denkschrift den Schluß gezogen, daß bis jetzt eine Zunahme der Tuberkulose, der Rachitis, der Säuglings- und Kinderkrankheiten noch nicht zu beobachten sei. Dagegen wird von einer Seite (Pinkus-Berlin) auf eine geringe Zunahme der Geschlechtskrankheiten besonders bei Frauen aufmerksam gemacht. Die Enquête von Moses kann jedoch nur als Anfang genauere Untersuchungen angesehen werden, da sie nur auf zahlenmäßig nicht belegten Eindrücken der befragten Aerzte beruht und die Arbeitslosen nicht als beschränkte Beobachtungsmasse isoliert. Eine Sonderauszählung der erkrankten Erwerbslosen ist noch nicht erfolgt. Wir müssen uns daher mit einem Hinweis auf den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Erkrankungshäufigkeit begnügen, soweit er für die in Frage stehende Wirkungsmöglichkeit der Konjunktur in Betracht kommt.

Sicher begünstigt die Arbeitslosigkeit psychisch-nervöse Störungen, Mißbrauch von Alkohol und Tabak, Geschlechtskrankheiten und künstliche Aborte. Mit Recht betont Martineck, daß sie als wirtschaftlicher Notstand ein Absinken der Ernährungslage (Mangel und Eintönigkeit), eine Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse, einen Rückgang der Körperpflege und einen Mangel an Kleidung und Wäsche zur Folge haben und damit eine Gefährdung der Hygiene bedeuten kann. Dabei ist zu berücksichtigen, daß vorhandene Krankheiten in der Zeit der unfreiwilligen Arbeitsruhe zur Ausheilung gelangen können, daß ferner die Arbeitsruhe, Aufenthalt (besonders im Sommer) in freier Luft einen kompensierenden Faktor für die Ver-

schlechterung der sozialen und psychischen Verhältnisse der Arbeitslosen darstellen. Die Arbeitsruhe bedeutet aber zugleich eine Entwöhnung von der Arbeit, sodaß bei einer Wiedereingliederung des Arbeitslosen in die wirtschaftliche Berufstätigkeit in der ersten Zeit sich die Krankmeldungen aus objektiven und subjektiven Gründen häufen können.

Die Arbeitslosigkeit als Massennotstand vermag also, die Erkrankungshäufigkeit unter den Versicherten namentlich in längeren Zeiträumen zu erhöhen. Formal-statistisch kann sich zunächst eine Erhöhung des Krankenstandes auch dadurch ergeben, daß die Mitgliederzahl der Kassen im wirtschaftlichen Niedergang zurückzugehen pflegt. Da der Krankenstand vom Hundert der Mitglieder dargestellt wird, kann dieselbe absolute Krankenziffer in der relativen Darstellung überhöht erscheinen. Davon abgesehen, können sich aus der Arbeitslosigkeit auch objektive gesundheitliche Schäden ergeben unmittelbar aus der Beschäftigungslosigkeit und der durch sie bedingten Unruhe der Lebensführung und mittelbar aus dem existenzminimalen Einkommen der Erwerbslosen, das eine gesundheitsgemäße Lebensführung beeinträchtigen kann¹⁾.

Die konjunkturrempfindlichen Elemente der sozialen Lage, die die objektive Erkrankungshäufigkeit beeinflussen können, sind also vor allem Einkommen und Erwerbstätigkeit. Die Auswirkungen von Arbeit und Einkommen auf die Krankheitshäufigkeit und auf den Krankheitsverlauf sind in der Sozialmedizin untersucht worden. Da es sich dabei um besondere medizinische Fragen handelt, müssen wir uns ein näheres Eingehen versagen. Dagegen wird erst jetzt begonnen, den Einfluß der Konjunktur auf die subjektive Krankheitsbereitschaft und damit auf den sozialpsychischen Habitus der Versicherten zu untersuchen. Daß diese Untersuchungen sich an die Auseinandersetzung über den möglichen Mißbrauch der Krankenversicherung und

¹⁾ Bis jetzt ist eine Erhöhung der durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit trotz der katastrophalen Zunahme der Erwerbslosigkeit noch nicht zu beobachten. Die Krankenziffer im Jahresdurchschnitt der arbeitsunfähig Erkrankten — leider ist ja die Zahl der insgesamt behandelten Fälle statistisch nicht ausgewiesen — betrug in den Jahren: 1924: 3,61; 1925: 4; 1926: 3,42; 1927: 3,74; 1928: 4,01; 1929: 4,1; 1930: 3,4. Nach der Steigerung in den Jahren 1928 und 1929, in denen die Neuregelung der Arbeitslosenversicherung (AVAVG. vom 15. Juli 1927) bereits in Kraft war, die aber beide starke grippeepidemische Winterspitzen aufweisen, ist im Jahre 1930 ein beträchtlicher Rückgang der Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen. Allerdings wirkt sich auch die Notverordnung in dieser Senkung aus. Jedenfalls kann bis jetzt auf Grund dieser Zahlen noch nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der Arbeitslosigkeit gesprochen werden, was die Durchschnittsziffern angeht. Umso dringender wird eine Untersuchung der gesundheitlichen Verhältnisse der Erwerbslosen und ihrer Familien, um den unmittelbaren Einfluß der Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand zu ermitteln.

Um über den Anteil der Erwerbslosen an der Mitgliederzahl der Kassen zu orientieren, sei auf zwei Beispiele verwiesen. Bei der Berliner Allgemeinen Ortskrankenkasse vermehrte sich der Anteil der männlichen Arbeitslosen am männlichen Mitgliederbestand von $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ (1929) auf $\frac{1}{2}$ bis $\frac{2}{3}$ (1930), der weiblichen Erwerbslosen am weiblichen Mitgliederbestand von $\frac{1}{20}$ bis $\frac{1}{3}$ (1929) auf $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ (1930). Bei der Mannheimer Allgemeinen Ortskrankenkasse betrug 1929 der Anteil der Erwerbslosen an der Mitgliederzahl 14,3 Prozent, von denen nur 10,7 Prozent der Beiträge aufgebracht wurden. Die schlechten Risiken fallen also für die Kassen im Niedergang stärker ins Gewicht.

über die Stellung des Kassenarztes angeschlossen haben, steigert ihre grundsätzliche Bedeutung. Wir beziehen sie besonders deshalb in unsere Darstellung ein, weil ihre Ergebnisse den subjektiv bestimmten Spielraum der Wendung an den Arzt in der Folge der Konjunkturphasen (neben der objektiven Beeinflussbarkeit der Erkrankungshäufigkeit durch die [soeben behandelten] konjunkturrempfindlichen Elemente der sozialen Lage) abzugrenzen gestatten.

Konjunktur und sozialpsychischer Habitus der Versicherten.

Der Einfluß der Konjunktur auf den sozialpsychischen Habitus der Versicherten, auf jene durch die Wirtschaftslage erzeugte Massenstimmung, die zur stärkeren oder geringeren Wahrnehmung der persönlichen Interessen am Bezug von Krankengeld durch den einzelnen Versicherten führen kann, drückt sich in einer verschiedenen Intensität der Krankmeldungs-bereitschaft aus. Wir sehen dabei von Versicherungsfäuschungen ab und beschränken uns auf die Annahme des objektiven Vorhandenseins pathologischer Befunde, deren Heilbehandlung sich aber als nicht unbedingt dringlich erweist und die nicht unbedingt Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben müssen. Ideologische Äußerungen, wie sie in der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen über die problematische „Begehrlichkeit“ vorgebracht worden sind, sollen ebenfalls außer Betracht bleiben. Wir wollen uns vielmehr, um den Spielraum jener subjektiv bestimmten Morbidität abzustecken auf nachweisbare Zusammenhänge stützen, wie sie zuletzt Werner Lincke zusammengetragen und besonders am Material der Betriebskrankenkassen nachgeprüft hat.

Von den subjektiv „willkürlichen“ Faktoren, die selbst konjunkturell beeinflusst, auf den Krankenstand wirken können, sind als relativ gesichert anzusehen: Bereitschaft zur Krankmeldung unter dem Einfluß der Witterung auf die Arbeitslust und der durch die Jahreszeiten bedingten persönlichen Interessen wie Frühjahrsbestellung, Ernte, Verschickung und Badekuren, Urlaub, Aufsparen von Krankheitsbehandlungen in die Zeit der Saisonarbeitsruhe. Bekannt ist der Einfluß von Sonn- und Feiertagen auf die Krankmeldung, wobei weniger Ostern und Pfingsten als Weihnachten eine Rolle spielt, woraus ja Stappert seine Bezeichnung des „Weihnachtsfiebers“ hergeleitet hat. Von persönlichen Motiven abgesehen, wird hierfür der Krankengeldbezug als Grund angeführt. Die Krankmeldungen zeigen sich auch durch eine Erhöhung oder Senkung der Kassenleistungen beeinflusst; wenn auch die Argumentation fraglich erscheint, daß die Aussicht auf „Krankenverdienst“ die tatsächliche Krankheits-häufigkeit erhöhe, so ist dennoch ihre Bedeutung für die Wendungen an den Arzt mit der Forderung, „krank geschrieben“ zu werden, kaum zu bestreiten.

Innerbetriebliche Änderungen der Arbeitszeit, der Akkordbedingungen und der Belegschaft, erfolgte oder drohende Kündigungen, beginnende Streiks und Aussperrungen wirken sich ebenfalls auf die Krankmeldungen aus. Furcht vor Entlassung bei längerem Fehlen im Betrieb hemmt die Krankmeldungs-bereitschaft. Furcht vor Arbeitslosigkeit oder bestehende Arbeitslosigkeit im Hinblick auf die Ausheilung vorhandener Krankheiten vermag sie zu steigern. Hinzu kommen noch die umstrittenen Fälle von Simulation, Uebertrei-

bungen und Neurosen, besonders von Existenz- und Erwartungsneurosen.

Die Krankmeldung bedeutet einen materiellen Unterstützungsanspruch. Der Versicherte macht aus seiner Gesundheit und ihrer Erhaltung zugleich eine Frage wirtschaftlicher Kalkulation im Rahmen seines Haushaltsbudgets. Der Arzt hat von Haus aus nur über die faktische Begründung und über die „Notwendigkeit“ der Kassenleistungen zur Abwendung einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Erkrankung eine Aussage zu machen. In der freien Wendung an den Arzt wirken sich aber bereits jene subjektiven wirtschaftlichen Beweggründe aus. In der Abschätzung und „Feststellung“ der Arbeitsunfähigkeit des Patienten und in der Aussage über die Notwendigkeit einer Heilbehandlung werden vom Arzt Urteile verlangt, die über die rein ärztliche Zuständigkeit hinausgehen, für die er aber aus seiner Kenntnis der sozialen Lage des Patienten und als Arzt seines Vertrauens praktisch zuständig sein muß. So kann sich jener berüchtigte Zusammenstoß zwischen den materiellen Interessen des Arztes und der Ethik seines Berufes ergeben, der zu der umstrittenen Behauptung geführt hat, der Kassenarzt selber könne den Krankenstand erhöhend beeinflussen, wenn er aus Konkurrenzgründen subjektiv bestimmte Krankmeldungen der Versicherten zu bestätigen geneigt ist.

So wenig der Arzt subjektiver Willkür nachgeben darf, so sehr hat er in erster Linie die Pflicht der Heilprophylaxe. Daraus ergibt sich die Forderung einer unbedingten Unterordnung der Standesinteressen unter die Berufsethik. Wenn der Arzt sein Handeln danach ausrichtet, dann kann eine aus subjektiven Beweggründen erfolgende häufigere Wendung an den Arzt sich bei einer gründlichen Gesamtuntersuchung erst recht positiv auswirken, indem objektiv pathologische Befunde festgestellt werden können, wegen denen der Patient den Arzt gar nicht aufgesucht hat. Die Kasse kann also ihren Arzt innerhalb der freien Arztwahl in den Dienst einer Gesundheitsfürsorge stellen, die wie alle Prävention auch für die Kasse produktiver ist als die Behandlung vollendeter Schadensfälle. Daher kann aus einer Zunahme der möglicherweise subjektiv mitbedingten Wendungen an den Arzt noch nichts über demoralisierende Wirkungen der Krankenversicherung ausgesagt werden.

Auf die Frage nach der Wirkungsmöglichkeit der Konjunktur auf die Erkrankungshäufigkeit kann zusammenfassend geantwortet werden, daß sie sich auf Arbeit und Einkommen als die Erkrankungshäufigkeit objektiv tangierende Elemente der sozialen Lage und in ungleich stärkerem Ausmaß auf die subjektive Krankmeldungsbereitschaft zu erstrecken vermag.

Der Krankenstand in den einzelnen Konjunkturphasen.

Die subjektive Krankmeldungsbereitschaft ist beweglicher; sie reagiert empfindlicher auf die Konjunktur, während geraume Zeit vergehen kann, bis sich eine Verbesserung oder Verschlechterung der sozialen Lage in der Erkrankungshäufigkeit äußert. Daher wird der Konjunkteinfluß auf die entschädigte Morbidität vor allem durch die subjektive Kompo-

nente sichtbar. Die objektive Morbidität, obwohl wir auf längere Sicht auch ihre Veränderlichkeit durch die Wirtschaftslage in Betracht zu ziehen haben, zeigt sich in ihrer Grundstruktur zunächst von der Konjunktur kaum berührt. Gegenüber dieser objektiven biologisch bestimmten Morbidität ist jedoch der Spielraum der subjektiven Krankheitsanerkennung gering. Er beschränkt sich auf Erkrankungen, — wir müssen hier die wirklichen Verhältnisse künstlich vereinfachen, — die z.B., ohne subjektiv empfundene Symptome, ohne subjektive Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und ohne Gefährdung des Patienten und seiner Umwelt verlaufen können. In solchen Fällen kann die Wendung an den Arzt eine zeitlang unterlassen, oder, falls ärztliche Behandlung erfolgt, die Erreichung der Arbeitsfähigkeit subjektiv gewollt oder nicht gewollt werden. In den meisten anderen Fällen bestimmt sich Behandlung und Arbeitsfähigkeit — trotz des Streites um die Sicherung ihrer medizinischen Feststellung und ohne den Einfluß des Arbeitswillens als Heilfaktor zu unterschätzen — nach den objektiven Befunden. Wenn wir also im folgenden den Konjunkteinfluß besonders im Bereich der subjektiven Komponente (der Krankmeldungsbereitschaft) verfolgen, so reduziert sich die Bedeutung dieses Einflusses bereits durch das natürliche Uebergewicht der objektiven Morbidität.

Um die Tendenz der Erkrankungshäufigkeit in den Konjunkturphasen zu ermessen, ist daher notwendig, die möglichen Ausgleichungen und Verstärkungen der objektiven und der subjektiv anerkannten Morbidität zu erwägen. Die objektive Erkrankungsmöglichkeit (aus Einflüssen der sozialen Lage) steigt im Niedergang und ist im Aufschwung geringer. Die subjektive Krankmeldungsbereitschaft steigt ebenfalls im Niedergang und ist im Aufschwung geringer. Denn die subjektiven Beweggründe, von den saisonmäßigen abgesehen, treten umso mehr zurück, je geringer die Arbeitslosigkeit und je größer die Möglichkeit der Einkommenssteigerung wird; sie treten umso mehr hervor, je größer der Mangel an Arbeitsgelegenheit und an Einkommen wird. Auf den ersten Blick scheinen sich also beide Tendenzen zu verstärken zu einem Rückgang der Erkrankungshäufigkeit im Aufschwung, zu ihrer Steigerung im Niedergang. Diese Tendenz einer negativen Korrelation zwischen Konjunktur und Krankheit wird auch v. Waldheim und von Lincke, ausgehend vom Material der Vorkriegszeit, vertreten.

Es ist aber zu bedenken, daß die objektive und subjektive Komponente im Krankenstand verschieden stark ausschlägt. Im Aufschwung ist die Krankmeldungsbereitschaft ganz gering. Ja, sie kann in eine negative Bereitschaft, in eine Unterlassung der Anerkennung und Behandlung einer Erkrankung umschlagen. Vorhandene Krankheiten können daher im Aufschwung verschlimmert werden. Hinzukommen noch akute Schädigungen durch Arbeitstempo, Arbeitszeit und Unfälle. Im Aufschwung kann also die geringe Krankmeldungsbereitschaft durch eine größere objektive Morbidität ausgeglichen und überkompensiert werden.

Im Niedergang ist subjektiv eine große Bereitschaft zu Krankmeldungen vorhanden. Ihrer Verwirklichung steht aber die Furcht vor Entlassung ge-

genüber. Auch die objektiven Schädigungen nehmen im Niedergang, wenn auch erst später, zu, trotzdem zunächst für die Erwerbslosen die Arbeitsruhe einen Ausgleich für die Verschlechterung ihrer sozialen Lage bilden kann. Dies ergibt — im Gegensatz zu oberflächlichen Vermutungen — die Möglichkeit, daß der Krankenstand im Aufschwung nicht so stark sinkt wie er im Niedergang steigt, ja, daß er im Aufschwung sich auf gleichem Niveau hält oder sogar ansteigt, während er im Niedergang zurückgehen kann. Diese Tendenz kann sich noch dadurch verstärken, daß die objektiv möglichen Schädigungen im Niedergang sich nicht sofort und gleichzeitig wie zumeist die akuten Schäden des Aufschwungs, sondern erst in der folgenden (Aufschwungs-)Phase sich auswirken. Daraus kann — für die Nachkriegszeit und für die heutige Struktur der Versicherung — die Hypothese einer positiven Korrelation zwischen Konjunktur und Krankenstand abgeleitet werden.

Empirisch finden wir dieser Hypothese in den beiden Konjunkturzyklen nach dem Jahr 1923, wenn wir von den grippeepidemischen Winterspitzen 1926, 1927 und 1929 absehen, tendenziell bestätigt¹⁾.

Auch bei dem Material der deutschen Krankenanstalten kann die Tendenz einer positiven Korrelation zwischen Konjunktur und Krankenstand, wenn auch nur in groben Umrissen und nach bestimmten Krankheits-Differenzierungen, verifiziert werden. Wir haben als Stichprobe die letzte Konjunkturperiode der Vorkriegszeit (1907—1914) herausgegriffen. Bei den in öffentlichen und privaten allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland abgegangenen Kranken (einschließlich der Gestorbenen) fiel das Maximum bei folgenden Krankheiten zwei bis drei Jahre nach der Krise von 1907/08 in die Aufschwungsphase: Krankheiten der Be-

wegungsorgane, der Augen, des Nervensystems, der Atmungsorgane, der Verdauungs- und Geschlechtsorgane, der Kreislauforgane und der Geisteskrankheiten. Unbeeinflusst zeigen sich die Infektionskrankheiten, während das Maximum bei Grippe und Lungenentzündung deutlich in die Krisenphase fiel. Man könnte daraus die Vermutung ableiten, daß es Krankheiten gibt, die sich vom Einfluß der Konjunktur unabhängig erweisen, und andere²⁾, die den Einfluß der Konjunktur über die soziale Lage wiedergeben, wie wir bei der Prüfung der Wirkungsmöglichkeit der Konjunktur bereits vermutet haben. Wir können aber anhand des uns zugänglichen Materials noch keine Aussage darüber wagen, ob in der Hochkonjunktur oder im Tiefstand sich die Verteilungsstruktur der Krankheitsgruppen ändert, ob es also, wofür einige Anhaltspunkte vorliegen, spezifische Aufschwungs- oder Krisen-Krankheiten gibt, die sich als objektiv wirtschaftsbeeinflusst erweisen.

Tendenziell macht sich der Einfluß der Konjunktur in der Regel während des Niedergangs in einer Steigerung, während des Aufschwungs in einer Minderung des Krankenstandes bemerkbar. Aufsteigende Konjunktur hemmt solche Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf mit Arbeitslosigkeit und Ernährungs- oder Wohnmängeln zusammenhängen. Sinkende Konjunktur verstärkt diese Krankheitschancen noch durch die sozialpsychologisch und neurotisch begründete Krankmeldungs-bereitschaft. Je nach der Phasendauer der Konjunktur und je nach der Kompensation der den Krankenstand beeinflussenden Faktoren können sich die Auswirkungen dieser Reaktionsspannen zeitlich verschieben. In den letzten zehn Jahren ist faktisch jedenfalls eine Gegenbewegung zwischen Konjunktur und Krankenstand zu beobachten gewesen.

(Schluß folgt.)

¹⁾ Wir sind dabei von einer Zweiteilung des Konjunkturzyklus ausgegangen. Wir haben Auf- und Hochschwung in Aufstieg, Niedergang und Tiefstand in Abstieg zusammengefaßt. Es ergeben sich folgende Phasengruppen:

		1	2	3	4
		Krankenstand			
I. Abstieg	November 1923 bis Juni 1924		4	3,8	4,1
II. Aufstieg	Juli 1924 bis September 1925		4,5	4,4	4,3
III. Abstieg	Oktober 1925 bis Oktober 1926		4,7	4,8	4,2
IV. Aufstieg	November 1926 bis November 1927		5,1	4,8	4,5
V. Abstieg	Dezember 1927 bis Januar 1931		4,9	4,4	3,8

Unter 2 ist aufgeführt der Durchschnitt zwischen Maximum und Minimum in dieser Periode ohne Ausschaltung der Saisonschwankungen, unter 3 mit Ausschaltung der Saisonschwankungen, unter 4 der häufigste Wert. Bei der Beurteilung der Ziffern ist die Verstärkungstendenz zu berücksichtigen, die die Saisonspitzen im Winter 1926, 1927 und 1929 hervorgerufen haben.

Die Aufstiegsphasen zeigen mit genügender Deutlichkeit eine Zunahme bezw. ein Gleichbleiben des Krankenstandes gegenüber der jeweils vorherigen Phase, während in den Abstiegsphasen ein Rückgang des Krankenstandes zu beobachten ist.

Stellt man empirisch dem Krankenstand einzelne Konjunktursymptome gegenüber, so läßt sich zwischen Lebenshaltungskostenindex und Krankenstand eine gewisse Parallelität feststellen, die aber bei den geringen Schwankungsaus-schlägen dieses Index nicht viel besagen will. Die Ausschläge des Großhandelsindex sind schärfer. Oberflächlich kann hier eine Parallelität der Großhandelspreise mit dem Krankenstand im Niedergang erkannt werden. Die Hochkonjunktur September bis November 1927 zeigt sinkende Arbeitslosigkeit, steigende Großhandelspreise, langsam steigende Krankenziffern, die sich aber auch aus der jahreszeitlichen Tendenz herleiten lassen. Deutlich sind Zusammenhänge mit der Arbeitslosigkeit festzustellen. Arbeiterentlassungen am Ende der Hochkonjunktur 1925 hätten ein Ansteigen der saisonbereinigten Kurve des Krankenstandes vor der Saisonkurve zur Folge. Die Korrelationen sind jedoch so gering, daß man einen bestimmenden Einfluß der Konjunktur auf den Krankenstand anhand einzelner ihrer Symptome kaum zu begründen vermag.

²⁾ Bei dem daraufhin (nach den Geschäftsberichten) untersuchten Material der Berliner Allgemeinen Ortskrankenkasse stellte sich heraus, daß in den drei Jahren, die dem Krisenjahr 1930 vorangehen, die epidemischen Krankheiten die erste Stelle einnehmen. 1930 sind die Krankheiten der Verdauungsorgane, des Nervensystems mit einer auffallenden relativen Zunahme an die erste Stelle gerückt, während Erkrankungen der Atmungsorgane, Haut- und Geschlechtskrankheiten eine geringe Abnahme aufweisen und Erkrankungen der Kreislauf- und Bewegungsorgane ungefähr gleich geblieben sind. Die Zunahme der Krankheiten der Verdauungsorgane und des Nervensystems kann in ihrer objektiven Bestimmtheit durch konjunkturrempfindliche Elemente der sozialen Lage mit der kritischen Konjunkturphase in Zusammenhang gebracht werden.