

Mitteilung über Krankenkassenstatistik

Von Dr. *Eduard Niederer*,
Adjunkt im Bundesamt für Sozialversicherung

I.

• Im Heft 2 des Jahrganges 1918 unserer Zeitschrift erschien eine Arbeit von Rob. Julliard, welche die Verhältnisse bei unsern Krankenkassen in den drei ersten Kriegsjahren behandelte ¹⁾. Die Arbeit gründete sich auf eine Erhebung, die gegen 300.000 Versicherte umfasste. Es wurde nachgewiesen, dass einige Kassen in den ersten Monaten von 1914 einen Mitgliederrückgang aufwiesen, der dann allerdings wieder ausgeglichen wurde. Ausserdem wurde ein Anwachsen der durchschnittlich auf ein Mitglied entfallenden Anzahl Krankentage festgestellt.

Nicht nur Krankenkassenvorstände und Versicherungstechniker, sondern auch weitere Kreise mag interessieren, wie der weitere Verlauf der Einwirkung des Krieges und der Nachkriegszeit auf unsere Krankenkassen gewesen ist. Eine allgemeine statistische Erhebung wurde zu diesem Zwecke nicht durchgeführt. Es ist auch sehr zu bezweifeln, ob die Kosten und die Mühe einer solchen sich rechtfertigen würden, weil man kaum mehr als ein allgemeines Steigen der Morbidität feststellen könnte und zudem für viele interessante Einzelergebnisse die Möglichkeit der Vergleichbarkeit nicht gegeben wäre. In Ermangelung einer Erhebung möge es gestattet sein, einige Betrachtungen auf Grund des Materials von 4 Kassen anzustellen, nämlich der Krankenkasse für den Kanton Bern, der Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes, der Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins und der Krankenkasse der Maschinenfabrik Rüti. Am 31. Dezember 1926 zählte die Krankenkasse für den Kanton Bern rund 40.000 Mitglieder, die Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes rund 5600 Mitglieder, die Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins rund 4800 Mitglieder und jene der Maschinenfabrik Rüti rund 1300 Mitglieder. Verallgemeinert sollen die Schlüsse nicht werden, die sich aus diesen Betrachtungen ergeben, es wäre dies zu gewagt. Der Zweck, den diese Mitteilung verfolgt, ist lediglich der, die Diskussion anzuregen. Wünsche und Anregungen, wie sie aus dem Kreise der Statistiker erfolgen, finden vielleicht bei den Krankenkassen mehr Gehör, als wenn sie vom grünen Tische herkommen; die Behörden ihrerseits werden eher bereit sein, die Kredite für die Durchführung von Statistiken zu bewilligen,

¹⁾ «Les sociétés de secours mutuels en Suisse pendant les trois premières années de guerre.» (Par Rob. Julliard, à Genève, secrétaire de la Fédération des sociétés de secours mutuels du canton de Genève).

wenn sie von Fachleuten davon überzeugt werden, dass unsere Krankenkassen in der Lage wären, wertvolles sozialstatistisches Material zu beschaffen, dies aber ohne bedeutende Erhöhung ihrer Verwaltungskosten nicht tun können.

II.

Die Terminologie, die in dieser Mitteilung zur Anwendung kommt, ist jene, die von Dr. Bleicher in Frankfurt eingeführt worden ist und die immer mehr in der Literatur verwendet wird ¹⁾. Vier Bezeichnungen sind es, die öfters wiederkehren werden, nämlich durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit, Erkrankungsziffer, durchschnittliche Krankheitsdauer und Krankheitswahrscheinlichkeit. In den Jahresberichten der Krankenkassen, aus denen das statistische Material entnommen werden muss, wird meistens angegeben die Zahl der erkrankten Mitglieder und die Zahl der Krankentage, die auf diese entfallen. Statt der Zahl der Erkrankten, oder ausser dieser, findet man auch die Zahl der Krankheitsfälle. Weil ein Mitglied im Laufe eines Rechnungsjahres mehrmals erkranken kann, ist die Zahl der Krankheitsfälle grösser als die Zahl der erkrankten Mitglieder. Die *durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Em)* gibt an, wie viele Krankheitsfälle auf 100 Mitglieder entfallen. Wird die Zahl der erkrankten Mitglieder auf 100 Mitglieder bezogen, so ist dies die *Erkrankungsziffer (ε)*. Die *Krankheitswahrscheinlichkeit (κ)* wird erhalten durch Division der Krankentage durch die Zahl der Mitglieder; sie gibt also mit andern Worten an, wie viele Krankentage im Durchschnitt auf 1 Mitglied entfallen. Teilt man die Zahl der Krankentage durch die Zahl der Krankheitsfälle, so erhält man als Quotient die *durchschnittliche Krankheitsdauer (Df)*.

III.

In Tabelle I, die mit «Grundwerte der Krankenversicherung» überschrieben ist, sind die Krankheitswahrscheinlichkeiten der genannten vier Krankenkassen enthalten. Weil nicht die Wahrscheinlichkeiten, die sich für die einzelnen Kassen ergeben haben, gegenseitig verglichen werden sollen, sondern nur die zeitliche Entwicklung der Wahrscheinlichkeiten in den Jahren 1912 bis 1926, wurde der bestehenden Unterschiede in der Unterstützungsdauer und der Wartefrist wegen keine Umrechnung vorgenommen. Bei allen Kassen ist eine steigende Tendenz der Krankentage festzustellen, die ihr Maximum 1918, im Grippejahr, erreicht.

Es betrug die *Krankheitswahrscheinlichkeit* des Jahres 1918 gegenüber jener des Jahres 1912 bei der

Krankenkasse des Kantons Bern	158 %
Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes	198 %
Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins	358 %
Krankenkasse der Maschinenfabrik Rüti	217 %

Die *durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit* weist gegenüber 1912 eine ähnliche Steigerung auf. Einzig bei der Krankenkasse des Kantons Bern beträgt sie, jene von 1912 zu 100 % angenommen, 202 %.

¹⁾ *Frankfurter Krankheitstafeln*, in den Beiträgen zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. Neue Folge, 4. Heft, bearbeitet von Dr. H. Bleicher.

Tabelle I.

Grundwerte der Krankenversicherung, ermittelt für die Jahre 1912—1926

Abkürzungen: Krankenkasse für den Kanton Bern = Berner Kant.

Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes . = Typo Kr. K.

Krankenkasse des Schweiz. Kaufmännischen Vereins . . = S. K. V.

Krankenkasse der Maschinenfabrik Rüti = Betriebs-Kr. K.

Jahr	Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Em)			Krankheitswahrscheinlichkeit (κ)				Durchschnittl. Krankheitsdauer (Df)	
	Berner Kant. ¹⁾	Typo Kr. K.	S. K. V.	Berner Kant.	Typo Kr. K.	S. K. V.	Betriebs-Kr. K.	Typo Kr. K.	S. K. V.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1912	23,8	29,9	8,5	9,1	6,5	2,6	8,8	21,8	30,8
1913	25,2	33,0	8,1	9,4	7,0	2,3	10,3	21,2	28,8
1914	23,8	26,1	5,3	8,9	6,7	2,0	11,3	25,7	37,8
1915	26,0	24,9	10,5	10,1	6,2	5,3	13,0	24,7	50,2
1916	26,3	31,2	9,9	9,7	8,5	4,1	11,6	27,2	41,5
1917	26,1	35,6	11,2	9,6	9,5	5,1	13,4	26,6	45,8
1918	48,0	61,4	30,5	14,4	12,9	9,3	19,1	21,0	30,3
1919	26,7	28,9	13,4	9,3	6,8	5,9	13,0	23,6	43,6
1920	26,1	38,1	16,0	9,5	7,8	5,7	13,7	20,6	37,6
1921	21,2	27,7	14,1	8,7	6,2	5,2	14,4	22,3	37,3
1922	24,8	31,9	17,0	9,9	6,9	6,1	15,2	21,5	36,2
1923	21,6	23,0	13,8	9,3	6,5	4,7	11,5	28,1	34,4
1924	23,6	30,0	16,3	9,8	7,9	5,3	15,1	26,2	32,4
1925	24,3	29,2	14,0	10,0	7,7	5,1	12,9	26,3	36,2
1926	23,2	30,8	11,4	9,6	7,4	4,5	13,1	23,9	39,4

Bezeichnungsweise. Nach den Ausführungen in Abschnitt II werden bezeichnet als:
Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit: Die Zahl der Krankheitsfälle auf 100 Mitglieder;
Durchschnittliche Erkrankungsziffer: Die Zahl der auf 100 Mitglieder entfallenden erkrankten Mitglieder;
Krankheitswahrscheinlichkeit: Die durchschnittlich auf ein Mitglied entfallende Zahl von Krankentagen;
Durchschnittliche Krankheitsdauer: Die in Tagen ausgedrückte durchschnittliche Dauer eines Krankheitsfalles.

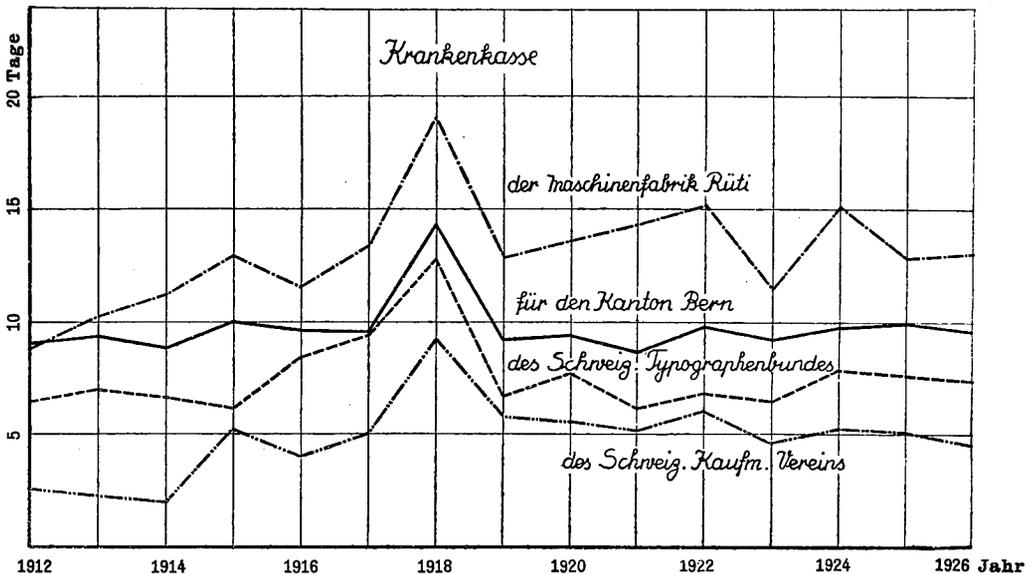
¹⁾ Diese Kasse ermittelt die Erkrankungsziffer, nicht aber die Erkrankungshäufigkeit.

Bemerkenswert ist, dass die *durchschnittliche Krankheitsdauer* abgenommen hatte, sie betrug nur 96% jener des Jahres 1912 bei der Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes und 98% bei jener des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins. Es erklärt sich dies daraus, dass die Grippe, trotz ihrer Häufigkeit, in der Mehrzahl der Fälle nur von kurzer Dauer war.

Der Zusammenstellung ist zu entnehmen, dass, vom Grippejahr abgesehen, die Maxima der Krankheitswahrscheinlichkeit, die während des Krieges zu verzeichnen waren, in der Nachkriegszeit bei der Krankenkasse für den Kanton Bern nahezu erreicht, bei der Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins und bei der Krankenkasse der Maschinenfabrik Rüti sogar überschritten wurden. Was die Ursache dieses Anschwellens war, lässt sich nicht mit Bestimm-

heit sagen. Die Maxima der Nachkriegszeit fallen bei den verschiedenen Kassen nicht in die gleichen Jahre. Die Krankenkasse des Kantons Bern weist das ihre auf im Jahre 1925, die Krankenkasse des Schweizerischen Typographenbundes im Jahre 1924, die Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins und diejenige der Maschinenfabrik Rüti 1922. Zieht man in Betracht, dass in den Jahren 1920, 1922 und 1924 wiederum ein Anschwellen der Grippe registriert wurde, so liegt die Vermutung nahe, dass die hohen Krankheitswahrscheinlichkeiten auf diese zurückzuführen sind. Mehr als eine Vermutung wird man aber kaum aussprechen dürfen, wenn man sich daran erinnert, dass wir in den Jahren 1920 bis 1923 eine grosse Arbeitslosigkeit hatten. Man wird auch berücksichtigen müssen, dass sicher die Morbidität der Krankenkassenmitglieder durch die Arbeitslosigkeit beeinflusst worden ist, insofern, dass bei mangelndem Verdienst die Krankenkasse als Arbeitslosenkasse benützt wurde. Es ist dies eine Klage, die in vielen Krankenkassenberichten wiederkehrt. Bei der Maschinenfabrik Rüti kann die Arbeitslosigkeit keine Rolle gespielt haben, weil sie 1922 bei einem Zuwachs von 209 Mitgliedern nur einen Abgang von 80 Mitgliedern aufgewiesen hat und weil kaum anzunehmen ist, dass zufolge dieser Mutation das Krankheitsrisiko verschlechtert wurde. Aus der statistischen Beilage zur Jahresrechnung der Kasse geht im Gegenteil hervor, dass das Durchschnittsalter sämtlicher Mitglieder von 39,5 Jahren im Jahre 1921 auf 37,4 Jahre im Jahre 1922 gesunken ist. Ob und inwiefern bestehende Arbeitslosenkassen die Ausnützung der Krankenkassen in Zeiten der Arbeitslosigkeit verhüten oder herabzumindern vermögen, dürfte nach längerem Bestehen der durch das Bundesgesetz vom 17. Oktober 1924 ins Leben gerufenen Institutionen nachweisbar sein.

Krankheitswahrscheinlichkeit



Im Ziehen von Schlussfolgerungen aus den Zahlen, die in der Tabelle I enthalten sind, muss man vorsichtig sein. Zu den die Morbidität beeinflussenden Faktoren Grippe und Arbeitslosigkeit treten noch andere hinzu, die nicht ausser acht gelassen werden dürfen, wie z. B. Alterszusammensetzung des Mitgliederbestandes und Rekrutierung des Neuzuwachses der Mitglieder. Es wird sich noch Gelegenheit bieten, zu zeigen, welche besondern Momente in bezug auf den Neuzuwachs in einem Lande mit freiwilliger Krankenversicherung mitspielen. Zu allem hinzu kommt, was schon Westergaard geschrieben hat: «Der Begriff der Krankheit ist ein Proteus, der seine Gestalt verändert, nachdem man kaum glaubt, ihn ergriffen zu haben.» Als Trost für den Statistiker fügt er jedoch hinzu: «Allein, trotz aller Willkür gibt es dennoch gewisse Gesetze, die sich geltend machen und durch welche es möglich wird, die Gesundheitsverhältnisse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu studieren ¹⁾.»

IV.

Bei aller Vorsicht, die bei der Beurteilung von Tabelle I beachtet werden muss, soll doch der Versuch unternommen werden, zu ergründen, ob die durch den Krieg und die Nachkriegszeit bedingten wirtschaftlichen und moralischen Einflüsse, welche bei der Erhöhung der Morbidität zusammengewirkt haben, sich ziffernmässig trennen lassen. War es schon unmöglich, die in Tabelle I enthaltenen

Kr. K. des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins.

Tabelle II.

Altersgruppierung

Jahr	Alter von 19—25		Alter von 26—35		Alter von 36—45		Alter über 45 Jahre		Gesamtzahl der Mitglieder	
	Mit- glieder	in % sämt- licher	Mit- glieder	in % sämt- licher	Mit- glieder	in % sämt- licher	Mit- glieder	in % sämt- licher	absolut	in %
1912 } 1913 }	225	12,4	868	47,6	523	28,7	206	11,3	1822	100
1914	715	23,12	1400	45,26	728	23,54	250	8,08	3093	100
1915	600	19,70	1383	45,36	779	25,56	286	9,38	3048	100
1916	608	19,03	1422	44,51	853	26,70	312	9,76	3195	100
1917	602	18,02	1466	43,88	918	27,48	355	10,62	3341	100
1918	685	19,14	1498	41,86	978	27,33	418	11,67	3579	100
1919	539	14,43	1524	40,79	1144	30,62	529	14,16	3736	100
1920	710	16,63	1718	40,24	1251	29,30	591	13,83	4270	100
1921	594	14,08	1701	40,35	1282	30,41	639	15,16	4216	100
1922	560	12,92	1722	39,72	1361	31,40	692	15,96	4335	100
1923	440	10,19	1717	39,74	1400	32,41	763	17,66	4320	100
1924	560	12,62	1753	39,50	1383	31,17	742	16,71	4438	100
1925	653	14,49	1767	39,19	1365	30,26	724	16,06	4509	100
1926	857	17,99	1854	38,93	1357	28,49	695	14,59	4763	100

¹⁾ Harald Westergaard: Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. Jena 1882.

Angaben auf Grund der gedruckten Jahresberichte von Krankenkassen bei einer grössern Zahl zu erfassen, so muss hier festgestellt werden, dass kaum ein anderer Jahresbericht als jener des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins sich für die Untersuchung eignet. Es handelt sich also hier um eine typische Einzelbeobachtung, die nicht verallgemeinert werden soll. Was ganz besonders hervorgehoben werden muss, ist das, dass bei der Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins eine Altersgliederung sowohl des gesamten Mitgliederbestandes als auch der erkrankten Mitglieder durchgeführt wird. Leider findet man, wo überhaupt eine Altersgliederung geboten wird, eine solche häufig nur bei den Mitgliedern oder nur bei den Patienten. Das letztere trifft z. B. zu bei der Krankenkasse der Maschinenfabrik Rüti, auch bei der Gewerbekrankenkasse in Zürich, die sonst, besonders in ihren frühern Jahresberichten, interessante statistische Untersuchungen bekanntgab.

Was nun die Altersgliederung des Mitgliederbestandes der Krankenkasse des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins anbelangt, so ergibt die Tabelle II, dass zwar eine Alterserhöhung des Mitgliederbestandes gegenüber dem Jahr 1912 stattgefunden hat, dass diese aber nicht sehr erheblich ist und keineswegs allein die erhöhte Morbidität zur Wirkung haben konnte. Es geht dies übrigens auch aus den nachfolgenden Angaben hervor, die sich auf die Altersgruppe 19 bis 25 Jahre beziehen:

Jahr	<i>Em</i>	κ	<i>Df</i>
1912	11,1	3,4	31,0
1916	10,7	4,4	41,0
1918	31,5	9,4	29,7
1920	21,5	6,4	29,5
1921	23,2	11,9	51,3
1922	23,8	9,6	41,7

Es haben in der gleichen Altersgruppe die beiden Werte *Em* und κ zugenommen. Das gleiche liesse sich auch für andere Altersgruppen nachweisen. Wenn auch die durchschnittliche Krankheitsdauer eine steigende Tendenz aufweist, so dürfte dies auf Krankheiten zurückzuführen sein, die während der Grenzbesetzung die Mitglieder befallen haben, oder auch auf die Grippe und ihre Nachwirkungen.

Den Jahresberichten des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins kann entnommen werden, welches die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle ist. Diese sind wie folgt zusammengefasst: 1 bis 18, 19 bis 30, 31 bis 45, 46 bis 60, 61 bis 90, 91 bis 120, 120 bis 180, und 181 bis 365 Tage.

Die Zusammenstellung dieser Angaben vom Jahre 1914 bis 1926 hat ergeben, dass in der Gruppe 1 bis 18 Tage eine Häufung eintritt, wie sie zu erwarten war. Überraschend war jedoch, welche Zunahme der Krankheitsfälle in dieser Gruppe im Verhältnis zu allen andern stattfand. Setzt man die Zahl sämtlicher Krankheitsfälle eines Jahres gleich 100, so entfielen Krankheitsfälle in die Gruppe 1—18 Tage:

1914: 37,0	1920: 51,2
1916: 44,1	1922: 54,5
1918: 49,7	1926: 43,2

Die diesen Krankheitsfällen entsprechende Zahl von Tagen betrug (wobei die Zahl aller Krankheitstage gleich 100 gesetzt wurde):

1914: 11, ₁	1920: 17, ₂
1916: 11, ₅	1922: 18, ₀
1918: 20, ₂	1926: 10, ₆

Bekanntlich dienen Untersuchungen dieser Art der Ermittlung von sogenannten Reduktionsfaktoren. Vergleicht man die allerdings rohen Werte, wie sie sich aus dem Material der Krankenkasse des S. K. V. ergeben, mit jenen, die Prof. Moser seinerzeit aus dem Material der Krankenkasse für den Kanton Bern abgeleitet hat, so ergibt sich folgendes: Bei der Krankenkasse des S. K. V. machen die auf die Gruppe 181—365 entfallenden Krankentage im Minimum 3,₄ % sämtlicher Krankentage aus, im Maximum 32,₇ % und im Durchschnitt der Jahre 1914—1926 19 %. Nach Prof. Moser muss die Prämie, die für die Gewährung eines Krankengeldes während eines ganzen Jahres berechnet wurde, mit 0,₉₂₈ multipliziert werden, um jene für die Unterstützungsdauer von 26 Wochen zu erhalten; sie ist mit andern Worten nur um rund $\frac{1}{10}$ billiger als die Jahresprämie. Wollte man auf die 13jährige Erfahrung bei der Krankenkasse des S. K. V. abstellen, so dürfte man die Prämie für die Unterstützungsdauer 180 Tage um 19 % niedriger ansetzen als jene für die jährliche Unterstützungsdauer. Vor einem solchen Vorgehen wäre aber die Krankenkasse zu warnen. Es würde sich schwer rächen, wenn man auf die Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre mit ihrer grossen Zahl von kurzfristigen Krankheiten abstellen wollte.

Eine wertvolle Ergänzung zu den bereits genannten statistischen Nachweisungen der Krankenkasse des S. K. V. bildet die Krankheitsstatistik. Leider besitzen nur ganz wenige Krankenkassen eine gute Krankheitsstatistik. Es ist dies zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Ärzte sich weigern, den Krankenkassen eine Diagnose zu geben, oder diese dann so allgemein machen, dass nichts damit angefangen werden kann. Selbst den guten Willen der Ärzte vorausgesetzt, bietet die Erteilung brauchbarer und für die Krankheitsstatistik verwendbarer Diagnosen gewisse Schwierigkeiten. Schon in der Untersuchung von Schuler und Burckhardt über die Gesundheitsverhältnisse der Fabrikbevölkerung in der Schweiz, mit besonderer Berücksichtigung des Krankenkassenwesens, die 1889 erschienen ist, wird ausgeführt: «Es zeigt sich überall, dass selbst da, wo genaueste amtliche Vorschriften, Schemata für die Krankheitsform bestehen, die Ausführung je nach der Individualität des einzelnen Arztes eine sehr verschiedene, die Unzuverlässigkeit eine ganz ungleich grosse ist. Wieviel mehr, wo die grössere oder geringere Exaktheit zugleich von mehr oder weniger gutem Willen des Arztes abhängt, der in keiner engern Verbindung mit der Krankenkasse steht.» Andererseits dürfte der Grund für den Verzicht auf die Krankheitsstatistik der sein, dass sich die Kassenorgane bewusst sind, wie zeitraubend und schwierig die Erstellung einer solchen ist. Es darf wohl angenommen werden, dass die Krankenkasse des S. K. V. in ihrem Vertrauensarzt einen guten Berater für ihre Krankheitsstatistik besitzt. Aus dieser wurde ermittelt, welchen prozentualen Anteil die Infektionskrankheiten, einschliesslich der Grippe, im Verlaufe der Jahre 1914 bis 1926 an sämtlichen

Krankheiten hatten. Es hat sich gezeigt, dass die Infektionskrankheiten im Jahre 1914 nur 6,1 % ausmachten, im Jahre 1918 67,1 %. Dann ist der Prozentsatz gesunken, aber niemals unter jenen des Jahres 1914 hinunter. Auf was dies zurückzuführen ist, lässt sich nicht einwandfrei nachweisen. Es ist möglich und sogar anzunehmen, dass die Ärzte seit dem Jahre 1918 auf den Krankenscheinen häufiger die Diagnose Grippe schreiben als vorher. Man darf aber auch die Vermutung aussprechen, dass die Grippe zur Modekrankheit geworden ist, besonders in Zeiten grosser Arbeitslosigkeit. Diese Vermutung wird bestärkt durch die Tatsache, dass

Kr. K. des Schweizerischen Kaufmännischen Vereins.

Tabelle III.

Die Infektionskrankheiten im Verhältnis zu den übrigen Krankheiten,
in den Jahren 1914—1926

Jahr	Sämtliche Krankheiten Zahl der Fälle	Davon Infektionskrankheiten	
		absolute Zahl der Fälle	in % von Kol. 2
1	2	3	4
1914	165	10	6,1
1915	329	25	7,6
1916	329	40	12,2
1917	384	13	3,4
1918	1117	750	67,1
1919	516	166	32,2
1920	713	267	37,4
1921	616	73	11,9
1922	759	302	38,8
1923	615	133	21,6
1924	733	261	35,6
1925	657	164	25,0
1926	585	120	20,5

seitens der Krankenkassen die Krankenkontrolle bei kurzfristigen Krankheiten zu wenig intensiv ist. So sehr dies zu bedauern ist, darf nicht ausser acht gelassen werden, dass eine allzu strenge Krankenkontrolle von vielen Mitgliedern als Schikane empfunden werden dürfte. Diesem Umstand muss bei der Krankenkasse des S. K. V. Rechnung getragen werden. Es spielt hier das Standesbewusstsein der Handelsangestellten keine geringe Rolle.

V.

Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, dass der moralische Faktor in der Krankenversicherung eine grosse Rolle spielt. Einige Ausführungen hierzu mögen gestattet sein unter Benützung von statistischem Material aus den Jahren 1914—1926. In der schönen Arbeit des statistischen Amtes der Stadt Bern über: «Das Krankenkassenwesen in der Stadt Bern» (Bern 1926) wurde treffend nach-

gewiesen, welches Krebsübel die mehrfache Versicherung ist und zu welchen Schädigungen der Krankenkassen sie führt. Als Ergänzung dazu seien einige Angaben aus den Jahresberichten der Gewerbekrankenkasse Zürich erwähnt. Diese Krankenkasse gliedert die Mitglieder nach Berufen. Es wurden nur solche Berufe herausgegriffen, die Bestände aufweisen, bei denen das Gesetz der grossen Zahl noch wirksam ist. Dabei zeigte sich folgendes: Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit betrug in Prozenten für

	Städtische Angestellte	Maurer	Handlanger	Holzarbeiter
1915	80,2	50,6	56,7	50,0
1918	109,1	91,9	88,3	83,5
1920	111,6	80,0	80,4	51,6
1922	78,4	57,5	58,5	42,5
1926	60,2	51,8	48,6	42,1

Seit dem Jahre 1921 werden in den Berichten der Gewerbekrankenkasse auch die nach Berufen ausgeschiedenen Krankheitstage veröffentlicht. Als Krankheitswahrscheinlichkeiten ergaben sich Anzahl Tage für

	Städtische Angestellte	Maurer	Handlanger	Holzarbeiter
1921	14,5	16,6	15,6	12,3
1922	16,9	14,0	11,1	12,3
1923	14,5	11,0	10,4	8,4
1924	15,9	11,6	15,3	13,1
1925	15,5	11,2	10,1	12,7
1926	14,3	11,4	9,2	11,0

Da die Gewerbekrankenkasse ausschliesslich das Baugewerbe umfasst, die Arbeitslosigkeit sich somit bei allen aufgeführten Berufen in gleichem Masse geltend machte, so können die Differenzen der oben angeführten Zahlenreihe nur auf die Verschiedenheit des Risikos oder das subjektive Sich-Krank-Fühlen des Mitgliedes zurückzuführen sein. Mit Recht sagt Prinzing in seiner «Medizinischen Statistik»: «Die Bedeutung der Krankheit liegt nicht allein in der Schwere der Erkrankung, sondern auch in der Grösse des Krankheitsgefühls und in dem Grade der Widerstandsfähigkeit des einzelnen gegen Schmerz und unangenehme Empfindungen überhaupt. So finden wir Männer, die mit Rippenbrüchen die ganze Zeit über bis zur Heilung anstrengenden Berufen nachgehen, oder Schwindsüchtige, die fast bis zum letzten Atemzuge ihre tägliche Arbeit verrichten, während andererseits Individuen schon mit leichten Quetschungen oder mit einfachen Bronchialkatarrhen bettlägerig werden ¹⁾.»

¹⁾ F. Prinzing, Medizinische Statistik, Jena 1906.

Oft wird nach Zahlenmaterial gefragt, das klipp und klar den Beweis dafür liefert, dass die höhere Morbidität nicht nur bei der Doppelversicherung, sondern auch bei der Versicherung für verschieden hohe Krankengelder ein und derselben Krankenkasse vorhanden ist. Bei der Beschaffung solchen Materials ist grosse Vorsicht am Platze, wenn man nicht zu Trugschlüssen gelangen will. Man muss sich vergewissern, ob in den verschiedenen Klassen Männer und Frauen versichert sind. Dies wird meistens möglich sein. Über die Alterszusammensetzung der betreffenden Klassen ist man jedoch im allgemeinen nicht orientiert. Aus den Jahresberichten der Krankenkasse für den Kanton Bern lassen sich zu dieser Frage einige ziffernmässige Angaben entnehmen. Diese Kasse führte im Jahre 1911 drei verschiedene Krankengeldklassen, hat deren Zahl dann 1914 auf fünf und 1921 auf sieben erhöht. Den weiblichen Mitgliedern wird der Zutritt bis zur 3. Klasse gestattet. Die nach Geschlechtern gesonderte Angabe der Mitglieder wird erst seit dem Jahre 1916 gegeben. Um auch hier wieder Zahlenmaterial zu verwerten, bei dem das Gesetz der grossen Zahlen einigermaßen spielt, werden nur die drei untersten Klassen berücksichtigt. Zurzeit besteht die Möglichkeit, sich in der I. Klasse für ein Krankengeld von Fr. 1, in der zweiten für ein solches von Fr. 2 und in der dritten für ein solches von Fr. 3 zu versichern. Im Jahre 1911 waren versichert in der I. Klasse rund 13.800, in der II. Klasse rund 3300 und in der III. Klasse rund 500 Mitglieder.

Die Erkrankungsziffer betrug in Prozenten in der

	I. Klasse	II. Klasse	III. Klasse
1911	23,0	32,2	30,1
1914	21,1	29,1	31,1
1918	40,4	56,0	62,2
1922	22,2	25,4	27,8
1926	19,6	22,8	25,8

Als Krankheitswahrscheinlichkeit (ohne Berücksichtigung des Wochenbettes) ergaben sich Tage für die

	I. Klasse	II. Klasse	III. Klasse
1911	9,1	11,3	7,4
1914	8,4	10,1	9,0
1918	12,5	16,7	17,8
1922	10,4	10,0	9,3
1926	9,8	9,5	9,8

Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Mitgliedern in diesen drei Klassen war folgendes:

	I. Klasse		II. Klasse		III. Klasse	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1918 . .	11.119	4449	5612	2811	2751	393
1922 . .	8.187	3971	7200	4753	3951	1993
1926 . .	6.419	3547	8068	6850	5161	4591

Es waren somit von je 100 Mitgliedern der drei Versicherungsklassen weibliche Mitglieder in der

	I. Klasse	II. Klasse	III. Klasse
1918	40 %	50 %	14,3 %
1922	48 %	66 %	50,4 %
1926	55,3 %	85 %	89,0 %

Die bemerkenswerten Änderungen, die durch das Zuströmen weiblicher Mitglieder in der II. und III. Klasse eingetreten sind, lassen die Erhöhung der Krankheitswahrscheinlichkeit in diesen Klassen verständlich erscheinen. Berücksichtigt man jedoch, dass die weiblichen Mitglieder im Verhältnis zu den männlichen weniger krank sind, so muss angenommen werden, dass die erhöhte Erkrankungsziffer auf eine stärkere Inanspruchnahme der II. und III. Klasse durch die männlichen Mitglieder zurückzuführen ist.

Das Material der Krankenkasse für den Kanton Bern bietet die Möglichkeit, Untersuchungen darüber anzustellen, wie es sich mit der Erkrankungsziffer und der Krankheitswahrscheinlichkeit in städtischen und ländlichen Gegenden verhält. Die Sektionen der Städte Bern, Biel und Thun wurden zu diesem Zwecke den übrigen Sektionen der Krankenkasse gegenübergestellt. In bezug auf die Erkrankungsziffer ergab sich folgendes:

	Männer		Frauen	
	Städte	Land	Städte	Land
1917	28,6	26,8	21,6	21,5
1918	47,2	50,4	38,7	43,9
1920	29,8	26,6	24,7	23,2
1922	27,4	25,5	23,3	22,8
1926	22,8	24,3	22,8	20,9

Die Krankheitswahrscheinlichkeit betrug für

	Männer		Frauen	
	Städte	Land	Städte	Land
1917	11,4	8,9	12,8	9,9
1918	15,6	14,2	16,4	13,9
1920	9,9	8,9	9,3	10,8
1922	11,1	9,0	13,2	10,8
1926	8,9	9,1	11,9	10,1

Diese Zahlen bestätigen im grossen und ganzen, dass sowohl die Erkrankungsziffer als auch die Krankheitswahrscheinlichkeit bei Krankenkassen in der Stadt höher ist als auf dem Land. Es gibt jedoch zu denken, dass in den Jahren 1918 und 1926 Abweichungen davon vorkamen bei der Erkrankungsziffer und im Jahre 1926 sogar bei der Krankheitswahrscheinlichkeit. Zwei Gründe können

dafür massgebend sein: entweder sind es die unselbständig Erwerbenden, die zwar in der Stadt arbeiten, aber auf dem Land wohnen, welche die erhöhte Morbidität bedingen, oder es sind Personen, die sich kränklich fühlen und erst dann der Kasse beitreten. Es mag in diesem Zusammenhang interessieren, wie sich der Mitgliederzuwachs in den Städten und auf dem Lande gestaltet hat. Nimmt man den Mitgliederbestand von 1917 zu 100 an, so ergeben sich folgende relative Zahlen:

	Männer	Frauen
Stadt	107,5	197
Land	121,4	230

Es ist also vor allem das Land, aus dem sich der Mitgliederzuwachs der Krankenkasse für den Kanton Bern ergibt. Die Zahlen zeigen auch die an und für sich erfreuliche Tatsache, dass der Wert, den die Krankenversicherung für die Frauen hat, immer mehr anerkannt wird. Nach dieser Feststellung mag interessieren, wie sich die Belastung der Krankenkasse durch das Wochenbett in städtischen und ländlichen Verhältnissen auswirkt. Die Resultate der Untersuchung sind in der Tabelle IV zusammengestellt. Die «Wochenbetthäufigkeit» auf dem Lande war demnach im Jahre 1926 das Zweieinhalbfache jener in den Städten. Verteilt man die Wochenbett-Tage auf sämtliche weibliche Mitglieder — die Kasse zählt als Krankengeldkasse nur solche über 14 Jahre — so ergibt dies für das Jahr 1926 für die Städte 1,85 und für das Land 4,29 Tage.

Kr. K. für den Kanton Bern.

Tabelle IV.

Die Belastung durch das Wochenbett in städtischen und ländlichen Sektionen

Jahr	Auf 100 weibliche Mitglieder (über 14 Jahre) entfallen Wochenbette		Auf ein weibliches Mitglied (über 14 Jahre) entfallen Wochenbett-Tage	
	Stadt	Land	Stadt	Land
1917	4,6	10,5	1,9	4,4
1918	3,9	11,3	1,7	4,7
1919	4,5	11,1	1,9	4,7
1920	5,5	12,9	2,3	5,4
1921	4,8	13,1	2,0	5,5
1922	5,8	11,7	2,4	5,0
1923	5,6	11,8	2,4	5,0
1924	5,4	11,5	2,3	4,8
1925	5,3	11,4	2,2	4,8
1926	4,4	10,2	1,9	4,3

Zählt man diese Wochenbett-Tage zu jenen hinzu, die auf vorstehender Seite (Krankheitswahrscheinlichkeit) erwähnt sind, so ergeben sich für die weiblichen

Mitglieder auf dem Lande höhere Krankheitswahrscheinlichkeiten als für solche in der Stadt ¹⁾).

Die Unterschiede in der Wochenbetthäufigkeit zwischen Stadt und Land müssen noch von einem andern Gesichtswinkel aus betrachtet werden. Von Dr. Wyler sind in seiner Arbeit «Die Geburtenhäufigkeit in der Schweiz»²⁾ Angaben über die eheliche Fruchtbarkeit in Stadt und Land enthalten. Für Städte «überhaupt» gibt er für 1920 die Ziffer 96 und für die übrige Schweiz 178 an. Die entsprechenden Zahlen für den Kanton Bern sind 113 für die in unserer Statistik zusammengefassten Städte und 191 für den übrigen Kanton. Ein Vergleich dieser Fruchtbarkeitsziffern mit der berechneten Wochenbetthäufigkeit ist zwar nicht ganz korrekt, indem bei der Krankenkasse des Kantons Bern auch die unehelichen Geburten berücksichtigt sind und die Verhältniszahl auf sämtliche weibliche Mitglieder über 14 Jahre bezogen wurde. Mangels einer andern Vergleichsziffer mag es gestattet sein, sich dieser zu bedienen. Der Vergleich ergibt, dass das Verhältnis zwischen Stadt und Land nach den Ergebnissen bei der Krankenkasse für den Kanton Bern für die Städte ungünstiger ist, als es sein sollte. Ist die Wochenbetthäufigkeit bei der Krankenkasse für den Kanton Bern an und für sich schon grösser als jene der weiblichen Bevölkerung des Kantons, so trifft dies bei den Landsektionen dieser Krankenkasse noch in erhöhtem Masse zu. Es muss angenommen werden, dass diese Landsektionen gegenüber den Stadtsektionen unter den weiblichen Mitgliedern einen höhern Prozentsatz Verheirateter aufweisen. Der Vorteil, den die Krankenversicherung der Frau bietet, wird vermutlich besonders auf dem Lande im Hinblick auf die Wochenbettleistungen beurteilt. Es ist dies ein Ergebnis der Untersuchung, welches verdient, bei andern Kassen nachgeprüft zu werden. Wird die ausgesprochene Vermutung bestätigt, dann wird sie bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes sowohl im allgemeinen als auch speziell im Hinblick auf die Prüfung der Frage, ob die Krankenversicherung obligatorisch zu erklären ist oder nicht, berücksichtigt werden müssen.

VI.

Es mag auffallen, dass in den vorstehenden Darlegungen lediglich die Verhältnisse von Krankengeldkassen berücksichtigt wurden. Es ist dies auch der Fall bei der Aufstellung von Krankheitsordnungen, denen die Krankentage mit gänzlicher Erwerbsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. In der Krankenpflegeversicherung lässt sich die Zahl der Krankentage, sofern es sich nicht um den Aufenthalt in Kur- und Heilanstalten handelt, nicht leicht und einwandfrei berechnen. Es gibt zwar Krankenkassen, welche auch in der Krankenpflegeversicherungsstatistik Krankentage aufführen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung

¹⁾ Das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 verpflichtet die Krankenkassen, das Wochenbett der versicherten Krankheit gleichzustellen, so dass es gerechtfertigt erscheinen mag, die Ziffer, die sich als Summe der Krankheitswahrscheinlichkeit und Wochenbett-Tage ergibt, auch als Krankheitswahrscheinlichkeit zu bezeichnen. Selbstverständlich ist in Ergänzung dazu immer anzugeben, ob das Wochenbett mitberücksichtigt ist oder nicht.

²⁾ Erschienen in der Schweizerischen Zeitschrift für Gesundheitspflege und Archiv für soziale Fürsorge, 4. Heft, VII. Jahrgang, 1927, S. 378 ff.

verpflichtet sie sogar, diese Tage zu erfassen, indem es den Kassen eine minimale Unterstützungsdauer vorschreibt. Die Schwierigkeit, welche die richtige Erfassung der Krankentage bei solchen Krankheiten mit sich bringt, die keine Arbeitsunfähigkeit bedingen, veranlasste jedoch das Bundesamt für Sozialversicherung, den Krankenkassen einen Modus anzugeben, der gestattet, aus den Krankenpflegekosten die Zahl der Krankentage zu bestimmen.

Die grossen Krankenpflegekassen benützen als Grundwerte die Quotienten, die sich ergeben aus der Zahl der ärztlichen Besuche, der Konsultationen, der sogenannten Extraleistungen (besondere Positionen der kantonalen ärztlichen Tarife), der Spitaltage, der Rezepte, geteilt durch die Zahl der Mitglieder. Besondere Systeme haben sich herausgebildet, um die Tätigkeit der Ärzte zu überwachen. Durch Ständeorganisationen (z. B. die Medizinische Gesellschaft in Basel) oder paritätische Kommissionen (z. B. Kanton St. Gallen) werden die Rechnungen der Ärzte überprüft und unter Umständen gekürzt. Gestützt auf die erwähnten Grundwerte liessen sich ebenfalls recht interessante Schlüsse ziehen für einzelne Kassen. Zu Vergleichen zwischen verschiedenen Kassen sind die in den Jahresberichten erscheinenden statistischen Angaben aber noch wenig geeignet, weil die Behandlung der Extraleistungen in den verschiedenen kantonalen ärztlichen Tarifen stark voneinander abweichen.

Wünschenswert wäre es, einen oder für die verschiedenen Verhältnisse verschiedene Umrechnungsfaktoren zu ermitteln, aus denen man durch Multiplikation mit der massgebenden Zahl von Krankheitstagen die Kosten der Krankenpflegeversicherung ermitteln könnte. Wenn dies zurzeit noch nicht möglich ist, so ist es darauf zurückzuführen, dass man über das Verhältnis der Krankenpflegekosten für Tage mit und ohne Arbeitsfähigkeit zu wenig orientiert ist.

VII.

So anerkennenswert es ist, was die in den vorstehenden Abschnitten erwähnten Krankenkassen an statistischem Material ausbeuten, so muss doch der Wahrheit zuliebe erwähnt werden, dass nur ein geringer Bruchteil von Krankenkassen dies tut. Wer die zahlreichen Jahresberichte unserer Krankenkassen durchsieht, der legt manchen enttäuscht beiseite. Durch das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung ist immerhin schon etwas erreicht worden, und dies darf nicht gering gewertet werden: nämlich eine einheitliche Ablegung der Betriebsrechnung und Aufstellung des Vermögensausweises. In Ausführung der ihm übertragenen Kompetenz, Anordnungen über die Rechnungsausweise der Krankenkassen zu erlassen, hat der Bundesrat den dem Bundesgesetz unterstellten Krankenkassen (den sogenannten «anerkannten») besondere Schema vorgeschrieben. Von den nicht anerkannten Krankenkassen erstellen jene, die dem Konkordat schweizerischer Krankenkassen bzw. einem Unterverband angeschlossen sind, ihre Betriebsrechnungen nach gleichen Grundsätzen.

Eine Bestimmung, welche die Krankenkassen ausdrücklich zur Einlieferung statistischer Angaben verpflichtet, fehlt im Bundesgesetz. Der Art. 3 desselben, der von den Krankenkassen Sicherheit dafür verlangt, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können, schliesst auch die Einlieferung von statistischem

Material in sich. Vom Bundesamt für Sozialversicherung sind verschiedene Versuche unternommen worden, um Grundlagen für die Morbiditätsstatistik zu erhalten. Vorläufig musste auf die Verwirklichung verzichtet werden. Das zurzeit im Gebrauch befindliche Formular, das sämtlichen anerkannten Krankenkassen zugestellt wird, sieht folgende Angaben vor:

I. In der Krankenpflegeversicherung

Getrennt für Männer, Frauen und Kinder:

1. Zahl der Versicherten am 1. Januar und am 31. Dezember des Rechnungsjahres.
2. Zahl der Erkrankungsfälle (ohne Wochenbett).
3. Zahl der Wochenbetten.
4. Zahl der auf die Spitaltage entfallenden Krankentage.
5. Zahl der auf die übrige Heilanstaltspflege entfallenden Krankentage.

Für die Versicherungskosten ist im Erhebungsformular nachfolgende Gliederung vorgesehen (getrennt für Männer, Frauen und Kinder):

1. Wartegelder an Ärzte, Hebammen, Pflegepersonal.
2. Hauskrankenpflege und Kurpflege:
 - a) Arztkosten (ohne Wartegeld),
 - b) bei Wochenbetten: Hebammenkosten (ohne Wartegeld),
 - c) Arzneikosten,
 - d) andere Heilmittel,
 - e) Arzt- und Arzneikosten, soweit unter a und c nicht ausgeschieden.
3. Heilanstaltspflege:
 - a) Spitalpflege (in öffentlichen und privaten Spitälern),
 - aa) Arzt-, Arznei- und Verpflegungskosten (nur soweit vom Spital keine Ausscheidung vorgenommen wird),
 - bb) Arzt- und Arzneikosten,
 - cc) Verpflegungskosten (Unterkunft und Verköstigung),
 - b) Übrige Heilanstaltspflege (in Sanatorien, Bädern, Kuranstalten usw.).
4. Transportkosten:
 - a) nach Heilanstalten,
 - b) übrige.

II. In der Krankengeldversicherung

Ausgeschieden für Männer und Frauen:

1. Zahl der versicherten Mitglieder am 1. Januar und 31. Dezember des Rechnungsjahres.
2. Zahl der erkrankten Mitglieder bzw. der Wochenbetten.
3. Zahl der Erkrankungsfälle.
4. Zahl der unterstützten Krankentage.
5. Zahl der als «Wartefrist» nicht unterstützten Tage.
6. Zahl der unterstützten Krankentage, aufgeteilt nach Hausbehandlung, Kur-aufenthalt und Heilanstaltsbehandlung.
7. Betrag des für Wochenbetten ausbezahlten Krankengeldes.
8. Betrag der ausbezahlten Stillgelder.

Leider werden diese Angaben nur von einem Teil der Krankenkassen geliefert. Grosse Krankenpflegekassen, darunter die grösste Krankenkasse der Schweiz, glauben die Kosten nicht verantworten zu dürfen, welche die Ermittlung der genannten Angaben erfordern würde.

Das Bundesamt für Sozialversicherung musste es nach Erstellung der Mortalitätstafel des eidgenössischen statistischen Bureaus auf Grund der Volkszählung 1920 als kaum zu verantwortenden Mangel empfinden, keine nach dem Alter der Versicherten ausgeschiedenen Angaben zu erhalten und nach 14jährigem Bestehen immer noch ausserstande zu sein, eine eigene Morbiditätstafel aufstellen zu können. Grundlagen zur Krankenversicherung, die Dr. Wyss, Mathematiker der eidgenössischen Versicherungskasse, berechnet hat, unter Benützung der von Prof. Dr. Moser ermittelten Krankheitshäufigkeiten, haben ergeben, dass die Prämien der Krankenversicherung rein nur zufolge der neuen Sterbetafel bedeutend höher angesetzt werden müssen. Es gilt aber auch die Verhältnisse in der Krankenpflegeversicherung in Beziehung zum Alter zu untersuchen. Zu diesem Zwecke wird nun bei zwei grossen Krankenkassen (der Krankenkasse für den Kanton Bern und der Christlich-sozialen Krankenkasse der Schweiz) sowie einigen grössern sanktgallischen Gemeindekrankenkassen eine Erhebung mittels Individualkarten durchgeführt, die sich auf 5 Jahre erstreckt. Leider war es nicht möglich, eine grosse Betriebskrankenkasse zur Mitwirkung bei dieser Statistik zu veranlassen. Bereits ist die Erhebung im Gange, die gegen 150.000 Krankenkassenmitglieder erfasst. Die Durchführung dieser Erhebung mit Hilfe von Bundesmitteln scheint zurzeit der einzig gangbare Weg zu sein, um zu einer den berechtigten Anforderungen genügenden Krankenkassenstatistik zu gelangen.

Möge diese Erhebung zur Bestätigung des Ausspruches unseres Altmeisters Georg von Mayr werden, dass durch die Sozialversicherungsgesetzgebung «ein dauernd fliessender Quell sozialstatistischer Erkenntnis erschlossen ist, welcher mit dem Fortschritt der Gesetzgebung noch weitere Verstärkung erfahren wird.»

Thesen

I. Das den Krankenkassen zur Verfügung stehende oder von ihnen leicht zu beschaffende Tatsachenmaterial wird ungenügend ausgebeutet. In der Hauptsache beschränken sich die Krankenkassen auf administrative Nachweisungen (Rentabilitätsberechnungen) und vernachlässigen die Verarbeitung des Materials in hygienischer, moralischer, sozialpolitischer und versicherungstechnischer Hinsicht.

Die Krankheitsstatistik stösst zum Teil auf den Widerstand der Ärzte, indem sie die Diagnose verweigern. Erwünscht wäre die Schlussdiagnose. — Eine Krankheitsstatistik bei den Krankenkassen lässt Schlüsse auf den Krankheitszustand der Bevölkerung zu. Wertvoll ist sie auch beim Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Statistische Angaben über die Zahl der Krankheitsfälle und die Dauer der Krankheiten lassen bei richtiger Würdigung der wirtschaftlichen Verhältnisse Schlüsse auf die Moral der Krankenkassenmitglieder zu. Für die Beurteilung der ökonomischen Lage der Krankenkassen sind sie unentbehrlich. An Wert gewinnen diese Angaben, wenn sie nach Alter und Geschlecht auseinandergelassen werden.

Liegen Angaben über den individuellen Beruf, am zweckmässigsten in Verbindung mit dem Anstellungsverhältnis, vor, so lassen sich wertvolle Schlüsse in sozialhygienischer und -politischer Hinsicht ziehen.

Eine Verwertung des bei den Krankenkassen vorhandenen Tatsachenmaterials, in Kombination mit dem Alter, ist die Voraussetzung für die technisch richtige Fundierung der Krankenkassen. Die Änderungen, welche der Krieg und die Nachkriegszeit in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung und in wirtschaftlicher Beziehung brachten, fordern zwingend die Erstellung neuer Morbiditätstafeln.

Der Wert der Statistik unserer schweizerischen Krankenkassen würde erhöht, wenn sie sich dafür des vom Bundesamt für Sozialversicherung erstellten Erhebungsformulars bedienen würden.

II. Beim Vergleich der statistischen Nachweisungen verschiedener Krankenkassen sind die Unterschiede der statutarischen Bestimmungen gebührend zu berücksichtigen (z. B. Aufnahmebedingungen, Umfang der Leistungen in der Krankenpflegeversicherung, Höhe des Krankengeldes, Wartefrist und Karenzzeit, Unterstützungsdauer usw.), die Zusammensetzung des Mitgliederbestandes nach Alter und Geschlecht, sowie die Durchführung der Krankenkontrolle. Allgemein ist Rücksicht zu nehmen auf die Tarife von Ärzten und Apothekern, sowie Spitätern und Heilanstalten, insbesondere auch auf abgeschlossene Verträge.
