

Die englische obligatorische Krankenversicherung

Eine Studie zum Finanzhaushalt von Versicherungskassen¹⁾

Von Dr. jur. *H. F. Moser*, Fürsprecher, Bern

Das Vereinigte Königreich hat in den beiden vergangenen Jahrzehnten eine ausgedehnte obligatorische Versicherung für Personen eingeführt, die ihren Lebensunterhalt in unselbständiger Stellung verdienen. Die unselbständig Erwerbenden sind versichert gegen die Folgen von Krankheit, Arbeitslosigkeit, hohem Alter und frühzeitigem Tod, welcher Frau und Kinder ihres Ernährers beraubt. Aus diesem weiten Gebiet der Versicherung haben wir einzig die Krankenversicherung, insbesondere deren finanziellen Aufbau, zum Gegenstand unserer Untersuchungen gewählt. Im ersten Abschnitt sollen kurz die Grundzüge der obligatorischen Krankenversicherung, im zweiten das versicherte Risiko, die Sicherheitsreserven und das Eintrittsdefizit, und im dritten schliesslich die Bilanzen der anerkannten Krankenkassen zur Sprache kommen.

1. Abschnitt

Die Grundzüge der obligatorischen Krankenversicherung

Das ursprüngliche Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung stammt aus dem Jahre 1911. Obgleich es in mancher Beziehung abgeändert und ergänzt worden ist, so sind doch seine Hauptlinien unangetastet geblieben²⁾. Die Grundzüge der Krankenversicherung lassen sich in 4 Unterabschnitte einteilen: den Kreis der Versicherten, die Versicherungsleistungen, die Aufbringung der Mittel und die Verwaltung.

1. Unterabschnitt

Der Kreis der Versicherten

Die Krankenversicherung, wie in der Hauptsache auch die Arbeitslosen- und Alters-, Witwen- und Waisenversicherung, ist obligatorisch für alle Personen, Männer und Frauen, zwischen dem 16. und 65. Altersjahr, die in einem Lehrlings-

¹⁾ Angesichts der zunehmenden Bedeutung der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz dürfte diese Darstellung besonderes Interesse finden. Der Redaktor.

²⁾ Sämtliche Erlasse sind zusammengefasst in: *The Statutes, Regulations and Orders relating to National Health Insurance*. His Majesty's Stationary Office. London 1929.

oder Dienstverhältnis stehen, und zwar für Handarbeiter (manual workers) ohne Rücksicht auf die Höhe des Lohnes und für andere unselbständig Erwerbende nur bis zu einem Jahreslohn von höchstens £ 250. Gewisse Gruppen von Personen, für die schon anderwärts Fürsorge gegen Krankheit getroffen ist, wie die Arbeiter und Angestellten der Krone, sind von der Versicherung ausgenommen, und Personen, die für ihren Lebensunterhalt nicht auf den Ertrag ihrer Arbeit angewiesen sind, können erklären, dass sie nicht versichert zu sein wünschen. Versicherte, bei denen die Voraussetzungen für die obligatorische Versicherung wegfallen, können als freiwillige Versicherte weiterhin versichert bleiben. Über 15 Millionen Personen, wovon $\frac{1}{3}$ Frauen, das ist etwas mehr als $\frac{1}{3}$ der ganzen Bevölkerung Grossbritanniens und Nordirlands, sind gegenwärtig nach dem staatlichen Versicherungsgesetz gegen Krankheit versichert.

2. Unterabschnitt

Die Versicherungsleistungen

Die gesetzlichen Versicherungsleistungen sind Kranken- und Invalidengelder, Mutterschaftsgelder, ärztliche Verpflegung und Arzneimittel.

a) Das Krankengeld (sickness benefit) beträgt in der Woche für einen männlichen Versicherten 15 s. und für einen weiblichen 12 s. Für die 3 ersten Tage der Krankheit wird keine Entschädigung ausgerichtet. Nach den ersten 26 Krankentagen erhalten die Versicherten nur noch ein herabgesetztes Krankengeld, das Invalidengeld (disablement benefit), von 7 s. 6 d. (Männer und Frauen), und zwar solange, als die Unfähigkeit zu arbeiten andauert, höchstens aber bis zum 65. Altersjahr, da von diesem Zeitpunkt an die Versicherten in den Genuss einer Alterspension (von wöchentlich 10 s.) kommen. Wird ein Versicherter innerhalb eines Jahres seit der letzten Krankheit wiederum krank, so gilt die neue Arbeitsunfähigkeit als Fortsetzung der ersten. Soweit dem Versicherten für seine Arbeitsunfähigkeit ein Haftpflichtanspruch gegenüber seinem Arbeitgeber zusteht, hat er kein Recht auf Kranken- oder Invalidengelder. Für Neueintretende bestehen beträchtliche Wartefristen: in den ersten 6 Monaten werden keine Krankengelder ausbezahlt und in den folgenden 18 Monaten nur ein reduziertes. Für die Invalidenversicherung beträgt die Wartefrist 2 Jahre.

b) Das *Mutterschaftsgeld* beläuft sich auf £ 2 für das Wochenbett und kommt jeder versicherten Frau, ob verheiratet oder nicht, zugute, sowie auch der Frau eines versicherten Mannes. Ist Mann und Frau zugleich versichert, so erhält die Frau sowohl das Mutterschaftsgeld ihrer eigenen Versicherung als auch das der Versicherung ihres Mannes, also zusammen £ 4. Die Wartefrist ist 42 Wochen.

c) *Ärztliche Pflege* bedeutet Behandlung durch einen patentierten praktizierenden Arzt. Die ärztliche Pflege umschliesst aber weder Behandlung durch einen Spezialisten noch ärztliche Hilfe oder Beistand einer Hebamme bei Geburt eines Kindes. Die Arzneimittel umfassen auch bestimmte ärztliche Hilfsmittel. Für Arzt und Arzneimittelversicherung (medical benefit) ist keine Wartefrist vorgesehen, und die medizinischen Versicherungsleistungen werden nicht bloss bis zum 65. Altersjahr, sondern auf Lebenszeit ausgerichtet.

d) Neben diesen gesetzlichen oder minimalen Versicherungsleistungen gibt es noch Zusatzversicherungsleistungen (additional benefits), deren Ausrichtung aber von den Geschäftsergebnissen der mit der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung betrauten Krankenkassen abhängt, so dass nicht alle Versicherten in gleichem Masse dieser Leistungen teilhaftig werden. Die Rechnungsüberschüsse der Kassen sind zum Ausbau der Krankenversicherung zu verwenden; die Kassen sind aber frei, die Art dieses Ausbaues selbst zu bestimmen. Gewöhnlich bestehen die Zusatzversicherungsleistungen in der Erhöhung der Kranken-, Invaliden- und Mutterschaftsgelder, sowie der teilweisen Bezahlung der Rechnungen des Augenarztes und Zahnarztes. Zusatzversicherungsleistungen werden nur solchen Versicherten gewährt, die im Zeitpunkt versichert sind, in dem der verteilungsfähige Rechnungsüberschuss festgestellt wird.

Mit der Beendigung der Versicherung hört die Ausrichtung der Versicherungsleistungen nicht sofort auf, sondern erst nach einem Jahr, für Arzt und Arzneimittelversicherung sogar noch später, allerdings unter Umständen nur mit herabgesetztem Kranken-, Invaliden- oder Mutterschaftsgeld. Für versicherte Frauen, die anlässlich ihrer Verheiratung aus der Versicherung herausfallen, ist eine besondere kurze Versicherung vorgesehen, und es ist ihnen nicht gestattet, die Versicherung als freiwillige Versicherte fortzusetzen.

3. Unterabschnitt

Die Aufbringung der Mittel

Die Mittel zur Bestreitung der Versicherungsleistungen werden durch die Arbeitgeber und den Staat aufgebracht. Der Arbeitgeber hat seine Beiträge wöchentlich durch Aufkleben von Versicherungsmarken auf die Versicherungskarte des versicherten Arbeiters zu entrichten, gleichzeitig mit dem Beitrag für die Alters-, Witwen- und Waisenversicherung. Die wöchentliche Versicherungsmarke hat einen Wert von 1 s. 6 d. (für weibliche Versicherte 1 s. 1. d.), wovon 9 d. ($8\frac{1}{2}$ d.) für die Krankenversicherung bestimmt sind. Von diesen 9 d. ($8\frac{1}{2}$ d.) kann der Arbeitgeber vom wöchentlichen Lohn des versicherten Arbeiters, soweit dieser eine bestimmte untere Grenze überschreitet, $4\frac{1}{2}$ d. (4 d.) abziehen. Neben dem Barlohn hat der Arbeitgeber dem Arbeiter periodisch die mit Marken gefüllte Versicherungskarte zu übergeben. Der versicherte Arbeiter schickt die Karte seiner Krankenkasse ein, und dieser wird vom Staat, der die Versicherungsmarken in den Postbureaux verkauft, der Wert der in den eingelangten Versicherungskarten enthaltenen Marken gutgeschrieben.

Ist ein Versicherter krank, so sind, solange die Arbeitsunfähigkeit andauert, für ihn keine Beiträge zu entrichten, ist er dagegen arbeitslos, so hat der Versicherte unter Umständen selbst gewisse Beiträge zu leisten, unterlässt er es, so werden die Versicherungsleistungen mit Ausnahme der medizinischen herabgesetzt.

Der Staat trägt neben seinen eigenen Verwaltungskosten $\frac{2}{9}$ der Ausgaben für Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten der Krankenkassen und Versicherungskomitees (jetzt $\frac{1}{7}$ für Männer und $\frac{1}{5}$ für Frauen). Darüber hinaus liegen ihm noch gewisse andere Leistungen ob.

4. Unterabschnitt

Die Verwaltung der Krankenversicherung

Die Verwaltung der Krankenversicherung wird von den anerkannten Krankenkassen (approved societies), den Versicherungskomitees (insurance committees) und der Staatsverwaltung durchgeführt. Anders als für die Arbeitslosen- und Pensionsversicherung wurden für die Durchführung der Krankenversicherung nicht neue Versicherungsträger geschaffen, sondern schon bestehende Einrichtungen herangezogen, vor allem die Krankenvereine, bei denen bei Einführung der obligatorischen Versicherung bereits über $\frac{1}{3}$ der Versicherten gegen Krankheit versichert war. Das Krankenversicherungsgesetz hat auf der Grundlage des Obligatoriums die Krankenversicherung für die arbeitende Bevölkerung ausgebaut und weitergeführt.

Die in Geld bestehenden Versicherungsleistungen (cash benefits), d. h. alle ausser den medizinischen, werden von den anerkannten Krankenkassen verwaltet, und die medizinischen von lokalen Behörden, den Versicherungskomitees (Insurance Committees). Die Aufsicht über die Ausführung des Gesetzes führen in England und Wales das englische Gesundheitsministerium in London, und in Schottland und Nordirland analoge Behörden. Für das Zusammenarbeiten der Versicherung in allen Ländern des Vereinigten Königreichs amtiert eine gemischte Kommission (Joint Committee).

a) Eine *Krankenkasse*, die an der Ausführung des Krankenversicherungsgesetzes mitwirken will, muss von der Aufsichtsbehörde anerkannt werden. Anerkannt wird jede Kasse, deren Verwaltung ausschliesslich in Händen der Versicherten liegt und deren Rechnungsüberschüsse ausschliesslich den Versicherten zugute kommen.

Um wirklich versichert zu sein, haben die unter das Obligatorium fallenden Personen Mitglied einer anerkannten Kasse zu werden. Die Kassen sind frei, Anmeldungen anzunehmen oder abzuweisen, nur wegen fortgeschrittenen Alters darf keine Aufnahme verweigert werden. Es besteht grosse Mannigfaltigkeit unter den Mitgliederbeständen der einzelnen Kassen: eine Kasse hat nur männliche, die andere nur weibliche Versicherte, eine dritte nur Angehörige eines bestimmten Berufes oder religiösen Bekenntnisses, die eine Kasse hat Mitglieder über das ganze Inselreich, die andere nur in bestimmten Bezirken usw. Es gibt gegenwärtig an die 1000 anerkannte Krankenkassen; davon haben einige sehr viele Zweigkassen, die in finanzieller Hinsicht selbständig sind. Die Gesamtzahl der Kassen betrug Ende 1923 8135. Infolge von Fusionen nimmt die Zahl der Kassen ständig ab. Die kleinste Kasse zählte 1923 43, die grösste 2,300,228 Mitglieder.

Wer sich keiner Kasse anschliessen will oder von keiner Kasse aufgenommen wird, erhält im Krankheitsfall ausser den medizinischen nur soweit Leistungen, als die zu seinen Gunsten einbezahlten Beiträge ausreichen. Eine solche Person ist daher ein blosser Spareinleger (deposit contributor). Für Personen, die wegen ihres schlechten Gesundheitszustandes keine Aufnahme in eine anerkannte Kasse gefunden haben, ist kürzlich eine staatliche Versicherungskasse ins Leben gerufen

worden, um diesen doch wenigstens die vollen gesetzlichen Versicherungsleistungen zukommen zu lassen.

b) Für jede Grafschaft und jeden Grafschaftsflecken besteht ein *Versicherungskomitee*, zusammengesetzt aus Vertretern der Versicherten, der Ärzte und Apotheker und der öffentlichen Verwaltung. Dieses Komitee stellt die Liste der Ärzte und Apotheker des Bezirkes auf, die sich in den Dienst der obligatorischen Krankenversicherung zu stellen wünschen und bestimmt deren Honorare. Jeder Versicherte wählt aus der Liste seinen Arzt mit dessen Zustimmung aus. An diesen Arzt allein hat sich der Versicherte zu wenden, um der ärztlichen Versicherungspflege teilhaftig zu werden. Fast ausnahmslos werden die Ärzte nach der Anzahl der Versicherten honoriert, die sie zu pflegen haben; die Kopfsumme wurde einheitlich festgesetzt und beträgt nach einigem Hin und Her (1926) 9 s. im Jahre. Gegen 15.000 Ärzte und über 10.000 Apotheker besorgen gegenwärtig den medizinischen Dienst der obligatorischen Krankenversicherung.

2. Abschnitt

Der Aufbau des Beitrages

Der wöchentliche Beitrag des Arbeitgebers setzt sich aus 3 Bestandteilen zusammen: dem Versicherungsbeitrag, mit dem Staatsbeitrag zusammen zur Bestreitung der Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten bestimmt, dem Sicherheitszuschlag zur Äufnung von Sicherheitsreserven und dem Tilgungsbeitrag zur Verzinsung und Tilgung der Eintrittsdefizite. Dieser Dreiteilung gemäss gliedert sich der vorliegende Abschnitt in 3 Unterabschnitte: Das versicherte Risiko, die Sicherheitsreserven und das Eintrittsdefizit.

1. Unterabschnitt

Das versicherte Risiko

Es ist das Grundprinzip der Versicherungsäquivalenz, dass jeder Versicherte gerade einen seinem Risiko entsprechenden Beitrag oder Beiträge zu leisten hat, weder mehr noch weniger: Bei Eintritt in die Versicherungskasse muss der Barwert der zu entrichtenden Beiträge gleich gross sein wie der Barwert der künftigen wahrscheinlichen Versicherungsleistungen. Auf Grund der Erfahrung lassen sich diese Werte annäherungsweise bestimmen. Je genauer dies geschehen kann, desto mehr kann dem Versicherungsgedanken Genüge getan werden. Es ist nun praktisch möglich, die Krankenrisiken nach verschiedenen Gesichtspunkten hin abzustufen, so nach dem Geschlecht und nach dem Alter der Versicherten. Die Erfahrung lehrt nämlich, dass männliche und weibliche Versicherte nicht in derselben Masse krank sind und dass mit zunehmendem Alter die Krankenintensität wächst: Die Anzahl der Krankentage nimmt mit jedem Altersjahr (wenigstens etwa von 21. an) beständig zu. So hat man für die englische obligatorische Krankenversicherung festgestellt, dass 16—19jährige (männliche) Versicherte jährlich durchschnittlich $0,7_2$ Wochen arbeitsunfähig sind und dafür Kranken- und Invalidengelder beziehen, 60—64jährige dagegen $3,3_9$ Wochen, was somit nahezu

eine Verfünffachung der Krankheitsintensität bedeutet. Hätten die Jahresbeiträge der Versicherten immer gerade das jeweilige Jahresrisiko zu decken, so müssten die Versicherten mit dem Alter steigende Beiträge leisten; der Beitrag eines alten müsste das Vielfache desjenigen eines jungen Versicherten betragen. Sollen die Versicherten nun nicht steigende, sondern gleichbleibende Beiträge entrichten, so muss dieser gleichbleibende Beitrag ein Durchschnittsbeitrag sein, d. h. ein Beitrag, der in jungen Jahren mehr als das jeweilige Jahresrisiko deckt, in alten dagegen weniger, woraus folgt, dass die Kasse einen Teil der Beiträge junger Versicherter aufbewahren muss, um mit dem Zins dieser Rücklagen zusammen die ungenügenden Beiträge dieser Versicherten im Alter zu ergänzen. Da nun die Krankenintensität mit dem Alter zunimmt, so ist zur Bestimmung des Durchschnittsbeitrages der Zeitpunkt wichtig, in dem ein Versicherter in die Versicherung eintritt und daraus ausscheidet. Je früher die Versicherung beginnt, desto kleiner ist der Durchschnittsbeitrag, ebenso je früher sie erlischt. Daher muss im allgemeinen der Durchschnittsbeitrag um so grösser sein, je grösser die Lebenserwartung der Versicherten ist. Wird die Lebenserwartung aller Versicherten desselben Alters als gleich angenommen, und gibt es ausser dem Tode oder einer für alle Versicherten geltenden einheitlichen Altersgrenze keine andern Beendigungsgründe, so ist der Durchschnittsbeitrag bloss vom Eintrittsalter des Versicherten abhängig.

In der englischen Krankenversicherung werden die Risiken nun nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der Versicherten abgestuft, ferner, namentlich wegen der Mutterschaftsversicherung, noch nach dem Zivilstand der weiblichen Versicherten, was für diese die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit nötig macht, einerseits sich zu verheiraten und als versicherte Frau weiterhin versichert zu bleiben, und andererseits verwitwet zu werden. Neben Geschlecht, Zivilstand und Eintrittsalter werden keine andern Gefahrumstände besonders berücksichtigt, obgleich es deren noch mehr gibt, wie besonders der Gesundheitszustand des Versicherten und sein Beruf. Werden Gefahrumstände nicht berücksichtigt, so heisst das, dass sie für alle Versicherten als gleich betrachtet werden. Namentlich im Hinblick auf den verschiedenen Einfluss der Berufe auf den menschlichen Gesundheitszustand ist diese Annahme eine sehr rohe. Die Folgen davon, dass Versicherte gesunder und ungesunder Berufe dieselben Beiträge bezahlen, zeigen sich in den Geschäftsergebnissen derjenigen Kassen, deren Mitglieder sich hauptsächlich nur aus bestimmten Berufsklassen zusammensetzen.

Die gleichbleibenden Durchschnittsbeiträge, die in der englischen Krankenversicherung zu leisten sind, sind Beiträge, die dem Risiko eines mit 16 Jahren in die Versicherung Eintretenden entsprechen. Da diese Beiträge nun von allen Versicherten schlechthin, gleichgültig in welchem Alter sie sich einer Kasse anschliessen, erhoben werden, so zahlen älter eintretende Versicherte zu geringe Beiträge, Beiträge, die ihr Risiko nicht decken. Die Kassen erleiden daher durch den Eintritt solcher Versicherten einen Verlust, den Eintrittsverlust. Wer für diesen Verlust aufzukommen hat, werden wir im dritten Unterabschnitt sehen.

Indem der Staat für $\frac{2}{9}$ der Versicherungskosten aufkommt, zahlt ein mit 16 Jahren eingetretener Versicherter nicht mehr den vollen, seinem Risiko ent-

sprechenden, sondern bloss mehr einen um $\frac{2}{9}$ kleinern Beitrag. Da die Staatsbeiträge nicht wie die Beiträge der Arbeitgeber als Entgelt für geleistete Arbeit der versicherten Arbeitnehmer und mithin als Leistungen der Versicherten selbst aufgefasst werden können, so sind sie keine eigentlichen Versicherungsbeiträge, sondern Unterstützungen. Die Staatsbeiträge schränken den Versicherungsgedanken zugunsten des Unterstützungsgedankens ein. Indem die Staatsunterstützungen einen festen Bruchteil der Versicherungsleistungen mit Einschluss der Zusatzversicherungsleistungen ausmachen, berücksichtigen sie die Verschiedenheit der versicherten Risiken nicht, für die trotz der Verschiedenheit doch gleiche Beiträge entrichtet werden: Die Staatsbeiträge dienen weder zur Tilgung der Eintrittsverluste, noch zum Ausgleich der Zusatzversicherungsleistungen, die für Kassen, deren Mitglieder sich guter Gesundheit erfreuen, gross und für Kassen, deren Mitglieder häufig und lange krank, natürlich klein ausfallen oder überhaupt gar nicht bestehen. Dass Kassen mit guten und schlechten Risiken vom Staate in gleichem Masse unterstützt werden, ist verwaltungstechnisch zwar einfach, in einem Sozialversicherungssystem gewiss aber ein schwacher Punkt, auf den wir besonders auch hinweisen wollten, weil ihn die königliche Kommission, die 1924 zur Untersuchung der obligatorischen Krankenversicherung eingesetzt wurde, in ihrem im allgemeinen ausgezeichneten und sehr lesenswerten Bericht nicht hervorhebt ¹⁾.

2. Unterabschnitt

Die Sicherheitsreserven

Die gewählten Versicherungsbeiträge sind für Kassen mit schlechten Risiken, wenn im allgemeinen vielleicht auch nicht unzureichend, so doch knapp, so dass diese schwachen Kassen gegen ausserordentliche Ereignisse nicht gewappnet sind. Damit sie nun auch bei Eintritt von unvorhergesehenen Belastungen in der Lage sind, die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten, wird ein Sicherheitszuschlag erhoben, der somit eine Ergänzung des Versicherungsbeitrages ist. Mit dem Sicherheitszuschlag werden zwei Sicherheitsreserven geäufnet: die eine für jede einzelne Kasse, den Contingencies Fund, und die andere für alle Kassen zusammen, den Central Fund.

Sowohl der Central Fund als auch die Contingencies Funds werden vom Ministerium verwaltet. Die Beiträge, die dem Contingencies Fund während einer Bilanzperiode aus den Sicherheitszuschlägen zugeführt werden, bleiben dort bis zur nächsten Bilanzziehung der Kasse. Unmittelbar nach der Bilanzziehung wird der angesammelte Contingencies Fund aufgelöst und der Kasse überwiesen. Weist die aufgestellte Bilanz ein Betriebsdefizit aus, so dient der aufgelöste Contingencies Fund zu dessen Deckung, andernfalls bildet er für die neue Bilanzperiode eine allgemeine Sicherheitsreserve wie ein auf neue Rechnung übertragener Gewinn.

Eine anerkannte Kasse mit Zweigkassen hat nur einen Contingencies Fund, trotzdem jede einzelne Kasse ihre eigene Bilanz erstellt. Kassen mit weniger als

¹⁾ Report of the Royal Commission on National Health Insurance. Cmd. 2596. His Majesty's Stationary Office, London, 1928.

1000 Mitgliedern sind, wenn sie nicht von sich aus ähnliche Vorkehrungen treffen, gegenseitig verpflichtet, einander mit ihren Contingencies Funds aus Betriebsdefiziten zu helfen, eine Vorschrift, die sich ohne weiteres dadurch rechtfertigt, dass diese Kassen wegen ihrer Kleinheit verhältnismässig grösseren Schwankungen in den Geschäftsergebnissen ausgesetzt sind als grosse Kassen.

Soweit ein Betriebsdefizit nicht durch den Contingencies Fund gedeckt wird, kann die Kasse an den Central Fund gelangen, vorausgesetzt, dass das Defizit durch Umstände herbeigeführt wurde, die zu beeinflussen die Kasse keine Macht hatte, wie namentlich grosse Krankenintensität.

Während die Contingencies Funds ausschliesslich aus den Sicherheitszuschlägen der Versicherten gespeisen werden, wird der Central Fund neben den Sicherheitszuschlägen auch aus Staatszuschüssen geäufnet. Er hat heute eine solche Höhe erreicht, dass es nicht als notwendig betrachtet wird, ihm gegenwärtig einen Teil der Sicherheitszuschläge zuzuweisen. Die vollen Sicherheitszuschläge fliessen daher jetzt den Contingencies Funds der einzelnen Kassen zu.

Die Sicherheitszuschläge wurden erst einige Jahre nach dem Bestehen der obligatorischen Krankenversicherung eingeführt, nachdem man gewahr wurde, wie schwierig es für die Kassen wäre, allfällige Defizite ohne Sicherheitsreserven zu decken. Durch die Einführung der Sicherheitszuschläge wurde der Gesamtbeitrag nicht erhöht, sondern nur in seinem Aufbau verändert. Die Sicherheitszuschläge wurden auf Kosten des Beitrages für die Verzinsung und Tilgung des Eintrittsdefizits eingeführt, und zwar mit rückwirkender Kraft auf den Beginn der obligatorischen Versicherung.

3. Unterabschnitt

Das Eintrittsdefizit

Der Eintrittsverlust oder das Eintrittsdefizit (reserve value) entsteht, wie im ersten Unterabschnitt gezeigt, dadurch, dass ein Versicherter seinem Eintrittsalter nach zu geringe Beiträge zu zahlen hat. Zu Beginn der Versicherung ist nach den verwendeten Rechnungsgrundlagen der Barwert seiner künftigen wahrscheinlichen Beiträge nicht gleich, sondern kleiner als der Barwert der Versicherungsleistungen, die er wahrscheinlich erhalten wird. Die Differenz ist der Eintrittsverlust. Der Eintrittsverlust gibt daher den Betrag des Kapitals an, das die Kasse benötigt, um neben den ungenügenden Beiträgen des Versicherten dessen Risiko zu decken.

Da die erhobenen Beiträge die Durchschnittsbeiträge für das Eintrittsalter 16 sind, ist der Eintrittsverlust für dieses Eintrittsalter natürlich null, für das Eintrittsalter 17 beträgt er aber (für einen männlichen Versicherten) schon 10 s., das ist der Betrag, der aus den wöchentlichen Beiträgen des Versicherten zurückgelegt worden wäre, wenn dieser schon ein Jahr früher der Kasse beigetreten wäre. Der Eintrittsverlust steigt mit zunehmendem Eintrittsalter bis zu einem Maximum und nimmt dann ab. Müssten die Kassen bei Beendigung der Mitgliedschaft des Versicherten im 65. Altersjahr nicht ein Kapital im Betrage des Barwertes der künftigen medizinischen Versicherungsleistungen und deren Kosten besitzen, so

würde das Eintrittsdefizit unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Kasse wiederum den Nullpunkt erreicht haben.

Als 1913 die obligatorische Krankenversicherung in Kraft trat, waren sozusagen alle, die Mitglieder einer anerkannten Kasse wurden, über 16 Jahre alt. Die Summe der Eintrittsverluste während der 18 ersten Monate bezifferte sich auf 69½ Millionen oder auf einen Versicherten durchschnittlich über vier Pfund. 1920 wurden die gesetzlichen, in Geld bestehenden Versicherungsleistungen um ungefähr 50 % auf die gegenwärtigen Beträge erhöht. Die Erhöhung der Leistungen ist der Einführung einer neuen Versicherung gleichzustellen. Die daherigen wiederum fast jeden Versicherten treffenden Eintrittsverluste beliefen sich auf 50½ Millionen. Die während des normalen Betriebes entstehenden Eintrittsverluste sind dagegen verhältnismässig gering, da diesfalls die meisten Versicherten mit 16 Jahren versicherungspflichtig werden.

Wer hat nun für die Eintrittsverluste aufzukommen? Würde das Äquivalenzprinzip durchgeführt, so hätte jeder Versicherte den durch seinen Eintritt verursachten Verlust selbst zu decken durch Entrichtung eines entsprechenden Einkaufsgeldes. Diese Lösung war aber ungangbar; sie hätte die meisten Versicherten zu sehr belastet. Wie schon angetönt, trägt der Staat die Eintrittsverluste nicht; sie werden vielmehr der Gesamtheit der Versicherten aufgebürdet. Jeder Versicherte, gleichgültig mit welchem Alter er versichert wird, hat wöchentlich neben dem Versicherungsbeitrag und Sicherheitszuschlag einen Tilgungsbeitrag zu entrichten, der für alle Versicherten gleich gross ist und auch von solchen Versicherten erhoben wird, die selbst keinen Eintrittsverlust verursacht haben. Diese Tilgung der Eintrittsverluste hat eine nationale Abrechnungsstelle entstehen lassen, die die Tilgungsbeiträge der Versicherten zugewiesen erhält und die diese sodann unter die Kassen mit Eintrittsverlusten verteilt.

Auf den ersten Blick mag es sehr anfechtbar erscheinen, dass auch Versicherte ohne Eintrittsverlust zur Tilgung der Eintrittsverluste herangezogen und somit gezwungen werden, andere Versicherte zu unterstützen. Man darf nun aber nicht ausser acht lassen, dass auch der Staat die Krankenversicherung unterstützt. Zieht man nämlich die staatliche Unterstützung in Betracht, so muss doch kein Versicherter insgesamt mehr leisten als seinem Risiko entspricht, indem auch für mit 16 Jahren eintretende Versicherte der Tilgungsbeitrag kleiner ist als der Betrag, den diese Versicherten über den bestehenden Versicherungsbeitrag hinaus zahlen müssten, wenn der Staat die Versicherung nicht unterstützte.

Dass der Staat nicht die Tilgung der Eintrittsverluste übernommen hat, hat seinen Grund vor allem darin, dass der Staat die Krankenversicherung nicht einmalig, sondern stetsfort, solange sie überhaupt besteht, zu unterstützen gedenkt, und zwar immer in demselben Verhältnis.

Sind die Eintrittsverluste einmal durch die Tilgungsbeiträge der Versicherten abgetragen, so werden diese Beiträge frei und sollen sodann zum weiteren Ausbau der Versicherung verwendet werden, wie es das Gesetz (Art. 11) ausdrücklich hervorhebt. Die ganze Regelung der Deckungsfrage kommt so auf dasselbe heraus, wie wenn der Staat die Eintrittsverluste tilgte und, nachdem dies geschehen wäre, seine Zuschüsse zum Ausbau der Versicherung verwendete. Bis zu jenem Zeit-

punkt, oder mit anderen Worten bis zum Wegfall der Tilgungsbeiträge, macht die Staatsunterstützung für einen mit 16 Jahren eingetretenen Versicherten nicht so viel aus wie späterhin.

Würden die Eintrittsverluste sofort mit ihrer Entstehung getilgt, so hätten die Kassen an ihrer Stelle Kapitalanlagen, die Zinsen abwürfen. Die Beiträge und Eintrittsverluste sind so berechnet, als ob nicht nur die aus den Beiträgen angesammelten Deckungskapitalien, sondern auch die Eintrittsverluste sich verzinsen würden. Ohne Berücksichtigung der Zinsen müssten die Beiträge der Versicherten um ungefähr $\frac{1}{4}$ höher sein, als sie nun sind. Es ist daher eine Notwendigkeit, die Eintrittsverluste, soweit sie noch nicht in Kapitalanlagen umgewandelt sind, zu verzinsen. Ohne gebührende Verzinsung müssten die Kassen Betriebsverluste erleiden. Die Tilgungsbeiträge werden denn auch nicht nur zur Tilgung, sondern auch zur Verzinsung der Eintrittsverluste verwendet, ja sogar in erster Linie zur Verzinsung und nur soweit sie noch ausreichen zur Tilgung selbst. Treten einer Kasse nämlich immer neue junge Mitglieder bei, so dass sich ihr Versichertenbestand nicht veraltet, so bedarf die Kasse der Kapitalanlagen, die sie an Stelle der Eintrittsverluste haben sollte, jetzt noch nicht, um ihren Verpflichtungen gegenüber den Versicherten nachzukommen, indem das für alte Versicherte aufgelöste Deckungskapital durch das neu angesammelte Deckungskapital junger Versicherter stets ersetzt wird, so dass die Summe der Deckungskapitalien, d. h. die Kapitalanlagen immer ungefähr denselben Betrag ausmachen. Da die Kassen im allgemeinen auf Neuzuzug von jungen Versicherten rechnen können, eilt daher die Tilgung der Eintrittsverluste nicht so sehr.

Ursprünglich war vorgesehen, dass die Eintrittsverluste ungefähr in 18 Jahren durch die Tilgungsbeiträge der Versicherten zum Verschwinden gebracht werden, doch wurde diese Amortisationsperiode erheblich ausgedehnt, als durch die Einführung der Sicherheitszuschläge die Tilgungsbeiträge geschmälert wurden. Das durch Erhöhung der Versicherungsleistungen verursachte Hinaufschneiden der Eintrittsverluste bedingte wiederum eine Verlängerung der Amortisationsperiode. Die Einführung des Alters-, Witwen- und Waisenversicherungsgesetzes, nach dem nicht erst vom 70., sondern schon vom 65. Altersjahr Alterspensionen ausgerichtet werden, verminderte, da bis dahin für diese fünf Jahre ausser den medizinischen auch die anderen Krankenversicherungsleistungen vorgesehen waren, das erforderliche Deckungskapital der Kassen um ungefähr 37 Millionen Pfund, einen Betrag, der zur Abtragung der noch nicht getilgten Eintrittsdefizite verwendet wurde. Gleichzeitig mit der Herabsetzung der Versicherungsbeiträge (dafür aber Einführung von Versicherungsbeiträgen für die Altersversicherung) wurde auch der Tilgungsbeitrag herabgesetzt, da man es nicht für nötig erachtete, dass die voraussichtlich 1955 zu Ende gehende Tilgungsperiode infolge der erwähnten ausserordentlichen Tilgung verkürzt werde.

Das vorstehend dargelegte Vorgehen zur Tilgung der Eintrittsverluste bezieht sich nur auf solche Eintrittsverluste, die durch Einführung oder Erhöhung der Versicherung verursacht werden. Eintrittsverluste dagegen, die während des ordentlichen Betriebes entstehen, werden aus einem besonderen nationalen Fonds, dem Reserve Suspense Fund, gedeckt. Dieser Fonds wird, wie der Name an-

deutet, dadurch geäufnet, dass ihm die Kassen die Deckungskapitalien von austretenden Mitgliedern zuzuweisen haben. Tritt ein Mitglied von einer Kasse in eine andere über, so geht daher sein Deckungskapital zunächst an den Reserve Suspence Fund und von da an die neue Kasse. Da für einen Übertretenden keine Wartefristen bestehen, ist der Eintrittsverlust (transfer value) für ihn etwas grösser als für einen Versicherten, der sich zum ersten Male einer Kasse anschliesst (reserve value); der Eintrittsverlust wird aber durch das vorhandene Deckungskapital der Versicherten ganz gedeckt. Da im allgemeinen die Deckungskapitalien von Versicherten, die aus dem Obligatorium herausfallen und auf die Weiterführung der Versicherung verzichten, grösser sind als die Eintrittsverluste von Versicherten, die zum ersten Male Mitglied einer Kasse werden, so wird der Reserve Suspence Fund in so reichlichem Masse gespiesen, dass ein Teil davon noch anderweitig verwendet werden kann.

3. Abschnitt

Die Bilanzen der anerkannten Krankenkassen

In diesem Abschnitt sollen zunächst die allgemeinen Bilanzgrundsätze und sodann die Ergebnisse der beiden ersten Bilanzen mit Einschluss der Gewinn- und Verlustquellen besprochen werden und schliesslich noch die auf den gemachten Erfahrungen aufgebauten neuen Rechnungsgrundlagen.

1. Unterabschnitt

Die Bilanzgrundsätze

Die periodische Bilanzziehung der Aktiven und Passiven der anerkannten Kassen bezweckt neben der Überprüfung des finanziellen Aufbaues der Krankenversicherung die Feststellung der Geschäftsüberschüsse und Geschäftsverluste der einzelnen Kassen.

Die Bilanzierung bezieht sich nur auf die zum Versicherungsfonds (Benefit Fund) gehörenden Aktiven und Passiven. Die Aktiven dieses Fonds sind die aus den eingenommenen Versicherungsbeiträgen gebildeten Kapitalanlagen und die noch nicht getilgten Eintrittsverluste, ferner namentlich die Rechte der Kasse auf die künftigen Versicherungsbeiträge der Versicherten und die Staatszuschüsse; die Passiven sind die Verpflichtungen der Kasse, künftig Versicherungsleistungen auszurichten. Neben dem Benefit Fund hat eine Kasse noch den schon erörterten, vom Ministerium verwalteten Contingencies Fund und den Verwaltungskostenfonds. Diesem letztern Fonds dürfen jährlich auf einen Versicherten höchstens $4\frac{1}{2}$ s., und im Falle der Ausrichtung von Zusatzversicherungsleistungen etwas mehr, aus dem Benefit Fund überwiesen werden. Die gesonderte Haltung dieses Verwaltungskostenfonds ermöglicht eine wirksame Kontrolle der Verwaltungskostenausgaben.

Die Kapitalanlagen einer Kasse bestehen aus zwei Hauptposten, den eigenen Kapitalanlagen und den Guthaben der Kasse beim nationalen Krankenversicherungsfonds (National Health Insurance Fund Investment Account). Da die sichere, aber doch zinstragende Anlage derjenigen Teile der Versicherungsbeiträge, die

nicht unmittelbar zur Bestreitung der laufenden Ausgaben dienen, im Finanzaufbau der Krankenversicherung eine so wichtige Rolle spielt, wird sie den einzelnen Kassen nicht ganz überlassen. Das Ministerium händigt den Kassen nicht die vollen Versicherungsbeiträge der Versicherten aus, sondern hält die Hälfte der Beiträge, die angelegt werden müssen, zurück und überweist sie dem genannten Krankenversicherungsfonds. Der diesem Fonds vorstehende Staatsbeamte legt die zufließenden Gelder zweckdienlich an und verzinst entsprechend den Zinsen, die die Aktiven dieses Fonds selbst abwerfen, die Guthaben der Kassen, wobei Vorsorge getroffen ist, um diese Guthaben möglichst lange gleichmässig verzinsen zu können. Die Guthaben der Kasse werden heute zu $4\frac{1}{2}$ % verzinst. Die Anlage der übrigen Gelder können die Kassen im Rahmen der bestehenden Vorschriften selbst bestimmen, sie können sie jedoch auch dem Krankenversicherungsfonds überweisen, so dass sie sich der Sorge um die Anlage der Gelder ganz entziehen können.

Dass die noch nicht getilgten Eintrittsverluste als ein Aktivum behandelt werden, ist ohne weiteres klar, da der Saldo der Bilanz von Eintrittsverlusten unabhängig sein soll.

Die für Versicherungskassen typischen Aktiven und Passiven sind ihre Rechte auf Beiträge und ihre Pflichten, die festgesetzten Versicherungsleistungen auszurichten. Gewöhnlich setzt man diese Aktiven und Passiven in der Bilanz nicht besonders aus, sondern gibt nur den Betrag an, um den die Verpflichtungen diese Rechte übersteigen, das ist das erforderliche Deckungskapital; die englischen Kassen dagegen weisen diese Rechte und Pflichten in gesonderten Posten aus, die Rechte selbst noch untergeteilt in die auf Beiträge der Versicherten einerseits und auf die Staatszuschüsse andererseits. Mit Bezug auf die Staatszuschüsse sei bemerkt, dass das erforderliche Deckungskapital genau dasselbe wäre, wenn die Staatsunterstützungen nicht und die Verpflichtungen auf Versicherungsleistungen nur zu $\frac{7}{9}$ bilanziert würden. In der Tat kann denn auch aus den Staatsbeiträgen, die nicht einen Teil der Versicherungsbeiträge ausmachen, sondern direkt einen Teil der Kassenausgaben, kein Deckungskapital angesammelt werden; alle Kapitalanlagen der Kassen stammen ausschliesslich aus den Beiträgen der Versicherten allein. Der Natur der Staatszuschüsse als Unterstützungen entspräche es wohl ebensosehr, wenn sie in der Bilanz nicht berücksichtigt würden.

Es sollte vielleicht hervorgehoben werden, dass nicht die vollen künftigen Beiträge der Versicherten bilanziert werden, sondern nur die Versicherungsbeiträge, nicht auch die Sicherheitszuschläge und Tilgungsbeiträge. Die Sicherheitszuschläge sind zur Deckung von ausserordentlichen Belastungen bestimmt, von Belastungen, die bei der Bewertung der Verpflichtungen der Kasse nicht in Rechnung gestellt werden, da es nicht möglich ist, sie ziffernmässig zu bewerten. Werden nun aber Belastungen nicht in die Bilanz eingesetzt, so dürfen es auch nicht die dafür vorgesehenen Entlastungen. Das Bilanzgleichgewicht muss gewahrt werden. Die Tilgungsbeiträge sodann müssen unberücksichtigt bleiben, weil die Eintrittsverluste und ihre Tilgung vom Betrieb der Kasse völlig losgelöst sind. Die Aufnahme des noch nicht getilgten Eintrittsverlustes als Bilanzaktivum bedeutet ja, dass die Bilanz die Eintrittsverluste schon als durch wirkliche Ver-

mögenswerte ersetzt betrachtet, was zur Folge hat, dass auch die Tilgungsbeiträge als weggefallen angesehen werden müssen, da sie ja als solche nur solange erhoben werden, als zur Tilgung der Eintrittsverluste nötig ist.

Über die Bewertungsgrundsätze können wir uns kurz fassen. Als Bilanzwert für die noch nicht getilgten Eintrittsverluste und das Guthaben bei dem nationalen Krankenversicherungsfonds dient der Nominalwert, für die eigenen Kapitalanlagen deren mittlerer Marktpreis zurzeit der Bilanzziehung, ursprünglich allerdings deren Kostenpreis. Die Änderung sah man sich gezwungen vorzunehmen, da infolge der Wertsteigerung einige Kassen anfangen, ihre Wertschriften durch andere zu ersetzen, um so die Wertsteigerung auch bilanzmässig zum Ausdruck zu bringen. Zur Bewertung der Rechte und Pflichten der Kassen auf Beiträge und Staatszuschüsse und ihrer Verpflichtungen auf Versicherungsleistungen werden dieselben Rechnungsgrundlagen verwendet wie zur Bestimmung der Beiträge und Eintrittsdefizite, also für alle Kassen die nämlichen. Da die wirklichen Krankenintensitäten bei den einzelnen Kassen nicht miteinander übereinstimmen, bedeuten gleiche Bewertungsgrundsätze für alle Kassen den Verzicht auf möglichst genaue Bewertung dieser Rechte und Pflichten. Verschiedenartige Bewertungsgrundsätze sind nun aber für die anerkannten Kassen unangänglich, weil die Versicherten, welcher Kasse sie auch angehören, gleiche Beiträge zu entrichten haben und nicht Beiträge, die den individuellen Verhältnissen der einzelnen Kasse gerade entsprechen. Würde jede Kasse trotz der einheitlichen Beiträge nach verschiedenen Rechnungsgrundlagen bilanzieren, so würde dadurch das Zuviel oder Zuwenig der künftigen Beiträge schon jetzt zum Ausdruck gebracht, und die Geschäftsergebnisse wären so abhängig von den Neueintritten. Bedient man sich dagegen derselben Grundlagen wie zur Berechnung der Beiträge, so sind die Geschäftsergebnisse von Neueintritten unabhängig, und die sich folgenden Bilanzen einer Kasse werden voraussichtlich immer dieselben Resultate zeitigen, soweit wenigstens die *Zunahme* der Intensitäten (Krankenintensität, Sterbensintensität) der angenommenen Tafeln mit der wirklichen Zunahme bei den einzelnen Kassen übereinstimmt und die Annahmen über die Verzinsung der Kapitalanlagen zutreffen: Überschuss folgt Überschuss oder Defizit folgt Defizit, und zwar folgen sich einander immer verhältnismässig gleiche Geschäftsergebnisse. Nehmen nämlich die angenommenen Intensitäten mit den wirklichen in demselben Masse zu, so ergeben sich, gleichgültig, ob die Kasse mehr oder weniger Versicherungsfälle erleidet, als nach den Grundlagen erwartet werden, genau gleiche *Differenzen* zwischen dem Wert der Verpflichtungen, dem Barwert der künftigen wahrscheinlichen Kassenleistungen, und dem Wert der Rechte, dem Barwert der künftigen wahrscheinlichen Beiträge und Staatsunterstützungen, wie gross auch die absoluten Intensitäten der angenommenen Rechnungsgrundlagen seien, vorausgesetzt natürlich, dass die diskontierten Beiträge der jeweiligen angewendeten Tafel entsprechen. Und auf die Differenz der Barwerte, dem erforderlichen Deckungskapital, kommt es allein an. Trifft daher die Annahme zu, dass für alle Kassen die Intensitäten mit dem Alter in demselben Masse zunehmen, eine Annahme, die man in Ermangelung ausgearbeiteter Untersuchungen füglich machen darf, da die Verschiedenheiten in den absoluten Intensitäten der Kassen wohl nicht dem Einfluss des Alters

zuzuschreiben sind, so gibt die Berechnung des erforderlichen Deckungskapitals nach einheitlichen Tafeln allein für alle Kassen doch ganz genaue Beträge, ob diese Tafeln und die bilanzierten Beiträge auch mit den individuellen Verhältnissen der einzelnen Kasse übereinstimmen oder nicht.

Schliesst die Bilanz mit einem Geschäftsverlust ab, so ist er, wie gesagt, aus der Sicherheitsreserve, dem Contingencies Fund und Central Fund, zu decken. Wenn jedoch der Contingencies Fund nicht ausreicht und der Central Fund nicht in Anspruch genommen werden kann, so ist das Betriebsdefizit durch Erhöhung der Beiträge der Versicherten oder durch Herabsetzung der gesetzlichen Versicherungsleistungen zu tilgen. Weist die Bilanz einen Geschäftsüberschuss aus, so wird dieser zu Zusatzversicherungsleistungen verwendet, wenigstens soweit, als die amtlichen Schätzer, welche die Bilanzen der Kassen ziehen, ihn als verteilbar erklären. Wenn es die Umstände als angezeigt erscheinen lassen, für künftige ausserordentliche Belastungen der Kasse Mittel bereit zu halten, die über die Sicherheitsreserve der Kasse hinausgehen, so geben die Schätzer den Überschuss nicht frei, sondern verfügen seine Übertragung auf neue Rechnung.

Als eine praktische Notwendigkeit wird angesehen, dass die Zeitperiode, während welcher ein Betriebsdefizit zu tilgen ist oder ein Geschäftsüberschuss durch Zusatzversicherungsleistungen aufgezehrt wird, von gleicher Länge sei wie die Bilanzperiode. Das ursprüngliche Gesetz sah eine Bilanzperiode von drei Jahren vor. Schon kurz nach Inkrafttreten des Gesetzes wurde diese aber auf fünf Jahre verlängert aus der Erwägung heraus, dass eine dreijährige Periode zur Tilgung von Betriebsdefiziten zu kurz sei, so dass nun für jede Kasse die Beiträge der Versicherten und die Versicherungsleistungen immer für fünf Jahre unabänderlich festgesetzt werden. Die Verlängerung der Bilanzperiode hat allerdings auch ihre Grenzen: denn je länger die Periode ist, desto weniger können die Überschüsse allen den Versicherten zugewiesen werden, die ihn insgesamt durch ihre hohen Beiträge hervorgebracht haben: es erhalten zwar nur Versicherte, die bei Feststellung des Überschusses schon versichert sind, Gewinnanteile, nicht aber auch Versicherte, die vor der Feststellung des Geschäftsüberschusses sterben, obgleich vielleicht auch diese Versicherten wegen ihres geringen Bezuges von Versicherungsleistungen während der Bilanzperiode zur Bildung des Überschusses beigetragen haben. Das Problem der Gewinnbeteiligung bleibt da immer am besten gelöst, wo infolge zutreffender Beitragsbestimmung überhaupt kein Geschäftsgewinn erzielt wird und folglich auch keiner zu verteilen ist. Ist diese Lösung aber schon für Kassen, die die Leistungen frei festsetzen können, wegen der notwendigen Fürsorge für unvorhersehbare oder ausserordentliche Belastungen im allgemeinen kaum möglich, so ist sie für die englischen Kassen, denen allen gleiche Beiträge und gesetzliche Versicherungsleistungen vorgeschrieben sind, überhaupt nicht möglich, wenigstens nie für alle Kassen zugleich. Die in kurzen Zeitabständen sich folgenden Bilanzierungen und die sich daran schliessende Verteilung des Überschusses oder Deckung des Defizites sind das notwendige Korrektiv dafür, dass für die einzelne Kasse die Beiträge oder gesetzlichen Versicherungsleistungen insgesamt den versicherten Risiken nicht völlig entsprechen.

2. Unterabschnitt

Die beiden ersten Bilanzen

Die erste Bilanz wurde fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes auf den 31. Dezember 1918 gezogen und die zweite auf den 31. Dezember 1923, für einige Kassen jedoch schon ein Jahr früher, da man während einer Übergangszeit neben der fünfjährigen auch eine kürzere Bilanzperiode anwendet, um die Arbeit der Schätzer möglichst gleichmässig auf alle Jahre zu verteilen. Die dritte Bilanz wird gegenwärtig ausgearbeitet, doch sind die Resultate noch nicht bekannt; der amtliche Bericht wird wohl erst in einem oder zwei Jahren erscheinen. Die beiden ersten Bilanzen bilden zusammen eine Einheit, da sie nach denselben Rechnungsgrundlagen erstellt wurden. Für die dritte Bilanz sind neue Rechnungsgrundlagen verwendet und entsprechend auch andere Versicherungsbeiträge diskontiert worden. Die Ergebnisse der dritten Bilanz werden sich mithin nicht ohne weiteres mit denen der beiden ersten Bilanzen vergleichen lassen.

Für alle Kassen zusammen belief sich 1918 der Barwert der künftigen Versicherungsleistungen (mit Einschluss der künftigen Verwaltungskosten) auf 451 Millionen Pfund, der Barwert der Versicherungsbeiträge auf 253 Millionen und der Staatszuschüsse auf 103 Millionen, so dass der Sollbetrag des Deckungskapitals sich auf 95 Millionen bezifferte. Die bilanzierten Kapitalanlagen betragen 48 Millionen und das noch nicht getilgte Eintrittsdefizit 64 Millionen, zusammen also 112 Millionen, so dass sich der Gesamtüberschuss auf 17 Millionen herausstellte oder auf einen Versicherten durchschnittlich gerade etwas über ein Pfund. Von insgesamt 10.162 Kassen wiesen bloss 407 Betriebsdefizite von zusammen 81.000 £ aus. Diese unerwartet günstigen Geschäftsergebnisse wurden den für die Krankenversicherung ausserordentlich vorteilhaften Verumständen des Weltkrieges zugeschrieben: Wenig kranke Versicherte als Folge hochbezahlter Arbeitsmöglichkeit und des allgemeinen Willens zur Arbeit, geringe Anzahl von Wochenbetten, hoher Zins der Kapitalanlagen. Mit Rücksicht auf die ungewisse Gestaltung der Nachkriegszeit erklärten die amtlichen Schätzer nur etwas mehr als die Hälfte des Überschusses für verteilbar, der Rest wurde zusammen mit dem nach Deckung der Betriebsverluste verbliebenen Contingencies Funds auf neue Rechnung vorgetragen.

Nach der zweiten Bilanz betragen die erforderlichen Deckungskapitalien zusammen 142 Millionen Pfund oder auf einen Versicherten durchschnittlich über neun Pfund. Die Kapitalanlagen und noch nicht getilgten Eintrittsverluste wurden mit 184 Millionen veranschlagt, so dass der Gesamtgewinn sich auf 42 Millionen Pfund belief (durchschnittlich 2,78 Pfund auf einen Versicherten), wovon allerdings 16½ Millionen von der ersten Bilanzperiode herkommen. Die Betriebsverluste waren wiederum ganz unbedeutend, nur 134 von insgesamt 8135 Kassen verzeichneten ein Defizit von zusammen 91.000 Pfund. In acht Fällen waren die vorhandenen Contingencies Funds ungenügend, und es wurde daher der Central Fund in Anspruch genommen.

Die finanzielle Stellung der Kassen war so gefestigt, dass in der Mehrzahl der Fälle der gesamte Überschuss für Zusatzversicherungsleistungen verfügbar war, doch wurde, da in Zukunft nicht mehr so beträchtliche Überschüsse erwartet

werden konnten, nur ein Teil (26½ Millionen) davon wirklich zu Zusatzversicherungsleistungen verwendet, um diese nicht auf eine Höhe zu treiben, die später sicher nicht mehr gehalten werden könnte.

Zusatzversicherungsleistungen konnten für 97 % der Versicherten in Aussicht gestellt werden. Für 52 % der Versicherten war es unter Einrechnung der Staatszuschüsse möglich, das wöchentliche Krankengeld um 5 s., das Invalidengeld um 2½ s. und das Mutterschaftsgeld um 10 s. zu erhöhen und dazu noch einen Betrag von durchschnittlich 5 s. 7 d. bereit zu halten für andere Arten von Versicherungsleistungen. Die fünfjährige Periode, während welcher die Zusatzversicherungsleistungen ausgerichtet werden, begann am 6. Juli 1925 für Kassen, deren Bilanzen am 31. Dezember 1922 aufgemacht wurden, und am 4. Juli 1926 für am 31. Dezember 1923 bilanzierte Kassen.

In den Geschäftsergebnissen der Kassen kam deutlich zum Ausdruck, dass die bei den einzelnen Kassen versicherten Risiken weit voneinander abweichen. Kassen, die nur in Gegenden tätig sind, wo die arbeitende Bevölkerung lediglich zu 15—20 % schwerer Arbeit (Minen, Steinbruch, Eisenbahn, Baugewerbe usw.) nachgeht, wie in London und den ländlichen Bezirken Südenglands, erzielten durchschnittlich auf ein Mitglied einen Gewinn von 4,02 Pfund. Je grösser der Prozentsatz dieser schwer arbeitenden Bevölkerung ist, desto kleiner ist der Durchschnittsgewinn der in den betreffenden Gegenden tätigen Kassen. In den ausgesprochenen Kohlenbaubezirken Northumberland und Durham ist der Durchschnittsgewinn bloss noch 0,77 Pfund. Diese Feststellungen zeigen auch, dass sich die Belastung der Kassen mit dem Berufe der Versicherten ändern, auch wenn für Arbeitsunfähigkeit infolge Berufsunfalls nicht die Kassen, sondern die Arbeitgeber zufolge ihrer Haftpflicht aufzukommen haben.

Die durch die Zusatzversicherungsleistungen verursachte Verschiedenheit der Versicherungsleistungen der einzelnen Kassen ist der Haupteinwand, der gegen die englische obligatorische Krankenversicherung geltend gemacht wird. Diese Kritik richtet sich gegen die anerkannten Kassen als selbständige finanzielle Einheiten. Von vielen wird daher die Ersetzung der anerkannten Krankenkassen durch eine einheitliche staatliche Kasse befürwortet. Die schon erwähnte königliche Kommission empfahl mehrheitlich zwar nicht die Abschaffung der anerkannten Kassen, wohl aber Massnahmen, um die Verschiedenheit der von den einzelnen Kassen festgesetzten Versicherungsleistungen abzuschwächen, ohne dabei allerdings auf eine Neuordnung der Staatszuschüsse zu dringen. Die Minderheit der Kommission setzte sich direkt für die Abschaffung ein. Das Abänderungsgesetz von 1928 liess jedoch die diesbezüglichen Vorschläge der Kommission unberücksichtigt. Es ist nicht unsere Aufgabe, hier zu dieser wichtigen Frage selbst Stellung zu nehmen. Wir wollen nur hervorheben, dass die Verschiedenheit der Leistungen durchaus dem Äquivalenzprinzip entspricht: Zahlen gute und schlechte Risiken gleich grosse Beiträge, so müssen die guten Risiken, da sie weniger häufig als die schlechten die Versicherungsleistungen beziehen, dafür eben um so grössere erhalten. Indem das Gesetz gestattet, dass sich gute Risiken unter Ausschluss von schlechten zu einer Kasse zusammenschliessen, kann das Äquivalenzprinzip in noch reinerem Masse verwirklicht werden, als es sonst schon der Fall ist.

3. Unterabschnitt

Die Gewinn- und Verlustquellen

Der Saldo der Bilanz, der Gewinn oder Verlust, zeigt die Abweichung der wirklichen von den nach den Rechnungsgrundlagen erwarteten Einnahmen und Ausgaben während der Bilanzperiode an, sofern man auch eine Vermehrung oder Verminderung des erforderlichen Deckungskapitals als Ausgabe bzw. Einnahme ansieht. Der Bilanzgewinn oder -verlust setzt sich aus verschiedenen Gewinn- und Verlustbestandteilen zusammen, die sich nach ihrer Quelle unterscheiden. Es gibt so viele Gewinn- und Verlustquellen, als es Gründe für Einnahmen und Ausgaben gibt. Sind dieselben Rechnungsgrundlagen zur Bestimmung des Deckungskapitals am Anfang und am Ende der Bilanzperiode, sowie zur Bestimmung der Beiträge der während der Bilanzperiode neu eingetretenen Versicherten verwendet worden, so bedeutet eine Betrachtung der Gewinn- und Verlustquellen nichts anderes als ein Vergleich der Rechnungsgrundlagen mit den entsprechenden Erfahrungen während der Bilanzperiode. Wenn wir daher im folgenden an die Gewinn- und Verlustquellen der englischen anerkannten Krankenkassen herantreten, so haben wir in erster Linie auf die in den Rechnungsgrundlagen enthaltenen Annahmen einzugehen, womit wir zugleich eine Lücke in unserer bisherigen Darstellung ausfüllen, indem diese Annahmen, da sie für die Berechnung der Beiträge, der Eintrittsverluste und der erforderlichen Deckungskapitalien dieselben sind, schon früher hätten besprochen werden können.

Wir wollen uns hier darauf beschränken, für alle Kassen gesamthaft die Gewinn- und Verlustbestandteile der zweiten Bilanz allein zu erörtern.

Eine summarische Übersicht über die Grösse der einzelnen Gewinn- und Verlustbestandteile, für alle Kassen zusammen, zeigt die folgende Zusammenstellung, in Millionen Pfund:

	Gewinn	Verlust
Von der 1. Bilanzperiode übertragen	16½	—
Krankengeld	11	—
Invalidengeld	5	1
Mutterschaftsgeld	1½	—
Sterblichkeit	—	2½
Zins	10	—
Übrige Gewinne und Verluste	7½	6
Total der Gewinne und Verluste	51½	9½
Totalgewinn		42
		<u>51½</u>

Bemerkt sei, dass die Staatsunterstützungen auf die Bildung von Gewinnen und Verlusten keinen Einfluss haben. Gewinne sind ausschliesslich den insgesamt zu reichlichen, Verluste ausschliesslich den unzureichenden Beiträgen der Versicherten zuzuschreiben.

Kranken- und Invalidengeld

Die aus den Erfahrungen des Krankenvereins auf Gegenseitigkeit Manchester Unity of Oddfellows in den Jahren 1893—1897 von Alfred Watson abgeleiteten Kranken- und Invalidentafeln wurden den Berechnungen der obligatorischen Versicherung zugrunde gelegt, allerdings nicht ohne Anpassung an die von der Manchester Unity etwas abweichenden Verhältnisse der obligatorischen Versicherung. So wurden z. B. die Werte der Tafel der Manchester Unity etwas herabgesetzt, da die obligatorische Versicherung die drei ersten Krankentage nicht wie die Manchester Unity zählt. Die Tatsache, dass die Tafel die Haftpflicht der Arbeitgeber nicht berücksichtigt, wurde dadurch als aufgewogen betrachtet, dass das Obligatorium im allgemeinen etwas schlechtere Risiken umfasse als die Manchester Unity. Nach der Anpassung der Tafel wurde sie noch erhöht, namentlich um Betriebsverluste solcher Kassen möglichst zu vermeiden, die unter dem Durchschnitt stehende Risiken versichern. Die Erhöhung beträgt für Männer zirka 13 % auf alle Alter. Sie ist nicht der Ausdruck einer bestimmten zahlenmässigen Schätzung, sondern gerade der Betrag, der nötig war, um den wöchentlichen Beitrag der Versicherten nicht in Bruchteilen, sondern nur in einer ganzen Anzahl von Pence festzusetzen. Für Frauen wurde in Ermangelung ausgearbeiteter Erfahrungen — die Manchester Unity versicherte nur Männer — dieselben Tafeln gewählt wie für Männer, die Invalidentafel wurde allerdings nicht um 13, sondern um 19 % für alle Alter erhöht. Die Erfahrungen in den ersten Jahren waren jedoch so beängstigend, dass schon 1918 die Zahlen für unverheiratete und verheiratete Frauen bedeutend erhöht wurden, und zwar für alle Alter um denselben Betrag, so dass die Eintrittsverluste für neu Eintretende nicht geändert werden mussten. Die Gesamterhöhung machte nach dieser Abänderung für unverheiratete Frauen durchschnittlich etwa 35 % und für verheiratete noch mehr aus. Die Erhöhung der Versicherungsbeiträge, die die Änderung zur Folge hatte, wurde in der Hauptsache auf Kosten der Tilgungsbeiträge durchgeführt.

Die Erfahrungen der zweiten Bilanzperiode zeigen nun, dass im ganzen die nach den soeben geschilderten Grundlagen erwarteten Ausgaben der Kassen für Krankengelder 68 % für Männer und 78 % für Frauen betragen, was den Gewinn von 11 Millionen Pfund zur Folge hatte. Aus den Zahlen geht hervor, dass die Männer weniger, die Frauen dagegen mehr krank waren, als die ursprüngliche Tafel vorsah. Invalidengelder sodann wurden an Männer 59 %, für Frauen dagegen 129 % der erwarteten ausbezahlt. Die grosse Verschiedenheit zwischen den Leistungen an Männer und Frauen, die durch die Prozentzahlen nur zum Teil zum Ausdruck kommt — da ja schon erwartet wurde, dass die Frauen mehr Invalidengelder beziehen als die Männer — ist der besonderen Beachtung wert. Sie zeigt, dass man die Belastung der Kassen durch invalide Frauen stark unterschätzt hatte. Der auf den Invalidengeldern erzielte Gewinn stammt fast ausschliesslich von Männern, der Verlust fast ausschliesslich von Frauen her.

Die Folge dieser verschiedenen Kranken- und Invalidenerfahrungen mit Männern und Frauen wirkte sich in den Geschäftsergebnissen derjenigen Kassen aus, die nur Männer oder nur Frauen versichern. Der durchschnittliche Überschuss von Kassen mit nur männlichen Versicherten beträgt £ 3.54, von Kassen

mit nur weiblichen Versicherten dagegen bloss £ 2. 12, während Kassen mit männlichen und weiblichen Versicherten einen Durchschnittsgewinn von £ 2. 56 ausweisen.

Die Erfahrungen einer Auswahl von Kassen, von denen man annahm, dass sie die Gesamtverhältnisse widerspiegeln, wurden für die Jahre 1921—1923 genau untersucht. Die zahlenmässigen Ergebnisse nach Männern, unverheirateten und verheirateten Frauen gegliedert, zeigen ¹⁾, dass sich unverheiratete Frauen weniger häufig als Männer krank meldeten, dass sie dafür aber länger krank waren, verheiratete Frauen dagegen waren bedeutend mehr krank als Männer und dazu noch länger als unverheiratete Frauen. Mit Bezug auf die Invalidengelder wurde festgestellt, dass verheiratete Frauen ungefähr doppelt so viel als Männer an die Kasse gelangten, dass sie aber in jüngern Jahren etwas weniger lang Invalidengelder bezogen. Unverheiratete Frauen beanspruchten die Kassen mit Invalidengeldern zwar weniger häufig als verheiratete, immerhin beträchtlich häufiger als Männer, blieben jedoch länger als verheiratete und selbst länger als Männer arbeitsunfähig.

Das Mutterschaftsgeld

Die Annahmen über die Häufigkeit der Mutterschaft wurden aus Erfahrungen abgeleitet, die denen der Gesamtbevölkerung von England und Wales im Jahre 1910 entsprachen. Nur 81 % der erwarteten Mutterschaftsgelder mussten nun während der zweiten Bilanzperiode ausbezahlt werden, was auf den Rückgang der Geburtenhäufigkeit hinweist. Der Gewinn auf dem Mutterschaftsgeld ist aber in der Hauptsache nur auf den Rückgang der Geburten unter den weiblichen Versicherten selbst, nicht auch auf den Rückgang unter den nicht in Dienstverhältnis stehenden Frauen von versicherten Männern zurückzuführen.

Die Sterblichkeit

Obgleich der Tod eines Versicherten nicht direkte Einnahmen oder Ausgaben der Kasse bedingt, so spielt er doch für die Reservebestellung eine Rolle. Sterben die Versicherten früher als erwartet wird, so werden Reserven überflüssig, leben sie dagegen länger, so sind die vorhandenen Reserven ungenügend, woraus sich Sterblichkeitsgewinn oder -verlust ergibt.

Die angewendete Sterblichkeitstafel, hergeleitet aus den Erfahrungen der gesamten Bevölkerung Englands und Wales in den Jahren 1908—1910, wurde infolge der allgemeinen Zunahme der Lebensdauer nicht völlig bestätigt. Für Männer ereigneten sich nur 73% der erwarteten Todesfälle, für Frauen sogar bloss nur 59 %. Der daherige Verlust beläuft sich auf 2½ Millionen.

Der Zinsgewinn

Die Zinsen des Deckungskapitals bilden nur soweit einen Gewinn, als sie die erwarteten Zinsen übersteigen. Die erwarteten Zinsen sind ja bei der Berechnung der Beiträge in Anschlag gebracht worden und geben daher den Betrag der Passiv-

¹⁾ A. Watson, National Health Insurance: A statistical review. Journal of the Royal Statistical Society, Vol. 90.

zinsen einer Kasse an. Erwartet wurde nun, dass sich das Deckungskapital zu 3 % verzinse. Einzelne Bestandteile des Deckungskapitals, wie namentlich das noch nicht getilgte Eintrittsdefizit, warfen gerade diesen Zins ab, die Kapitalanlagen jedoch im allgemeinen mehr. Der Mehrzins macht gegen 6 Millionen aus. Der Zins der übrigen Aktiven, die nicht zum Deckungskapital im technischen Sinne gehören, ist insgesamt Zinsgewinn. Er beträgt gegen 4½ Millionen. Der Überschuss der Aktivzinse über die Passivzinse oder der Zinsgewinn beläuft sich mithin für die fünfjährige Bilanzperiode auf 10 Millionen und ist somit eine der wichtigsten Gewinnquellen.

Ausser den genannten Gewinn- und Verlustquellen gibt es noch eine Reihe anderer, die aber bloss ein untergeordnetes Interesse beanspruchen können. Unter diesen mögen noch angeführt werden der Gewinn, der dadurch erzielt wurde, dass infolge der geringen Krankenhäufigkeit mehr Beiträge eingingen als angenommen wurde. Diesem Beitragsgewinn ist jedoch der durch die Arbeitslosigkeit verursachte Ausfall an Beiträgen gegenüberzustellen, der durch Abzüge von den Versicherungsleistungen nur zum kleinen Teile gedeckt wurde. Eine Gewinnquelle von einiger Bedeutung war das Herausfallen aus der Versicherung und der Übertritt in eine andere Kasse, da dadurch die für Zusatzversicherungsleistungen bereitgehaltene Reserve frei wurde und den Kassen verblieb. Einen Gewinn ergab auch die Neubewertung der Kapitalanlagen, dagegen erlitten die Kassen dadurch einen Verlust, dass sie für die medizinischen Versicherungsleistungen mehr aufbringen mussten als vorgesehen war.

4. Unterabschnitt

Die neuen Rechnungsgrundlagen

Die beiden ersten Bilanzen der anerkannten Kassen wiesen insgesamt beträchtliche Einnahmenüberschüsse aus. Die Ergebnisse der zweiten Bilanzperiode liessen den Schluss zu, dass unter Beibehaltung der bisherigen Beiträge und gesetzlichen Versicherungsleistungen auch in Zukunft grosse Überschüsse erzielt würden. Selbst unter Berücksichtigung der besonderen Lage der Kassen — gleiche Beiträge und gleiche gesetzliche Versicherungsleistungen für alle Kassen — fand man, dass die Beiträge ohne Schaden herabgesetzt oder die gesetzlichen Versicherungsbeiträge erhöht werden könnten. Es wurden daher neue Rechnungsgrundlagen ausgearbeitet. Diese Rechnungsgrundlagen fussen auf den eigenen Erfahrungen der Kassen. Die Hauptpunkte sind kurz die folgenden: Für Krankheit und Invalidität wurden für Männer die Tafeln der Manchester Unity beibehalten, aber ohne Zuschlag, und für Frauen die Tafeln verwendet, die die schon früher erwähnten Untersuchungen lieferten, allerdings mit einem Zuschlag von 10% auf alle Alter, da nach den gemachten Erfahrungen die Frauen Jahr für Jahr mehr Kranken- und namentlich mehr Invalidengelder bezogen, eine Entwicklung, die man noch nicht als abgeschlossen betrachten konnte und daher einige Unsicherheit in der Abschätzung der künftigen Kranken- und Invalidenintensitäten der Frauen verursachte. Auch über Sterblichkeit, Anzahl der Wochenbetten usw. wurden neue Annahmen getroffen, ferner über den Zins der Deckungskapitalien.

Der in Rechnung gestellte Zinsfuss wurde von 3 auf 4 % erhöht. Die für die bisherigen gesetzlichen Kassenleistungen erforderlichen wöchentlichen Beiträge der Versicherten stellen sich nach den neuen Rechnungsgrundlagen für Männer um 0,88 d. und für Frauen um 0,35 d. niedriger als die bisherigen. Diese Verminderung der Beitragseinnahmen wird offensichtlich eine Schmälerung der künftigen Einnahmeüberschüsse zur Folge haben, ja, es wird damit gerechnet, dass 10 % aller Kassen künftig mit Betriebsdefiziten abschliessen werden. Zur Deckung der durch die neuen Rechnungsgrundlagen verursachten Defizite wurde eine neue Quelle erschlossen, der schon früher erwähnte Reserve Suspense Fund, dessen Überschüsse bisher hauptsächlich zur Tilgung der Eintrittsverluste bestimmt waren. Die Erschliessung dieser neuen Quelle ermöglichte es, zugleich mit der Herabsetzung des Versicherungsbeitrages auch den Sicherheitszuschlag herabzusetzen, da ja die beiden Sicherheitsreserven, die Contingencies Funds und der Central Fund, bislang nur in sehr schwacher Masse beansprucht worden waren. Ferner wurden die Eintrittsverluste durch verschiedene Zuwendungen in solchem Masse getilgt, dass, wenn am bisherigen Tilgungsbeitrag festgehalten worden wäre, sie schon vor dem vorgesehenen Zeitpunkt gänzlich amortisiert sein würden, was man jedoch nicht als notwendig erachtete, so dass auch der Tilgungsbeitrag verkürzt wurde. Auf diese Weise wurden vom wöchentlichen Versicherungsbeitrag, Sicherheitszuschlag und Tilgungsbeitrag für Männer 1,55 d. und für Frauen 0,82 d. frei.

Diese Beträge dienten nun in erster Linie dazu, die Beiträge der Kassen an die Insurance Committees zur Bestreitung der medizinischen Versicherungsleistungen zu erhöhen. Die bisherigen Beiträge waren nämlich immer ungenügend gewesen. Der Ausfall wurde anfänglich vom Staat getragen, später zum Teil auch von den Kassen selbst. Das sollte nun geändert werden. Die Beiträge der Kassen und die ordentlichen Staatszuschüsse sollten ausreichen, um für diese Leistungen allein aufzukommen. Der jährliche Beitrag der Kasse an die Insurance Committees wurde um 3 s. erhöht. Er beträgt nun für ein Mitglied höchstens 12½ s., zuzüglich ½ s. für Verwaltungskosten. Mit dieser Erhöhung des Kassenbeitrages für die Kosten der medizinischen Versicherungsleistungen war jedoch der freigewordene Betrag noch nicht erschöpft. Nachdem verschiedene Projekte zum Ausbau der Krankenversicherung untersucht worden waren, wurde der Rest schliesslich zur Herabsetzung der ordentlichen Staatszuschüsse verwendet. Diese betragen nun für Männer $\frac{1}{7}$ und für Frauen $\frac{1}{5}$ der Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten. Obgleich nicht völlig dem Geist des ursprünglichen Gesetzes entsprechend, durfte die Herabsetzung der Staatszuschüsse doch deshalb vorgenommen werden, weil auch die Tilgungsbeiträge der Versicherten herabgesetzt wurden. Auch unter der neuen Festsetzung der Beiträge hat kein Versicherter insgesamt höhere Beiträge zu entrichten als seinem Eintrittsalter entspricht. Der wöchentliche Gesamtbeitrag eines Versicherten setzt sich nun folgendermassen zusammen (in Klammern Beträge für Frauen): Versicherungsbeitrag 7,9 d. (7,7 d.), Sicherheitszuschlag 0,25 d. (0,25 d.), Tilgungsbeitrag 0,85 d. (0,55 d.), zusammen, wie früher, 9 d. (8½ d.). Würde der Staat die Versicherung nicht unterstützen, so wären nun, wie man sich durch einfache Rechnung selbst überzeugen kann, die Versicherungsbeiträge der Frauen grösser als die der Männer, trotzdem die Frauen nur auf

geringere Krankengelder Anspruch haben als die Männer. Nur dank der Verschiedenheit der Staatszuschüsse für Männer und Frauen sind die Versicherungsbeiträge der Frauen nicht grösser als die der Männer.

Aus der Änderung der Rechnungsgrundlagen kann man der englischen Krankenversicherung keinen Vorwurf machen. Die ersten aus der Zeit vor dem Kriege stammenden Grundlagen waren namentlich durch die hohen Kapitalzinse während und nach dem Kriege überholt, sodann aber war von Anfang an eine Revision der Grundlagen vorgesehen, da man diese ja noch nicht auf eigenen Erfahrungen aufbauen und man sich für Frauen überhaupt auf gar keine ausgearbeiteten Erfahrungen stützen konnte. Sogar die neuen Kranken- und Invalidentafeln für Frauen sind selbst auch nur als provisorisch zu betrachten, nicht nur, weil sich noch keine Beständigkeit in den Ansprüchen der Frauen zeigte, sondern auch, weil im Hinblick auf den grossen Unterschied zwischen den Ansprüchen der männlichen und weiblichen Versicherten durchgreifende Untersuchungen über die Gründe dieses Unterschiedes gemacht werden sollen mit nachfolgender Anwendung sich empfehlender Massnahmen. Wenn die Tafeln den Verlauf der künftigen Erkrankungen auch nicht mit absoluter Sicherheit anzugeben vermögen, so ist es doch immerhin besser, diese unvollkommenen Tafeln anzuwenden als überhaupt keine, denn die Anwendung keiner Tafel schliesst selbst auch gewisse Annahmen über die Zukunft in sich, und zwar Annahmen, die sicher noch weniger als die in den Rechnungsgrundlagen enthaltenen bestätigt werden. Der Umstand, dass die Erfahrungen der englischen Krankenkassen stetsfort untersucht und die angewendeten Tafeln von Zeit zu Zeit den neuen Erkenntnissen angepasst werden, zeugt davon, dass man bestrebt ist, die englische Krankenversicherung auf der Höhe der Zeit zu halten.

Schlusswort

Wir sind am Ende unserer Ausführungen. Sie haben uns Gelegenheit gegeben, in den Finanzhaushalt von Krankenkassen und Versicherungskassen überhaupt hineinzusehen; denn die Fragen, die uns hier mit Bezug auf die Krankenversicherung beschäftigt haben, kehren ja in allen übrigen Versicherungszweigen wieder, hier in stärkerem, dort in weniger starkem Masse. Je mehr die versicherten Risiken mit dem Alter an Gefährlichkeit zunehmen, desto grösser müssen die Spezialreserven der Kassen sein, um dieser Zunahme ohne entsprechende Zunahme der Beitragseinnahmen gewachsen zu sein. Diese Zunahme ist in der Krankenversicherung allerdings nicht so ausgesprochen wie in anderen Versicherungszweigen, wie z. B. der Lebens-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung, immerhin ist sie aber doch bemerkenswert. Wo die Beiträge rationell festgesetzt werden sollen, kann an dieser Tatsache nicht achtlos vorbeigegangen werden. Wird die Zunahme der Krankenintensität ignoriert und bringt daher eine Kasse ihre jährlichen Einnahmen und Ausgaben ins Gleichgewicht, ohne aus den Einnahmen der Zunahme der Intensität entsprechende Rücklagen zu bilden, so fallen die Beiträge der Versicherten bei Kassen mit einem jungen Versichertenbestand niedriger, bei Kassen mit einem alten Versichertenbestand dagegen höher aus als die rationell

berechneten Beiträge, dort, weil keine Reserven angelegt werden, hier, weil keine vorhanden sind, so dass mit der Veralterung des Versichertenbestandes die Beiträge erhöht werden müssen.

Was an der englischen obligatorischen Krankenversicherung auffällt, ist die Sorgfalt, mit der die Beiträge festgesetzt werden. Die Versicherten sollen nicht irgendwelche Beiträge zahlen, sondern Beiträge, die ihrem Risiko möglichst angepasst sind, ein Grundsatz, den hochzuhalten namentlich unter einem Versicherungsobligatorium wichtig ist, wo der einzelne Versicherte nicht mehr selbst die volle Verantwortung für seine Versicherung tragen kann. Das Äquivalenzprinzip ist nun allerdings in der englischen Krankenversicherung dadurch eingeschränkt, dass alle Versicherte, unabhängig vom Eintrittsalter, gleiche Beiträge zu leisten haben. Am genannten Prinzip wird aber noch so weit festgehalten, als kein Versicherter insgesamt mehr als sein eigenes Risiko zu decken hat. Daher stammen die Eintrittsverluste und für den Staat die Notwendigkeit von Zuschüssen.

Ist es auch nicht möglich, den künftigen Krankheitsverlauf unter den Versicherten und die Kapitalzinse der Rücklagen mit voller Gewissheit vorauszusagen, so kann dies doch in mehr oder weniger guten Annäherungen geschehen. Gerade die englische Krankenversicherung ist ein Beispiel dafür, wie weit man in dieser Richtung gehen kann. Erfrischend ist namentlich festzustellen, dass der englische Gesetzgeber der mit dem Alter zunehmenden Krankenintensität eine gebührende Beachtung schenkt und daher die Krankenkassen dazu anhält, aus den Beiträgen der jungen Versicherten ausreichende Rücklagen zu bilden. Die englischen Krankenkassen sind gegen die Folgen einer Veralterung ihres Versichertenbestandes geschützt. Die Finanzgebarung der Kassen ist auf rationelle Grundsätze aufgebaut. Darin liegt die Stärke der englischen Krankenversicherung und ihre Vorbildlichkeit für die Krankenversicherungen anderer Länder.

London, im Februar 1929.
