

Determinanten der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in den Jahresberichten der Krankenkassen der Bundesrepublik Deutschland

Klaus Jacobs

IGES-Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin (West)

Ausgangslage: Steigende Beitragssätze und zunehmende Beitragssatzdifferenzen

Der durchschnittliche Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung betrug am 1. Juli 1989 fast 13% des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts. Dabei ist seit Jahren – mit nur wenigen Ausnahmen – eine steigende Tendenz zu beobachten: Vor 15 Jahren hatte der durchschnittliche Beitragssatz noch 9%, vor zehn Jahren 11,5% und vor fünf Jahren 11,9% betragen (jeweils am 1. Januar in den Jahren 1973, 1978 und 1983). Der Grund für die Beitragssatzsteigerungen ist bekannt: Die Ausgaben der Krankenkassen sind schneller gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder, die sogenannten Grundlöhne, und zwar obwohl seit 1984 Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie sonstige Einmalzahlungen verstärkt in die Beitragspflicht einbezogen sind und obwohl die Beitragsbemessungsgrenze entgegen der entsprechenden Vorschrift der Reichsversicherungsordnung stärker angehoben wurde, als es der Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte entsprochen hätte. Diese und andere Massnahmen haben jedoch nicht ausgereicht, um den Anstieg der Beitragssätze dauerhaft zu bremsen. Die Bundesregierung hält eine weitere Steigerung – so hiess es ausdrücklich zur Begründung des inzwischen verabschiedeten Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen – für wirtschafts- und sozialpolitisch nicht vertretbar, doch bleibt vorerst abzuwarten, wie sich die z T sehr kontrovers diskutierte Gesetzesregelungen mittel- und langfristig tatsächlich auf die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung auswirken werden.

Als sozialpolitisch bedenklich gelten aber nicht nur das allgemein gestiegene Beitragssatzniveau, sondern vor allem auch die immer grösser gewordenen Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen Kassen bzw. Kassenarten bei weitgehend einheitlichem Leistungsrecht. Der Spitzenbeitragssatz liegt zur Zeit mit 16% rund doppelt so hoch wie der niedrigste Beitragssatz. Bei den Ortskrankenkassen lag der bundesdurchschnittliche Beitragssatz zur Jahresmitte 1989 mit 13,5% genau zwei Prozentpunkte über dem der Betriebskrankenkassen; innerhalb einzelner Kassenarten fällt die Schwankungsbreite teilweise noch weitaus deutlicher aus.

Die von allen Seiten für notwendig gehaltene Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ist in dem jetzt verabschiedeten Gesetz zur Gesundheitsreform noch ausgeklammert und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden. Dieser Aufschub sollte als Chance zur Versachlichung der Diskussion begriffen und entsprechend genutzt werden – nicht zuletzt im Interesse der Versicherten.

Ursachen der Beitragssatzdifferenzen und Informationserfordernisse der Kassen

Wo liegen die Ursachen für die teilweise erheblichen Beitragssatzdifferenzen? In der gegenwärtig – insbesondere von den Krankenkassen und ihren Verbänden – teilweise sehr heftig geführten Kontroverse werden unterschiedliche Erklärungen angeboten. So ist es auf Seiten der Ortskrankenkassen üblich geworden, ihre oft überdurchschnittlich hohen Beitragssätze pauschal auf besonders ungünstige Versichertenstrukturen zurückzuführen [1,2]; umgekehrt werden – so z B von Seiten der Betriebskrankenkassen – niedrige Beitragssätze ebenso pauschal als Ausdruck grösserer Wirtschaftlichkeit gewertet [3,4]. Beide Aussagen mögen einen wahren Kern enthalten, doch machen sie es sich entschieden zu einfach, da weder die von der Kasse in der Regel nicht beeinflussbaren Komponenten ihrer Versichertenstruktur noch interne Organisationsstrukturen allein für die Beitragssatzgestaltung verantwortlich gemacht werden können. In Übersicht 1 sind die wesentlichen Beitragssatzdeterminanten getrennt danach aufgelistet, ob sie von den Kassen im wesentlichen als gegeben hingenommen werden müssen (linke Seite: Versichertenstruktur) oder in ihrem unmittelbaren Einflussbereich liegen (rechte Seite: Versichertenverhalten, Angebotsstruktur und interne Kassenorganisation). Unabhängig hiervon gilt für die meisten der genannten Beitragssatzdeterminanten jedoch, dass sie sich nicht auf der Grundlage der Geschäftsberichte der Krankenkassen überprüfen lassen, weil dort die erforderlichen Informationen weitgehend fehlen.

Welches sind diese Informationen? Unstrittig ist mittlerweile, dass es sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite der Krankenkassen Einflussfaktoren gibt, die die einzelne Kasse als unveränderlich

Tab. 1. Beitragssatzdeterminanten der Kassen

Versichertenstruktur (Risikostruktur der Kasse)	Angebotsstruktur, Versicher- tenverhalten und Kassenorga- nisation
- Grundlohn	- Angebotskomponenten (Vertragsgestaltungen mit Leistungserbringern)
- Alters- und Geschlechts- struktur	
- Familienmitversicherung	- Nachfragekomponenten (Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten)
- Krankenversicherung der Rentner	
- besondere Versichertengrup- pen (besondere Beitragsrege- lungen und/oder Krankheits- risiken)	- Interne Kassenorganisation

hinnehmen muss. Diese Komponenten der kassenspezifischen Versichertenstruktur können auch als *Risikostruktur* einer Kasse bezeichnet werden. Strittig ist dagegen, welche einzelnen Risikostrukturkomponenten wirklich von Bedeutung sind und sich spürbar auf die Beitragssätze niederschlagen. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nennt drei Komponenten [5]:

- die Grundlohnsumme,
- die Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder sowie
- die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen.

Wenn eine Kasse überdurchschnittlich viele ältere Mitglieder hat bzw eine grosse Anzahl Familienangehörige mitversichert, führt dies unweigerlich zu höheren Ausgaben. Komplizierter wird es jedoch, wenn Be- und Entlastungen kompensierend wirken. So wirkt sich z B ein hoher Anteil an Auszubildenden, wie etwa bei den Innungskrankenkassen, zwar negativ auf der Einnahmenseite aus (niedrige Grundlohnsumme), aber positiv bei den durchschnittlichen Leistungsaufwendungen. Ein hoher Frauenanteil unter den Kassenmitgliedern (wie z B bei den Pflichtversicherten der Ersatzkassen für Angestellte) führt – u a aufgrund von zahlreichen Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen von Frauen – ebenfalls zu einer niedrigeren Grundlohnsumme, doch liegt dafür in diesen Fällen die Familienlastquote deutlich unter dem Durchschnittswert der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung. Beide Beispiele zeigen, dass eine isolierte Betrachtung einzelner Komponenten der Risikostruktur zu falschen Ergebnissen führen kann.

Ein Hauptübel im Berichtswesen der Krankenkassen, das dazu führt, dass über die wirkliche Verteilung der Risikostrukturen und ihren jeweiligen Einfluss auf die Finanzlage der Krankenkassen gegenwärtig mehr spekuliert als fundiert geurteilt wird, liegt im Mitgliederbezug der Angaben. Erforderlich ist jedoch eine versichertenbezogene Analyse sowohl auf der Beitrags- als auch – und hier ganz besonders – auf der Leistungsseite. Solange die beitragsfreie Mitversicherung nicht-

erwerbstätiger Familienangehöriger als Aufgabe des Familienlastenausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt – und daran dürfte gegenwärtig trotz bestehender Reformvorschläge [6] wohl kaum ein Zweifel bestehen –, sind Umfang und Struktur der Versicherten und nicht der Mitglieder die massgebliche Bezugsgrösse. Damit reduziert sich die Zahl der Komponenten der kassenspezifischen Risikostruktur des Sachverständigenrats auf zwei, nämlich:

- die Grundlohnsumme als entscheidender Bestimmungsfaktor auf der Einnahmenseite und
- die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten als massgebliche Determinante der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit als wesentlicher Bestimmungsfaktor auf der Ausgabenseite.

(Aufgrund eigenständiger Finanzausgleichsregelungen erfordert die Krankenversicherung der Rentner eine gesonderte Behandlung, der hier jedoch nicht weiter nachgegangen werden soll.)

Die insbesondere von den Ortskrankenkassen behauptete Belastung durch «besondere Risikogruppen» – genannt werden vor allem Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger – ist aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht zu betrachten. Der empirische Nachweis der besonderen Belastung durch einzelne Versichertengruppen ist methodisch recht aufwendig. Durch eine blosse Gegenüberstellung der Beitragszahlungen und Leistungsaufwendungen für diese Teilgruppe kann dieser Nachweis noch nicht erbracht werden. Darüber hinaus ist dieses Vorgehen aber auch konzeptionell problematisch im Rahmen einer Sozialversicherung, die – anders als etwa die privaten Krankenversicherungen – weder ein individuelles noch ein versichertengruppenbezogenes Äquivalenzprinzip kennt.

Unter Umständen niedrigere Beitragszahlungen werden ohnehin bereits bei der Risikostrukturkomponente «Grundlohnsumme» erfasst, während der eindeutige Nachweis höherer Leistungsausgaben eine versichertenbezogene Längsschnittanalyse erfordern würde. Sollten nämlich etwa die Arbeitslosen im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Altersgruppe überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben verursachen, muss erst untersucht werden, ob sie nicht auch schon vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit besonders oft und/oder lange krank waren und somit «schlechte Risiken» für die Krankenkasse darstellten. In diesem Fall hätten sich lediglich Änderungen beim Versichertenstatus ergeben, nicht jedoch beim «Gesamtrisiko» der Kasse. Auch zuvor schon «ungünstige Versicherungsfälle» lassen sich nach ihrem Statuswechsel nur leichter als solche identifizieren. Die zu untersuchende Frage ist also nicht, ob Arbeitslose mehr Ausgaben verursachen als andere Versicherte, sondern ob bei arbeitslos gewordenen Versicherten ein Ausgabenanstieg gegenüber der vorhergehenden Erwerbsphase zu beobachten ist oder ob der Wechsel zwischen Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in nennenswerter Zahl mit einem Wechsel der Krankenkasse einhergeht.

Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung

Die versichertenbezogene Analyse des Leistungsgeschehens ist auch als wichtiger Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung zu werten. Hierbei ist es weniger von Interesse, ob bestimmte Gesundheitsleistungen von beitragspflichtigen Kassenmitgliedern oder ihren beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen in Anspruch genommen werden, sondern wie die Inanspruchnahme dieser Leistungen nach Alter und Geschlecht aller Versicherten sowie weiteren sozio-ökonomischen und sozio-medizinischen Kriterien erfolgt. In diesem Kontext werden neben Informationen über alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahmeprofile vor allem verlässliche, das heisst standardisierte Mengenindikatoren benötigt. Nur so können Ausgabenentwicklungen in einzelnen Leistungsbereichen danach analysiert werden, ob sie

- auf demographische Faktoren bei unverändertem alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeverhalten (Struktureffekte),
 - auf Änderungen in der Inanspruchnahme durch die Versicherten (Mengeneffekte) oder
 - auf Preisveränderungen bei einzelnen Gesundheitsleistungen (Preiseffekte),
- zurückzuführen sind.

Der Versichertenbezug der Leistungsausgaben ist nicht allein zur Abschätzung der beitragsatzrelevanten Auswirkungen der kassenspezifischen Risikostruktur erforderlich, sondern auch zur Konzipierung und Umsetzung geeigneter Kassenmassnahmen zur Beeinflussung des Versicherten- bzw des Anbieterverhaltens. Gezielte kassenpolitische Instrumente, etwa zur Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens in bestimmten Leistungsbereichen durch einzelne Versichertengruppen, können erst dann sinnvoll entwickelt und eingesetzt werden, wenn detaillierte Informationen über das Versichertenverhalten vorliegen. Zu diesen Instrumenten zählen insbesondere Aktionen zur Verbesserung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Versicherten.

Schlussfolgerungen

Ein kurzes Fazit dieser Ausführungen sei in zwei Punkten gezogen:

Zum einen ist in der Zukunft in jedem Fall eine versichertenbezogene Darstellung des Beitrags- und Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. So ist als Massstab der Finanzgrundlage einer Kasse weniger ihre Grundlohnsumme je Mitglied, als vielmehr die je Versichertem von Interesse. 1986 betrug die durchschnittliche Grundlohnsumme in der GKV je Mitglied 29702 DM und je Versichertem 18114 DM. Je nach Bezugsgrösse fallen die entsprechenden Abweichungen gegenüber der gesamten GKV bzw den Durchschnittswerten in einzelnen Kassenarten sehr verschieden aus. Vor allem aber müssen künftig die Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen versichertenbezogen ausgewiesen werden. Erst dann ist es möglich, unter Zuhilfenahme

alters- und geschlechtsstandardisierter Inanspruchnahmeprofile zu prüfen, ob einzelne Kassen im Verhältnis zu ihrer spezifischen Versichertenstruktur eher über- oder unterdurchschnittlich hohe Ausgaben zu tragen haben.

Zum zweiten ist es im Interesse der eindeutigen Isolierung von Mengen-, Struktur- und Preiskomponenten der Ausgabenentwicklung erforderlich, dass Mengenindikatoren der Leistungsinanspruchnahme standardisiert werden. Erst dann können aussagefähige Vergleiche sowohl zwischen einzelnen Kassen und Kassenarten als auch im Zeitverlauf durchgeführt werden.

Beide Forderungen sind neben der Bestimmung der kassenspezifischen Risikostruktur und deren Auswirkungen auf die Beitragssatzgestaltung vor allem auch deshalb von Bedeutung, damit die Kasse zielgerichtete Massnahmen zur Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens ihrer Versicherten (Nachfrage nach Gesundheitsleistungen) sowie des Anbieterverhaltens der Leistungserbringer konzipieren und in erfolversprechender Weise umsetzen kann.

Zusammenfassung

Die teilweise beträchtlichen Beitragssatzdifferenzen zwischen den Krankenkassen gelten bei einheitlichem Leistungsrecht als sozialpolitisch problematisch. Zur Begründung unterschiedlicher Beitragssätze werden von den betroffenen Kassen oft vorschnelle Interpretationen angeboten, die sich zudem Mithilfe der Informationen aus den Geschäftsberichten der Kassen häufig nicht nachprüfen lassen. In Wirklichkeit gibt es eine Vielzahl von Beitragssatzdeterminanten, die sowohl innerhalb als auch ausserhalb des unmittelbaren Einflussbereichs der Kassen liegen. Für eine Abschätzung der jeweiligen Bedeutung dieser Determinanten ist es erforderlich, insbesondere die Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen künftig differenziert nach Alter und Geschlecht der Versicherten (Mitglieder und Familienangehörige) auszuweisen. Die weitere Isolierung von Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten ermöglicht es, die Ursachen von Ausgabensteigerungen zu identifizieren und gegebenenfalls durch gezielte Kassenpolitiken zu beeinflussen. Eine derart verbesserte Berichterstattung der Kassen würde zugleich einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen Gesundheitsberichterstattung leisten.

Résumé

Déterminants des recettes et des dépenses dans les rapports annuels des caisses-maladie de la République Fédérale d'Allemagne

Les différences considérables des contributions entre les caisses-maladie sont un obstacle au bon fonctionnement de la politique sociale. Des interprétations trop rapides ont fréquemment été déduites de ces différences. Ces interprétations sont le plus souvent infirmées par l'examen approfondi des informations provenant des rapports de gestion des caisses. En réalité, il y a de nombreux déterminants au niveau des contributions qui se situent aussi bien au sein même des caisses-maladie qu'en dehors de celles-ci. Afin d'estimer l'impact de chacun de ces déterminants, il convient de décrire les charges en fonction de l'âge et du sexe de chaque assuré (affilié direct ou membre dépendant de sa famille). L'identification ultérieure des composantes du coût, du volume, et des structures permet de mieux connaître les causes de l'augmentation des dépenses pour la santé. Il est ainsi possible d'influencer de manière plus spécifique la politique des caisses-maladie à l'égard des coûts. En plus, l'amélioration de l'information obtenue pour les caisses-maladie devrait constituer une contribution importante pour le fonctionnement du système de santé en général.

Summary

Determinants of Revenues and Expenditures in the Annual Reports of the Sickness Funds in the Federal Republic of Germany

Contribution rates to the German statutory health insurance differ considerably between different sickness funds. While insurance benefits are largely standardized, these differences are widely regarded as a problem for the state's social policy. The health insurance bodies often offer hasty interpretations to justify the differences of contribution rates. These interpretations, however, cannot be checked on the basis of data from the annual reports of the health insurance. In reality, there is a number of determinants of the contribution rate which lie as well inside as outside the sphere of influence of the health insurance bodies. In order to estimate the respective impact of single determinants it is important to differentiate the health expenditures by age and sex of all insured persons (both the contribution paying members and their co-insured dependants). A further disentanglement of health expenditures into prices, quantities and structural components allows to identify the reasons of increases in health costs. This is also a necessary precondition for creating and implementing suitable measures that are directed to control health costs. At the same time, the improved information system of the statutory health insurance would contribute to a better understanding of the performance of the health system in general.

Literaturverzeichnis

[1] *Reiners H.* Organisationsreform der GKV. Risikostrukturen und Wahlfreiheit. Die Ortskrankenkasse 1988; 70: 493-495.

- [2] *Bauer G, Schönhofen F.* Risikostrukturen und Beitragsunterschiede in der GKV. Die Ortskrankenkasse 1988; 70: 649-655.
- [3] *Stupphardt R.* Die Beitragssätze von Betriebskrankenkassen sind das Normale, Machbare und Mögliche. Die Betriebskrankenkasse 1987; 75: 266-270.
- [4] *Müller W.* Liegt es nur an der «Grundlohnsumme»? Die Betriebskrankenkasse 1988; 76: 165.
- [5] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Medizinische und ökonomische Orientierung. Jahresgutachten 1988, Baden-Baden: Nomos, 1988.
- [6] *Meierjürgen R, Jacobs K.* Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze. Wirtschaftsdienst 1988; 68: 256-261.

Überarbeiteter Beitrag für die 24. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention «Sozialmedizin in Gesundheit und Krankheit», Hannover, 15.-17. September 1988.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Volkswirt Klaus Jacobs
IGES - Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
Otto-Suhr-Allee 18
D-1000 Berlin 10