

Zimmermann, Anne; Jankowski, Markus

Working Paper

Zur Gestaltung einer Umstellung auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2005,01

Provided in Cooperation with:

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

Suggested Citation: Zimmermann, Anne; Jankowski, Markus (2005) : Zur Gestaltung einer Umstellung auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2005,01, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/23839>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

**OTTO-WOLFF-INSTITUT
für Wirtschaftsordnung**

Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges
Professor Dr. Johann Eekhoff
Geschäftsführer: Dr. Peter Danylow
Dr. Steffen J. Roth

Zur Gestaltung einer Umstellung auf Kapitaldeckung
in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Anne Zimmermann und Markus Jankowski

Otto-Wolff-Institut Discussionpaper 1/2005

(Juli 2005)

Zur Gestaltung einer Umstellung auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Anne Zimmermann und Markus Jankowski¹

Kontakt:

Dipl.-Volksw. Anne Zimmermann
Wirtschaftspolitisches Seminar der Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
Tel: 0221- 470 2378
Fax: 0221- 470 5188
Zimmermann@wiso.uni-koeln.de

1. Einleitung	1
2. Zur Notwendigkeit eines Überganges auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	1
3. Die Offenlegung der impliziten Schuld	3
4. Die Gestaltung des Übergangs	7
4.1 Langsamer Übergang	7
4.2 Aufbau eines Kapitalstocks.....	9
4.3 Sofortiger Übergang mit liquiditätsbezogener Tilgung.....	10
4.4 Verfahren der Zuteilung der Altersrückstellungen.....	12
4.4.1 Forderungen der Versicherungen	12
4.4.2 Zuteilung durch den Staat	14
4.4.3 Ein wettbewerbliches Verfahren	15
4.4.4 Schwierigkeiten und Lösungsansätze.....	18
4.4.5 Die Wahl des Verfahrens	22
Fazit	23
Literatur	24

¹ Unser Dank gilt den Mitarbeitern des Wirtschaftspolitischen Seminars der Universität zu Köln sowie des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung für hilfreiche Anmerkungen. Letzterem danken wir ebenfalls für die finanzielle Unterstützung unseres Forschungsprojektes.

1. Einleitung

Die Finanzierungskrise der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) scheint durch die Maßnahmen und Wirkungen des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) vorübergehend gemildert worden zu sein². Die beobachteten Entlastungen werden jedoch aufgrund der demografischen Entwicklung in dem umlagefinanzierten System der GKV zwangsläufig nur vorübergehend sein. Die Anzahl der Beitragszahler wird abnehmen und voraussichtlich eine steigende Last zu tragen haben. Zur Überwindung der demografiebedingten Finanzierungsprobleme der GKV scheint der Übergang auf ein kapitalgedecktes System eine sinnvolle Lösung zu sein. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt daher auf der Analyse eines solchen Übergangs.

2. Zur Notwendigkeit eines Überganges auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

An dieser Stelle sollen nicht die Vor- und Nachteile von umlagefinanzierten und kapitalgedeckten Versicherungssystemen analysiert werden. Als Begründung für die Notwendigkeit eines Überganges wird auf die mangelnde Flexibilität eines Umlageverfahrens bei Änderungen der demographischen Rahmenbedingungen sowie auf verbesserte Wettbewerbsbedingungen im Kapitaldeckungsverfahren verwiesen. In Bezug auf Ersteres können sowohl die sinkende Geburtenrate als auch die steigende Lebenserwartung zu einer steigenden Belastung zukünftiger Generationen führen.³ Die Reaktionsmöglichkeiten einer Krankenversicherung hierauf sind innerhalb des Umlageverfahrens vergleichsweise gering. Eine theoretisch denkbare Alternative zu steigenden Beitragssätzen wären geringere

² So weist die Gesetzliche Krankenversicherung auch im 1. Quartal 2005 einen Überschuss aus (BMGS 2005).

³ Bei einem konstanten Leistungsniveau führt eine sinkende Geburtenrate im Umlageverfahren zu einer höheren Belastung künftiger Generationen. Diese müssten auch bei gleichbleibender Lebenserwartung eine stetig wachsende Belastung im Vergleich zu den jeweils vorhergegangenen Generationen tragen. Damit sinkt die implizite Verzinsung im Umlageverfahren. Hinsichtlich einer steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung existieren zwei gegensätzliche Thesen über die Auswirkungen auf die erwarteten Kosten: Die Medikalisierungsthese besagt, dass eine höhere Lebenserwartung zu höheren durchschnittlichen Ausgaben führt und damit eine zusätzliche Belastung für die Beitragszahler darstellt. Die Kompressionsthese dagegen besagt, dass die Krankheitskosten erst kurz vor dem Todeszeitpunkt extrem ansteigen. Eine Verlängerung der Lebenserwartung führt dann nicht zwangsläufig zu höheren durchschnittlichen Ausgaben, da die zusätzlichen Lebensjahre überwiegend gesund verbracht werden. Empirisch ist bisher keine der beiden Thesen abschließend verworfen worden. Unter Einbezug von medizinisch-technischem Fortschritt werden durchschnittlich höhere Krankheitskosten bei Verlängerung der Lebenserwartung wahrscheinlicher, jedoch fehlen auch hier belastbare empirische Untersuchungen. S. hierzu u.a. Ulrich (2003).

Leistungen im Krankheitsfall bei konstanten Beitragssätzen, was angesichts der verstärkten Inanspruchnahme von Leistungen im Alter vor allem ältere Versicherte treffen dürfte. Dies würde jedoch vermutlich gesellschaftlich nicht akzeptiert. Die künftigen Generationen würden zwar einen konstanten Beitragssatz zahlen, aber sie müssten die ständig absinkenden Leistungen der GKV hinnehmen bzw. durch eine private Absicherung kompensieren. Ein Übergang auf ein kapitalgedecktes Verfahren ist dann notwendig, wenn man verhindern will, dass zukünftige Beitragszahlergenerationen einer steigenden Beitragslast oder einer erodierenden Versicherungsleistung ausgesetzt sind. Diese intergenerationale Ungleichbehandlung durch die Verschiebung von Lasten auf zukünftige Generationen kann bei sinkenden Geburtenraten dauerhaft nur in einem Verfahren verhindert werden, in dem jede Generation (oder Alterskohorte) für sich selbst vorsorgt.

Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass in einem privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungssystem mehr Wettbewerb möglich ist als in einem staatlich organisierten Umlageverfahren. Werden von den Versicherungen in einem privatwirtschaftlich organisierten, kapitalgedeckten System risikoäquivalente Prämien erhoben, und wird der Wettbewerb über die Bildung, Individualisierung und Übertragung von Altersrückstellungen gewährleistet, dann ist ein solches Verfahren einem Umlageverfahren überlegen, in dem die Prämien kollektiv äquivalent (also einheitlich, das Risiko des gesamten Versicherungsbestandes deckend) gebildet werden.^{4,5} In einem Umlageverfahren muss eine Form von Risikostrukturausgleich (RSA) erhalten bleiben, selbst wenn aufgrund einer Einführung von Kopfpauschalen anstelle von einkommensabhängigen Beiträgen, wie sie heute erhoben werden, wesentliche schädliche Einflüsse auf das heutige System, wie die Abhängigkeit der GKV von der konjunkturellen Entwicklung, die Belastung der Lohnnebenkosten durch steigende Beiträge sowie die Verknüpfung von Umverteilung und Versicherung, entfallen. Andernfalls verbleiben Anreize zur Selektion von Versicherten, die im Vergleich zu der von ihnen zu zahlenden Pauschale ein unterdurchschnittliches Risiko darstellen und daher einen Überschuss der Prämienzahlungen über die Ausgaben erwarten lassen. Im Fall von einkommensunabhängigen Kopfpauschalen wäre dies zwar ein - im Vergleich zum Status quo – reduzierter RSA, da die einkommensabhängigen Ausgleichskomponenten entfielen, jedoch bietet auch ein reduzierter RSA keine völlige

⁴ Diese Altersrückstellungen werden als Differenz des Barwertes zwischen zukünftig zu erwartenden (im Lebensverlauf ansteigenden) Kosten und zukünftig zu zahlenden (annähernd über den Lebenszyklus konstanten) Prämien gebildet. In jungen Jahren wird auf diese Weise der notwendige Kapitalstock für die im Alter höheren Kosten gebildet.

⁵ Zur Funktionsweise dieses wettbewerblichen Krankenversicherungssystems s. Kronberger Kreis (2002) sowie Eekhoff (2005).

Ausschaltung von Anreizen zur Risikoselektion und – vor allem – keine/wenig Anreize zu langfristig optimierter Versorgung.⁶ Diese Verzerrungen können im Rahmen eines kapitalgedeckten Systems mit übertragbaren risikoangepassten Altersrückstellungen weitgehend vermieden werden. Bei einem Übergang auf ein Kapitaldeckungsverfahren würden dagegen die effizienzsteigernden Effekte des verbesserten Wettbewerbs unter den Versicherungen genutzt werden können.

3. Die Offenlegung der impliziten Schuld

Die Einführung eines kapitalgedeckten Systems stellt in einer Situation, in der noch keine Versicherung besteht, keine großen Probleme dar. Jeder, der die Prämien tragen kann, tritt einer privaten Krankenversicherung bei und beginnt so mit dem Aufbau von Altersrückstellungen. Ein spezieller Schutz bestimmter Gruppen ist nicht zwingend notwendig, da ja auch zuvor kein Versicherungsschutz bestand.⁷ Anders gestaltet sich die Situation, wenn man aus einem bestehenden Umlageverfahren auf ein kapitalgedecktes System umstellen will. Hier können mehrere Argumente herangezogen werden, die nahe legen, dass man einen Umstieg ohne jegliche Gewähr von Ansprüchen nicht vertreten kann. Zum Einen kann argumentiert werden, dass die Ansprüche in der Gesetzlichen Krankenversicherung daraus resultieren, dass in diesem umlagefinanzierten System die Ansprüche der Versicherten an die Versicherung aus der Erziehung von Kindern – und nicht aus der Beitragszahlung – resultieren. Dies wird über die analoge Argumentation in der Gesetzlichen Rentenversicherung deutlich. So kann gezeigt werden, dass in einem umlagefinanzierten Rentenversicherungssystem die anspruchsbegründende Leistung die Kindererziehung ist. Die Beitragszahlung im Erwerbstätigenalter (aus der die Rente der älteren Generation gezahlt wird) ist in einem Drei-Generationen-Modell als Rückzahlung der empfangenen Erziehungsleistung zu interpretieren. Im Gegenzug erwirbt die Erwerbstätigengeneration Ansprüche gegen die nächste Generation, indem sie sie großzieht. Das bedeutet, dass der Fokus auf das einem Umlageverfahren zugrunde liegende Verhalten gerichtet wird: das Aufziehen von Kindern. Eine stärkere Ausrichtung des Rentenbezugs an

⁶ S. hierzu Jankowski/Zimmermann (2004).

⁷ Die Existenz eines sozialen Netzes (in Deutschland der Sozialhilfe entsprechend) wird vorausgesetzt, so dass letztlich keinem Menschen eine medizinisch notwendige Behandlung versagt bleibt. Wird dies vorausgesetzt ist auf der anderen Seite eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht zu begründen, um die Finanzierung der sozialen Mindestsicherung nicht durch Free-Rider-Verhalten der Individuen zu gefährden. S. hierzu Pimpertz (2002), S.78 ff und Jankowski (2005), S. 17 ff.

der Kindererziehung (also an der Bildung des Humankapitals der folgenden Generation) kann beispielsweise durch Staffelung der Rentenansprüche nach der Kinderzahl erfolgen. Das System wird demographieresistent, da im Wesentlichen nur noch diejenigen eine Rente aus dem Umlageverfahren beziehen, die zu seinem Erhalt beigetragen haben. Diejenigen, die keine Kinder erziehen, müssen Kapital ansammeln, welches sie für ihre private Altersvorsorge nutzen können.⁸

Auch in der umlagefinanzierten Krankenversicherung werden auf diese Weise Ansprüche generiert. Diese Ansprüche decken – durch eine implizit enthaltene Rentenversicherung – die Prämiensteigerungen, die durch Alter bedingt sind (das typische Altersprofil der durchschnittlichen Krankheitskosten nimmt über den Lebenszyklus – von dem Zeitraum unmittelbar nach der Geburt abstrahiert – einen exponentiell steigenden Verlauf an (s. SVR 2004/2005, S. 325)) und mit unterschiedlicher Lebensdauer variieren. In der Krankenversicherung wird dieser Rentenversicherungsbestandteil dadurch verschleiert, dass die jüngeren Beitragszahler selber auch Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, bzw. die Rentner auch selber Beiträge zahlen. Aufgrund der unterschiedlichen Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben von Jungen und Alten ist dieser Rentenanteil jedoch ebenso enthalten, wie in einer normalen Rentenversicherung. Im Umlageverfahren finanzieren die Erwerbstätigen daher die hohen Ausgaben der älteren Versicherten, die durch deren relativ zu den von ihnen verursachten Kosten zu niedrigen Beiträge nicht gedeckt sind.^{9, 10} Auf diese Weise müssen Ältere keine höheren Prämien zahlen, wie es bei periodengerechter risikoäquivalenter Prämienberechnung der Fall wäre.¹¹ In der privaten Krankenversicherung (PKV) wird diese Funktion von den Altersrückstellungen einer Kohorte übernommen.¹²

Neben diese Absicherung des altersbedingten Krankheitskostenrisikos tritt in einer Krankenversicherung die Versicherung des sog. morbiditätsbedingten Krankheitskostenrisikos (die Verschlechterung des Krankheitskostenrisikos aufgrund einer zunehmenden Morbidität, im Unterschied zu altersbedingten Krankheitskosten). Im Umlageverfahren wird es über die Beiträge der (Netto-)Beitragszahler gedeckt, in der PKV

⁸ S. zu dieser Thematik Henman/Voigtländer (2004), Werding (1999), sowie Eekhoff (2002), S. 161 ff.

⁹ Dies ist sowohl bei einkommensabhängigen Prämien (aufgrund der niedrigeren Rentenzahlungen) als auch bei Kopfpauschalen für eine Versicherungsgemeinschaft, die Alte und Junge umfasst, der Fall.

¹⁰ Das Alter, ab dem ein durchschnittlicher GKV-Versicherter zum Netto-Empfänger wird, lässt sich ungefähr daran festmachen, ab welchem Alter bei der Zahlung einer lebenslang (real) konstanten durchschnittlichen Prämie die periodenindividuellen erwarteten Kosten oberhalb dieser äquivalenten Prämie verliefen. Dies ist etwa ab einem Alter um 50 Jahre der Fall.

¹¹ Diese Glättung ist durchaus gewollt und kann verpflichtend gemacht werden – zur Verhinderung von Free-Rider-Verhalten durch Ausnutzen der sozialen Mindestsicherung. S. hierzu Jankowski (2005), S. 43 ff. Problematisch ist nur die sich verändernde Belastungsverteilung durch die demographische Entwicklung.

¹² Über die Altersrückstellungen ist auch das Risiko der Langlebigkeit und der damit verbundenen Krankheitskosten versichert.

ebenfalls durch die Altersrückstellungen. Würden die Altersrückstellungen individuell den einzelnen Versicherten nach ihrem jeweiligen Risiko zugeteilt, würde dies unmittelbar offenbar, da die Altersrückstellungen mit unterschiedlicher Morbidität variierten. Die Summe der durchschnittlichen Altersrückstellungen, die in der PKV gebildet werden, deckt somit das alters- sowie das morbiditätsorientierte Krankheitskostenrisiko.¹³ Um zum Ausgangspunkt zurückzukehren: In einem umlagefinanzierten Krankenversicherungssystem haben alle Kindererziehenden die Ansprüche aufgebaut, die das altersbedingte Prämienrisiko decken und damit den Anspruch auf diese durchschnittlichen Altersrückstellungen erworben. Der morbiditätsbedingte Ausgleich individueller Risiken ist in dieser Summe enthalten, weil das durchschnittliche Risiko der jeweiligen Kohorte zum Zeitpunkt der Versicherungsabschlusses in die Prämienkalkulation eingeht.

Aufgrund des über Jahrzehnte in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebauten Vertrauens kann man jedoch auch denjenigen, die keine Kinder erzogen haben, nur schwerlich ihre Ansprüche an dieses System absprechen. Sie haben über viele Jahre oder Jahrzehnte in dieses System eingezahlt. Der Vertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde in dem Glauben abgeschlossen, dass man anderweitige Vorsorge nicht zu betreiben braucht. Hinzu kommt, dass sogar denen, die dies möglicherweise hätten tun wollen, als Arbeiter und Angestellte mit Einkommen innerhalb bestimmter Grenzen keine Möglichkeit hierzu eingeräumt wurde. Nachträglich die Ansprüche auf diese Leistungen zu kürzen oder gar zu verweigern kommt einem Verstoß gegen den zuvor eingeräumten Vertrauensschutz gleich.¹⁴

Schließlich kann man auch argumentieren, dass eine Umstellung, die nachträglich den heute Versicherten eine Verschlechterung aufgrund einer auf Basis ihres heutigen Risikos ermittelten Prämie zumutet, einen Vertragsbruch darstellt. Der Vertrag über die Absicherung der genannten Risiken ist den Versicherten durch den Beitritt in die Gesetzliche Krankenversicherung implizit zugesichert worden und damit ist die Umstellung auf ein System, in dem die Prämienbildung altersabhängig und morbiditätsabhängig variiert, nicht zu vertreten.

Die derzeit vorhandenen Ansprüche in der GKV müssten als Altersrückstellungen bereitgestellt werden, wenn man die heutigen GKV-Versicherten in ein System der

¹³ Dies ist durch eine genügend große Anzahl von Versicherten gewährleistet, so dass sich die Abweichungen der Versicherten in ihrem individuellen Risiko (nach oben und unten) vom Durchschnittsrisiko gerade ausgleichen.

¹⁴ Anders als bspw. In der Gesetzlichen Pflegeversicherung kann hier auch nicht mit der kurzen Laufzeit der Versicherung argumentiert und ihre Einführung als rückgängig zu machenden Fehler interpretiert werden (s.

Kapitaldeckung überführen und reale Prämiensteigerungen verhindern möchte. Der hierzu notwendige Betrag kann näherungsweise bestimmt werden, indem man den heutigen Bestand an Altersrückstellungen in der PKV auf die Gesamtbevölkerung hochrechnet.¹⁵ Demnach müsste die Altersrückstellung für die heute in der umlagefinanzierten GKV versicherten Personen eine Größenordnung von ca. 700-800 Mrd. Euro haben. Dieser Betrag entspricht der Nachhaltigkeitslücke des Umlageverfahrens, die nicht offen ausgewiesen ist, die jedoch existierende Verbindlichkeiten der Beitragszahler bzw. der Versicherungsträger ausmacht. Sie wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung momentan im Umlageverfahren an die jeweils nächsten Generationen weitergegeben. Auch bei Weiterbestehen des heutigen Systems ist diese implizite Schuld zu tilgen, nur dass dann im Wesentlichen zukünftige Generationen mit steigenden Beiträgen belastet werden oder eine drastische Beschränkung – Rationierung – von Leistungen hinnehmen müssen. Bei einer sinkenden Geburtenrate und bei durch steigende Lebenserwartung und technischen Fortschritt steigenden Kosten im Alter, steigt der von den jeweiligen Erwerbstätigengenerationen zu tragende Anteil der Last im Zeitablauf immer stärker an. D. h. künftige Generationen müssten diese Last über steigende Beitragssätze finanzieren, wollte man die Versorgung nicht drastisch einschränken. Besonders deutlich wird dies an der Babyboom-Generation der 1950er und 60er Jahre, die in den nächsten 20 - 30 Jahren das Rentenalter erreicht und dementsprechend Ansprüche aufgebaut hat bzw. noch weiter aufbaut. Diesen Geburtsjahrgängen stehen die zu Anfang der 1970er Jahre stark rückläufigen Geburtenraten entgegen. Daher ist mit einer stark steigenden Belastung der Beitragszahler zu rechnen.

Die Offenlegung der impliziten Schuld durch einen Übergang auf Kapitaldeckung und damit die Vermeidung eines weiteren Anstiegs der Ansprüche im System der GKV ändern zwar zunächst nichts an der Notwendigkeit, die bestehenden Ansprüche zu finanzieren. Vorteile resultieren aber daraus, dass neben der Begrenzung der zu finanzierenden Schuld eine zunehmende Belastung zukünftiger Generationen unterbleibt. Weiterhin kann argumentiert werden, dass in einem kapitalgedeckten System im Wettbewerb der Krankenversicherungen weitere Kosteneinsparungen möglich sind, da Effizienzreserven genutzt werden können, die bisher brach liegen. Der Risikostrukturausgleich entfällt, was einen zusätzlichen Wegfall

hierzu Arentz et al., 2004). Bei einer Laufzeit von knapp 10 Jahren in der GPV ist dies noch nachzuvollziehen, bei der seit Jahrzehnten bestehenden GKV ist es kein haltbares Argument mehr.

¹⁵ Die PKV hat derzeit ca. 85 Mrd. € (PKV-Zahlenbericht 2003/04) Altersrückstellungen für einen Bevölkerungsanteil von ca. 10 % aufgebaut. Der geschätzte Betrag kann allerdings dahingehend eine Überschätzung darstellen, als dass darin auch Zusatzversicherungen enthalten sind; darüber hinaus liegen in der PKV höhere Vergütungssätze vor. Gegenzurechnen sind jedoch mögliche Effekte, die aus einer schlechteren Risikostruktur der GKV-Versicherten und einem höheren Durchschnittsalter im Vergleich zum PKV-Bestand

eines suboptimalen Instrumentes bedeutet. Weiterhin entfällt die bisher mögliche politische Einflussnahme auf das staatlich organisierte umlagefinanzierte Versicherungssystem und macht es daher weniger anfällig für diskretionäre Eingriffe seitens der Politik. Dieses höhere Maß an Sicherheit über die angelegten Mittel und die festgelegten Vertragsparameter können zu einer höheren Anlageeffizienz weiterer Finanzmittel auf Seiten der Versicherten führen.¹⁶ Diese Effizienzgewinne sind es, die eine Umstellung auf ein kapitalgedecktes System der Weiterführung des heutigen Umlageverfahrens vorteilhaft machen.

4. Die Gestaltung des Übergangs

Für die Umstellung von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalgedecktes System gibt es verschiedene Optionen, die sich jeweils durch die mit ihnen verbundenen Kosten, die Höhe der im Umlageverfahren zusätzlich noch anfallenden Ansprüche und die intergenerativen Verteilungswirkungen unterscheiden.

4.1 Langsamer Übergang

Ein langsamer – gleitender – Übergang von einem Umlage- auf ein Kapitaldeckungsverfahren kann auf zwei Arten erfolgen: Entweder, das Umlageverfahren läuft so lange weiter, bis der letzte vor einem bestimmten Stichtag geborene GKV-Versicherte verstirbt. Allerdings stiege bei diesem Verfahren die implizite Schuld zunächst weiter an, da die Anzahl der älteren Versicherten in den kommenden Jahren noch zunimmt.

Durch die Festlegung einer vergleichsweise hohen Altersgrenze, unterhalb derer die Versicherten in das kapitalgedeckte System wechseln müssen, könnte das Anwachsen der impliziten Schuld allerdings in Grenzen gehalten werden. Jedoch müsste man denjenigen, die bereits in das kapitalgedeckte System eintreten, aufgrund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes höhere Prämien zahlen müssten, als wenn sie bereits ab Geburt dort versichert gewesen wären, Prämienzuschüsse gewähren (dies entspricht der Deckung der impliziten Lasten für alle Versicherten, die Ansprüche aufgebaut haben).

Die Finanzierung der impliziten Schuld des Umlageverfahrens kann durch Kreditfinanzierung so gestaltet werden, dass sowohl die heutigen Generationen als auch folgende Generationen mit den Aufwendungen für die Finanzierung der Altersrückstellungen annähernd gleich

resultieren könnten. Dann müsste die Berechnung nach oben korrigiert werden. Die hier angegebene Zahl stellt daher nur einen groben Richtwert dar.

¹⁶ S. hierzu Zimmermann/Jankowski (2005).

belastet werden.¹⁷ Unabhängig von der Wahl eines Übergangsszenarios müssen die Versicherten eine Belastung tragen, die sich entweder aus der Zahlung von Beiträgen zum Umlageverfahren und Steuerzahlungen (bzw. zusätzlichen Beiträgen) oder aus Beiträgen zur Kapitaldeckung und Steuerzahlungen zusammensetzt. Die Steuerzahlungen dienen der Finanzierung der impliziten Schuld und damit der Deckelung der Beiträge (im Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren).

Um eine gleichmäßige Belastung aller zu gewährleisten müsste jedoch ein zusätzlicher Beitrag oder eine Beteiligung an einer allgemeinen Steuer von den heutigen Rentnern verlangt werden, da sie ansonsten von den erst in den nächsten Jahren und Jahrzehnten anstehenden und auszugleichenden Beitragssatzsteigerungen noch nicht betroffen wären.

Weiterhin ergäben sich schwerwiegende organisatorische Probleme. So müssten manche Versicherte einer einzelnen Versicherungsgesellschaft einerseits in dem bisher bestehenden Umlageverfahren verbleiben und somit einer öffentlich-rechtlichen Behandlung unterworfen werden. Andere Versicherte dagegen müssten nach privatwirtschaftlichen Maßstäben behandelt werden und Kapitaldeckung betreiben. Diese Spaltung einer einzelnen Versicherung in zwei unterschiedliche Organisationsformen dürfte äußerst schwer umsetzbar sein. Funktionierender Wettbewerb dürfte auf diese Weise noch eine Weile nicht möglich sein, in jedem Fall gälte dies für die Versicherten, die noch im Umlageverfahren verblieben. Die Öffnung beider Systeme für einen Systemwettbewerb wäre keine Alternative, da ja das Umlageverfahren auslaufen soll und daher keine zusätzlichen Versicherten mehr aufnehmen sollte. In beiden Szenarien ist außerdem eine Quersubventionierung zwischen den dann parallel bestehenden umlagefinanzierten und kapitalgedeckten Geschäftsbereichen zu erwarten. Ob sich diese Wettbewerbsverzerrung durch eine adäquate Reform des Risikostrukturausgleichs verhindern ließe, ist fraglich. Ohnehin würde die Weiterführung des Risikostrukturausgleiches in der heutigen Form erschwert, wenn die beiden Systeme parallel bestehen würden, in jeder Versicherung Versicherte in beiden Systemen versichert wären und dennoch ein weitgehend funktionierender Risikoausgleich und damit Wettbewerb gewährleistet sein sollten.

¹⁷ Welche Form diese Finanzierung innerhalb der Generationen/Kohorten annimmt, ist damit noch nicht geklärt. Anzustreben sein dürfte aber eine Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit und damit unabhängig von der Generationenzugehörigkeit.

4.2 Aufbau eines Kapitalstocks

Ein ursprünglich von der Herzog-Kommission konzipierter und später im Rahmen der Vorschläge des CDU-Parteitages im Dezember 2003 erweiterter Vorschlag ist die vorübergehende Umstellung auf Kopfpauschalen verbunden mit der Bildung eines Kapitalstocks, der kollektiv außerhalb der GKV über Beiträge oder Steuerzahlungen aufgebaut wird. Nach Ablauf einer Übergangsphase wird der Kapitalstock zur Deckelung der dann einzuführenden risikoäquivalenten, kapitaldeckenden Prämien genutzt. Auch hier können die Belastungen so verteilt werden, dass alle heutigen und – begrenzt in die Zukunft reichend – auch zukünftige Generationen diese Belastung des Aufbaus eines Kapitalstocks gleichmäßig tragen.

Aus polit-ökonomischer Sicht ist gegen dieses Verfahren jedoch einzuwenden, dass ein Kapitalstock, der an zentraler Stelle aufgebaut wird, immer der Gefahr des politischen Zugriffs unterliegt.¹⁸ Die Ansiedlung des Kapitalstocks bei einer politikfernen Institution – etwa der Bundesbank – trägt dem ansatzweise Rechnung. Allerdings kann das Wissen über die Existenz eines kollektiven Kapitalstocks den Krankenversicherungen den Anreiz bieten, bereits vor Umstellung des Systems die erwarteten Kapitalzuflüsse zu verplanen. Dies kann sich in verbilligten Prämien niederschlagen, um im Wettbewerb einen Vorteil zu erlangen. Die korrekte und vollständige Erfassung der Vorgänge und der Nachweis, dass bestimmte, von den Versicherten vorgenommene, Maßnahmen aufgrund der zu erwartenden Umstellungen verfrüht und ineffizient erfolgen, erscheint äußerst umständlich, wenn nicht gar unmöglich.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem jüngsten Jahresgutachten (2004/2005) die Bildung von individuellen Kapitalstöcken ähnlich der Riesterrente in der Gesetzlichen Rentenversicherung angeregt.¹⁹ Sie sollen den einzelnen Versicherten bei dem von den Autoren vorgeschlagenen Umstieg auf die sog. Bürgerpauschale (kollektiv äquivalente einkommensunabhängige Prämie je Versicherung) vor einem Anstieg der Prämien durch die demographische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt etc. bewahren, der für die nächsten Jahrzehnte absehbar ist. Ein solches Verfahren ist durchaus vorstellbar. Allerdings fehlt bei einem solchen Vorsorgesparen die Versicherungskomponente, die bei der Bildung eines kollektiven Kapitalstocks oder bei dem Aufbau von Altersrückstellungen über die Höhe der gesamten durchschnittlichen Altersrückstellung gewährleistet ist. Daher wären die Versicherten nicht vor den finanziellen

¹⁸ S. Sachverständigenrat (2004/2005), S. 524 ff.

Folgen eines unerwartet langen Lebens geschützt, bzw. diejenigen, die früher versterben, hätten zuviel angespart. Selbst wenn man hier eine zusätzliche Rentenversicherungskomponente einführen würde – und dabei ergäben sich Schwierigkeiten wie die Frage, ab wann die Rentenversicherung wie viel der anfallenden Leistungsausgaben übernehmen sollte –, wäre doch nach wie vor ein Risikostrukturausgleich notwendig, um im Umlageverfahren zwischen den Versicherungen funktionierenden Wettbewerb zu etablieren. Eine solche Lösung ist aber einem wirklich wettbewerblichen, über individualisierte, übertragbare Altersrückstellungen ablaufenden, Verfahren immer unterlegen. Aus diesem Grund wird dieser Vorschlag hier nicht weiter verfolgt.

4.3 Sofortiger Übergang mit liquiditätsbezogener Tilgung

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, zu einem bestimmten Stichtag alle Versicherten in ein kapitalgedecktes System zu überführen. Das Anwachsen der impliziten Schuld würde dadurch gestoppt. Die Finanzierung der beim Übergang notwendigen Altersrückstellungen müsste entweder durch einen Zuschlag zu den Versicherungsprämien der Versicherten oder durch allgemeine Steuermittel aus dem laufenden Haushalt bzw. über Schuldenaufnahme erfolgen. Auch bei diesem Verfahren kann die Tilgung der Schuld je nach Bedarf über verschiedene Generationen verteilt werden.

Die sofortige Finanzierung des gesamten Kapitalbedarfs über Steuereinnahmen ist angesichts der Höhe der notwendigen Mittel unrealistisch, da der Betrag in Höhe von rd. 700 – 800 Mrd. € gut dem 1,5fachen des gesamten jährlichen Steueraufkommens als Summe von Bundes-, Landes- und Gemeindesteuern entspricht. Eine sofortige vollständige Deckung der impliziten Last durch Staatsschulden wiederum bedeutet, dass dieser hohe Betrag unmittelbar am Kapitalmarkt aufgenommen werden muss. Das kann sowohl die Schuldenkriterien des Maastricht-Vertrages sprengen – wobei die Behandlung der impliziten Schuld von Sozialversicherungssystemen auch bei den für die Definition der Schuldenstandskriterien Verantwortlichen ein noch ungelöstes Problem darstellt – als auch möglicherweise Kapitalmarktverzerrungen und Zinsbeeinflussungen nach sich ziehen.

Ein mögliches Verfahren, wie man die Vorteile eines sofortigen Umstiegs nutzen und gleichzeitig die mit der Schuldaufnahme verbundenen Probleme in weiten Teilen umgehen kann, sieht wie folgt aus. Zu einem festgelegten Stichtag wird die gesamte GKV auf Kapitaldeckung umgestellt. Damit die Versicherungen in den Wettbewerb entlassen werden

¹⁹ S. Sachverständigenrat (2004/2005), S. 532 ff.

können, benötigen sie die oben angesprochenen Altersrückstellungen für ihren Versichertenbestand, um individuelle übertragbare Altersrückstellungen ausweisen zu können. Zur Finanzierung dieser Summe erhalten die Versicherungen eine verzinsliche Forderung gegen den Staat über die notwendigen Beträge. Den Altersrückstellungen auf der Passivseite der Bilanzen der Versicherung steht also auf der Aktivseite eine Forderung gegen den Staat gegenüber. Die Tilgung dieser Forderung durch den Staat erfolgt jeweils bei entsprechendem Liquiditätsbedarf, also immer dann, wenn die tatsächlich anfallenden Kosten nicht mehr von den Prämienzahlungen der Versicherten gedeckt sind. Die laufenden Gesundheitsausgaben der Versicherten können nämlich nach wie vor zum weitaus größten Teil aus den Beiträgen der Versicherten gedeckt werden. Da die Beiträge der Älteren nicht für die Finanzierung der von ihnen verursachten Kosten ausreichen, werden die Einzahlungsüberschüsse der jüngeren Versicherten zur Deckung der Ausgaben genutzt. Zusätzliche Liquidität von außen – durch die Inanspruchnahme der Staatsbürgschaft – wird erst notwendig, wenn diese Einzahlungsüberschüsse nicht ausreichen, um die tatsächlich anfallenden Kosten zu decken.

Mit der Zusage des Staates, bei Bedarf die Liquidität zur Verfügung zu stellen, können die Versicherungen in den Wettbewerb mit Hilfe individueller übertragbarer Altersrückstellungen starten. Es werden nicht sofort sämtliche Versicherten ihre Versicherung wechseln wollen, so dass nicht unmittelbar die gesamte Höhe der Altersrückstellungen finanziert werden muss. Der Sorge, dass alle Versicherungen sofort den vollen Betrag fordern und es daher doch zu einer sofortigen Aufnahme der Staatsschuld am Kapitalmarkt kommt, kann dadurch begegnet werden, dass durch die Versicherungsaufsicht gesichert wird, dass die geforderten Summen tatsächlich aus einem zwingenden Liquiditätsbedarf resultieren und nicht für eine Anlage am Kapitalmarkt genutzt werden.²⁰ Zu diesem Zweck ist es hilfreich, wenn nur an einem oder an zwei fixen Terminen im Jahre die Versicherung gewechselt werden darf, so dass der jeweilige Liquiditätsbedarf an festen Terminen geschätzt werden kann.

Die Frage der Tilgung der Schuld – Zeitrahmen und Art der Schuldentilgung – soll hier nicht weiter thematisiert werden. Dies ist eine weitgehend politische Entscheidung. Um jedoch zu verhindern, dass die Schuldenfinanzierung kontinuierlich auf kommende Generationen gewälzt wird (auch wenn alle Generationen nur Zinszahlungen leisten müssten), sollte eine

²⁰ Zudem müssen die zugesagten Forderungen ebenfalls vom Staat verzinslich angelegt werden. Für diesen ist es weitgehend unerheblich, ob er Schuldzinsen zu zahlen hat – wenn die Altersrückstellungen zur Verfügung gestellt werden – oder ob er die zugesagten Forderungen verzinslich anlegt. Gegen die Schuldaufnahme sprechen jedoch wiederum Gründe wie Kapitalmarkt- und Zinsbelastungen. Daher ist eine Lösung anzustreben, die eine tatsächliche Schuldaufnahme möglichst zeitlich streut.

geringe Tilgungsrate festgelegt werden. Ziel soll es ja sein, zukünftige Generationen unabhängig von dem heute bestehenden Umlageverfahren zu machen.

Eine wichtige Frage für die politische Umsetzbarkeit eines stichtagsbezogenen Übergangs auf Kapitaldeckung ist, ob die Offenlegung der impliziten Schuld – ob durch eine Aufnahme über den Kapitalmarkt, durch die Übertragung entsprechender Ansprüche an die Versicherer oder durch die Abgabe einer Garantie – als Maastricht-relevante Schuldenaufnahme interpretiert wird. Die heute bereits bestehenden Verbindlichkeiten des Staates werden durch den Übergang auf ein kapitalgedecktes System lediglich aufgedeckt. Die Offenlegung der impliziten Verschuldung und die damit verbundene Begrenzung ihres Anwachsens kann als positives Signal und als vertrauensbildende Maßnahme seitens des Staates hinsichtlich seiner langfristigen Fiskalpolitik interpretiert werden. Eine Bestrafung durch die Berücksichtigung in den Maastricht Kriterien wäre hingegen kontraproduktiv, da sie eine nachhaltige Reform der umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme erschweren würde.

4.4 Verfahren der Zuteilung der Altersrückstellungen

Im Folgenden soll untersucht werden, welche Methode geeignet ist, die im Rahmen der Reform notwendige Summe der Altersrückstellungen zu ermitteln. Hintergrund ist, dass der Staat als Finanzier nur unzureichende Informationen über die bei den Versicherten aufgelaufenen Ansprüche – also die genaue Höhe der notwendigen Altersrückstellungen – hat. Man kann die folgenden drei Szenarien unterscheiden.

4.4.1 Forderungen der Versicherungen

Die einfachste Lösung wäre, dass der Staat auf die Richtigkeit der von den verschiedenen Versicherungsgesellschaften als zur Deckung der Altersrückstellungen notwendig erachteten Beträge vertrauen könnte.²¹ Voraussetzung müsste ohnehin sein, dass die zugesprochenen Summen auch tatsächlich ausschließlich als Altersrückstellungen verbucht werden, um zu verhindern, dass überhöhte Beträge anderweitig, z. B. in Gewinnrücklagen, verbucht werden. Auf dieser Basis muss analysiert werden, ob die wahrheitsgemäße Angabe eine erfolgversprechende Strategie darstellt.

²¹ Mit Versicherungsgesellschaft sind hier sowohl privatisierte Krankenkassen gemeint, die ihren Versichertenbestand zu einem bestimmten Stichtag auf das kapitalgedeckte System umstellen, als auch bereits

Die Forderung einer zu hohen Summe würde dazu führen, dass die Altersrückstellungen für mindestens einen Versicherten dieser Versicherung im Vergleich zu seiner tatsächlichen, „objektiv“ benötigten Altersrückstellung zu hoch ausfallen. Dieser Versicherte könnte anschließend im Wettbewerb mit seiner hohen Altersrückstellung zu einer anderen Versicherung gehen und würde dort eine günstigere Prämie bezahlen, wenn seine ursprüngliche Versicherung nicht selber die Prämie entsprechend senkt. Im Wettbewerb würde der aus überhöhten Rückstellungsforderungen an den Staat resultierende Vorteil in diesem Fall an die Versicherten weitergegeben. Auch die Anreize zur Genauigkeit der Risikoanpassung der Rückstellung wären durch eine überhöhte Rückstellungsforderung nicht in Gefahr, da immer die Gefahr des Abwerbens bei einer systematischen Fehleinschätzung besteht.²² Eine Forderung zu hoher Altersrückstellungen scheint daher zunächst aus Sicht der Versicherung nicht zwangsläufig von Vorteil zu sein, soweit sichergestellt ist, dass die Rückstellungen tatsächlich voll den Versicherten zugute kommen.

Eine Forderung zu niedriger Altersrückstellungen könnte eine sinnvolle Strategie sein, wenn anschließend die Prämien hochgesetzt werden könnten und die Versicherten auf diese Weise bei ihren alten Versicherungen eingeschlossen wären. Allerdings könnten sie in dem Moment zu einer anderen Versicherung wechseln, da diese ihnen die gleiche (wenn auch hohe) Prämie bieten kann, der Versicherte jedoch noch keine diesbezüglichen negativen Erfahrungen mit dieser Versicherung gemacht hat. Die Gefahr, dass Versicherer die notwendige Altersrückstellung bewusst unterschätzen, ist daher nicht notwendig gegeben, da sie Versicherten- und Reputationsverlust zu befürchten haben.

Ist die Berechnung und Forderung korrekter Altersrückstellungen dann eine erfolgversprechende Strategie für eine Versicherung? Es stellt sich heraus, dass dies nicht der Fall ist, wenn man dieses Vorgehen mit der Forderung zu hoher Altersrückstellungen vergleicht. Eine Versicherung, die höhere als notwendige Altersrückstellungen fordert, kann im Wettbewerb später mit niedrigeren Prämien konkurrieren (zumindest über ihre Reputation, die Prämien der Neuversicherten (Neugeborenen) werden dann durch korrekt berechnete Altersrückstellungen bestimmt und daher höher liegen). Umgekehrt hätten Versicherte bei den Versicherungen, die korrekte Altersrückstellungen gefordert haben, im Vergleich immer höhere Prämien. Ähnlich wie im Fall der zu niedrigen Forderung könnten nun diese Versicherten unzufrieden sein, weil ihre Versicherung für sie „zu geringe“ Altersrückstellungen gefordert hat. Damit leidet zumindest die Reputation der Versicherung

bestehende private Krankenversicherungen gemeint, die versuchen können, die Versicherten anderer Versicherungen als Kunden zu erhalten.

²² Vgl. z.B. Jankowski/Zimmermann (2004).

und die Versicherten könnten aus Unzufriedenheit zu einer anderen Versicherung wechseln, ohne Nachteile erleiden zu müssen. Daher ist die Forderung einer korrekten Altersrückstellung in diesem Kontext zumindest keine überlegene Strategie. Vielmehr wird deutlich, dass es doch Anreize gibt, die Altersrückstellungen zu überschätzen. Zwar resultiert wie oben gezeigt kein unmittelbarer Vorteil, allerdings besteht die Gefahr, dass Versicherte abwandern, wenn sie feststellen, dass ihre Versicherung im Vergleich zu anderen eine relativ niedrige Rückstellung gefordert hat²³. Es handelt sich um ein soziales Dilemma, da es bei näherer Betrachtung für alle Beteiligten vorteilhaft wäre, wenn der genaue Betrag berechnet würde, da andernfalls mit zusätzlichen verzerrenden Steuern zur Deckung der Differenz zu rechnen ist. Diesem kollektiv rationalen Ergebnis stehen jedoch die Anreize zu individuell – also aus Versicherersicht – rationaler Forderung nach zu hoher Rückstellung im Wege. Korrekte Forderungen der Versicherungen sind nach diesen Überlegungen insgesamt nicht zu erwarten.

4.4.2 Zuteilung durch den Staat

Eine weitere Möglichkeit wäre die Zuteilung der Altersrückstellungen durch den Staat oder einen entsprechend befugten Regulator. So könnte der Staat auf der Grundlage der über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) ab dem Jahre 2007 zur Verfügung stehenden Informationen über Risikostrukturen in den Versicherungen die notwendigen Altersrückstellungen berechnen und anschließend die entsprechenden Summen zuteilen. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Versicherungen keine über diese Informationen hinausgehenden Informationen über ihre Versicherten haben, dann liegt der Nachteil dieser Lösung darin, dass der Staat nicht den gleichen Anreiz haben wird, die Altersrückstellungen so korrekt zu berechnen, wie dies Versicherungen tun würden, die im Wettbewerb zueinander stehen. Hier kann das gesamte Spektrum an polit-ökonomischen Argumenten herangezogen werden um zu zeigen, dass die Anreizstrukturen in einer Behörde denen in privaten Unternehmen unterlegen sind. Dies ist allerdings nur ein schlagendes Argument, wenn für den Fall einer Berechnung durch die Versicherungen die Anreize auch unverzerrt gewährleistet werden können. Dieser Frage wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.²⁴

²³ Diese Gefahr ist auch dann gegeben, wenn den Versicherungen eine bestimmte Prämie vorgegeben wird, die sie von allen Versicherten erheben sollen, und sie die daraus für sie resultierenden notwendigen Altersrückstellungen nennen sollen.

²⁴ Besitzen die Versicherungen mehr Informationen so bedeutet dies zunächst ohnehin, dass eine staatliche Zuteilung ungenau sein muss. Andererseits tauchen dann, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, anderweitige Probleme auf.

Bei einer Berechnung durch den Staat ist daher zu erwarten, dass Unterschiede in den Risikostrukturen nur unvollkommen in den Altersrückstellungen berücksichtigt werden. Auf diese Weise würden Wettbewerbsvor- und -nachteile der Versicherungen resultieren. Die Versicherten in einer Versicherung mit einem hohen Anteil schlechter Risiken (in Bezug auf langfristige Kostenentwicklung) müssten möglicherweise mit zu niedrigen Altersrückstellungen und daher zu hohen Prämien im Gegensatz zu Versicherten aus Versicherungen mit guten Risiken leben. Hier müsste ein Ausgleich geschaffen werden, der jedoch von einer externen – und damit unvollständig informierten – Institution vorgenommen werden müsste. Eine Rückversicherung ist ebenfalls nicht sinnvoll denkbar, da es sich zu dem Zeitpunkt, an dem diese abgeschlossen würde, bereits um eingetretene Risiken handelt (die Struktur des Versichertenbestandes ist kein zufälliges Ereignis mehr).

Zwar handelt es sich bei dem beschriebenen Problem um Schätzfehler bzw. um geringere Sorgfalt bei der Berechnung und nicht um die systematische Benachteiligung einzelner Versichertengruppen.²⁵ Dennoch stellt sich die Frage, ob es nicht ein Verfahren geben kann, dass die Versicherungen selber dazu anhält, die notwendigen Altersrückstellungen möglichst korrekt zu berechnen. Auf diese Weise würden zudem Bürokratiekosten vermieden sowie durch die im Vergleich größere Nähe der Versicherungen zu den inhaltlichen Fragen Effizienzreserven genutzt.

4.4.3 Ein wettbewerbliches Verfahren

Ein Anreiz für die Versicherungen ihren tatsächlichen Bedarf zu kalkulieren und zu offenbaren könnte in der Aussicht auf das Recht zur Versicherung eines bestimmten Versichertenbestandes liegen. Die Versicherungen gäben im Wettbewerb um die Versichertenbestände Gebote über die Höhe der notwendigen Altersrückstellungen ab. Die Versicherung, die in dem Verfahren das günstigste Angebot macht, erhielte dann das Recht, einen bestimmten Versichertenbestand zu übernehmen. Nach Abschluss des Verfahrens starten alle Versicherungen in den Wettbewerb mittels individualisierter übertragbarer Altersrückstellungen, und alle Versicherten haben die Möglichkeit des Wechsels.

Konkret sei hierzu folgendes Szenario entworfen:

Es wird die Annahme getroffen, dass alle Versicherungen (jetzigen Kassen) zu dem Zeitpunkt der Umstellung risikoäquivalente Prämien und Altersrückstellungen berechnen.²⁶ Hierfür wird

²⁵ Bei einer staatlichen Berechnung ist allerdings mit verstärkten Lobbymaßnahmen zu rechnen, so dass hierüber Einfluss auf die staatliche Kalkulation genommen werden könnte.

²⁶ Damit ist eine Privatisierung der heutigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften verknüpft.

eine Übergangsfrist notwendig sein, mit der Vorgabe eines fixen Umstellungsdatums, so dass die Versicherungen den Zwang haben, diese Verfahren zu erlernen.²⁷

Die Daten des ab 2007 durchgeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches über alle Versichertenbestände werden für alle Versicherungen zugänglich gemacht. Auf diese Weise erhalten die Versicherungen die gleichen Informationen über Risikostruktur, Alter etc. aller Versicherungsbestände. Die Versicherungen verfügen damit auch über die gleiche Kenntnis hinsichtlich möglicher Unzulänglichkeiten der vorhandenen Informationen. Da ein Zustand symmetrischer (wenn auch unvollständiger) Information vorliegt und keine Versicherung einen Informationsvorsprung hat, haben alle Versicherungen die gleichen Möglichkeiten, die notwendigen Altersrückstellungen für die jeweiligen Bestände zu berechnen.²⁸

Das Bietverfahren muss so gestaltet werden, dass die Angebote vergleichbar sind. Die zur Verfügung stehenden Parameter in diesem Verfahren sind die zu zahlende Prämie²⁹ der Versicherten, die Altersrückstellungen sowie die Kombination aus beidem. Ist die Prämie fixiert, so ist die – unter dem gegebenen Informationsstand korrekt berechnete – Altersrückstellung theoretisch ebenfalls vorgegeben, sie muss dann „nur“ noch ermittelt werden. Das Umgekehrte gilt ebenfalls: würde eine bestimmte Altersrückstellung vorgegeben, so wäre die zu zahlende optimale Prämie unter sonst gleichen Bedingungen wie der durchschnittlichen Lebenserwartung etc. fixiert. Anders ausgedrückt: unter der Annahme, dass die zu erwartenden Krankheitskosten – so weit wie notwendig – schätzbar sind, bedingt die Festlegung eines Parameters die Höhe des anderen.

Das zunächst gewählte Verfahren besteht in der Festlegung einer Prämie für alle Versicherten. Dies wird im Folgenden erläutert. Anschließend erfolgt die Darlegung der Schwierigkeiten anderer Verfahren.

Wenn die Versicherungen die von ihnen benötigten Altersrückstellungen angeben sollen, muss die Prämie ein Fixum sein, damit die Angebote vergleichbar sind, da die zu erwartenden Kosten für die die Altersrückstellungen zuteilende Instanz unbekannt sind. Dazu wird eine Prämie vorgegeben, die von den Versicherungen nach der Zuteilung der Altersrückstellungen bei Start des Systems anfänglich erhoben werden soll. Die Vorgabe einer für alle Versicherungen identischen Prämie – die sich beispielsweise am Durchschnitt derer, die alle

²⁷ Eine solche Übergangsphase wäre auch für die oben diskutierten Umstellungsvarianten notwendig.

²⁸ Der Fall asymmetrischer Informationsverteilung wird in einem späteren Abschnitt problematisiert.

²⁹ Es handelt sich hierbei um die versicherungsmathematisch faire Prämie, d.h. von Verwaltungskosten wird abstrahiert, und alle Versicherer kalkulieren mit dem gleichen Zinssatz.

Versicherungen für einen bestimmten, fixierten Mindestleistungskatalog bei Eintritt ab Geburt verlangen, orientiert – bedeutet, dass alle Versicherten durch die Zuteilung der Altersrückstellungen so gestellt werden, als wären sie ihr Leben lang in dieser kapitalgedeckten Versicherung gewesen, die sie für die konstante, für alle Versicherten gleich hohe (risikoäquivalente) Prämie ab Geburt versichert und Altersrückstellungen gebildet hat, wobei sich diese Prämie an den heute bestehenden Kosten einer solchen Versicherung orientiert. In diesem Szenario wird bezüglich der Prämien nicht nach Kohorten unterschieden, was bedeutet, dass kein Unterschied zwischen den Versicherten unterschiedlicher Geburtsjahrgänge gemacht wird. Auf diese Weise finanzieren die älteren Versicherten die jüngeren dahingehend mit, dass erstere zu ihrem Geburtszeitpunkt aufgrund eines geringeren Standes des technischen Fortschritts und einer geringeren Lebenserwartung zu einer niedrigeren Prämie hätten versichert werden können. Sie finanzieren jetzt jedoch über Steuern die Altersrückstellungen der jüngeren, die zu einer höheren Prämie versichert werden. Die erhöhte Lebenserwartung der heutigen jüngeren Generation finanzieren die Älteren ebenfalls auf diese Weise (über die Finanzierung der höheren Altersrückstellungen der jüngeren) mit. Will man diese intergenerationelle Umverteilung bei kohortenübergreifenden Prämien vermeiden, kann man Angaben der privaten Versicherungen nutzen, zu welchen Prämien sie in den jeweiligen Jahrgängen Neuzugänge ab Geburt versichert hätten³⁰.

Bei Beginn des Verfahrens nutzen nun alle Versicherungen nach bestem Wissen die Informationen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, um die notwendigen Altersrückstellungen für die jeweiligen Versichertenbestände zu berechnen.³¹ Bei der Verhandlung über einen bestimmten Versichertenbestand geben die Versicherungen an, welche Altersrückstellung (bzw. welche Summe an kohortenbezogenen Altersrückstellungen) sie für diesen Bestand benötigen würden, unter der Vorgabe, dass sie von allen diesen Versicherten die o.g. Prämie verlangen. Die Versicherung mit der niedrigsten Forderung erhält den Zuschlag und bekommt diese Summe als Forderung gegen den Staat zugesprochen. Die interne Individualisierung der Altersrückstellungen obliegt den Versicherungen, die diese aufgrund der buchungsrechtlichen Vorgaben und der Anreizstrukturen, die sich durch die

³⁰ Um die erfolgten Prämiensteigerungen zu erfassen, könnte man auch einen Durchschnitt über die jährlichen Prämien bilden, so dass ein heute 50-Jähriger den Durchschnitt über die Einstiegsprämie im Jahre 1954 und alle folgenden Prämien (Durchschnitt für 1-Jährige im Jahre 1955, für 2-Jährige im Jahre 1956 etc.) zugeteilt bekommt.

³¹ Dabei kann man den gesamten Bestand einer Versicherung zugrunde legen oder die Versicherten zu Gruppen zusammenfassen, z.B. nach Jahrgängen.

wettbewerbliche Konstellation bilden, korrekt vornehmen.³² Dieses Verfahren wird nun auf sämtliche Versichertenbestände angewendet, so dass alle Versicherten mit Altersrückstellungen ausgestattet werden. Ist dies geschehen, kann das System in den Wettbewerb entlassen werden, der Wechsel der Versicherten zwischen den Versicherungen ist dann ungehindert möglich. Wählt man das Verfahren der kohortenspezifisch festgelegten Prämien, müsste man diese Prämien für jede Alterskohorte festlegen und die Gebote für die Summe eines Versichertenbestandes entgegennehmen.³³

Nun soll kurz auf die alternativen Szenarien eingegangen werden.

Angenommen, es wird pro Versicherung eine bestimmte Summe an Altersrückstellungen festgelegt, so dass die Gebote über die Prämien abzugeben sind. Das Problem ist dann ähnlich gelagert wie im Fall der staatlichen Zuteilung der Altersrückstellungen. Selbst wenn sich die Festlegung der Altersrückstellung (aufgrund der Daten aus dem RSA) an der Risikostruktur der Versicherung orientiert, werden die Anreize zur korrekten Berechnung unvollständig sein. Fehlkalkulationen auf Seiten der zuständigen Behörde hätten dauerhafte Nachteile mancher Versichertenbestände zur Folge. Eine Festlegung der Prämie dagegen ist verhältnismäßig einfach vorzunehmen. Der Aufwand der Berechnungen der Altersrückstellungen verbleibt dann bei den Versicherungen, die – bei korrekten Rahmenbedingungen – den Anreiz zur bestmöglichen Berechnung haben.

Wird eine Kombination aus Altersrückstellung und Prämie zu Gebot gebracht, hat man die Schwierigkeit der Gewichtung dieser Parameter. So werden die Versicherungen Angebote machen, die sich in Höhe der Altersrückstellung und Prämie unterscheiden. Dann wäre zu entscheiden, in welchem Verhältnis diese beiden Parameter zueinander stehen sollten, um abwägen zu können, welchem Gebot der Vorzug zu geben ist. Dies scheitert jedoch wiederum an mangelnden Informationen auf Seiten der zuständigen Institution.

4.4.4 Schwierigkeiten und Lösungsansätze

Das größte Problem des dargestellten Verfahrens liegt in folgendem strategischen Verhalten der Versicherungen: Während des Bietverfahrens unterbieten sich die Versicherungen, bis eine den Zuschlag erhalten hat (und zwar zu einer im Verhältnis zu den erwarteten Kosten zu

³² S. hierzu Eekhoff (2005).

³³ Neugeborene, die in das dann existierende System der Kapitaldeckung eintreten sind selbstverständlich unmittelbar in das normale Verfahren der Prämiengestaltung mit Bildung von individuell übertragbaren Altersrückstellungen aufzunehmen.

niedrigen Altersrückstellung). Anschließend erhöht die Versicherung die Prämie, um ihre Kosten decken zu können und sorgt damit gleichzeitig dafür, dass die Versicherten nicht mehr wechseln können.

Ist dies eine erfolgversprechende Strategie, so werden alle Versicherungen so handeln, d.h. im Ergebnis werden alle Versicherten zu niedrige Altersrückstellungen erhalten. Aber dann hat wiederum – wenn dies antizipiert werden kann – eine Versicherung eben keinen Wettbewerbsvorteil durch zu niedrige Altersrückstellung, denn dann findet der Wettbewerb um die Versicherten eben auf Basis höherer Prämien statt. Nach wie vor kann eine effizientere Versicherung günstigere Prämien bieten. Das Problem ist allerdings hierbei, dass dann alle Versicherten zu hohe Preise zahlen und damit die eigentlich angestrebte Erfüllung der Ansprüche, deren Gewährung eine Prämiensteigerung durch den Umstieg auf Kapitaldeckung verhindern sollte, unterbleibt.

Da eine Versicherung jedoch durch die Forderung höherer (korrekter) Altersrückstellungen ebenfalls keinen Vorteil erlangen kann, weil sie auf diese Weise von vorneherein aus dem Verfahren ausscheidet, ist nicht gewährleistet, dass in jedem Fall die korrekte Summe an Altersrückstellungen gefordert wird. Insgesamt scheint auch hier ein soziales Dilemma vorzuliegen, denn jede Versicherung hat den Anreiz, eine zu niedrige Altersrückstellung anzugeben, um den Zuschlag überhaupt zu erhalten, auch wenn es letztlich für alle Beteiligten besser wäre, wenn höhere (korrekte) Altersrückstellungen zugesprochen würden. Auch die Hoffnung, dass der zu erwartende Wettbewerbsdruck durch unzufriedene wechselnde Kunden eine korrigierende Wirkung hätte, ist hier nicht sehr belastbar, da es um die Entscheidung geht, überhaupt weiter als Versicherung tätig zu sein, d.h. die Wahl wird eher zu Lasten der Versicherten und damit auf zu niedrige Altersrückstellungen fallen.

Die einzig sinnvolle Lösung liegt in einem Verbot der nachträglichen Prämienanpassungen (nach oben). Sinn des Verfahrens ist die Festlegung der Prämie, so dass die Versicherungsangebote vergleichbar sind und die erworbenen Ansprüche der Versicherten erfüllt werden. Ohne eine Mindestform von regulierendem Eingriff wird man ein solches System nicht in den Wettbewerb entlassen können. Dieser regulierende Eingriff muss in dem Verbot liegen, die Prämien (über ein zuvor festgelegtes Maß, das Inflation und wahrscheinliche Preissteigerungen durch medizinisch-technischen Fortschritt beinhaltet) anzupassen. Im Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen dürfen sich dann nur niedrigere Prämien ergeben.

Der Sorge, dass Versicherungen trotz einer festgelegten Prämie für ihre Versicherten dennoch zu niedrige Altersrückstellungen fordern, kann man letztlich nur durch eine glaubhafte No-bail-out Regelung begegnen, die garantiert, dass im Falle der Insolvenz – da die zugeteilten Altersrückstellungen zu niedrig sind – nicht die Versicherungsgesellschaft, sondern nur die Versicherten aufgefangen werden. Dies soll verhindern, dass die Versicherungen wissentlich Zahlungsunfähigkeit in Kauf nehmen.³⁴

Führt man ein solches Verfahren zur Ermittlung und Zuteilung der benötigten Altersrückstellungen durch, so ist weiterhin durch geeignete Rahmensetzung zu verhindern, dass es beispielsweise zu einer marktbeherrschenden Stellung einzelner Versicherungen kommt. So ist ex ante ein maximaler Marktanteil im Sinne von erworbenem Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten festzulegen. Hierbei können die üblichen wettbewerbsrechtlichen Vorgaben zur Verhinderung einer marktbeherrschenden Stellung greifen, es ist also eine allgemeine Frage der Wettbewerbskontrolle.

Weiterhin wird das beschriebene Zuteilungsverfahren möglicherweise juristische Schwierigkeiten auslösen, da die Versicherten in diesem ersten Schritt eventuell zwangsweise einer neuen Versicherung zugeordnet werden. Diese Sorge scheint zunächst berechtigt, scheint doch die Konsumentensouveränität eingeschränkt zu sein. Jedoch muss man beachten, dass nach Abschluss dieses Verfahrens das gesamte System in den Wettbewerb entlassen wird und für jeden Versicherten die Möglichkeit des Wechsels besteht. Es handelt sich also nur um den Zeitpunkt der Zuteilung, in dem die Versicherten zugeordnet werden. Weiterhin ist eine Neuordnung von Kunden oder Aktionären auch bei Fusionen oder Übernahmen von Gesellschaften üblich, ohne dass jeder einzelne dem zugestimmt haben muss. Zudem sind die Kosten der Versicherung, die gerade Gegenstand des Verfahrens ist, per se um die Transaktionskosten niedriger, die bei der Aufnahme neuer Versicherter anfallen. Daher verbleibt ein Kostenvorteil und er könnte dazu beitragen, dass die Versicherten relativ häufig bei der alten Versicherung verbleiben. Dies könnte die politische Durchsetzbarkeit dieses Vorschlages erleichtern, da die hoheitliche Neuordnung der Versicherten mit einiger Wahrscheinlichkeit äußerst kritisch beurteilt und auch die Gefahr eines sprunghaften Anstiegs der Wechselaktivität der Versicherten negativ bewertet würde, da hierdurch hohe

³⁴ Ein weiteres Problem stellen die langen Fristen dar. Es ist durchaus möglich, dass die tatsächliche Insolvenz erst nach Jahren auftritt, wenn die Abwanderung der Versicherten wegen steigender Beiträge nicht zu stark ausfällt, da beispielsweise durch Selektion lediglich die Versicherten hiervon betroffen sein könnten, die eine geringe Wechselneigung aufweisen. Wird dies vorausgesehen, werden trotz allem zu niedrige Altersrückstellungen gefordert. Hier liegen möglicherweise Probleme der Managerkontrolle vor.

Transaktionskosten entständen.³⁵ Hiergegen könnte auch folgendes Verfahren angewendet werden: die Versicherung, deren Versichertenbestand einer anderen Versicherung zugesprochen wurde, erhält das Recht, auf Grundlage der – einer anderen Versicherung zugewiesenen – Summe an Altersrückstellungen ein eigenes Angebot zu formulieren. Sie müsste dann in der Lage sein, eine günstigere Prämie anzubieten, wenn sie ihre Versicherten behalten will. Dies funktioniert natürlich ebenfalls nur, wenn von vorneherein jeglicher Anreiz zur Abgabe eines zu niedrigen Gebotes verhindert wird. Andernfalls hätten schon alle Versicherungen in der ersten Runde den Anreiz, zu niedrige Altersrückstellungen zu fordern, und in der zweiten Runde müsste die Versicherung dieses Gebot sogar durch noch niedrigere Prämien unterbieten.

Weiterhin muss die rechtliche Sicherheit gewährt sein, dass die Versicherten in allen Übergangszeiträumen, die entstehen können, versichert sind und es keine versicherungsfreien Zeiten gibt.

Möglicherweise kommt es dazu, dass kleinere Versicherungen aufgrund ihres geringen Bestandes keine eigenen genauen Kalkulationen anstellen können. Eine auf diese Weise induzierte Konzentration auf weniger Krankenkassen, die dann im Vorfeld stattfinden würde, ist jedoch – wenn es den Versicherungen grundsätzlich möglich ist, individuelle Altersrückstellungen zu berechnen – nicht negativ zu beurteilen sondern ist dann ein Zeichen der Nutzung von Skaleneffekten in der Kalkulation und Betriebsführung.

Es stellt sich zudem die Frage, ob die Versicherung, deren Versichertenbestand zur Diskussion steht, nicht einen Informationsvorsprung hat und ob dies einen Vor- oder einen Nachteil darstellt. These ist, dass die Versicherungen neben den Informationen, die an den RSA gehen, weitere Informationen über den Gesundheitszustand und die erwarteten Kostenverläufe haben. Zunächst muss dies nicht notwendigerweise der Fall sein. Da die heutigen Krankenkassen bisher keine langfristigen Kalkulationen angestellt haben, ist es fraglich, ob diese Informationen überhaupt tatsächlich existieren. Wenn, existieren wohl Erfahrungswerte bezüglich bestimmter Krankheitsformen etc., aber diese Informationen müssten dann auch bei allen Versicherung zu finden sein. Wichtig bei der Kalkulation der korrekten Altersrückstellungen durch die Versicherungen ist der Anreiz, möglichst korrekt zu bewerten. Doch selbst wenn in manchen Fällen zusätzliche Informationen existieren, welche Auswirkungen hat dies für die Versicherung? Sollte sie korrekterweise eine niedrigere Altersrückstellung als alle anderen berechnen, wird sie den Zuschlag erhalten. Sollte sie korrekterweise eine höhere Altersrückstellung berechnen, so könnte sie – trotz richtiger

³⁵ Würden diese Transaktionskosten jedoch wenigstens Teilweise auf die Prämien umgelegt werden, würde der

Kalkulation – im Bietverfahren scheitern. Dieses Problem tritt dann aber nicht auf, wenn alle anderen Versicherungen den Anreiz haben, so korrekt wie möglich zu kalkulieren, es würde sonst nämlich bedeuten, dass die Versicherung, die den Zuschlag erhält, langfristig ihre Kosten nicht decken kann. Die Sicherstellung dieses Anreizes hat daher oberste Priorität. Zufällige Fehlkalkulationen werden sich vielleicht nicht gänzlich vermeiden lassen, stellen jedoch keine wesentliche Schwierigkeit dar, da die Versicherten aufgefangen werden.

Ein weiteres Problem stellt die absichtliche Fehleinordnung der Versicherten innerhalb des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches dar, um den anderen Versicherungen ein falsches Signal bezüglich der Risikostruktur ihres Versichertenbestandes zu geben und auf diese Weise als einziger die Altersrückstellung korrekt berechnen und damit ein niedriges Gebot abgeben zu können. Diesem Problem könnte man am ehesten durch ein „Einfrieren“ des Risikostrukturausgleiches zu einem frühen Zeitpunkt begegnen³⁶. Das bedeutet, dass keine Neuklassifizierungen vorgenommen werden dürfen. Insoweit zwischen diesem Zeitpunkt des Einfrierens und dem Start des Zuteilungsverfahrens ein gewisser Zeitraum liegt, dürfte die Fehleinordnung auf diese Weise – wenn nicht gänzlich vermieden – so doch minimiert werden.

4.4.5 Die Wahl des Verfahrens

Die Entscheidung über das zu wählende Verfahren für die Ermittlung und Zuteilung der Altersrückstellungen ist vielschichtig. Die Variante der freien Angabe scheint nicht sinnvoll zu sein, da es keinerlei Maßnahmen gibt, eine korrekte Angabe zu gewährleisten. Die wichtigste Frage, die es dann zu beantworten gilt, ist, ob das hier dargestellte wettbewerbliche Verfahren einen funktionierenden Anreiz zur korrekten Gebotsabgabe liefern kann. Kann dies mit Hilfe der dargestellten Eingriffe (Prämienfestschreibung über einen längeren Zeitraum mit Abweichungsspielraum nach unten, glaubhafte no-bail-out Regelung) sichergestellt werden, so ist das wettbewerbliche Verfahren dann überlegen, wenn die Effizienzverluste durch die genannten Eingriffe nicht den positiven Effekt des Wettbewerbsverfahrens im Vergleich zur staatlichen Zuteilung überkompensieren. Wird angenommen, dass diese Effizienzverluste nicht so groß sind, dann ist es auch unerheblich, ob die Versicherungen Informationsvorteile

Wechselanreiz wiederum reduziert.

³⁶ Dieses Problem würde sich auch stellen, wenn staatlicherseits eine Berechnung und Zuteilung der Altersrückstellungen anhand der Daten des RSA vorgenommen würden.

über ihren Versichertenbestand im Vergleich zu den übrigen Versicherungen besitzen, da dann alle Versicherungen den Anreiz haben, möglichst korrekt zu bewerten.

Überwiegen die Kosten der Sicherstellung dieses Anreizes, oder ist es gar nicht möglich, diesen Anreiz zu gewährleisten, treten diverse Spielräume zur Manipulation auf. Dann scheint es sinnvoller zu sein, eine pragmatische Lösung anzustreben und eine einmalige staatliche Zuteilung durchzuführen, bei der anschließend auftretende ungerechtfertigte Differenzen in den Versicherungsprämien zu akzeptieren sind. Da dies jedoch Ungleichbehandlungen für alle jetzt lebenden GKV-Versicherten für ihren gesamten Lebenszeitraum bedeuten könnte, ist die Alternative des wettbewerblichen Verfahrens durchaus in Betracht zu ziehen.

Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurden Wege zur Umstellung von dem heute umlagefinanzierten auf ein kapitalgedecktes Krankenversicherungssystem analysiert. Die Tatsache, dass auf Kapitaldeckung übergegangen werden muss, wurde hier weitgehend als gegeben vorausgesetzt. Die Gesellschaft hat entweder die Möglichkeit, die auflaufenden Ansprüche im Umlageverfahren über Beitragssatzsteigerungen zu tragen und auf die nächsten Generationen weiterzuwälzen, oder die Schuld durch Umstellung des Systems zu begrenzen. Dies ist der momentan schmerzhaftere Weg, und wie gezeigt wurde, sind noch einige Unsicherheiten mit der genauen Form dieses Überganges verbunden. Ein mögliches Verfahren wurde hier dargestellt. Grundeinsicht ist jedoch, dass man besser einen schnellen Übergang wählt, als die Probleme weiter in die Zukunft zu verschieben und eine Umstellung auf diese Weise noch schwieriger zu machen.

Literatur

Donges, J.B. /Eekhoff, J./ Franz, W. /Möschel, W. /Neumann, M.J.M. /Sievert, O. (Kronberger Kreis) (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft – Frankfurter Institut B. 39, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Finanzentwicklung im 1. Quartal 2005 – gesetzliche Krankenversicherung schreibt weiterhin schwarze Zahlen, Pressemitteilung vom 2.6.2005, Berlin.

Eekhoff, J. (2002): Beschäftigung und soziale Sicherung, 3. Auflage, Tübingen.

Eekhoff, J. (2005): Übertragbare Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 1/2005, S. 52-68, Köln/Stuttgart.

Henman, B. /Voigtländer, M (2004): Unzureichende Berücksichtigung der Kindererziehung als Ursache der Rentenkrise, in: Wirtschaftsdienst 2004, Heft 3, S. 166-173.

Jankowski, M. (2005): Wettbewerb, Versicherungspflicht und Risikoanpassung – Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung. Erscheint in: Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln

Jankowski, M. /Zimmermann, A. (2004): Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt, in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Band 30, Heft 1, S. 1-19.

Pimpertz, J. (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, 2004/2005, Stuttgart.

Ulrich, Volker (2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, in: Albring, Manfred/Eberhard Wille (Hrsg.), „Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen“, S. 59-83, Frankfurt.

Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. (2004): Die private Krankenversicherung 2003/2004 - Zahlenbericht, Köln.

Werding, M (1999): Umlagefinanzierung als Humankapitaldeckung: Grundrisse eines erneuerten „Generationenvertrages“, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 218, S. 494.

Zimmermann, A. /Jankowski, J. (2005): Zur Begründung einer Umstellung auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; erscheint als Otto-Wolff-Discussion Paper, Köln 2005.