



Direktor: Prof. Achim Wambach, Ph. D.  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

**Unvollständige Absicherung des Krankheitskostenrisikos in den USA:  
Erklärungsfaktoren der Attraktivität von Arbeitgeber-Gruppenversicherungen**

Ines Läufer

**Otto-Wolff-Discussion Paper 01/2014  
(Mai 2014)**

Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer  
[laeufer@wiso.uni-koeln.de](mailto:laeufer@wiso.uni-koeln.de)

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik  
an der Universität zu Köln  
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung, Hintergrund der Fragestellung</b>	<b>1</b>
<b>Reduktion des Krankheitskostenrisikos durch kollektive Versicherungsformen</b>	<b>2</b>
a) Pflichtversicherung Medicare	2
b) Notfallbehandlung im Krankenhaus (Emergency Room)	3
<b>Absicherung des verbleibenden Krankheitskostenrisikos: Arbeitgeber-Gruppenversicherung versus langfristiger Individualvertrag</b>	<b>4</b>
<b>Arbeitgeber-Gruppenversicherung als unausweichlicher Lohnbestandteil</b>	<b>7</b>
<b>Absicherung in der Gruppenversicherung als bewusste Entscheidung des Arbeitnehmers gegen individuellen langfristigen Vertrag</b>	<b>8</b>
a) Gruppendurchschnittsprämie: Nachteil für gute Risiken im Vergleich zur individuellen Versicherung?	8
b) Die versicherungsökonomischen Vorteile der Gruppenversicherung	11
Steigende Skalenerträge im Risikomanagement	11
Geringere Verwaltungs- und Transaktionskosten	12
Einsparung von Kosten der Risikoprüfung	13
Nachteile langfristiger Verträge aufgrund von Prämien-Frontloading und Unsicherheit über den Bedarf	14
Kosten langfristiger Verträge durch „Lock-In“?	16
c) Steuerliche Förderung der Gruppenversicherung	17
<b>Fazit</b>	<b>20</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>21</b>

## ***Einleitung, Hintergrund der Fragestellung<sup>1</sup>***

In den USA verfügten vor der Einführung des Affordable Care Acts von Präsident Obama rund 50 Millionen Personen unter 65 Jahren weder über einen privaten Krankenversicherungsvertrag noch über eine Absicherung im öffentlichen System Medicaid.

Ob diese hohe Zahl von nicht versicherten Personen ein Problem darstellt und wenn ja, aus welchem Grund, wird in den USA kontrovers diskutiert. Die Reform von Präsident Obama ist primär darauf gerichtet, die hohe Zahl der nicht versicherten Personen zu reduzieren. Dafür sieht diese unter anderem eine Versicherungspflicht und die Regulierung der Prämien auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt vor. Die Reform von Obama wurde von Beginn an von großem Protest begleitet und in Politik und Gesellschaft kontrovers diskutiert. In der Diskussion über die Angemessenheit der Reform geht aber die Frage unter, wie es überhaupt zu der hohen Zahl Unversicherter kommen konnte. Zwei Merkmale sind auffallend:

Zum einen liegt das Einkommen vieler Personen ohne Krankenversicherungsschutz deutlich oberhalb der Armutsgrenze in den USA. Es sind also keineswegs nur die ärmsten oder gering verdienenden Personen, welche über keine Krankenversicherung verfügen (Kunreuther/Pauly/Mc Morrow 2013, S. 246 f.). Allerdings kann eine Krankenversicherungsprämie auch die Zahlungsfähigkeit gut verdienender Personen übersteigen, wenn sie die Versicherung erst dann abschließen, wenn bereits Vorerkrankungen bestehen. Zum anderen sind die heute nicht versicherten Personen keineswegs durchgängig ohne Krankenversicherungsschutz gewesen. Viele der Nicht-Versicherten waren zwischenzeitlich in einer sogenannten Arbeitgeber-Gruppenversicherung versichert, haben diese aber aufgrund eines Jobverlusts oder –wechsels verloren. Eine Gruppenversicherung über den Arbeitgeber stellt aufgrund der Abhängigkeit des Versicherungsschutzes vom Arbeitsplatz daher keine langfristige Garantie dar, vor den finanziellen und/oder gesundheitlichen Folgen von Krankheit geschützt zu sein.

Grundsätzlich könnte man davon ausgehen, dass risikoaverse Individuen sich gegen genau diese negativen finanziellen Folgen langfristig absichern möchten. Gerade aus europäischer Sicht ist es erstaunlich, dass eine solche langfristige Absicherung in den USA oft unterbleibt. Langfristige Verträge sind für viele Personen in Europa selbstverständlich und in Deutschland

---

<sup>1</sup> Die Autorin dankt Dr. Steffen J. Roth und Christine Arentz für kritische Fragen, wertvolle Anmerkungen und Diskussionen.

wurden langfristige Krankenversicherungsverträge auch schon vor der Einführung der Versicherungspflicht freiwillig abgeschlossen.

Den Verzicht auf einen frühzeitig abgeschlossenen langfristigen Versicherungsvertrag könnte man als irrationales, anomales Verhalten klassifizieren und über eine Unterschätzung der Risiken erklären (Kunreuther/Pauly/Mc Morrow 2013, S. 246 f.). In diesem Beitrag wird aber (vorbehaltlich der Möglichkeit, dass unterschiedlich hohe Risikoaversionen bestehen) der Frage nachgegangen, welche Anreize für die Arbeitnehmer bestehen, sich in der Gruppenversicherung zu versichern und das Risiko, später einmal einer Situation ohne Versicherungsschutz und geringem Versorgungszugang ausgesetzt zu sein, in Kauf zu nehmen, anstatt einen langfristigen Versicherungsvertrag abzuschließen. Dafür gilt es, versicherungsökonomische und institutionelle Bedingungen zu analysieren, welche das Preis-Leistungsverhältnis der beiden Versicherungsvarianten maßgeblich determinieren.

### ***Reduktion des Krankheitskostenrisikos durch kollektive Versicherungsformen***

Das Gesundheitsrisiko geht mit einem Versorgungsrisiko und einem Einkommensrisiko einher (Nymann 1999). Zum einen besteht die Gefahr, aufgrund mangelnden Einkommens notwendige medizinische Leistungen nicht finanzieren zu können. Zum anderen kann die Finanzierung der erforderlichen Leistungen noch möglich sein, jedoch reduziert sich das verfügbare Einkommen stark. Es besteht also ein Risiko hoher Einkommenschwankungen. Dieses individuelle Krankheitskostenrisiko wird in den USA durch zwei kollektive Versicherungsformen reduziert. Erstens erfolgt im Alter von 65 Jahren ein automatischer Eintritt in die Pflichtversicherung Medicare, so dass man trotz mangelnden Zugangs zum privaten Versicherungsmarkt oder sozialstaatlichen Fürsorgesystem nicht langfristig dem vollständigen Krankheitskostenrisiko ausgesetzt ist. Des Weiteren geht mit der Nicht-Versicherung kein gänzlicher Verzicht auf Gesundheitsversorgung einher.

#### **a) Pflichtversicherung Medicare**

In den USA sind Personen ab 65 Jahren im staatlichen System Medicare versichert. Die bundesstaatliche Pflichtversicherung umfasst in erster Linie stationäre Krankenhausbehandlungen und wird über Lohnabgaben von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie Steuern finan-

ziert.<sup>2</sup> Somit besteht kein individuelles Krankheitskostenrisiko für jene Krankheiten, die ab dem Alter von 65 Jahren auftreten und stationär behandelt werden. Ebenso kann sich das erwartete Krankheitskostenrisiko von früher eingetretenen (chronischen) Erkrankungen reduzieren, wenn davon auszugehen ist, dass Medicare für die ab dem Alter von 65 weiter anfallenden Kosten aufkommen wird. Medicare kann des Weiteren zu einer Reduktion der Krankheitskostenrisiken führen in dem Maße, wie eine gänzliche Verschiebung medizinischer Behandlungen auf einen späteren Zeitpunkt möglich ist, die im Leistungskatalog der Medicare Pflichtversicherung enthalten sind. Zu denken ist hier bspw. an jene Behandlungen, deren Aufschub unter Umständen schmerzhaft sein kann, jedoch weder lebensbedrohlich sind, noch zu chronischen Folgeerkrankungen führen (bspw. eine Operation von Hüft- oder Kniegelenk).

#### **b) Notfallbehandlung im Krankenhaus (Emergency Room)**

Des Weiteren ist nicht versicherten Personen zumindest eine Behandlung lebensbedrohlicher Zustände im Krankenhaus garantiert. Diese erfolgt zunächst einmal unabhängig vom Versicherungsstatus und Einkommen in den Notfallaufnahmen („Emergency Room“) der Krankenhäuser. Die Kosten der Behandlung werden später dem Patienten in Rechnung gestellt. Wenn dieser jedoch nicht über hinreichend Einkommen verfügt, werden die Kosten auf die anderen (versicherten) Patienten umgelegt (Gaynor 2006; Kunreuther/Pauly/Mc Morrow 2013, S. 248). Personen mit geringem Einkommen ohne Krankenversicherung erhalten also unentgeltlich lebensnotwendige Maßnahmen im Krankenhaus und sind damit über kollektive Finanzierungsmechanismen abgesichert.<sup>3</sup> Die Gewährung einer Notfallbehandlung reduziert folglich das Versorgungsrisiko, welches durch unmittelbar lebensbedrohende Verletzungen oder akute Krankheitsphasen<sup>4</sup> entsteht. Für Personen mit höherem Einkommen bleibt aber das Kostenrisiko bestehen, wenn ihnen das Krankenhaus die Behandlung im Nachhinein in Rechnung stellt.

---

<sup>2</sup> Die hohe Zahl der unversicherten Personen bezieht sich daher nur auf die Personen unter 65 Jahren.

<sup>3</sup> Für den Zeitraum bis zur Einführung des Affordable Care Acts von Präsident Obama gilt: Das öffentliche und steuerfinanzierte Fürsorgeprogramm „Medicaid“ bietet bedürftigen Personen eine Gesundheitsversorgung, jedoch ist das mangelnde Einkommen in den meisten Bundesstaaten nur notwendige, keine hinreichende Bedingung für den Hilfsanspruch. Hinzukommen müssen weitere Merkmale wie Behinderung oder unterhaltspflichtige Kinder. Somit haben also auch Personen mit geringem Einkommen keine Gewissheit darüber, ob eine Reduktion des Krankheitskostenrisikos erfolgen kann.

<sup>4</sup> Hier wird bewusst von Krankheitsphase oder akuten lebensbedrohlichen Zuständen gesprochen, um diese von langfristigen Krankheiten, die zum Tode führen können, abzugrenzen. Eine Notfallbehandlung im Emergency Room ist nicht auf die Heilung tödlicher Krankheiten ausgelegt.

Die unentgeltliche Notfallbehandlung reduziert für Personen mit geringen Einkommen das Versorgungsrisiko, eine Versicherung der Leistungen ist also nicht notwendig.<sup>5</sup> Ob dieser Personenkreis jedoch aus diesem Grund eine private Versicherung unterlässt, ist fraglich. Bei einem geringen Einkommen sind die Opportunitätskosten der Krankenversicherung größer: Die Absicherung muss abgewogen werden mit dem Konsum von Gütern zur Befriedigung anderer dringender und unmittelbar anfallender Bedürfnisse. Das Risiko wird unter Umständen in Kauf genommen, weil der Verzicht auf andere wesentlichen Alltagsgüter noch unattraktiver ist. Wenn die Prämienzahlungen das laufende Einkommen überschreiten würden, scheitert der Versicherungserwerb an der relativen Armut (Schönbäck 1988, S. 49 und S. 60). Die kollektive Bereitstellung von Notfallleistungen für einkommensschwache Personen führt dann zum Verzicht auf Versicherung, wenn das verfügbare Einkommen die Finanzierung der Prämien für diesen Versicherungsschutz gerade noch erlauben würde, aber die direkte Bezahlung der Notfallleistungen bei mangelndem Versicherungsschutz das Einkommen übersteigt: Denn in diesem Fall kann mit der kollektiven Finanzierung der Behandlungen im Notfall gerechnet werden, so dass der Versicherungsschutz aus individueller Sicht nicht notwendig ist.

### ***Absicherung des verbleibenden Krankheitskostenrisikos: Arbeitgeber-Gruppenversicherung versus langfristiger Individualvertrag***

Für risikoaverse Personen, deren Einkommen einen Konsum jenseits der elementaren Alltagsbedürfnisse zulässt und die nicht mit der unentgeltlichen Bereitstellung der Notfallbehandlungen rechnen können, (so dass also ein Kostenrisiko durch Krankheitsrisiken besteht) kann der Abschluss eines Versicherungsvertrages attraktiv sein. Theoretisch kommt jener Umfang an Leistungen in Frage, der unter Beachtung der späteren Absicherung in Medicare verbleibt. Hier stehen zwei Alternativen zur Auswahl: Zum einen die Gruppenversicherung über den Arbeitgeber, zum anderen ein langfristiger (bis zum Alter von 65 Jahren bestehender) Individualvertrag.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Ein Kostenrisiko besteht nicht, wenn die Person die Behandlung aus dem laufenden Einkommen nicht finanzieren kann. „[...] by definition, there is no financial risk for unaffordable health care purchases, because the purchases cannot privately occur.“ Nyman 1999, S. 142.

<sup>6</sup> Die Pflichtversicherung Medicare deckt nur stationäre Leistungen und ist damit lediglich eine Teilkaskoversicherung. Es kann also nach dem Alter von 65 Jahren noch ein Bedarf an privater Versicherung bestehen. Für gewisse Leistungen könnte also der frühe Abschluss eines *lebenslänglichen* Versicherungsvertrages attraktiv sein. Hier wird jedoch nur der Zeitraum bis zum Alter von 65 Jahren untersucht. Erstens werden in den Diskussionen über unzureichenden Versicherungsschutz, also das Phänomen der Nicht-Versicherung in den USA, nur diese Personengruppen fokussiert. Zweitens besteht tendenziell nur bis zu diesem Zeitraum die Option der Gruppenversicherung, bei Eintritt in das Rentenalter bleibt nur die Individualversicherung. Im zweiten Schritt gilt es zu analysieren, welche Optionen und Anreize bestehen für die private zusätzliche Absicherung der von Medicare Pflichtversicherung nicht gedeckten Leistungen.

Die beiden Versicherungsalternativen unterscheiden sich hinsichtlich ihres gewährten Schutzes vor dem Prämienänderungsrisiko. Viele Krankheiten verursachen nicht nur Kosten zur Behandlung innerhalb einer Periode, sondern können die Kostenwahrscheinlichkeit in zukünftigen Perioden aufgrund von Folgekrankheiten und erhöhter Anfälligkeit ansteigen lassen. Somit besteht das Risiko hoher Einkommensverluste aufgrund der Risikoveränderungen. Ein langfristiger Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko beinhaltet somit auch einen Schutz vor den Folgekosten einer Krankheit: Das Risiko einer Prämienveränderung aufgrund individueller Risikoentwicklung muss ebenfalls im Krankenversicherungsvertrag abgesichert sein, wenn eine risikoaverse Person die zukünftigen Kosten- und Versorgungsrisiken durch Krankheit absichern will (Jankowski 2006).

Die Gruppenversicherung kann nur unvollständig die Gesundheitsleistungen für den Zeitraum bis 65 absichern, weil der Schutz an den Arbeitsplatz geknüpft ist und somit das Risiko, den Job zu verlieren, mit dem Risiko des Versicherungsverlusts verbunden ist. Die bis dahin erfolgten Risikoveränderungen würden sich bei einem kompensatorisch abgeschlossenen individuellen Vertrag prämienerhöhend auswirken. Demgegenüber kann ein individueller Versicherungsvertrag eine dauerhafte Absicherung der Krankheitskosten garantieren. Ein langfristiger Versicherungsvertrag schützt den Versicherungsnehmer vor höheren Prämien aufgrund einer individuellen Verschlechterung des Krankheitskostenrisikos. Die Finanzierung langfristiger Verträge muss so gestaltet sein, dass jene Versicherten, die sich nach Vertragsschluss als gutes Risiko erweisen, den Vertrag nicht nachträglich auflösen können, indem sie sich zu einer dann günstigeren Prämie neu versichern (Jankowski 2006, S. 127 ff.). Daher hängt die Gewährleistung eines effektiven Schutzes langfristiger Verträge von deren Finanzierungsform ab. Besteht ein Kündigungsrecht nach Vertragsschluss, muss gewährleistet werden, dass die für den Risikoausgleich notwendigen Mittel schon vor der Ausdifferenzierung der Risiken aufgebaut werden, damit eine Abwanderung guter Risiken nicht den Ausgleich im Versicherungskollektiv gefährdet. Eine Möglichkeit ist der rechtzeitige Aufbau von Rückstellungen durch entsprechende Prämienaufschläge. Diese können theoretisch genau so kalkuliert werden, dass nach der ersten Vertragsperiode die zu zahlenden Prämien immer in der Höhe der niedrigen Risiken bemessen sind, zuzüglich eines Aufschlag für die Absicherung der zukünftigen Risikoentwicklung (Pauly/Kunreuther/Hirth 1995; Zusammen-

fassung in Jankowski 2006, S. 127).<sup>7</sup> Diese Prämienkalkulation ermöglicht, dass die innerhalb einer Periode anfallenden Ausgaben für gute Risiken durch die laufenden Prämienzahlungen gedeckt werden und die in der jeweiligen Periode anfallenden Kosten für hohe Risiken schon durch die zuvor geleisteten Prämienaufschläge finanziert werden können. Wenn die guten Risiken den Pool verlassen würden, wäre in diesem Modell die Finanzierung der Ausgaben für hohe Risiken durch die aufgebauten Rückstellungen nicht gefährdet (Pauly/Kunreuther/Hirth 1995, S. 148).<sup>8</sup>

Der Großteil der *Lebensversicherungsverträge* in den USA wird über anfängliche Prämienaufschläge zur Gewährleistung langfristigen Schutzes finanziert.<sup>9</sup> Für den Bereich der Krankenversicherung bestehen sowohl Unklarheiten darüber, inwiefern langfristige Verträge bestehen als auch über deren genaue Finanzierung und davon abhängigem tatsächlich gewährleisteten Risikoausgleich (Feldmann/Schultz 2004).<sup>10</sup> Seit der Einführung des Bundesgesetzes „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA) im Jahre 1996 müssen alle individuellen Krankenversicherungsverträge die Möglichkeit der Vertragsverlängerung vorsehen. In den meisten Bundesstaaten wurde dieses Gesetz mit der Vorschrift umgesetzt, dass die Prämien bei Vertragsverlängerung nicht an die seit Vertragsschluss aufgetretenen Risikoveränderungen angepasst werden dürfen. Das in vielen Bundesstaaten eingeführte Mandat „Guaranteed renewability at class average“ zwingt die Versicherer, die Verträge ohne individuelle Prämienhöhungen weiterzuführen (Patel/ Pauly 2002).

---

<sup>7</sup> In der Deutschen PKV erfolgt kein Front-Loading der Prämien für die Absicherung des Prämienänderungsrisikos, aber eine Vorauszahlung für die altersbedingt steigenden Kosten. Weil diese Vorauszahlungen beim Wechsel verloren gehen und diesen somit unattraktiv machen, ist der Bestand des Versicherungskollektivs auch nach Ausdifferenzierung unterschiedlicher Risiken gesichert. (Jankowski 2006). Mittlerweile erfolgt die Übertragung der durchschnittlichen Altersrückstellungen und damit geschieht ein Wechsel guter Risiken zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft.

<sup>8</sup> Gleichzeitig besteht aber ein „Lock-In“-Effekt für Personen mit einem hohen Risiko: Denn sie müssten bei einem Wechsel der Versicherung hohe Prämienaufschläge in Kauf nehmen, wenn sie die bei dem bisherigen Versicherer aufgebauten Risikorückstellungen nicht zu einem neuen Versicherer mitnehmen können. Die mangelnde Abwanderungsmöglichkeiten der Bestandsversicherten kann den Anreiz für Krankenversicherungen reduzieren, veränderte Präferenzen und Versorgungsbedürfnissen der Versicherten gerecht werden zu wollen (vgl. ausführlich Jankowski 2006). Zur Vermeidung des „Lock-In“-Effekts müssten die aufgebauten Risikorückstellungen bei einem Versicherungswechsel übertragen werden (Eekhoff et al. 2008). Cochrane (1995) entwickelte die Alternative einer Prämienversicherung, welche unabhängig vom Versicherungsunternehmen abgeschlossen wird.

<sup>9</sup> Hendel/Lizzeri (2000).

<sup>10</sup> Nach Pauly/Herring (1999) beinhalteten in den 80er Jahren rund 75 Prozent der Krankenversicherungsverträge eine Garantie der Vertragsverlängerung. Die Tatsache, dass Prämienunterschiede zwischen hohen und niedrigen Risiken gering im Vergleich zu deren Unterschieden in der Ausgabenhöhe ist für sie ein Indikator dafür, dass eine inter-temporale Subventionen zwischen den Risiken bestehen müsse, ein Ergebnis dieser langfristigen Verträge (Pauly/Herring 1999, S. 51 f.).

Unabhängig von deren Ausgestaltung ist die Verbreitung individueller Krankenversicherungsverträge in den USA sehr gering. Die meisten Personen unter 65 Jahren mit einem Versicherungsschutz sind über ihren Arbeitgeber versichert (Pauly 2010). In diesem Beitrag steht daher nicht die Frage der faktischen Verbreitung von langfristigen Versicherungsverträgen im Fokus, sondern vielmehr die Bestimmungsparameter einer geringen Nachfrage nach dieser Absicherungsform. Im Folgenden werden Faktoren aufgezeigt, die einen Beitritt zur Gruppenversicherung, trotz deren geringeren Sicherheit auch unter der Annahme von Risikoaversion, attraktiver machen, als den Abschluss eines langfristigen Versicherungsvertrages.

### ***Arbeitgeber-Gruppenversicherung als unausweichlicher Lohnbestandteil***

In den USA bieten viele Arbeitgeber, gerade große Unternehmen, ihren Arbeitnehmern eine Gruppenversicherung an. Für den Arbeitgeber macht es keinen Unterschied, ob er den Angestellten Barlohn ausbezahlt oder eine Gruppenversicherung finanziert und den Lohn um die Kosten der Versicherung reduziert. Ein Beitritt des Arbeitnehmers zur Gruppenversicherung muss aber nicht Ergebnis einer bewussten Abwägung mit einem individuellen langfristigen Vertrag sein. Denn die Entscheidungsoptionen des schon angestellten Arbeitnehmers sind begrenzt: Ein Arbeitgeber, der eine Gruppenversicherung anbietet, legt die ihm entstehenden Kosten auf alle Arbeitnehmer um, unabhängig von deren Beitritt (Gruber 2011). Es besteht für diese keine Option, anstatt der Krankenversicherung einen höheren Lohn auszuhandeln und damit einen individualvertraglichen Versicherungsschutz zu erwerben. Ein Verzicht auf die Gruppenversicherung könnte keinen finanziellen Vorteil gegenüber dem Beitritt zur Versicherung generieren.<sup>11</sup>

Ein einzelner Arbeitnehmer besitzt keine Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Entlohnung über Krankenversicherungsschutz durch den Arbeitgeber, wenn er den Arbeitgeber mit der Gruppenversicherung aufgrund anderer Kriterien als der Krankenversicherung auswählt.

---

<sup>11</sup> In manchen Unternehmen verteilen die Arbeitgeber die Zahllast der Prämie, der Arbeitnehmer zahlt also auch einen Teil der Prämie. Die Arbeitnehmer-Prämie reduziert die Lohnkosten des Arbeitgebers im Vergleich zur kompletten Bezahlung der Prämie. Damit reduziert sich auch der pauschale Lohnabzug für alle Arbeitnehmer. Entsprechend entsteht für den Arbeitnehmer ein Kostenersparnis, wenn er auf die Gruppenversicherung verzichtet, weil er dann diesen Arbeitnehmer-Anteil nicht bezahlen muss. Aber auch im Fall einer Arbeitnehmer-Prämie können die Kosten des Beitritts zur Gruppenversicherung für den Arbeitnehmer gering sein im Vergleich zur gesamten Prämie. Diese geringen Grenzkosten des Beitritts und die Tatsache, dass er nur eine binäre Entscheidung zwischen einem Beitritt oder dem gänzlichen Verzicht treffen kann, kann die Beitrittswahrscheinlichkeit hoch machen. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Höhe der Arbeitnehmer-Prämie einen geringen Effekt auf die Beitrittswahrscheinlichkeit hat (ein Überblick findet sich in Gruber/Washington 2005; Cutler 2002).

Eine Arbeitsplatzwahl des Arbeitnehmers wird von vielen Faktoren bestimmt. Wenn sich die Arbeitgeber, die eine Gruppenversicherung als Lohnbestandteil vorsehen, hinsichtlich anderer Parameter wie Nähe zum Wohnort, Familienfreundlichkeit etc. unterscheiden, kann ein Arbeitnehmer aufgrund dieser Kriterien diesen Arbeitgeber bevorzugen und die Krankenversicherung quasi billiger in Kauf nehmen. Die damit verbundene Versicherung in der Gruppenversicherung wäre dann kein Ergebnis eines bewussten Vergleiches zweier Versicherungsformen, sondern Nebeneffekt.<sup>12</sup> Diese geringe Entscheidungsfreiheit für den Arbeitnehmer kann eine hohe Beitrittsquote zur Gruppenversicherung der Angestellten bei einem Arbeitgeber erklären (Cacace 2010, S. 192).

### ***Absicherung in der Gruppenversicherung als bewusste Entscheidung des Arbeitnehmers gegen individuellen langfristigen Vertrag***

Allerdings ist es auch möglich, dass Arbeitnehmer bei ihrer Arbeitsplatzsuche und -auswahl ganz gezielt das Angebot einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber berücksichtigen. Unter der Annahme, dass das Angebot der Gruppenversicherung schon ausschlaggebend für die Anstellung des Arbeitnehmers bei dem Unternehmen war, kann der Beitritt zur Gruppenversicherung als Bevorzugung der Gruppenversicherung gegenüber der alternativen Versicherungsvariante interpretiert werden.<sup>13</sup> In diesem Fall bedarf die Erklärung der Versicherungsentscheidung einer Analyse jener Faktoren, die eine höhere Attraktivität einer Gruppenversicherung auch für eine risikoaverse Person bedingen könnten.

Es gibt mehrere Faktoren, welche zu einem großen Preisunterschied zwischen den Versicherungsalternativen führen und die Gruppenversicherung attraktiver machen können als die individuelle Versicherung.

#### **a) Gruppendurchschnittsprämie: Nachteil für gute Risiken im Vergleich zur individuellen Versicherung?**

In der Gruppenversicherung zahlen die Arbeitnehmer eine durchschnittliche Prämie, das heißt die Gruppenkosten werden auf alle Versicherten bzw. alle Arbeitnehmer umgelegt.<sup>14</sup>

Eine Differenzierung der Prämien (auch indirekt über Lohndifferenzierung) und der Leistun-

---

<sup>12</sup> In diesem Fall gilt es dann zu untersuchen, weshalb die Arbeitgeber dann überhaupt eine Gruppenversicherung anbieten.

<sup>13</sup> In diesem Fall bietet der Arbeitgeber also die Versicherung an, weil dies seine Attraktivität bei den Arbeitnehmern erhöht. Entsprechend lässt sich die Aufteilung der Prämien-Zahllast zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern auch als gezielte Abstimmung auf die Präferenzen der Arbeitnehmer begreifen (Gruber/McKnight 2002).

<sup>14</sup> Arbeitnehmer, die Familienmitglieder mitversichern, zahlen eine höhere Prämie. Wenn für jedes Familienmitglied ebenfalls eine durchschnittliche Prämie veranschlagt wird, dann hängt das Ausmaß der Subventionierung im Vergleich mit der individualvertraglichen Alternative für diese Arbeitnehmer vom Kostenrisiko ihrer Angehörigen, aber nicht von deren Anzahl ab.

gen nach Gesundheitszustand/Alter und damit Kostenrisiko der Arbeitnehmer ist nicht zulässig.<sup>15</sup> Wenn die Gruppe der Arbeitnehmerschaft sich aus unterschiedlich risikobehafteten Arbeitnehmern zusammensetzt, zahlen in der Gruppenversicherung Personen mit einem niedrigen Risiko im Vergleich zu ihren Erwartungskosten eine höhere Prämie, während Personen mit hohem Risiko eine Prämie unterhalb ihrer erwarteten Kosten bezahlen.

Demgegenüber wird in den meisten Bundesstaaten die Prämie eines individuellen Versicherungsvertrages von dem individuellen Kostenrisiko bestimmt. Persönliche Risikofaktoren und Vorerkrankungen wirken sich damit prämienerhöhend aus.<sup>16</sup> Unter ansonsten gleichen Bedingungen (also der Annahme, dass keine Unterschiede in den weiteren Versicherungskosten bestehen) wären diese für Personen mit geringem Risiko folglich attraktiver als ein Gruppenversicherungsvertrag. Für Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko wäre hingegen genau umgekehrt eine Gruppenversicherungsprämie günstiger als eine am individuellen Risiko bemessene Prämie.

Im theoretischen Modell einer Welt ohne Wanderungskosten und homogener Arbeitnehmer, die sich nur im Krankheitsrisiko unterscheiden, könnten sich unterschiedlich risikobehaftete Arbeitnehmer selektieren. Arbeitnehmer mit niedrigem Krankheitsrisiko würden einen Arbeitgeber auswählen, der nur einen geringen Katalog oder keine Versicherung anbietet, während Arbeitnehmer mit hohem Risiko einen Arbeitgeber auswählen, der umfangreiche Versicherung bereitstellt. Somit entstünden homogene Risikogruppen je Arbeitgeber (Pauly/Goldstein 1976). Dieses Ergebnis entspricht dem Rothschild-Stiglitz-Gleichgewicht, das die Selektion der Risiken bei durchschnittlichen Prämien und hinreichend großen Unterschieden im Leistungsumfang der Versicherung beschreibt (Bundorf/Herring/Pauly 2010). In diesem Fall würde eine Gruppendurchschnittsprämie also zu einer adversen Selektion inner-

---

<sup>15</sup> Theoretisch könnte eine indirekte Risikodifferenzierung über unterschiedlich hohe Barlöhne erfolgen. Über die empirische Verbreitung einer Lohndifferenzierung nach Alter, als Kompensation für die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten, besteht Unklarheit (Bundorf/Herring/Pauly 2010, Fußnote 7). Sheiner (1999) und Pauly/Herring (1999) kommen in empirischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass ältere Arbeitnehmer über Barlohnabschläge für ihre erhöhten Krankheitskosten bezahlen. Unabhängig von der Frage, ob diese Unterschiede tatsächlich eine systematische altersabhängige Prämiendifferenzierung darstellen: Zumindest aber wäre eine darüber hinaus gehende Anpassung der Barlöhne an unterschiedliche Risikotypen nicht mit den Anti-Diskriminierungsgesetzen (1990: Americans with Disabilities Act) und den Vorgaben des im Jahre 1996 eingeführten Bundesgesetzes „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA) vereinbar. Daher wird von dieser theoretischen Möglichkeit abstrahiert und der U.S.-Literatur folgend die Annahme durchschnittlicher Versicherungsprämien aufrechterhalten (Pauly/Herring 1999, S.72-73; Bundorf/Herring/Pauly 2010, Fußnote 7; Cochrane 1995, S. 458; Carrol/Swagel 2009, S. 565; Gruber 2011, S. 518)

<sup>16</sup> Einen Überblick über die unterschiedlichen Risikoerfassungen und Regulierungen von kleinen und großen Gruppenversicherungen findet sich unter: <http://www.nahu.org/consumer/GroupInsurance.cfm>. Vgl. auch Merlis (2005).

halb der Arbeitnehmerschaft führen, weil nur die Personen mit einem hohen Risiko ein Interesse an der Gruppenversicherung besäßen, während die Arbeitnehmer mit geringem Risiko auf eine Gruppenversicherung verzichteten und einen Arbeitgeber auswählten, der keine Krankenversicherung anbietet, um statt dessen höhere Löhne auszubezahlen (Bundorf/Herring/Pauly 2010).<sup>17</sup>

Allerdings basiert dieses Modell auf der Annahme, dass die Prämien für einen individuellen Versicherungsvertrag im individuellen Markt aktuarisch fair seien. Tatsächlich bemessen sich die Prämien individueller Versicherungsverträge aber nicht nur an den erwarteten Krankheitskosten, sondern beinhalten Aufschläge („Loading“) für weitere Kostenanteile wie Verwaltungs- und Vertragsabschlusskosten. Die Folgenabschätzung der durchschnittlichen Prämien in der Arbeitgeber-Versicherung kann daher nur über den Vergleich der faktisch verfügbaren Alternativen erfolgen: Wenn ein individueller Vertrag mit einer am individuellen Risiko bemessenen Versicherungsprämie auch für gute Risiken teurer ist als eine Gruppenversicherungsprämie, dann können diese auch trotz einer im Vergleich zu ihrem Risiko zu hohen Gruppendurchschnittsprämie daran ein Interesse haben.

Im Folgenden werden sowohl versicherungsökonomische als auch staatlichen Regelungen geschuldete Kostenvorteile der Gruppenversicherung gegenüber einer individuellen Versicherung dargelegt, welche zu einem großen Preisdifferential zwischen den beiden Versicherungsformen führen und die große Attraktivität der Gruppenversicherung für unterschiedliche Risiken erklären können.<sup>18</sup> Für eine Person mit niedrigem Risiko muss die Gruppenversicherung einen größeren Kostenvorteil aufweisen als für einen Arbeitnehmer mit hohem Risiko, weil annahmegemäß im individuellen Versicherungsmarkt der rein am Krankheitskostenrisiko bemessene Prämienanteil für niedrige Risiken geringer wäre als in der Gruppenversicherung.

---

<sup>17</sup> Wenn die Gruppenversicherung nur für Personen mit einem hohen Kostenrisiko attraktiv wäre, dann stellte sich die Frage, warum die Arbeitgeber diese anbieten bzw. ob und welche Strategien er gegen die adverse Selektion besitzt.

<sup>18</sup> Ein Kostenvorteil der Gruppenversicherung gegenüber der individuellen Versicherung auch für gute Risiken schließt nicht aus, dass es innerhalb der Gruppenversicherung eine Selektion unterschiedlicher Risiken geben kann. Manche Arbeitgeber bieten mehrere, unterschiedlich umfangreiche Kataloge an. Für alle Risiken kann die Gruppenversicherung attraktiver sein als die individuelle Versicherung. Aber das Angebot eines zusätzlichen ein Leistungskataloges mit geringem Umfang kann Personen mit niedrigen Risiken ermöglichen, der Subventionierung von hohen Risiken zu entgehen, wenn letztere einen Vollversicherungsvertrag bevorzugen (Arentz 2012). Wenn diese Bedingung erfüllt ist, wäre für Arbeitgeber das Angebot unterschiedlicher Kataloge ein Wettbewerbsparameter (Vgl. zum Trennenden vs. Pooling Gleichgewicht: Bundorf/Herring/Pauly 2010; Arentz 2012). In diesem Fall würden die guten Risiken dann eine Unterversicherung in Kauf nehmen, weil annahmegemäß die individuellen Verträge mit Vollversicherung noch weiter von einer aktuarisch fairen Prämie entfernt sind.

## b) Die versicherungsökonomischen Vorteile der Gruppenversicherung

Die Gruppenversicherung über den Arbeitgeber weist mehrere Kostenvorteile auf, die sowohl aufgrund der Verbindung von Arbeitnehmerschaft und Versicherungsgemeinschaft als auch bedingt durch Größen der Gruppen zustande kommen. Von diesen Vorteilen können Arbeitnehmer profitieren, wenn der Arbeitgeber aufgrund der Größenvorteile eine entsprechend kostengünstige Selbstversicherung anbietet oder günstigere Versicherungsprämien an externe private Krankenversicherungen entrichten kann. Wenn private Versicherungen im Wettbewerb stehen<sup>19</sup>, so werden diese Vorteile an die Arbeitgeber und letztendlich an die Arbeitnehmer weitergegeben<sup>20</sup>.

### *Steigende Skalenerträge im Risikomanagement*

Unter der Voraussetzung, dass ein über den Arbeitgeber zustande gekommener Versicherungspool<sup>21</sup> eine ausgewogene<sup>22</sup> Risikostruktur besitzt, können mit steigender Größe einer Arbeitnehmerschaft als Versicherungsgemeinschaft Kosteneinsparungen entstehen: Mit der steigenden Zahl der versicherten Personen kann die Risikoschwankung reduziert werden. Das versicherungstechnische Risiko, also das Risiko, dass sich aus dem versicherungstechnischen Geschäft ein Verlust ergibt, sinkt mit der Anzahl der Versicherungsnehmer (Zweifel/Eisen 2003, S. 240 ff.). Damit erfordert die Versicherung einer großen Gruppe weniger (kostenträchtiges) Risikomanagement als die Versicherung von kleinen Gruppen. Der Risikopuffer, der zur Sicherung benötigt wird, ist aufgrund der Größenvorteile geringer (Blumberg/Nichols 2004, S. 47; Jankowski 2006; S. 65 f.).

Die Existenz von Skaleneffekten im Versicherungsgeschäft begründet zunächst einmal nur ein Interesse privater Versicherer an größeren Versicherungskollektiven. Diese könnten auch bei einer individualvertraglich zustande gekommenen großen Gruppe generiert werden und damit zur Durchsetzung von größeren Krankenversicherern führen (Jankowski 2006).

---

<sup>19</sup> Bei der Analyse der Wettbewerbssituation auf dem Krankenversicherungsmarkt müssen neben der Anzahl der privaten Krankenversicherungen ohnehin auch die Arbeitgeber betrachtet werden, die in großer Zahl unmittelbar die Finanzierung der Gesundheitsausgaben übernehmen, also als Selbstversicherer auftreten. Die privaten Versicherungen stehen auch mit diesen großen Arbeitgebern im Wettbewerb, so dass die alleinige Fokussierung auf die geringe Zahl privater Versicherer dazu führen könnte, die Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt zu unterschätzen (Gaynor 2006, S. 506, Fußnote 22).

<sup>20</sup> Unter der Annahme, dass das Angebot der Gruppenversicherungen seitens der Arbeitgeber als Wettbewerbsparameter gilt, so betrifft das natürlich auch die Höhe der Prämien für diese Versicherung, welche ein Kriterium eines attraktiven Arbeitgebers darstellt. Die Annahme der Durchreichung von Kostenvorteilen an die Arbeitnehmer ist daher folgerichtig.

<sup>21</sup> Für den aus Sicht des Arbeitnehmers durchgeführten Vergleich der Versicherungsalternativen wird hier angenommen, dass ein Versicherungspool beim Arbeitgeber schon zustande gekommen ist. Wie der Arbeitgeber kalkuliert für die Frage, ob er eine Versicherung anbietet und welche Risiken er dabei eingeht, wird nicht an dieser Stelle diskutiert.

<sup>22</sup> „Ausgewogen“ schließt also systematisch hohe Risiken aufgrund adverser Selektion oder Klumpenrisiken aus.

### *Geringere Verwaltungs- und Transaktionskosten*

Entscheidend für die Vorteilhaftigkeit einer Gruppenversicherung gegenüber den individuell abgeschlossenen Versicherungen ist aber, dass die Bildung einer großen Gruppe über den Arbeitgeber keinen zusätzlichen Aufwand verursacht. Die Bildung eines Versicherungspools über individuelle Vertragsabschlüsse geht mit steigenden Grenzkosten einher, insbesondere im Bereich der Risikoprüfung (Informationsgewinnung über die Risiken) und der Organisation der Versicherung (Schradin 2003, zitiert nach Jankowski 2006, S. 66).

Demgegenüber erlaubt die Gruppenversicherung Einsparungen von Transaktionskosten in Form der Vertragsabschlusskosten (Vgl. bspw. Blumberg/Nichols 2004, S. 47): Es müssen nicht mit allen Personen unterschiedliche Versicherungsverträge geschlossen werden, sondern ein zentraler Vertragspartner, der Arbeitgeber, verhandelt mit einer privaten Versicherung oder agiert als Selbst-Versicherer (Cacace 2010, S. 193 f.). Die Verbindung des Arbeitsvertrages mit dem Beitritt zur Versicherung ist weniger aufwändig als die jeweils separate Durchführung dieser Prozesse bei unterschiedlichen Stellen und Ansprechpartnern.<sup>23</sup> Die Koppelung von Arbeitsplatz- und Versicherungswahl kann also die Generierung der Größenvorteile ohne Organisationsaufwand erlauben, sie ist ein Nebeneffekt der Bildung der Arbeitnehmerschaft.

Auch kann eine private Krankenversicherung von dem mit einer Transaktion unmittelbar erzeugten hohen Umsatz profitieren, es bedarf deutlich weniger Aufwand, um das Interesse potenzieller Nachfrager zu wecken. Die Arbeitgeber werden selbst aktiv eine Versicherung für ihre Belegschaft nachfragen. Demgegenüber ist es deutlich aufwendiger und damit kostenintensiver, einzelne Personen auf die Versicherungsprodukte aufmerksam zu machen. Schließlich reduziert die zentrale Auswahl die Informationsbeschaffungskosten und Entscheidungskosten des einzelnen Arbeitnehmers.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Pauly/Percey/Herring 1999 vermuten jedoch eine Überschätzung der Ersparnis, weil auch dem Arbeitgeber gewisser zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung der Versicherung entsteht. Da dieser aber unter Personalkosten verbucht und nicht explizit als Kosten der Versicherung ausgewiesen wird, könnte eine Unterschätzung der Versicherungskosten über den Arbeitgeber im Vergleich zur individuellen Versicherung bestehen (vgl. hierzu Pauly/Percey,/Herring 1999).

<sup>24</sup> Allerdings steht diesem Vorteil die verringerte Möglichkeit, präferenzgerechte Versicherungsverträge abzuschließen, gegenüber. Cacace (2010), S. 190 ff

### *Einsparung von Kosten der Risikoprüfung*

Des Weiteren können Einsparungen durch den Verzicht auf individuelle Risikoprüfungen bei einer Gruppenversicherung gegenüber einer individualvertraglichen Versicherung entstehen: Wenn ein Versicherungskollektiv über individuelle Verträge zustande kommt, dann muss die Versicherung die individuellen Versicherungsprämien am jeweiligen individuellen Erwartungswert der Krankheitskosten ausrichten. Denn bei einer durchschnittlichen Prämie wäre der Abschluss der Versicherung für Personen mit geringen Kostenerwartungen unattraktiv (Jankowski 2006, S. 69). Eine Prüfung der individuellen Risiken kann für die Bestimmung der individuellen Kostenrisiken notwendig sein. Dabei müssen natürlich die Grenzkosten der Risikoprüfung mit dem Grenznutzen in Form der genaueren Prämiengestaltung abgewogen werden.

Der Grenznutzen der individuellen Risikoprüfung bei Gruppenversicherungen ist gering, wenn nur die Gruppenprämie maßgeblich für die Versicherungsentscheidung des Arbeitgebers ist. Kann der Krankenversicherer davon ausgehen, dass die Arbeitgeber, die eine Versicherung für ihre Arbeitnehmer nachfragen, eine ausgewogene Arbeitnehmerschaft haben<sup>25</sup>, kann er auf eine individuelle Risikoprüfung der Mitglieder der Gruppe zur Kostenbestimmung verzichten und abhängig von der Größe und den allgemeinen Risikomerkmale der Gruppe eine Prämie kalkulieren. In großen Gruppen ist der Einfluss einzelner Ausreißer auf das gesamte Gruppenrisiko und damit auf die Gruppenprämie gering. Wenn einzelne Ausreißer die Kosten dieses großen Gruppendurchschnitts nicht signifikant verändern, dann variiert auch die Prämie für die gesamte Gruppe in Abhängigkeit von der gezielten Berücksichtigung von einzelnen Ausreißern nicht signifikant. Damit können bei der Gruppenversicherung die Kosten der Risikoprüfung gespart werden.

Empirisch zeigt sich, dass Versicherungen, die eine Gruppenversicherung anbieten, bei größeren Belegschaften meist keine individuelle Risikoprüfung durchführen. Die Versicherungen beachten bei der Festlegung der Gruppenprämie großer Arbeitgeber allgemeine Merkmale, nicht aber individuelle Arbeitnehmereigenschaften.

---

<sup>25</sup> Es kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitgeber die Versicherung nicht anbieten würden, wenn sie damit nur die besonders risikobehafteten Arbeitnehmer anziehen würden. Die Bedingungen des Arbeitgeber-Angebots werden hier aber nicht beleuchtet.

Diese Vorteile der eingesparten Risikoprüfkosten, der eingesparten Kosten für den Vertragsabschluss und der Risikomanagement-Vorteile bei großen Gruppen können die Gruppenversicherung auch für gute Risiken günstiger als einen individuellen Versicherungsvertrag machen. Die Verwaltungs- und Vertragsabschluss-Kosten können in der Gruppenversicherung zwischen 25 Prozent und 30 Prozent geringer sein als im Individualvertrag (Blumberg/Nichols 2004, S. 47). Verstärkend kommt hinzu, dass sich absolute Unterschiede zwischen diesen Fixkosten umso stärker in Prämienunterschieden niederschlagen, je geringer die Dauer des Versicherungsvertrages ist. Die Reduktion des Versicherungszeitraumes erfolgt erstens aufgrund des späteren Eintritts in Medicare. Zweitens besteht Unsicherheit über den tatsächlichen Bedarf der Versicherung. Denn die große Verbreitung der Gruppenversicherung der Arbeitgeber kann für einen einzelnen Arbeitnehmer die Wahrscheinlichkeit erhöhen, zu einem späteren Zeitpunkt bei einem Arbeitgeber mit Gruppenversicherung zu arbeiten und damit quasi automatisch in der Gruppenversicherung versichert zu sein. Wie bereits dargelegt kann die Krankenversicherung des Arbeitgebers ein für den Arbeitnehmer unausweichlicher Lohnbestandteil sein. Selbst wenn ein Arbeitnehmer beim Eintritt auf den Arbeitsmarkt die Auswahl zwischen Arbeitgebern mit und ohne Gruppenversicherung besitzt<sup>26</sup>, muss er die möglicherweise zukünftig zwangsläufig bestehende Versicherung in der Gruppenversicherung ins Kalkül ziehen. Aufgrund dieser Unsicherheit kann der individuelle Planungshorizont kurzfristiger und damit ein langfristiger Vertrag aufgrund der Fixkosten (Verwaltungs- und Vertragsabschlusskosten, ebenso der Suchkosten) unattraktiver werden (Pauly/Kunreuther/Hirth 1995, S. 150).

#### *Nachteile langfristiger Verträge aufgrund von Prämien-Frontloading und Unsicherheit über den Bedarf*

Damit die Langfristigkeit individueller Verträge gewährt sein kann, müssen die Prämien so ausgestaltet sein, dass die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Risiken nach Vertragsabschluss keine Abwanderung unterdurchschnittlich risikobehafteten Versicherungsnehmer auf Kosten des Risikoausgleiches induzieren kann. Wenn die Prämien zu Beginn der Vertragslaufzeit einen Aufschlag zur Vor-Finanzierung der für den späteren Risikoausgleich notwendigen Rückstellungen enthalten sind (vgl. auch Pauly et al. 2011), dann kann diese Prämiengestaltung aufgrund der institutionellen Besonderheit des US-Versicherungssystems zu Kosten führen. Denn aufgrund der möglicherweise später unausweichlichen Absicherung in

---

<sup>26</sup> Das setzt voraus, dass er die Wahl zwischen Arbeitgebern hat, die sich nur im Angebot der Gruppenversicherung unterscheiden und dass der Arbeitgeber ohne Versicherungsangebot auch einen höheren Lohn bezahlt.

der Gruppenversicherung muss der Arbeitnehmer den eventuell zukünftigen Bedarf einkalkulieren, diese individuelle Versicherung zu kündigen, um eine doppelte Absicherung zu vermeiden. Mit der Kündigung geht aber keine vollständige Ersparnis der Prämienzahlungen nach Vertragsende einher: Denn wie dargelegt beinhalten die Prämien zu Beginn der Vertragslaufzeit schon einen Aufschlag zum Aufbau der langfristig notwendigen Rückstellungen für den Morbiditätsausgleich innerhalb des Versicherungskollektivs. Diese Vorleistungen erhält ein Versicherter im Fall der Vertragskündigung nicht mehr zurück. Je nach individuell kalkulierter Wahrscheinlichkeit späterer unausweichlicher Versicherungsphasen über Arbeitgeber und damit eines reduzierten Bedarfs, kann sich die Zahlungsbereitschaft für einen langfristigen Versicherungsvertragsschluss reduzieren. Die Wahrscheinlichkeit, später eine Gruppenversicherung zu besitzen und daher die Versicherung nicht mehr zu benötigen, ist schon vor dem Vertragsschluss gegeben. In den Versicherungsprämien, die sich am Krankheitskostenrisiko orientieren, wird die unterschiedlich wahrscheinliche Inanspruchnahme aufgrund von zwischenzeitlicher Versicherung über den Arbeitgeber jedoch nicht abgebildet. Dieser daraus entstehende Bedarf, den Zeitraum der Individualversicherung flexibel gestalten zu können und eine spätere kurzfristige Kündigung vorzunehmen, ist abzugrenzen von dem Anreiz für ex post gute Risiken, eine Vertrags-Kündigung vorzunehmen: Im Krankenversicherungsvertrag bezahlen vor Vertragsschluss Personen mit gleichen Kostenrisiken den gleichen Betrag (wenn die Versicherung und die Versicherungsnehmer über die gleichen Informationen hinsichtlich Erwartungswerte der Krankheitskosten verfügen). Für beide ist es unter der Annahme gleicher Risikoaversion damit gleichermaßen vorteilhaft, den Vertrag abzuschließen. Erst nach Vertragsschluss und nach der Ausdifferenzierung der Risiken, aus der Retrospektive, kann eine unterschiedliche Bewertung der Versicherung erfolgen, weil gute Risiken mit Kenntnis ihres Risikos die Versicherungsentscheidung nun anders betrachten. Demgegenüber beeinflusst die individuelle Einschätzung über zukünftige Arbeitsverhältnisse mit Gruppenversicherung als Lohnbestandteil die Zahlungsbereitschaft schon vor Vertragsschluss und kann zur reduzierten Attraktivität eines langfristigen Versicherungsvertrags führen.

Des Weiteren können die anfänglich hohen Prämienzahlungen zur Kapitalbildung für den Morbiditätsausgleich den Bedarf einer Kreditfinanzierung entstehen lassen, wenn das laufende Einkommen die Finanzierung nur unter großen Opportunitätskosten ermöglichen

würde (Pauly et al. 2011, S. 129).<sup>27</sup> Die Kosten der Kreditfinanzierung erhöhen die Kosten eines Individualvertrages. Wenn nur diese anfänglichen Prämienaufschläge zur Vor-Finanzierung des späteren Risikoausgleichs den Kreditbedarf herbeiführen, steigen die Kosten des Individualvertrages im Vergleich zur Gruppenversicherung nur aufgrund der speziellen, zur Absicherung des Prämienänderungsrisikos notwendigen, Prämiengestaltung. Denn während der Versicherung in der Gruppenversicherung ist das Prämienänderungsrisiko abgesichert, ohne dass dafür Rückstellungen aufgebaut werden müssen. Da die Arbeitnehmer nach Beitritt in der Gruppenversicherung keine Möglichkeit haben, aus dem Vertrag auszutreten bei unterdurchschnittlicher Risikoentwicklung, kann die Absicherung über eine gleichmäßige Prämienzahlung erfolgen und eine Kreditfinanzierung wäre dann hier c.p. nicht nötig.<sup>28</sup>

#### *Kosten langfristiger Verträge durch „Lock-In“?*

In langfristigen Verträgen mit dem Aufbau von Rückstellungen zur Finanzierung der späteren Kosten für die hohen Risiken sind diese vor dem Prämienänderungsrisiko geschützt. Allerdings geht damit bei mangelnder Übertragung der individuellen Risikorückstellungen zugleich ein „Lock-In“ Effekt einher (Jankowski 2006; Pauly/Percy/Herring 1999): Der Versicherungsschutz besteht nur bei dem Versicherungsunternehmen, bei dem der Erstvertrag abgeschlossen wurde. Zum späteren Zeitpunkt würde ein anderer Versicherer die Prämie an dem nun bekannt gewordenen hohen Risiko ausrichten, so dass der Versicherungswechsel mit Prämienaufschlägen verbunden wäre und damit eine Absicherung des Prämienänderungsrisikos nicht mehr erfolgen kann.

Diese mangelnden Abwanderungsmöglichkeiten könnten für einen Versicherten problematisch sein, wenn der Krankenversicherer diese ausnutzen würde. Er könnte bspw. versuchen, Kosten einzusparen, indem er Versicherungsleistungen reduzieren oder nachträgliche Prä-

---

<sup>27</sup> Pauly et al. (2011) nehmen die durch das Front-Loading bedingten Finanzierungskosten zum Anlass, zu prüfen, ob unter Abkehr von der Annahme vollkommener Informationen über die unterschiedlichen Risiken bei den Versicherungen den Bedarf von Front-Loading reduziert. Sie zeigen, dass dies nicht der Fall ist. Auch unter der Annahme von asymmetrischer Information zwischen Versicherungen und Versicherungsnehmern bleibt der Bedarf von Prämien-Front-Loading bestehen, um die nachvertragliche Abwerbung guter Risiken und damit die faktische Auflösung des Versicherungsvertrages zu verhindern. Dies liegt daran, dass Versicherungen auch bei asymmetrischer Informationsverteilung über die Gestaltung der Leistungskataloge durchaus eine differenzierte Anwerbung niedriger Risiken bewerkstelligen können.

<sup>28</sup> Cochrane (1995) begründet die Stabilität einer Gruppenversicherung mit diesen mangelnden Ausweichmöglichkeiten. Wenn der Beitritt zur Krankenversicherung ein Nebeneffekt der Wahl eines gewissen Arbeitgebers ist, weil die Entscheidung über den Arbeitsplatz anderen Kriterien folgt, kann eine nachvertraglichen Selektion der Risiken verhindert werden. Cacace (2010) sieht hier ein funktionales Äquivalent zu der in Sozialversicherungssystemen bestehenden Versicherungspflicht, welche die Subventionierung hoher Risiken durch gute Risiken gewährleistet (Cacace 2010, S. 192 f.).

mienaufschläge einführen würde. Theoretisch wäre der Versicherungsnehmer bereit, nachträgliche Kostenerhöhungen zu akzeptieren, bis maximal die Wechselkosten (also die Differenz zwischen der auf Basis des neuen Risikos berechneten risikoäquivalenten Prämie und der ursprünglich beim erstmaligen Versicherungsabschluss kalkulierten Prämie, zuzüglich der Transaktionskosten) erreicht sind.

Diesem Anreiz stehen aber die damit verbundenen Reputationseffekte der Versicherung entgegen: Potenzielle Neukunden werden den Umgang des Versicherungsunternehmens mit den Bestandskunden beobachten und negative Schlagzeilen würden diese wohl bereits von dem Abschluss eines Erstvertrags abhalten. Das Wissen um die mangelnden Wechselmöglichkeiten des Versicherungsunternehmens kann außerdem die Versicherten umso vorsichtiger bei der Auswahl werden lassen (Pauly/Percy/Herring 1999, S. 37). Die Angst vor dem Rückgang der Nachfrage neuer Kunden kann also die Versicherung auch bezüglich der Behandlung von „eingesperrten“ Versicherungsnehmern disziplinieren (Pauly/Percy/Herring 1999, S. 37; Patel/Pauly 2002, S. 283).

Für den Vergleich der beiden Versicherungsalternativen muss aber auch berücksichtigt werden, dass die Kosten eines etwaigen Ausnutzens mangelnder Abwanderungsoptionen des Versicherten zu keinem Nachteil individueller Versicherungsverträge gegenüber der Gruppenversicherung führt. Schließlich ist auch in der Gruppenversicherung der Schutz an den Versicherer, in dem Fall den Arbeitgeber, gebunden. Es bestehen erhebliche Wechselkosten, weil die Suche nach einem Arbeitgeber erfolgen muss, der ein präferenzgerechteres Angebot bietet und hinzu kommen die Transaktionskosten der Kündigung und Neu-Einstellung. Ein Arbeitgeber kann also auch nach Vertragsschluss damit rechnen, dass die Angestellten Kosten eines Wechsels in Kauf nehmen müssten und daher bis zu dieser Kostenhöhe „ausbeutbar“ im Sinne einer nachvertraglichen Leistungsreduktion sind.

### **c) Steuerliche Förderung der Gruppenversicherung**

Eine Gruppenversicherung über den Arbeitgeber besitzt nicht nur die Kostenvorteile, welche aufgrund der Verbindung von Arbeitsplatz und Versicherung sowie der ermöglichten Pool-Größe bei großen Arbeitnehmerschaften entstehen. Ein großer Preisunterschied zwischen den Versicherungsformen wird durch die ausschließliche steuerliche Förderung der Grup-

penversicherung erzeugt.<sup>29</sup> Die steuerliche Förderung der Arbeitgeber-Gruppenversicherung etablierte sich nach dem II. Weltkrieg: Damals bestanden gesetzliche Lohnobergrenzen, um inflationäre Wirkungen eines zunehmenden Wettbewerbs um Arbeitnehmer (verstärkt durch die große Nachfrage nach Arbeitern im Bereich der Kriegsproduktion) zu verhindern. Die Arbeitgeber wichen der Lohnregulierung aus, indem sie alternative Entlohnungsformen entwickelten, darunter die Pensionszusagen und das Angebot von Krankenversicherungsleistungen. Da von diesen Entlohnungsformen keine inflationsinduzierenden Effekte auszugehen schienen, sollte die Einführung der steuerrechtlichen Sonderbehandlung den Arbeitgeber die Anwerbung der notwendigen Arbeitskräfte ermöglichen (Helms 2008; Thomasson 2003).

Die Steuerförderung der Gruppenversicherung beinhaltet die gänzliche Befreiung der Löhne, die in Form von Krankenversicherungsschutz ausbezahlt werden (Monahan /Schwarcz 2010, S. 14-15): Dies umfasst sowohl die Einkommensteuer auf Bundesebene als auch die bundesstaatliche Einkommenssteuer sowie die Sozialversicherungsabgaben. Außerdem muss der Arbeitgeber auf den Lohn, den er in Form von Krankenversicherungsschutz ausbezahlt, keine Lohnsteuer bezahlen. Unter der Annahme, dass diese eigentlich von den Arbeitnehmern getragen wird (in Form eines geringeren Lohnes), kommt dieser Kostenvorteil auch den Arbeitnehmern zugute (Finkelstein 2002; Cutler 2002). Auch der Teil der Prämien, den der Arbeitnehmer direkt bezahlt, kann er in vielen Fällen steuerlich geltend machen (Monahan/Schwarcz 2010, S. 14-15; Cutler 2002; Blumberg/Nichols 2004).<sup>30</sup> Die Steuerförderung für die Gruppenversicherung ist bisher nach oben nicht begrenzt, der absolute Förderbetrag steigt mit den Versicherungsprämien. In der U.S.-Literatur wird der Preis der Gruppenversicherung aufgrund des Steuervorteils als „after tax price“ definiert und über die Opportunitätskosten der Lohnauszahlung in Form von Versicherungsschutz definiert (Finkelstein 2002, S. 310). Mit einer Auszahlung Lohn in Form von einem Dollar Krankenversicherungsschutz verzichtet man also auf weniger als einen Dollar Barlohn, weil der Barlohn noch versteuert werden müsste (Finkelstein 2002; Cutler 2002; Blumberg/Nichols 2004). Je höher die Besteuerung des Lohnes ist, umso geringer ist der

---

<sup>29</sup> Pauly/Percey/Herring 1999, S.32.

<sup>30</sup> Voraussetzung ist die Aufnahme gewisser Leistungen in den Versicherungskatalog, der sogenannte „Cafeteria Plan“ (siehe bspw. Cutler 2002; Monahan /Schwarcz, 2010, S. 14-15).

Preis der Gruppenversicherung, weil die Auszahlung von Barlohn mit weniger Konsummöglichkeiten verbunden ist.<sup>31</sup>

Diese Steuerbefreiung gilt für abhängig Beschäftigte nur für die Alternative der Lohnzahlung in Form von Gruppen-Versicherungsschutz. Ein individueller Versicherungsbeitrag wird in der Regel nicht staatlich gefördert, nur Selbstständige können in begrenztem Rahmen Krankenversicherungsprämien steuerlich geltend machen (Monahan /Schwarcz 2010, S. 14- 15; Blumberg/Nichols 2004, S. 49; Bumann/Gruber 2005). Die steuerliche Förderung erzeugt daher einen sehr großen Preisunterschied zwischen einer Arbeitgeber-Gruppenversicherung und einem individuellen Versicherung. Die durchschnittlich eingesparte Steuer kann rund 34 Prozent der Gruppenversicherungsprämie ausmachen (Cutler 2002, S. 44, Gruber 2011, S. 516). Für einen Arbeitnehmer, der sein Krankheitskostenrisiko absichern will und die Wahl hat zwischen der Arbeitgeber-Gruppenversicherung oder einer höheren Lohnauszahlung und dem Erwerb einer individuellen Versicherung, wird der Preis der Gruppenversicherung also durch die steuerliche Förderung um rund 34 Prozent gegenüber einem individuellen Versicherungsvertrag subventioniert. Die steuerliche Förderung kann folglich die geringe Nachfrage nach individuellen Versicherungsverträgen in den USA bedingen (Cochrane 2013). Der steuerlich induzierte Kostenunterschied zwischen den beiden Versicherungsalternativen kann gerade für jene Arbeitnehmer relevant werden, die in der Gruppenversicherung die im Vergleich zum individuellen Risiko höchsten Prämienaufschläge zahlen und dazu führen, dass diese auch für Personen mit einem niedrigen Risiko attraktiver ist als der individuelle Vertrag.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Unter gewissen Bedingungen sind direkte Konsumausgaben für Gesundheitsleistungen steuerlich absetzbar, diese werden selten erfüllt (Cutler 2002, S. 43).

<sup>32</sup> Pauly/Lieberthal (2008) untersuchen empirisch den Zusammenhang zwischen dem ursprünglichen Versicherungsstatus (Individual- oder Gruppenversicherung) und der Wahrscheinlichkeit, in einer darauf folgenden Periode nicht versichert zu sein. Die Grundgesamtheit bilden Personen mit einem Versicherungsvertrag, Gruppen- oder Individualversicherung. Unter den Personen, die sich zu einem hohen Risiko entwickelt haben, ist die Wahrscheinlichkeit, in darauf folgenden Perioden nicht versichert zu sein für jene, die in einer Gruppenversicherung versichert waren, deutlich höher als für Personen, die einen individuellen langfristigen Vertrag abgeschlossen haben. Demgegenüber aber ist die Wahrscheinlichkeit der späteren Nicht-Versicherung für Personen, deren Gesundheitsrisiko niedrig bleibt, bei den ursprünglich individuell versicherten Personen höher als bei jenen in einer Gruppenversicherung. Pauly/Lieberthal (2008) führen dieses Ergebnis auf die beiden großen Unterschiede der Versicherungsformen zurück: Während die Gruppenversicherung für hohe Risiken geringen Schutz bietet, weil nach (auch krankheitsbedingtem) Job-Verlust eine hohe Prämie im Individualmarkt verlangt wird, kann der langfristige Individualvertrag gerade bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes den Schutz gewährleisten. Aufgrund der großen Kostenunterschiede ist jedoch für gute Risiken der Individualvertrag weniger attraktiv, was sich in dieser empirischen Untersuchung in einer höheren Austrittswahrscheinlichkeit aus dem Individualvertrag zeigt. Dieses Ergebnis entspricht der Argumentation in diesem Beitrag: Hier wird jedoch von der von Pauly/Lieberthal (2008) gesetzten Ausgangsbedingung einer bestehenden Versicherung abgewichen. Es wird dargelegt, dass schon der *erstmalige* Abschluss des Individualvertrages weniger attraktiv sein und eine spätere Nicht-Versicherung erklären kann.

## **Fazit**

Gemessen an der Referenz, langfristigen Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko zu bieten, ist der Leistungsumfang einer individualvertraglichen Absicherung höher als jener einer Arbeitgeber-Gruppenversicherung. Die Gruppenversicherung bietet aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsplatz nur einen begrenzten Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko, wenn keine durchgängige Beschäftigung bei einem Arbeitgeber als Versicherer erfolgt.

Auch für eine risikoaverse Person kann der Verzicht auf die langfristige Absicherung jedoch aufgrund großer Preisunterschiede attraktiv sein: Personen mit hohem Krankheitsrisiko erhalten in der Gruppenversicherung aufgrund der steuerlichen Förderung und der Finanzierung über durchschnittliche Prämien im Vergleich zu einer risikoäquivalenten Prämie auf dem individuellen Versicherungsmarkt eine doppelte Subventionierung. Aber auch für Personen mit einem niedrigen Kostenrisiko kann die Gruppenversicherung zur Durchschnittsprämie aufgrund versicherungsökonomischer Effizienzvorteile und auch aufgrund der steuerlichen Förderungen attraktiver sein als ein Individualvertrag. Hinzu kommt, dass sich der Planungshorizont aufgrund der Pflichtversicherung Medicare und aufgrund der großen Verbreitung von Arbeitgeber-Gruppenversicherungen als Lohnbestandteil reduziert, was den Fixkostenanteil in den Prämien für Individualverträge erhöht und deren Attraktivität verringert.

Die geringe Nachfrage nach langfristigen Individualverträgen in den USA lässt sich also als rationales Entscheidungsergebnis risikoaverser Personen begreifen. Im Krankenversicherungssystem der USA beeinflussen auch staatlich etablierte Rahmenbedingungen die Versicherungsentscheidung maßgeblich und können die geringe Verbreitung privater langfristiger Individualverträge erklären.

Im Falle eines Verlusts der Gruppenversicherung geht eine mögliche kompensatorische Absicherung über einen individuellen Versicherungsvertrag aufgrund der dann meist herausgebildeten Risikounterschiede mit möglicherweise prohibitiv hohen Prämien einher. Das Phänomen der Nicht-Versicherung lässt sich vor diesem Hintergrund also auch als Folge einer institutionell bedingten Dominanz der Arbeitgeber-Gruppenversicherung im U.S.-Gesundheitssystem begreifen.

## *Literaturverzeichnis*

Arentz, Christine (2012): Auswirkungen von Gentests in der Krankenversicherung. Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 04/2012.

Blumberg, Linda/Nichols, Len M. (2004): Why Are So Many Americans Uninsured?, in: McLaughlin, Catherine G. (Hrsg.): Health Policy and the Uninsured. Washington, DC: Urban Institute Press.

Bumann, Leonard E. / Gruber, Jonathan (2005): Tax credits for health insurance. Discussion Paper 19. Washington D.C.: The Urban Institute.

Bundorf, Kate M./Herring, Bradley/Pauly, Mark V. (2010): Health risk, income, and employment-based health insurance, in: Forum for Health Economics & Policy 13 (2), article 13.

Cacace, Mirella (2010): Das Gesundheitssystem der USA. Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik. Frankfurt/New York: Campus.

Caroll, Robert/Swagel, Phillip (2009): The intersection of tax and health care policy, in: National Tax Journal LXII (3), 563-571.

Cochrane, John H. (1995): Time-Consistent Health Insurance, in: Journal of Political Economy, 103 (3), S. 445-473.

Cochrane, John H. (2013), After the ACA: Freeing the market for health care (February 6, 2013), zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=2213027>.

Cutler, David M., 2002: Health care and the public sector, National Bureau of Economic Research. Working Paper 8802.

Eekhoff, Johann/Bünnagel, Vera/Kochskämper, Susanna/Menzel, Kai (2008): Bürgerprivatversicherung. Mohr Siebeck Tübingen.

Feldman, Roger/Schultz, Jennifer: Consumer Demand for Guaranteed Renewability in Health Insurance, in: Journal of Consumer Policy 27 (1), S. 75-97.

Finkelstein, Amy (2002): The effect of tax subsidies to employer-provided supplementary health insurance : evidence from Canada. In: Journal of Public Economics 84 (3), S. 305–339.

Gaynor, Martin (2006): Why don't courts treat hospitals like tanks for liquefied gases? Some reflections on health care antitrust enforcement, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 13 (3), S. 497-510.

Goldstein G. S./Pauly, M. V. (1976): Group health insurance as a local public good. In: Rosett R. N. (Hrsg.): The Role of Health Insurance in the Health Services Sector, New York: National Bureau of Economic Research; S. 73-114.

Gruber, Jonathan (2011): The tax exclusion for employer-sponsored health insurance, in: National Tax Journal, 64 (2, Part 2), S. 511-530.

Gruber, Jonathan/McKnight, Robin (2002): Why did employee health insurance contributions rise? National Bureau of Economic Research. Working Paper 8878.

Gruber, Jonathan/ Washington, Ebonya (2005): Subsidies to employee health insurance premiums and the health insurance market, in: Journal of Health Economics, 2005, 24(2), S. 253-276.

Helms, Robert B. (2008): Tax Policy and the history of the health insurance industry. Washington D.C.: American Enterprise Institute, zuletzt abgerufen am 1. Mai 2014, [http://www.americantaxpolicyinstitute.org/pdf/health\\_conference/Helms.pdf](http://www.americantaxpolicyinstitute.org/pdf/health_conference/Helms.pdf)

Hendel, Igal/Lizzeri, Alessandro (2000): The role of commitment in dynamic contracts: Evidence from life insurance. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Working Paper 7470.

Jankowski, Markus (2006): Wettbewerb, Versicherungspflicht und Risikoanpassung. Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung. Köln: Institut für Wirtschaftspolitik. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 130.

Kunreuther, Howard C./Pauly, Mark V./Mc Morrow, Stacey (2013): Insurance and Behavioral Economics. Improving decisions in the most misunderstood industry. Cambridge: University Press.

Merlis, Mark (2005): Fundamentals of underwriting in the nongroup health insurance market: Access to coverage and options for reform. National Health Policy Forum Background Paper, April 13, 2005.

Monahan, Amy/Schwarcz, Daniel (2010): Will employers undermine health care reform by dumping sick employees? (July 30, 2010). Virginia Law Review, Vol. 97, p. 125, 2011; Minnesota Legal Studies Research Paper No. 10-37, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=1651308>.

Nymann, John A. (1999): The value of health insurance: the access motive, in: Journal of Health Economics 18, S. 141-152.

Patel, Vip/Pauly, Mark V. (2002): „Guaranteed renewability and the problem of risk variation in individual health insurance markets“, Health Affairs, suppl. Web Exclusives 2002: W280-W289.

Pauly, Mark (2010): Health reform without side effects. Making markets work for individual health insurance. Stanford: Hoover Institution Press Publication.

Pauly, Mark V./Herring, Bradley (1999): Pooling health insurance risks. Washington D.C.: The AEI Press.

Pauly, Mark V./Kunreuther, Howard/Hirth, Richard (1995): Guaranteed Renewability in Insurance, in: Journal of Risk and Uncertainty 10, S. 143-156.

Pauly, Mark V./Lieberthal, Robert D. (2008): How risky is individual health insurance?, in: Health Affairs 27 (3), W242-W249.

Pauly, Mark V./Menzel, Kai/Kunreuther, Howard/Hirth, Richard A. (2011): Guaranteed renewability uniquely prevents adverse selection in individual health insurance, in: Journal of Risk and Uncertainty 43, S. 127-139.

Pauly, Mark/Percy, Allison/Herring, Bradley (1999): Individual versus job-based health insurance: Weighing the pros and cons, in: Health Affairs 18 (6), S. 28-44.

Sheiner, Louise (1999): Health Care Costs, Wages, and Aging. Federal Reserve Board - Division of Research and Statistics Discussion Paper 99 (19).

Schönbäck, Wilfried (1988): Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention, in: Rolf, Gabriele/Spahn, P. Bernd/Wagner, Gert (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung: Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag, S. 45-63.

Thomasson, Melissa A. (2003): The importance of group coverage: How tax policy shaped U.S. health insurance, in: The American Economic Review, 93 (4), S. 1373-1383.

Zweifel, Peter/Roland, Eisen (2003): Versicherungsökonomie. Berlin: Springer.

