

Direktor: Prof. Achim Wambach, Ph. D.

Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

Möglichkeiten und Grenzen einer wettbewerblichen Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung

Leonard Münstermann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Besonderheit des Unfallversicherungsmarktes.....	2
2.1. Versicherte Risiken.....	2
2.2. Arbeitgeberfinanzierung.....	2
2.3. Beeinflussbarkeit des Risikos	4
2.4. Prävention	4
2.5. Struktur des Unfallversicherungswesens.....	7
3. Die Gesetzliche Unfallversicherung.....	8
4. Ein wettbewerbliches Versicherungssystem	13
4.1. Berufskrankheitsversicherung	13
4.1.1. Versicherungssystem mit kurzfristige Versicherungsverträgen.....	14
4.1.2. Versicherungssystem mit langfristigen Versicherungsverträgen	16
4.2. Arbeitsunfallversicherung	22
5. Handlungsempfehlungen.....	23
Literaturverzeichnis	25

Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirt Leonard Münstermann
muenstermann@wiso.uni-koeln.de

Korrespondenzadresse

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

1. Einleitung

Die deutsche Sozialversicherung ist Gegenstand einer fortwährenden Diskussion sowohl in der ökonomischen Literatur als auch in der Politik. Dieser Diskussionsprozess hatte große Auswirkungen auf die Ausgestaltung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), welches sich seit 1997 von einem Monopol zu einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (Schulz-Nieswandt 2006, S. 48) gewandelt hat.

Ein vergleichbarer Wandel hin zu mehr Wettbewerb hat in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) nicht stattgefunden. Dies erscheint auf den ersten Blick erstaunlich, da viele der für die Wettbewerbsorientierung der GKV vorgebrachten Argumente auch für die GUV zu gelten scheinen. Gängige Kritikpunkte an der GUV sind etwa die Beitragsentwicklung (BDA 2011), welche trotz seit Jahrzehnten stark rückläufiger Arbeitsunfallzahlen nur leicht rückläufig ist, sowie die Organisationsstruktur, bei der die durch politisch angeordnete Fusionen erhofften Verwaltungs- und Verfahrenskosteneinsparungen weitgehend ausgeblieben sind (BdSt 2015, S. 49).

Vor diesem Hintergrund soll in diesem Beitrag der Frage nachgegangen werden, inwiefern mehr Wettbewerb im Unfallversicherungswesen einerseits möglich und andererseits wünschenswert ist. Zur Beantwortung dieser Frage sollen zunächst die Besonderheiten der versicherten Risiken, also von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, sowie des Marktes für Unfallversicherungen herausgearbeitet werden (Kapitel 2). Daran anschließend wird erläutert und diskutiert, wie das bestehende System der GUV mit den skizzierten Besonderheiten umgeht sowie welche Probleme mit der derzeitigen Ausgestaltung verbunden sind (Kapitel 3). Ferner wird analysiert, inwiefern ein wettbewerblich ausgestaltetes Versicherungssystem geeignet ist, die Besonderheiten und Anforderungen an ein Unfallversicherungssystem zu erfüllen (Kapitel 4). Im Fokus steht dabei die Versicherbarkeit von Berufskrankheiten. Aus der Analyse werden abschließend Handlungsempfehlungen für eine wettbewerbliche Reform der GUV abgeleitet (Kapitel 5).

2. Besonderheit des Unfallversicherungsmarktes

2.1. Versicherte Risiken

Die Unfallversicherung versichert das finanzielle Risiko eines Arbeitnehmers, aus berufsbedingten Gründen die eigene Arbeitskraft vollständig oder teilweise zu verlieren. Dieses Risiko ist abzugrenzen vom allgemeinen Invaliditätsrisiko, welches das Risiko bezeichnet, aus nicht-berufsbedingten Gründen (z.B. Freizeitunfälle oder Volkskrankheiten) die eigene Arbeitskraft zu verlieren.¹ Das berufsbedingte Invaliditätsrisiko besteht aus zwei Komponenten, nämlich dem Risiko einen Arbeitsunfall und dem Risiko eine Berufskrankheit zu erleiden.

Das Arbeitsunfallrisiko hängt vom heutigen Verhalten des Arbeitnehmers, also insbesondere dem Vorsichtsgrad bei der Ausführung der beruflichen Tätigkeit, und dem heutigen Verhalten des Arbeitgebers, also insbesondere der Ausgestaltung des Produktionsprozesses, ab. Der Unfallstatistik ist zu entnehmen, dass das Risiko eines Arbeitsunfalls mit zunehmendem Lebensalter abnimmt (*Varnaccia et al.* 2013, S. 43). Dies mag damit zusammenhängen, dass das Arbeitsunfallrisiko wesentlich von der Erfahrung eines Arbeitnehmers abhängt.

Das Berufskrankheitsrisiko hängt sowohl von der heutigen als auch von früheren beruflichen Tätigkeiten eines Arbeitnehmers ab. Dies liegt daran, dass die Zeit zwischen Krankheitsursache und Krankheitsausbruch, welche als Latenzzeit bezeichnet wird, zum Teil Jahrzehnte betragen kann. Daraus folgt, dass sich das Berufskrankheitsrisiko zweier Arbeitnehmer, welche heute eine identische berufliche Tätigkeit ausführen, unterscheidet, wenn ein Arbeitnehmer zuvor eine berufliche Tätigkeit mit erhöhtem Berufskrankheitsrisiko ausgeführt hat. Das Berufskrankheitsrisiko steigt daher mit der Lebensalter² eines Arbeitnehmers an.

2.2. Arbeitgeberfinanzierung

Ein Arbeitnehmer kann durch die Befolgung oder Missachtung von Sicherheitsvorschriften sowie den Vorsichtsgrad bei der Ausführung der beruflichen Tätigkeit Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadensfalls nehmen. Einen

¹ Versicherungen gegen das allgemeine bzw. nicht berufsbedingte Invaliditätsrisiko werden in diesem Beitrag nicht betrachtet.

² Streng genommen steigt das Berufskrankheitsrisiko mit steigender Dauer der Erwerbstätigkeit an. Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen auf das Lebensalter abgestellt.

deutlich größeren Einfluss hat allerdings der Arbeitgeber, welchem die Gestaltung von Arbeitsabläufen, der eingesetzten Produktionsverfahren sowie der Technisierung des Produktionsprozesses obliegt. Auch bei solchen Schadensfällen, die durch ein Fehlverhalten des Arbeitnehmers ausgelöst werden, kann der Arbeitgeber durch die Ausgestaltung des Produktionsprozesses Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit und den Schweregrad eines Schadensfalls nehmen.

Angesichts des großen Einflusses des Arbeitgebers auf das Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsrisiko sind diese als für den Arbeitnehmer weitgehend fremdbestimmt einzuordnen (*Busch 2005, S. 57-60*). Kosten durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten können daher als Teil der Produktionskosten aufgefasst werden, für welche der Arbeitgeber haftet. Folglich erscheint es systematisch, dass die durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten resultierenden Kosten als Teil der Produktionskosten vollständig vom Arbeitgeber zu finanzieren sind (*Busch 2005, S. 57-60*). Eine Überwälzung dieser Kosten vom Arbeitgeber auf andere Akteure, wie den geschädigten Arbeitnehmer, die Allgemeinheit oder andere Arbeitgeber, stellt hingegen eine Produktionsexternalität dar, welche mit reduzierten wirtschaftlichen Anreizen des Arbeitgebers auf eine Vermeidung von Schadensfällen hinzuwirken einhergeht.

In der überwiegenden Zahl der entwickelten Volkswirtschaften existiert zur Vermeidung von Kostenexternalitäten daher ein verpflichtendes, arbeitgeberfinanziertes Unfallversicherungssystem (*Randon et al. 2010, S. 57-59*).^{3,4} Gleichwohl sich die Ausgestaltung und der Umfang dieser Versicherungssysteme zwischen den Staaten erheblich unterscheiden, werden in einer Mehrheit der Systeme die durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten erzeugten Behandlungskosten (Rehabilitationsfunktion) sowie Einkommensausfälle von geschädigten Arbeitnehmern (Kompensationsfunktion) erstattet. In vielen Versicherungssystemen ist zudem auch die Prävention von Schadensfällen (Präventionsfunktion) Aufgabe des Unfallversicherungssystems.

³ Denkbar wäre es die Kostenübernahme der Arbeitgeber über das Haftungsrecht statt über eine Versicherung zu regeln. Aufgrund der beschränkten Haftung von Unternehmen bestehen dabei allerdings deutlich geringere Präventionsanreize sowie geringe Anreize für etwaige Schadensfälle Rücklagen zu bilden.

⁴ Theoretisch denkbar wäre, dass Arbeitnehmer sich gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichern und die Prämien über den Lohn von ihrem Arbeitgeber erstattet bekommen. Dies wird allerdings in keiner entwickelten Volkswirtschaft praktiziert, so dass diese theoretische Möglichkeit im Folgenden nicht betrachtet wird.

2.3. Beeinflussbarkeit des Risikos

Eine weitere Besonderheit des Unfallversicherungsmarktes im Vergleich etwa zum Krankenversicherungsmarkt besteht in der Gestaltbarkeit des versicherten Risikos. Bei einer Vollversicherung besteht daher die Gefahr von ex-ante Moral Hazard (*Köhler-Rama* 2003, S. 119). Zahlt ein Arbeitgeber eine verhaltensunabhängige Prämie, besteht für diesen ein geringerer wirtschaftlicher Anreiz, Ressourcen zur Begrenzung des Schadens aufzuwenden. Dies würde sich in der Unfallversicherung insbesondere in einem ineffizient niedrigen Präventionsniveau manifestieren. Angesichts der Gestaltbarkeit des versicherten Risikos seitens der Arbeitgeber erscheint es erforderlich, dass die von einem Arbeitgeber zu zahlenden Versicherungsprämien nicht nur vom Risiko zu Vertragsbeginn, sondern auch von der Entwicklung des Risikos im Verlauf des Versicherungsverhältnisses abhängen. Damit unterscheidet sich die Unfallversicherung wesentlich von der Krankenversicherung, in welcher das individuelle Prämienänderungsrisiko unabhängig vom Verhalten des Versicherten langfristig versichert ist (*Breyer et al.* 2013, S. 226).⁵

2.4. Prävention

Da Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle eine langfristige Beeinträchtigung des Humankapitals bedeuten können, kommt der Prävention von Schadensfällen innerhalb eines Unfallversicherungssystems eine herausragende Bedeutung zu (*Busch* 2005, S. 62). Dies lässt sich im System der deutschen GUV etwa daran festmachen, dass gemäß dem Grundsatz „Verhütung statt Vergütung“ ein Vorrang der Prävention vor der Kompensation gilt.

Angesichts der hohen Bedeutung der Präventionsfunktion sind bei der Analyse unterschiedlich ausgestalteter Unfallversicherungssysteme stets die Folgewirkungen für die Prävention zu beachten. In der Literatur zur Unfallversicherung wird häufig davon ausgegangen, dass ein hohes Präventionsniveau in einem wettbewerblich ausgestalteten Unfallversicherungssystem nicht gewährleistet werden könne (*Busch* 2005, S. 164-177). Für eine Versicherung stellt ein Präventionsprogramm eine Investition dar. Die Erträge dieser Investition bestehen dadurch in langfristig eingesparten Aus-

⁵ In der Krankenversicherung wird ex-ante Moral Hazard in der Regel eine geringe empirische Bedeutung beigemessen. Dies liegt daran, dass der Eintritt einer Krankheit für Individuen auch bei vollständiger Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung mit einem nicht-monetären Nutzenverlust (z.B. Schmerzen) verbunden ist (*Breyer et al.* 2013, S. 279).

gaben für Behandlungen und Renten. Während die Kosten der Investition von der tätigen Versicherung aufgebracht werden müssen, kommen die Erträge in einem wettbewerblichen System dann nicht in vollem Umfang dieser Versicherung zugute, wenn der Versicherungsnehmer vor Ablauf der Amortisationsdauer zu einer anderen Versicherung wechselt. Konkurrierende Versicherungen, welche auf ein entsprechendes Präventionsprogramm verzichtet haben, könnten den Arbeitnehmer im Fall eines Versicherungsverwechsels kostengünstiger versichern, da diese von einem Teil der Erträge der Investition profitieren können, ohne sich an den Investitionskosten beteiligt zu haben. Dies kann die die Investition tätigen Versicherung dazu bewegen, ihren Präventionsumfang einzuschränken. Dies ist insbesondere dann zu erwarten, wenn auf dem Versicherungsmarkt eine hohe Wettbewerbsintensität besteht und Arbeitgeber Versicherungen in erster Linie nach dem Preis auswählen.

Der Kern der beschriebenen Anreizproblematik bei der Erbringung von Präventionsleistungen liegt darin, dass ein Versicherungsverhältnis nach der Aufbringung der Investitions- bzw. Präventionskosten und vor dem vollständigen Eintritt der Erträge, also der Kosteneinsparungen durch die Prävention, enden kann. Dies bedeutet allerdings, dass dieses Anreizproblem mit zunehmender Dauer des Versicherungsvertrages abnimmt. In einem wettbewerblichen System könnten Versicherungen daher sowohl jederzeit kündbare als auch auf bestimmte Zeit unkündbare Verträge anbieten. Letztere würden der Versicherung die Überwindung des dargestellten Anreizproblems ermöglichen, so dass dieser Tarif bei Erbringung von effizienten Präventionsleistungen kostengünstiger sein müsste als ein jederzeit kündbarer Versicherungsvertrag. Sofern Versicherungen dazu ermächtigt sind, für einen befristeten Zeitraum nicht kündbare Tarife anzubieten, bestehen für diese somit auch hinreichende Präventionsanreize.

Ein Problem besteht allerdings dann, wenn der Amortisationszeitraum bestimmter Präventionsleistungen sehr lang ist, so dass zu deren Erbringung ein Versicherungsvertrag auf sehr lange Zeit abgeschlossen werden müsste. Dies könnte angesichts der zum Teil jahrzehntelangen Latenzzeit insbesondere bei Berufskrankheiten der Fall sein. Eine derartig lange Vertragsdauer bedeutet allerdings, dass dadurch ein Wettbewerb um Bestandskunden weitgehend ausgeschlossen ist und somit ein Lock-In-Effekt eintritt. Dies ist nachteilig, da dies die Effizienzanreize der Versicherungen

in Bezug auf Bestandsversicherte erheblich einschränkt (*Eekhoff et al.* 2008, S. 78-79).

Da Arbeitsunfälle allerdings keine längere Latenzzeit aufweisen, erscheinen Präventionsmaßnahmen gegen das Risiko eines Arbeitsunfalls derartig lange Vertragsdauern nicht zu erfordern. Zur Überwindung des skizzierten Anreizproblems erforderlich ist eine Vertragsdauer, welche mindestens dem Amortisationszeitraum der Investition in Prävention entspricht. Auch wenn nicht vorhergesagt werden kann, welche Vertragsdauern sich bei Präventionsprogrammen gegen Arbeitsunfälle im Wettbewerb ergeben würden, erscheint es doch plausibel anzunehmen, dass diese hinreichend kurz sein werden, um Wettbewerb um Bestandskunden weiterhin zuzulassen.

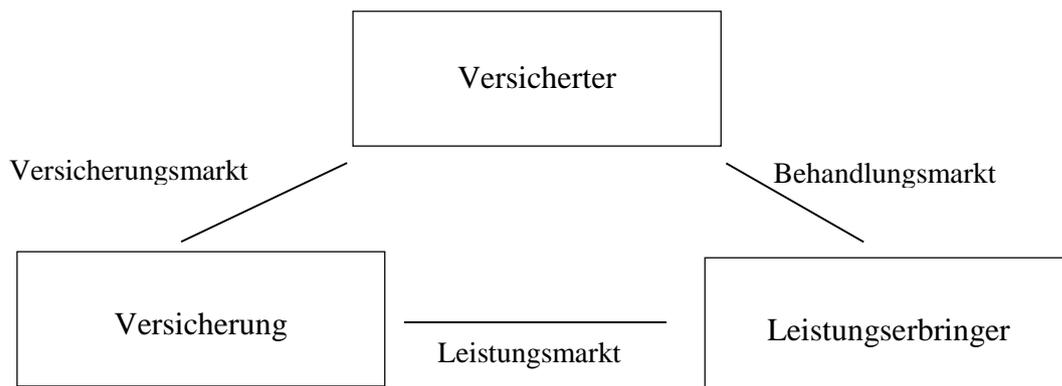
Ein alternativer Weg, die skizzierte Anreizproblematik bei der Erbringung von Präventionsleistungen in einem wettbewerblichen System zu überwinden, könnte darin bestehen, dass diese nicht von der Versicherung selbst erbracht und finanziert werden. Da ein wirksames Präventionsprogramm die durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entstehenden Kosten senkt, sinken dadurch auch die vom Arbeitgeber zu zahlenden Versicherungsprämien. Auch bei kurzfristigen Versicherungsverträgen hat insofern der Arbeitgeber ein finanzielles Interesse daran, dass effiziente Präventionsprogramme durchgeführt werden. Sofern sich auf dem Versicherungsmarkt tatsächlich ein scharfer Preiswettbewerb zulasten der Prävention ergibt, könnten Arbeitgeber Präventionsprogramme selbst durchführen oder Verträge mit spezialisierten Präventionsanbietern abschließen. Damit ein Arbeitgeber eine Investitionsentscheidung treffen kann, werden Anbieter von Präventionsleistungen Arbeitgebern neben dem Preis ihrer Leistungen auch Informationen über die zu erwartenden Reduktionen der Unfallversicherungsprämien zur Verfügung stellen. Freiwillige Präventionsinvestitionen der Arbeitgeber könnten allerdings bei Investitionen mit langer Amortisationsdauer, also insbesondere bei der Prävention von Berufskrankheiten, unterbleiben, da Arbeitgeber sich aufgrund ihrer beschränkten Haftung im Falle hoher zukünftiger Schadenssummen der Begleichung der Forderungen entziehen können (vgl. Abschnitt 2.2). Bei Investitionen mit kurzer Amortisationsdauer, also insbesondere bei der Prävention von Arbeitsunfällen, ist dies allerdings kaum zu erwarten, da der Arbeitgeber den Schaden durch ein Unterlassen von Prävention zeitnah zu tragen hat.

Insgesamt erscheint also ein effizientes Präventionsniveau gegen Arbeitsunfälle auch in einem wettbewerblichen Versicherungssystem erreichbar. Die Annahme, ein wettbewerbliches Versicherungssystem ginge mit einem ineffizient niedrigen Präventionsniveau einher, erscheint allerdings in Bezug auf Berufskrankheiten zutreffend.

2.5. Struktur des Unfallversicherungswesens

Bei der Analyse von Wettbewerbselementen in der Unfallversicherung ist zudem die Struktur des Unfallversicherungswesens zu beachten. Der Markt für Unfallversicherungen bzw. Versicherungsmärkte im Allgemeinen unterscheidet sich in struktureller Hinsicht grundlegend von anderen Märkten, da der Konsum und die Finanzierung des Gutes auseinanderfallen.

Abbildung 1: Märkte im Gesundheitswesen



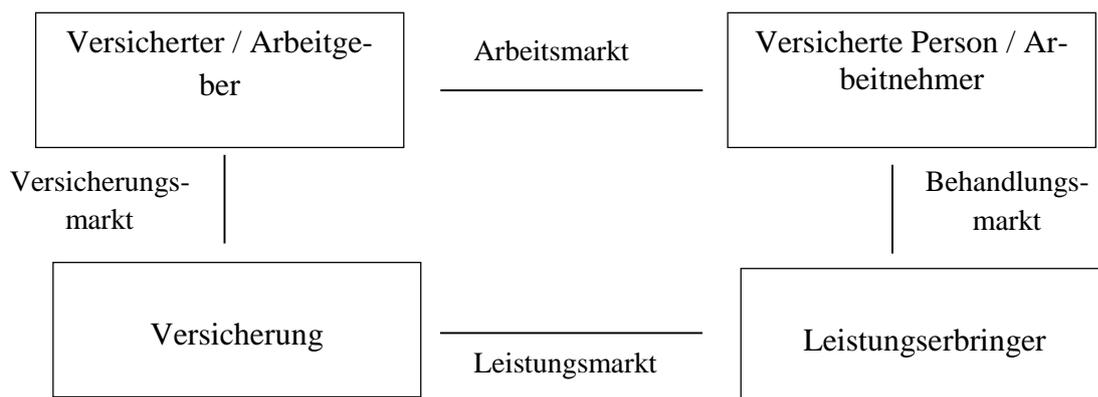
Quelle: Cassel et al. (2008) S. 37.

Abbildung 1 zeigt am Beispiel des Gesundheitswesens die drei auf Versicherungsmärkten beteiligten Akteure und die drei zwischen den Akteuren bestehenden Märkte. Sowohl der Behandlungs-, der Leistungs- als auch der Versicherungsmarkt lassen sich wettbewerblich ausgestalten, wobei die Märkte und Wettbewerbsfelder in engem funktionalem Zusammenhang stehen. Die Einschränkung von Wettbewerbsparametern auf einem Markt bedeutet entsprechende Einschränkungen auf den jeweils anderen Märkten und senkt damit die Wettbewerbsintensität insgesamt (Cassel et al.

2008, S. 40). Beispielsweise bedeuteten Einschränkungen des Wettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt, dass für Versicherungen geringere wirtschaftliche Anreize bestehen, auf dem Leistungsmarkt neue Vergütungsformen zu erproben, welche Anreize für die Leistungserbringer setzten, qualitativ hochwertige Behandlungsleistungen zu erbringen.

Im Unfallversicherungswesen fallen nicht nur der Konsum und die Finanzierung eines Gutes auseinander, sondern ebenfalls die Finanzierung und die Inanspruchnahme der Versicherung. Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der für den Arbeitnehmer als versicherte Person den Unfallversicherungsschutz abschließt. Die Struktur des Unfallversicherungswesens ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Märkte im Unfallversicherungswesen



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der Analyse unterschiedlicher Ausgestaltungen des Unfallversicherungsmarktes sind daher stets auch die Wechselwirkungen zum Arbeits-, Leistungs- und Behandlungsmarkt zu beachten.

3. Die Gesetzliche Unfallversicherung

Das deutsche System der GUV stellt ein verpflichtendes, arbeitgeberfinanziertes Unfallversicherungssystem dar, welches sowohl das Arbeitsunfall- als auch das Berufs-

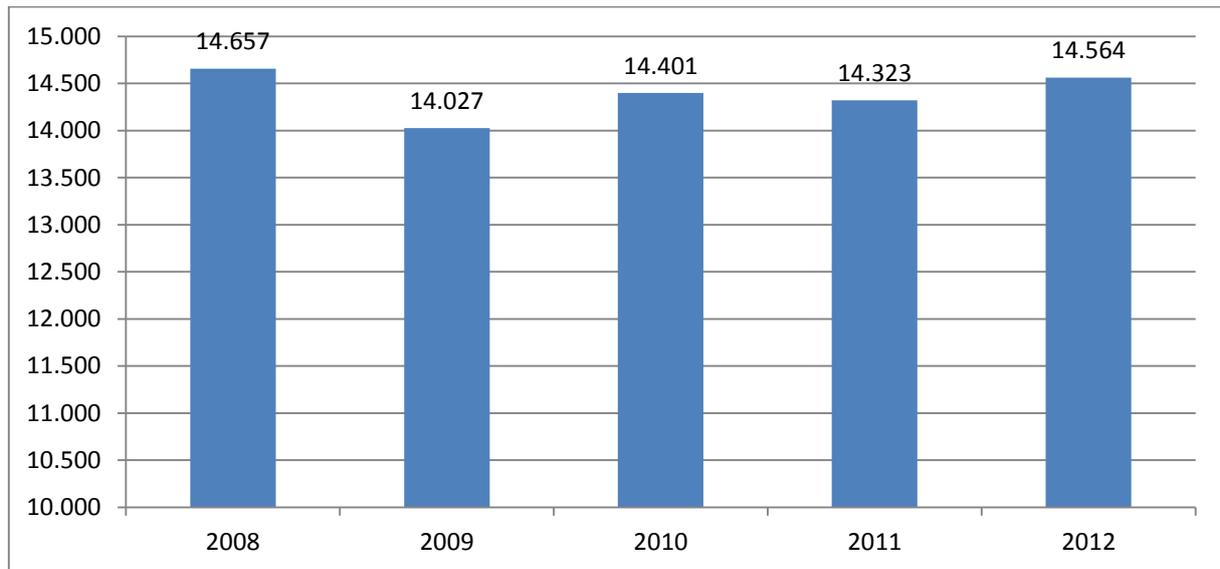
krankheitsrisiko versichert. Den Berufsgenossenschaften als Träger der GUV obliegt dabei sowohl die Rehabilitations-, die Kompensations- als auch die Präventionsfunktion.

Auf die in Abschnitt 2.3 herausgearbeitete Gefahr von ex-ante Moral Hazard wird mittels eines dreistufigen Beitragsverfahrens, welches dem Prinzip der Erfahrungstarifizierung folgt, reagiert.⁶ In einem ersten Schritt werden die in einem Jahr anfallenden Ausgaben gewichtet nach Gefahrenklassen auf die beitragspflichtigen Unternehmen der jeweiligen Berufsgenossenschaft umgelegt. In einem zweiten Schritt werden unternehmensspezifische Zu- und Abschläge erhoben, was insbesondere dem Ziel dient, durch finanzielle Anreize der Gefahr von ex-ante Moral Hazard entgegenzuwirken (Beitragsausgleichsverfahren). In einem dritten Schritt wird eine innerberufsgenossenschaftliche Sonderumlage erhoben, durch welche bei Überschreitung einer vom Gesetzgeber definierten Belastungsgrenze ein Lastenausgleich zwischen den Berufsgenossenschaften vorgenommen wird (Lastenausgleichsverfahren).

In Abschnitt 2.4 wurde herausgearbeitet, dass in Bezug auf Berufskrankheiten ein Trade-off zwischen der Prävention und einer wettbewerblichen Ausgestaltung des Versicherungssystems besteht. Dies wird im System der GUV durch einen vollständigen Verzicht auf Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt gelöst. Da das System der GUV allerdings sowohl Berufskrankheiten als auch Arbeitsunfälle umfasst, erstreckt sich das Monopol der Berufsgenossenschaften auch auf die Versicherung von Arbeitsunfällen. *Rürup* (2003) rechtfertigt die Monopolstellung der Berufsgenossenschaften damit, dass sich das bestehende System „bewährt“ habe und systemverändernde Reformen daher nicht erforderlich seien. Ähnlich argumentieren die Vertreter des Systems der GUV, welche die Ausgabenentwicklung als besonderen Erfolg des Monopolsystems anführen. Während die Ausgaben in der GKV zwischen 2008 und 2012 um 14,48 % gestiegen sind, lagen diese in der GUV 2012 absolut sogar unter dem Niveau von 2008 (vgl. Abbildung 3).

⁶ Für eine ausführliche Darstellung des dreistufigen Beitragserhebungsverfahrens in der GUV siehe *Steinmeyer et al.* (2006) S. 176-181.

Abbildung 3: Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland von 2008 bis 2012 (in Millionen Euro)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015).

Allerdings kann aus einer rückläufigen Ausgabenentwicklung nicht auf die Effizienz des monopolistischen Versicherungssystems geschlossen werden, da nicht bekannt ist, wie sich die Ausgaben in einem alternativen Versicherungssystem entwickelt hätten. Insofern erscheint ein Verweis auf die rückläufige Ausgabenentwicklung nicht hinreichend, die Effizienz des Monopolsystems zu begründen. *Busch* (2005) geht über diese Argumentation hinaus und begründet den seines Erachtens bestehenden Effizienzvorteil des Monopolsystems gegenüber einem wettbewerblichen System erstens mit niedrigeren Transaktionskosten und zweitens mit niedrigeren Verwaltungskosten.

Buschs (2005) Argument niedrigerer Transaktionskosten beruht auf der Annahme, in einem wettbewerblichen Versicherungssystem sei eine Einheit von Präventions- und Versicherungsfunktion nicht möglich. Er vergleicht daher ein monopolistisches Unfallversicherungssystem, in dem die Präventions- und Versicherungsfunktion in einer Hand liegen, mit einem wettbewerblichen System, in dem die Versicherungsfunktion von privaten Anbietern und die Präventionsfunktion zentralstaatlich erbracht werden. Er konstatiert, dass ein System mit zentralstaatlicher Prävention höhere Transaktionskosten hinsichtlich der Koordination von Präventions- und Versicherungsfunktion erzeuge (*Busch* 2005, S. 309-404). Wie allerdings in Abschnitt 2.4 gezeigt wurde, ist eine Einheit Präventions- und Versicherungsfunktion in Bezug auf Arbeitsunfälle

auch in einem wettbewerblichen System möglich, so dass mit diesem Argument ein Monopolsystem nicht gerechtfertigt werden kann.

Buschs (2005) zweites Argument beruht auf der Annahme, die Höhe der Verwaltungskosten je Versicherungsvertrag sei das zentrale Bewertungskriterium einer etwaigen wettbewerblichen Reform der GUV. *Busch* (2005) konstatiert dazu, dass die Verwaltungskosten der in Deutschland bereits bestehenden privaten Unfallversicherungen, welche nicht mit einer beruflichen Tätigkeit im Zusammenhang stehende Unfälle versichert, höher seien als diejenigen der GUV. Daraus sei die Konsequenz zu ziehen, dass die Annahme, eine Privatisierung der GUV führe zu einer Steigerung der Effizienz, nicht bestätigt werden könne (*Busch* 2005, S. 351-388).

Eine Effizienzbewertung eines wettbewerblichen Versicherungssystems ausschließlich anhand der Verwaltungskosten missachtet allerdings den funktionalen Zusammenhang des Versicherungsmarktes zum Leistungs- und Behandlungsmarkt (vgl. Ausführungen in Abschnitt 2.5). Berufsgenossenschaften agieren gegenwärtig auf dem Versicherungsmarkt als Monopolisten, so dass die fehlende Nutzung von Effizienzpotentialen auf dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt nicht durch den Markt sanktioniert wird. Berufsgenossenschaften nutzen ihren Handlungsparameter somit nicht aus wirtschaftlichem Druck, sondern zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags. Im Wettbewerb wird die fehlende Nutzung von Effizienzpotentialen hingegen durch den Markt sanktioniert. Es erscheint daher plausibel anzunehmen, dass Anbieter im Wettbewerb eher bestrebt sind, neue Strategien für Effizienzsteigerungen zu erproben. Die Entwicklung der Rolle der Krankenkassen seit der Einführung der freien Kassenwahl scheint diese Annahme zu bestätigen. Beispielsweise hat im GKV-System ein tiefgreifender und vorwiegend wirtschaftlich motivierter Fusionsprozess begonnen. Zudem gibt es zur Erschließung von Effizienzpotentialen vermehrt Vertragsbeziehungen von Krankenkassen mit Pharmaunternehmen (selektive Rabattverträge) sowie mit Leistungserbringern (Selektivverträge) (*Cassel et al.* 2008).

Vor diesem Hintergrund ist auch in der GUV davon auszugehen, dass Wettbewerbselemente dazu beitragen können, Effizienzpotentiale zu erschließen. Diese können dabei zum einen in Form von Kostenersparnissen bei gleicher Qualität oder in Form von Qualitätsverbesserungen bei gleichen Kosten auftreten. Wirtschaftliche Anreize, in den genannten Bereichen neue Strategien zu erproben, bestünden für Versiche-

rungen insbesondere deshalb, da eine erfolgreiche Prävention oder Rehabilitation dazu beiträgt, langfristig Rentenleistungen an geschädigte Arbeitnehmer einzusparen und damit im ureigenen Interesse der Versicherung liegt.

Während bei politisch angeordneten Fusionen die erhofften Verwaltungs- und Verfahrenskosteneinsparungen bisher weitgehend ausgeblieben sind (BdSt 2015, S. 49), könnten durch Wettbewerbselemente Anreize zu wirtschaftlich motivierten Veränderungen der Organisationsstruktur gesetzt werden.

Auf dem Leistungsmarkt können Berufsgenossenschaften bereits heute gemäß § 34 Abs. 1 und 2 SGB VII Anforderungen definieren, welche Leistungserbringer zur Beteiligung an der besonderen unfallmedizinischen Behandlung erfüllen müssen. Das System kann also als eine Form des Managed-Care-Konzepts sowie des selektiven Kontrahierens aufgefasst werden (*Henke / Richter 2013, S. 20; Wiechmann 2003*). Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt könnte insofern wirtschaftliche Anreize erzeugen, die Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens stärker zu nutzen, etwa indem bei der Vergütung von Leistungserbringern Alternativen zu den bisher in berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken angewandten Tagessätzen erprobt werden.⁷

Auf dem Behandlungsmarkt stellt das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren ein hochintegriertes Versorgungssystem dar. Dies zeigt sich etwa in der Tatsache, dass die Berufsgenossen selbst Krankenhäuser (berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken) betreiben. Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt könnte insofern wirtschaftliche Anreize erzeugen, Abweichungen vom bestehenden hochintegrierten Versorgungssystem zu erproben, etwa indem Berufsgenossenschaften vermehrt Verträge mit nicht von diesen selbst betriebenen Krankenhäusern schließen. Erzeugt würde somit ein Qualitätswettbewerb um die beste unfallmedizinische Behandlung.

Welche Strukturveränderungen sich durch eine wettbewerbliche Öffnung des Versicherungsmarktes konkret ergeben würden und wie hoch etwaige Effizienzvorteile wären, lässt sich nicht exakt prognostizieren. Dies liegt daran, dass Wettbewerb stets einen ergebnisoffenen Prozess darstellt und gerade dieser Prozess als Verfahren zur Entdeckung neuen Wissens dient (*von Hayek 1968*). Die zuvor genannten Punkte können demnach nur potentielle Ansatzpunkte darstellen, welche Versicherungen im

⁷ In BG-Kliniken findet bei der Behandlung von Patienten der GUV das DRG-Vergütungssystem keine Anwendung (*Gerhardt / Erhard 2004*).

Wettbewerb zu Erschließung von Effizienzpotentialen im Sinne eines Trial and Error-Prozesses erproben könnten. Ebenso nicht auszuschließen ist, dass Teile der gegenwärtigen Strukturen auch im Wettbewerb Bestand haben.

4. Ein wettbewerbliches Versicherungssystem

Die bisherige Analyse hat gezeigt, dass der in der GUV gewählte Weg eines vollständigen Verzichts auf Wettbewerbselemente im Hinblick auf die Aufrechterhaltung von Präventionsanreizen nicht erforderlich und zudem mit negativen Anreizen auf den Leistungs- und Behandlungsmarkt verbunden ist. Zu prüfen ist daher, inwiefern mittels eines wettbewerblichen Versicherungssystems die Anforderungen einer Internalisierung von Produktionsexternalitäten (vgl. Abschnitt 2.2) sowie einer Gewährleistung eines effizienten Präventionsniveaus (vgl. Abschnitt 2.4) sichergestellt werden kann. Da das Berufskrankheits- und das Arbeitsunfallrisiko, wie in Abschnitt 2.1 erläutert, aus versicherungsökonomischer Sicht höchst unterschiedliche Risiken darstellen und auch in Hinblick auf die Prävention erhebliche Unterschiede bestehen (vgl. Abschnitt 2.4), wird die Versicherbarkeit in einem wettbewerblichen Versicherungssystem im Folgenden zunächst für beide Risiken separat analysiert. Auf Basis dieser Analyse werden dann in Kapitel 5 Handlungsempfehlungen zur Reform der GUV abgeleitet.

4.1. Berufskrankheitsversicherung

Gemäß der Analyse in Abschnitt 2.4 besteht in Bezug auf Berufskrankheiten ein Trade-off zwischen der Gewährleistung eines effizienten Präventionsniveaus und einer wettbewerblichen Ausgestaltung des Versicherungssystems. Ein wettbewerbliches Berufskrankheitsversicherungssystem erscheint daher nur dann möglich, wenn Präventionsleistungen nicht von den im Wettbewerb stehenden Versicherungen selbst, sondern zentralstaatlich erbracht werden. Gleichwohl der Einheit von Versicherungs- und Präventionsfunktion eine Transaktionskostensparnis zugeschrieben wird (*Busch 2005, S. 309-404*), soll im Folgenden untersucht werden, wie die Ausgestaltung eines wettbewerblich organisierten Berufskrankheitsversicherungssystems aussehen könnte.

4.1.1. Versicherungssystem mit kurzfristige Versicherungsverträgen

Im Folgenden soll davon ausgegangen werden, dass ein Arbeitnehmer zwei Zeitperioden lang arbeitet. Das Berufskrankheitsrisiko wird über einen kurzfristigen Versicherungsvertrag, welcher das Risiko für jeweils eine Zeitperiode übernimmt, versichert. Die Schadenshöhe im Fall des Eintritts einer Berufskrankheit sei L .

Die Prämie für einen Arbeitnehmer in Zeitperiode 1 hängt somit von der Wahrscheinlichkeit ab, dass in Zeitperiode 1 aufgrund einer in Zeitperiode 1 für Arbeitgeber A ausgeführten beruflichen Tätigkeit eine Berufskrankheit ausbricht ($\Pi_{BK;1}^{1:A}$). In Zeitperiode 1 lässt sich die versicherungsmathematisch faire Prämie $P_{BK;1}^A$ für einen bei Arbeitgeber A beschäftigten Arbeitnehmer demnach wie folgt ausdrücken:

$$(1 - \Pi_{BK;1}^{1:A})P_{BK;1}^A - \Pi_{BK;1}^{1:A} L = 0$$

$$P_{BK;1}^A = \frac{\Pi_{BK;1}^{1:A} L}{(1 - \Pi_{BK;1}^{1:A})}$$

In Zeitperiode 2 hängt die Prämie hingegen sowohl von der Wahrscheinlichkeit ab, dass in Zeitperiode 2 aufgrund einer in Zeitperiode 2 für Arbeitgeber A ausgeführten beruflichen Tätigkeit eine Berufskrankheit ausbricht ($\Pi_{BK;2}^{2:A}$), als auch von der Wahrscheinlichkeit, dass in Zeitperiode 2 aufgrund einer in Zeitperiode 1 für Arbeitgeber A ausgeführten beruflichen Tätigkeit ($\Pi_{BK;2}^{1:A}$) eine Berufskrankheit ausbricht. In Zeitperiode 2 lässt sich die versicherungswirtschaftlich faire Prämie $P_{BK;2}^{A:A}$ für einen Arbeitnehmer, der in beiden Zeitperioden für Arbeitgeber A gearbeitet hat, demnach wie folgt ausdrücken:

$$P_{BK;2}^{A:A}(1 - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A}) - L(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A}) = 0$$

$$P_{BK;2}^{A:A} = \frac{(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(1 - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A})}$$

Ist ein Arbeitnehmer in Zeitperiode 1 bei Arbeitgeber B und in Zeitperiode 2 bei Arbeitgeber A beschäftigt, lautet die versicherungsmathematisch faire Prämie ($P_{BK;2}^{B:A}$) in Zeitperiode 2 demnach:

$$P_{BK;2}^{B:A} = \frac{(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:B})L}{(1 - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:B})}$$

Betrachtet man die in Abschnitt 2.2 herausgearbeitete Anforderung an ein Versicherungssystem, nach welcher die durch Berufskrankheiten entstehenden Kosten von den verursachenden Arbeitgebern zu tragen sind, ergeben sich in einem Berufskrankheitsversicherungssystem mit kurzfristigen Versicherungsverträgen zwei Probleme.

Das erste Problem besteht darin, dass Arbeitgeber bei identischer Tätigkeit einen höheren Beitrag für ältere Arbeitnehmer zahlen müssen. Dies lässt sich formal wie folgt darstellen:

$$P_{BK;2}^{A:A} > P_{BK;1}^A \text{ wenn } \Pi_{BK;1}^{1:A} = \Pi_{BK;2}^{2:A} \text{ und } \Pi_{BK;2}^{1:A} > 0$$

Arbeitgeber A muss trotz einer identischen Tätigkeit ($\Pi_{BK;1}^{1:A} = \Pi_{BK;2}^{2:A}$) für einen jüngeren Arbeitnehmer eine niedrigere Prämie zahlen als für einen älteren Arbeitnehmer, sofern für diesen ein auf die berufliche Vergangenheit zurückzuführender Schadensfall nicht ausgeschlossen werden kann ($\Pi_{BK;2}^{1:A} > 0$).

Das zweite Problem besteht darin, dass die berufliche Vergangenheit eines Arbeitnehmers prämierelevant ist. Dies lässt sich formal wie folgt darstellen:

$$P_{BK;2}^{B:A} > P_{BK;2}^{A:A} \text{ wenn } \Pi_{BK;2}^{1:B} > \Pi_{BK;2}^{1:A}$$

Arbeitgeber A muss eine höhere Prämie für solche Arbeitnehmer bezahlen, welche zuvor in einem Beruf mit erhöhter Berufskrankheitswahrscheinlichkeit gearbeitet haben ($\Pi_{BK;2}^{1:B} > \Pi_{BK;2}^{1:A}$).

Von den zwei genannten Problemen gehen für Arbeitgeber Anreize aus, ältere Arbeitnehmer sowie Arbeitnehmer mit erhöhtem Risiko zu entlassen, auf deren Einstellung zu verzichten oder diesen zur Kompensation höherer Versicherungsprämien einen geringeren Lohn zu zahlen.⁸ Der durch das Berufskrankheitsrisiko entstandene finanzielle Schaden müsste somit von den betroffenen Arbeitnehmern und im Fall des Transferleistungsbezugs der betroffenen Arbeitnehmer auch von der Allgemeinheit getragen werden. Die in Abschnitt 2.2 herausgearbeitete Anforderung an ein Versicherungssystem, nämlich die Vermeidung einer Kostenexternalisierung, wird somit in einem Berufskrankheitsversicherungssystem mit kurzfristigen Versicherungsverträgen nicht erfüllt. Ferner wird der Zweck der Versicherung, Arbeitnehmer gegen das aus der Ausübung der beruflichen Tätigkeit resultierende Gesundheitsrisiko sowie einen sich daraus ergebenden Einkommensausfall vollständig zu versichern, verfehlt.

Auch durch eine Prämienregulierung, nach der Versicherungen bei der Prämienberechnung ausschließlich die gegenwärtige berufliche Tätigkeit der versicherten Person berücksichtigen dürfen, sowie einen Kontrahierungszwang kann diese Problematik nicht gelöst werden. Denn erstens ist es für einen Regulator schwierig festzustellen, welche Prämienaufschläge auf das Alter bzw. die berufliche Vergangenheit eines Arbeitnehmers und welche Prämienaufschläge auf Veränderungen der versicherten Tätigkeit zurückzuführen sind. Zweitens gingen von einer solchen Regulierung erhebliche Risikoselektionsanreize aus, so dass Versicherungen im Wettbewerb nicht um schlechte Risiken werben und auch nicht in deren Versorgung, z.B. in Form von speziellen Rehabilitationsprogrammen, investieren werden.

4.1.2. Versicherungssystem mit langfristigen Versicherungsverträgen

Das Problem der sich bei kurzfristigen Versicherungsverträgen ergebenden Kostenexternalisierung (vgl. Abschnitt 4.1.1) ließe sich grundsätzlich durch langfristige indi-

⁸ Die zwei genannten Probleme würden ebenso bei befristeten Gruppenversicherungsverträgen bestehen, da die Berufskrankheitskosten einer Gruppe mit zunehmender Anzahl von Arbeitnehmern mit höherem Lebensalter und erhöhtem Risiko ansteigen.

viduelle Versicherungsverträge lösen. Ein langfristiges Versicherungsverhältnis bedeutet, dass eine Versicherung ein sich über die gesamte Erwerbsdauer eines Arbeitnehmers erstreckendes Leistungsversprechen abgibt und auf ein vorzeitiges Kündigungsrecht verzichtet. Ein solches Versicherungsverhältnis vermeidet eine Kostenexternalisierung zulasten älterer Arbeitnehmer, wenn Versicherungen die Prämienbelastung über die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses glätten.

Eine Versicherung erwartet zu Beginn des Versicherungsverhältnisses für einen bei Arbeitgeber A beschäftigten Arbeitnehmer in Zeitperiode 1 Kosten in Höhe von $L\Pi_{BK;1}^{1:A}$ und in Zeitperiode 2 in Höhe von $L(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})$. Die erwarteten Kosten der Versicherung über beide Zeitperioden lassen sich demnach wie folgt ausdrücken:

$$L(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})$$

Handelt es sich um eine langfristige Versicherung, in welcher die Prämienbelastung über beide Zeitperioden geglättet wird, lässt sich die versicherungsmathematisch faire Prämie wie folgt berechnen:

$$\begin{aligned} P_{BK;\bar{i}}^{A:A}(1 - \Pi_{BK;1}^{1:A}) + P_{BK;\bar{i}}^{A:A}(1 - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A}) - L(\Pi_{BK;1}^{1:A}) - L(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A}) &= 0 \\ P_{BK;\bar{i}}^{A:A}(2 - \Pi_{BK;1}^{1:A} - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A}) - L(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A}) &= 0 \\ P_{BK;\bar{i}}^{A:A} &= \frac{(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(2 - \Pi_{BK;1}^{1:A} - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A})} \end{aligned}$$

In Zeitperiode 1 erhebt die Versicherung somit eine die erwarteten Kosten übersteigende Prämie, wodurch diese am Ende von Zeitperiode 1 eine Rückstellung in folgender Höhe verfügt:

$$\begin{aligned} P_{BK;\bar{i}}^{A:A} - L\Pi_{BK;1}^{1:A} \\ \frac{(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(2 - \Pi_{BK;1}^{1:A} - \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})} - L\Pi_{BK;1}^{1:A} \end{aligned}$$

Diese Rückstellung ermöglicht der Versicherung in Zeitperiode 2 eine die erwarteten Kosten unterschreitende Prämie zu erheben. Eine solche Prämien glättung über den Versicherungsverlauf mittels (Alters-)Rückstellungen entspricht der gegenwärtigen Praxis in der privaten Krankenversicherung in Deutschland.⁹

Aufgrund der starken Beeinflussbarkeit des versicherten Risikos ist im Hinblick auf die Gefahr von ex-ante Moral Hazard in einer Berufskrankheitsversicherung die vollständige Versicherung des individuellen Prämienänderungsrisikos nicht sinnvoll (vgl. Abschnitt 2.3). Eine Versicherung muss somit berechtigt sein, nach Vertragsbeginn Prämienanpassungen entsprechend der Veränderung des versicherten Risikos vorzunehmen.

Allerdings könnte durch Prämienanpassungen nach freiem Ermessen der Versicherung die Gefahr entstehen, dass die Prämien glättung über den Verlauf des Versicherungsverhältnisses konterkariert wird. Eine Versicherung könnte für ältere Arbeitnehmer im Verlauf des Versicherungsverhältnisses nicht durch Veränderungen des versicherten Risikos gerechtfertigte Prämien erhöhungen durchführen, um ihren Gewinn zu steigern. Allerdings wird eine Versicherung durch die im Wettbewerb bestehende Wechselmöglichkeiten des Versicherungsnehmers diszipliniert. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass ein Arbeitgeber für alle Arbeitnehmer nachteilsfrei die Versicherung wechseln kann.

Entscheidend für die Frage, inwiefern Arbeitgeber nachteilsfrei die Versicherung wechseln können, ist der Umgang mit den zur Glättung der Prämien über die Versicherungsdauer gebildeten Rückstellungen. Verbleibt die Rückstellung im Falle eines Versicherungsverwechslens bei der abgebenden Versicherung, kann die aufnehmende Versicherung auch im Falle gleicher Effizienz den Arbeitnehmer nur zu einer die geglättete Prämie der abgebenden Versicherung übersteigenden Prämie versichern.

$$P_{BK;2}^{A;A} = \frac{(\Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(1 - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A})} > \frac{(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(2 - \Pi_{BK;1}^{1:A} - \Pi_{BK;2}^{2:A} - \Pi_{BK;2}^{1:A})} = P_{BK;i}^{A;A}$$

⁹ In der Privaten Krankenversicherung (PKV) werden Versicherungsverträge lebenslang geschlossen, so dass die Prämien glättung über den gesamten Lebenszyklus des Individuums erfolgt. In einer Berufskrankheitsversicherung werden Verträge hingegen nur über die Dauer der Erwerbstätigkeit des Arbeitnehmers geschlossen, da ab Erreichen des Renteneintritts ein Verlust der Arbeitskraft nicht mehr mit einem Einkommensverlust verbunden ist.

Ohne eine Portabilität der Rückstellungen kommt es somit zu einer Behinderung des Wettbewerbs um Bestandskunden, da ein Versicherungsvertrag nur unter Inkaufnahme einer höheren Prämienbelastung möglich ist. Von diesem Lock-In-Effekt gehen für den Versicherungsanbieter Anreize aus, Prämienhöhungen durchzuführen und Investitionen in die Versorgung geschädigter Arbeitnehmer einzuschränken (*Eekhoff et al. 2008, S. 77-79*).

Vermeiden lässt sich dieser Lock-In-Effekt, indem bei einem Versicherungsvertrag eine Rückstellung übertragen wird. Die Übertragung von individuellen Rückstellungen bei langfristigen Versicherungsverträgen ist bereits aus der Literatur zum Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung bekannt (*Eekhoff et al. 2008; Rosenbrock 2012*). Die individuelle Rückstellung lässt sich definieren als Barwert der zukünftig erwarteten Kosten der Versicherung abzüglich des Barwerts der zukünftigen Prämienzahlungen. Alternativ lässt sich die Rückstellung als der maximale Preis definieren, den eine abgebende Versicherung bereit ist, für den Wechsel eines Versicherten an eine aufnehmende Versicherung zu bezahlen. Da die Rückstellungshöhe von der Kostenerwartung der Versicherungen abhängt, lässt sich diese nicht objektiv bestimmen. Vielmehr kann diese zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Versicherung frei verhandelt werden. Besteht ein Effizienzvorteil zwischen der aufnehmenden und der abgebenden Versicherung, ist letztere bestrebt einen Teil dieses Vorteils abzuschöpfen. Dadurch hat diese einen wirtschaftlichen Anreiz, die zu übertragende Rückstellung nicht so niedrig anzusetzen, dass ein Wechsel unterbleibt.

Die Portabilität der individuellen Rückstellungen muss nicht nur einen nachteilsfreien Wechsel des Versicherungsverhältnisses bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis ermöglichen, sondern auch den nachteilsfreien Wechsel eines Versicherungsverhältnisses bei gleichzeitigem Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses. Schließlich stellt es den Regelfall dar, dass Arbeitnehmer im Verlauf ihres Erwerbslebens das Beschäftigungsverhältnis wechseln.

Kommt es für einen in Zeitperiode 1 bei Arbeitgeber A und in Zeitperiode 2 bei Arbeitgeber B beschäftigten Arbeitnehmer mit dem Arbeitsplatzwechsel zu einem Versicherungsvertrag, beträgt die Prämie unter Berücksichtigung der vollständig übertragenen Rückstellung:

$$P_{BK;2}^{A:B} = \underbrace{\frac{(\Pi_{BK;2}^{2:B} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(1 - \Pi_{BK;2}^{2:B} - \Pi_{BK;2}^{1:A})}}_{\text{Erwartete Kosten in Zeitperiode 2}} - \underbrace{\left(\frac{(\Pi_{BK;1}^{1:A} + \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})L}{(2 - \Pi_{BK;1}^{1:A} - \Pi_{BK;2}^{2:A} + \Pi_{BK;2}^{1:A})} - L\Pi_{BK;1}^{1:A} \right)}_{\text{Übertragene Rückstellung}}$$

Geht von den Tätigkeiten bei Arbeitgeber A und B in Zeitperiode 2 eine identische Schadenswahrscheinlichkeit aus ($\Pi_{BK;2}^{2:A} = \Pi_{BK;2}^{2:B}$) und sind beide Versicherungen gleich effizient, wird die Prämienbelastung für den Arbeitgeber durch den Versicherungswechsel konstant bleiben ($P_{BK;2}^{A:B} = P_{BK;2}^{A:A}$).

Führt ein Arbeitnehmer nach einem Arbeitsplatzwechsel eine Tätigkeit mit einer niedrigeren Berufskrankheitswahrscheinlichkeit aus als zuvor, wird die Versicherungsprämie für den neuen Arbeitgeber B in Zeitperiode 2 niedriger ausfallen als für Arbeitgeber A. Dies ist folgerichtig, da durch den Arbeitsplatzwechsel die zu erwartenden Berufskrankheitskosten sinken. Durch die übertragene Rückstellung soll zudem gewährleistet werden, dass Arbeitgeber B für den Arbeitnehmer im Vergleich zu einem Arbeitnehmer, für den aus einer vergangenen Beschäftigung keine erhöhte Schadenswahrscheinlichkeit ausgeht, keine höhere Prämienbelastung zu tragen hat. Die für einen Arbeitnehmer zu zahlende Prämie ist somit unabhängig von in der Vergangenheit ausgeführten beruflichen Tätigkeit ($P_{BK;2}^{A:B} = P_{BK;2}^{B:B}$), so dass sich für einen Arbeitnehmer keine Nachteile ergeben. Die individuelle Rückstellung hat somit die Funktion einen nachteilsfreien Wechsel des Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnisses zu ermöglichen.¹⁰

Zu fragen ist allerdings, ob die freie Verhandlung der zu übertragenden Rückstellung zwischen abgebenden und aufnehmenden Versicherung auch bei einem gleichzeitigen Wechsel des Versicherungs- und des Beschäftigungsverhältnisses funktioniert. Eine abgebende Versicherung riskiert bei einer zu niedrig angesetzten Rückstellung, dass der Versicherungswechsel unterbleibt und diese somit auf einen Teil des mit dem Wechsel verbundenen Effizienzvorteils verzichten muss. Setzt die abgebende Versicherung die Rückstellung dennoch so niedrig an, dass konkurrierende Versiche-

¹⁰ Eine alternative Möglichkeit bestünde darin, die während des früheren Beschäftigungsverhältnisses bestehende Versicherung an den Schadenskosten zu beteiligen (Munich Re 2004, S. 10).

rungen nur unter Inkaufnahme prohibitiv hoher Prämienaufschläge bereit sind, den Versicherten zu versichern, wäre der neue Arbeitgeber bei Einstellung des Arbeitnehmers gezwungen, das Versicherungsverhältnis mit der alten Versicherung fortzuführen. Da diese Versicherung durch die mit dem Arbeitsplatzwechsel verbundene Veränderung des Risikos die Möglichkeit hat, Prämienanpassungen vorzunehmen, kann diese die Situation durch übermäßige Prämien erhöhungen bzw. zu geringe Prämienreduktionen ausnutzen. Da die zu übertragende Rückstellung für einen nachteilsfreien Versicherungsvergleich entscheidend ist, kann der Arbeitgeber faktisch nicht die Versicherung wechseln. Es entsteht somit ein Lock-In-Effekt, was wie zuvor ausgeführt mit erheblichen Fehlanreizen für die Versicherung verbunden ist.

Von der Strategie einer Versicherung, die auf die frühere Tätigkeit zurückzuführende Schadenswahrscheinlichkeit ($\Pi_{BK;2}^{1:A}$) bewusst zu niedrig und die auf die aktuelle Tätigkeit zurückzuführende Schadenswahrscheinlichkeit ($\Pi_{BK;2}^{2:B}$) bewusst zu hoch anzusetzen, könnte allerdings ein gegenläufiger Effekt ausgehen. Dies ist dann der Fall, wenn die Übertreibung der auf die aktuelle Tätigkeit zurückzuführenden Schadenswahrscheinlichkeit für einen Arbeitnehmer dazu führt, dass die Versicherung auch für andere Arbeitnehmer, welche die gleiche Tätigkeit ausführen, eine überhöhte Prämie verlangen muss. Den zusätzlichen Gewinn aus der überhöhten Prämie stünden dann Verluste im Neukundengeschäft sowie ggf. Abwanderungen von Bestandsversicherungen gegenüber.

Jedoch können die Gewinne aus dieser Strategie diesen gegenläufigen Effekt kurzfristig überkompensieren. Da es sich um ein individuelles Versicherungsverhältnis mit individuellen Preisen handelt, kann die Versicherung zudem die bewusste Höherbewertung der auf die aktuelle Tätigkeit zurückzuführenden Schadenswahrscheinlichkeit auf bestimmte Versicherte beschränken. Eine Versicherung kann somit zusätzliche Gewinne erzielen, indem diese die zu übertragende Rückstellung bewusst zu niedrig ansetzt.

Die Übertragbarkeit individueller Rückstellungen kann somit einen nachteilsfreien Wechsel des Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnisses nicht für alle Versicherten gewährleisten. Für ältere Arbeitnehmer sowie Arbeitnehmer mit erhöhtem Risiko wird ein Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses somit erschwert. Ist es einem Arbeitnehmer nicht möglich, das gesamte Erwerbsleben bei diesem Arbeitgeber zu verbleiben, etwa weil die Branche im Zuge des Strukturwandels stark schrumpft,

hat der betroffene Arbeitnehmer genauso wie bei kurzfristigen Versicherungsverträgen (vgl. Abschnitt 4.1.1) in Form von schlechteren Beschäftigungschancen oder Lohneinbußen einen Teil der durch Berufskrankheiten entstehenden Kosten zu tragen. Die in Abschnitt 2.2 herausgearbeitete Anforderung an ein Versicherungssystem, nämlich die Vermeidung einer Kostenexternalisierung, ist somit in einem Berufskrankheitsversicherungssystem mit langfristigen Versicherungsverträgen und übertragbaren Rückstellungen nicht erfüllt.

4.2. Arbeitsunfallversicherung

In einer Arbeitsunfallversicherung hängt die Prämie in Zeitperiode 1 ausschließlich von der mit der in Zeitperiode 1 ausgeführten Tätigkeit verbundenen Schadenswahrscheinlichkeit ab (vgl. Abschnitt 2.1). Die versicherungsmathematisch faire Prämie lässt sich demnach wie folgt ausdrücken:

$$(1 - \Pi_{AU;1}^{1:A}) P_{AU;1}^A - \Pi_{AU;1}^{1:A} L = 0$$

$$P_{AU;1}^A = \frac{\Pi_{AU;1}^{1:A} L}{(1 - \Pi_{AU;1}^{1:A})}$$

Im Gegensatz zu einer Berufskrankheitsversicherung ist die Prämie in Zeitperiode 2 unabhängig von der beruflichen Tätigkeit des Arbeitnehmers in Zeitperiode 1 ($\Pi_{AU;2}^{1:A} = 0$), so dass die Prämie wie folgt ausgedrückt werden kann:

$$(1 - \Pi_{AU;2}^{2:A}) P_{AU;2}^A - \Pi_{AU;2}^{2:A} L = 0$$

$$P_{AU;2}^A = \frac{\Pi_{AU;1;2}^{2:A} L}{(1 - \Pi_{AU;2}^{2:A})}$$

Dies bedeutet, dass langfristige Versicherungsverträge mit einer Prämienglättung zur Vermeidung von Kostenexternalitäten in einem Arbeitsunfallversicherungssystem nicht erforderlich sind. Vielmehr kann die Vertragslänge zwischen den miteinander in

Konkurrenz stehenden Versicherungen und dem jeweiligen Arbeitgeber frei vereinbart werden.¹¹

Eine wettbewerbliche Ausgestaltung eines Versicherungssystems ist in Bezug auf nicht-berufsbedingte Unfälle u.a. in Deutschland und in Bezug auf Arbeitsunfälle in Staaten wie Belgien, Dänemark, Portugal und Norwegen (*Walters* 2007; Bundesregierung 2003, S. 9-10) etabliert. In allen genannten Ländern besteht eine von der Absicherung des Berufskrankheitsrisikos getrennte Arbeitsunfallversicherung, welche für Arbeitgeber verpflichtend ist und von miteinander im Wettbewerb stehenden Versicherungen erbracht werden. Gleichwohl sich die Ausgestaltung zwischen den genannten Ländern beispielsweise in Bezug auf die Frage, ob Arbeitsunfallversicherungen gewinn- oder nicht-gewinnorientiert sind, unterscheidet, zeigen diese Beispiele, dass in einem Arbeitsunfallversicherungssystem Wettbewerb ohne größere Probleme sowie insbesondere ohne Kostenexternalitäten implementiert werden kann.¹²

5. Handlungsempfehlungen

In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, inwiefern mehr Wettbewerb im Unfallversicherungswesen einerseits möglich und andererseits wünschenswert ist. Dazu wurde in Kapitel 3 zunächst herausgearbeitet, dass der im bestehenden System der GUV gewählte Weg eines vollständigen Verzichts auf Wettbewerb nicht erforderlich ist, um Präventionsanreize aufrechtzuerhalten. Vielmehr gehen von der Monopolstellung der Berufsgenossenschaften negative Anreize auf den Leistungs- und Behandlungsmarkt aus.

Die Analyse hat ferner gezeigt, dass angesichts der langen Latenzzeit von Berufskrankheiten in einem wettbewerblichen Berufskrankheitsversicherungssystem sowohl unzureichende Präventionsanreize (vgl. Abschnitt 2.4) als auch Kostenexternalitäten vom verursachenden Arbeitgeber auf ältere Arbeitnehmer sowie Arbeitnehmern mit erhöhtem Risiko bestünden (vgl. Abschnitt 4.1). Dies spricht dafür, das bestehende Monopol der Berufsgenossenschaften zur Versicherung von Berufskrankheiten beizubehalten.

¹¹ Die gilt ebenso für die Ausgestaltung der Versicherungsverträge als Individual- oder Gruppenversicherung.

¹² Für eine ausführliche Übersicht der länderspezifischen Ausgestaltung der der Versicherung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in Europa siehe European Agency for Safety and Health at Work (2015).

Die Analyse hat darüber hinaus gezeigt, dass in einem wettbewerblichen System zur Versicherung von Arbeitsunfällen ein effizientes Präventionsniveau gewährleistet (vgl. Abschnitt 2.4) und Kostenexternalitäten zulasten bestimmter Arbeitnehmer vermieden werden können (vgl. Abschnitt 4.2). Angesichts der herausgearbeiteten Unterschiede zwischen dem Berufskrankheitsrisiko und dem Arbeitsunfallrisiko erscheint es im Hinblick auf durch die Einführung von Wettbewerbselementen zu erwartenden Effizienzvorteile (vgl. Abschnitt 3) geboten, über eine Trennung beider Risiken und eine Aufhebung des Monopols der Berufsgenossenschaften zur Versicherung von Arbeitsunfällen nachzudenken.

Eine Möglichkeit zur Aufhebung dieses Monopols könnte darin bestehen, dem Beispiel anderer europäischer Länder wie Belgien, Dänemark, Portugal und Norwegen zu folgen, in denen jeweils ein öffentlich-rechtliches Monopolsystem zur Versicherung von Berufskrankheiten besteht, während Arbeitsunfälle von privaten, gewinnorientierten Versicherungen versichert werden (*Walters* 2007; Bundesregierung 2003, S. 9-10).

Eine sofortige und vollständige Privatisierung würde allerdings einen, bei den bisher nach dem Branchenprinzip jeweils zuständigen Berufsgenossenschaften, insbesondere bei der Erbringung von Präventionsleistungen, bestehenden, Wissensvorsprung gefährden. Es erscheint daher ratsam, die bisherigen Monopolisten als Akteure auf dem Markt zu erhalten, aber gleichzeitig den Berufsgenossenschaften zu erlauben, bei der Versicherung von Arbeitsunfällen miteinander in Konkurrenz zu treten. In einem zweiten Schritt könnten dann auch private Versicherungen zur Versicherung von Arbeitsunfällen berechtigt werden. Diese Vorgehensweise erscheint zudem auch deshalb vorteilhaft, da es durchaus vorstellbar erscheint, dass die gemeinsame Versicherung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen in einigen Branchen bzw. für einige Arbeitgeber, etwa in Bezug auf die Erbringung von Präventionsleistungen, effizienter ist als eine getrennte Versicherung. Solange durch eine Versicherungsaufsicht gewährleistet ist, dass Berufsgenossenschaften keine Quersubventionierungen zwischen der Versicherung von Berufskrankheiten und der von Arbeitsunfällen vornehmen können, kann sich die effizienteste Versicherungsstruktur im Wettbewerb ergeben.

Literaturverzeichnis

- Bund der Steuerzahler (BdSt) (2015): Fusionen der Berufsgenossenschaften – Warten auf die Reformdividende. In: Der Steuerzahler. Ausgabe Februar 2015. S. 49.
- Bundesregierung (2003): Antwort auf eine kleine Anfrage der Abgeordneten Andrea Voßhoff, Hartmuth Schauerte u.a. und der Fraktion CDU/CSU. Bundestags-Drucksache 15/1399.
- Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) (2011): Leistungen zielgenauer gewähren! BDA-Konzept zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin.
- Busch, A.* (2005): Eine ökonomische Analyse der gesetzlichen Unfallversicherung. Peter Lang, Frankfurt.
- Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.* (2013): Gesundheitsökonomik. SpringerGabler. 6. Auflage.
- Cassel, D. / Ebsen, I. / Greß, S. / Jacobs, K. / Schulze, S. / Wasem, J.* (2008): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenze vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn.
- Eekhoff, J. / Bünnagel, V. / Kochskämper, S. / Menzel, K.* (2008): Bürgerprivatversicherung – Ein neuer Weg im Gesundheitswesen.
- European Agency for Safety and Health at Work (2015): International comparison of occupational accident insurance system.
- Gerhardt, E.-P. / Erhard, H.* (2004): Aktueller Stand in der Fallkostenabrechnung nach DRG – Sicht der Unfallversicherungsträger. In: Trauma Berufskrankheit 2004. 6 [Suppl 1]: S. 101-104.
- von Hayek, F. A.* (1968): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, Kieler Vorträge, N.F. 56, hrsg. von E. Schneider, wieder abgedr. 1969 in: Ders., Freiburger Studien, Mohr Siebeck, Tübingen 1969, S. 249-265.
- Henke, K.-D. / Richter, W. F.* (2013): Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: ifo Schnelldienst 4/2013 – 66. Jahrgang. 27.02.2013. S. 15-21.

- Kochskämper, S.* (2013): Das Gesundheitswesen in der Europäischen Union – Perspektiven für eine künftige Ausgestaltung. Köln.
- Köhler-Rama, T.* (2003): Invaliditätssicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland: Strukturprinzipien, Defizite und Reformansätze aus sozialrechtlicher und versicherungsökonomischer Sicht. Darmstadt.
- Munich Re (2004): Occupational diseases – are they insurable? Munich Re, München 2004.
- Radon K. / Ehrenstein V. / Nowak D. / Bigaignon-Cantineau J. / Gonzalez M. / Vellore AD / Zamora VE / Gupta N. / Huang L. / Kandkers S. / Lanza AM / Garcia LP / Patsis KS / Rojas AM / Shoma A. / Verbeek J.* (2010): Occupational Health Crossing Borders Summer School Team (2010): Occupational health crossing borders part 2: Comparison of 18 occupational health systems across the globe. In: American Journal of Industrial Medicine 53: 55-63 (2010).
- Rosenbrock, S.* (2012): Die risikogerechte Übertragung von Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung. Hamburg.
- Rürup, B.* (2003): Systemverändernde Reformen der gesetzlichen Unfallversicherung sind nicht erforderlich, in: Jahrbuch 2002/2003 des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), S. 15.
- Schulz-Nieswandt, F.* (2006): Integrationsversorgung zwischen Wandel der Betriebsformen und neuer Steuerung. In: Braun, Günther / Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.) Liberalisierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos. S. 47-64.
- Statistisches Bundesamt (2015): Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland von 2008 bis 2012.
- Steinmeyer, H-D. / Lange, H. / Dickhöfer, H. / Rürup, B. / Ostwald, De.* (2006): Gutachten zur Neuorganisation der gesetzlichen Unfallversicherung. In: 12. Münsterische Sozialrechtstagung – Reformen in der gesetzlichen Unfallversicherung. 8. Dezember 2006 in Münster. S. 103-305.
- Varnaccia, G. / Rommel, A. / Saß, A-C.* (2013): Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland.

Walters, D. (2007): An International Comparison of Occupational Disease and Injury Compensation Schemes. A Research Report prepared for the Industrial Injuries Advisory Council.

Wiechmann, M. (2003): Ein bewährtes „Managed Care“-Modell in Deutschland. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU Zeitschrift für medizinische Prävention. 38, 6, 2003.