

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, Cornelia Möhring, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Überhöhte Tarife für Frauen in der privaten Krankenversicherung**

In aller Regel sind private Krankenvollversicherungen für Frauen teurer als für Männer. So zeigt ein Versicherungsrechner auf der Internetseite des Versicherers Allianz, dass 24-jährige selbständige Männer – vorbehaltlich einer Gesundheitsprüfung – 347,31 Euro monatlich zahlen müssen, gleichaltrige Frauen hingegen 420,02 Euro. Das sind 20,9 Prozent mehr! Bei einem 50-jährigen Mann sind es 589,72 Euro, bei einer gleichaltrigen Frau 635,21 Euro. Ein Unterschied von immerhin 7,7 Prozent.

Dieser Unterschied wiegt umso schwerer, als Frauen durchschnittlich ein um 23 Prozent niedrigeres Einkommen haben als Männer. Mit steigendem Gehalt nimmt die Entgeltdiskriminierung sogar noch zu.

Die EU-Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen zielt auf die Einführung von sog. Unisex-Tarifen. Als diese Richtlinie in Deutschland mit der Einführung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes umgesetzt wurde, nutzte die Bundesregierung die Möglichkeit, Ausnahmen zuzulassen.

Anders als beispielsweise bei der Riester-Rente wurden bei der privaten Krankenversicherung keine Unisex-Tarife eingeführt. Die Versicherungsanbieter dürfen weiterhin unterschiedliche Prämien von Frauen und Männern verlangen, wenn versicherungsmathematische und statistische Daten belegen, dass die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Risikobewertung ein relevanter Faktor ist. Die Bundesregierung muss für diese Ausnahme sicherstellen, dass diese Daten verlässlich und der Öffentlichkeit zugänglich sind, sowie regelmäßig aktualisiert werden.

Mit den Risiken der Schwangerschaft und der Mutterschaft verbundene Kosten dürfen dabei keine Rolle spielen. In der Richtlinie wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass es eine direkte Diskriminierung darstellt, wenn solche Kosten nur den Angehörigen eines Geschlechts zugeordnet werden.

Angesichts der unterschiedlichen Monatsbeiträge drängt sich der Verdacht auf, dass die privaten Krankenversicherer die ihnen weiterhin gegebene Möglichkeit zu geschlechtsabhängig verschiedenen Tarifen nutzen, um dennoch die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft alleine auf das Versichertenkollektiv der Frauen abzuwälzen.

Nach Auffassung der Fragesteller wäre auch wegen zahlreicher anderer systematischer Gründe und sozialpolitischer Ziele die Einführung einer solidarischen

Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, in die alle Menschen und Einkommensarten einbezogen werden, die beste Möglichkeit, um eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die zweitbeste Möglichkeit wäre die gesetzliche Auflage an die Versicherer, nur noch Unisex-Tarife anzubieten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Spricht sich die Bundesregierung aus gleichstellungspolitischen Gesichtspunkten für Unisex-Tarife in der privaten Krankenversicherung aus?  
Wenn nein, warum nicht?
2. Wie bewertet die Bundesregierung die Einschätzung, dass geschlechtsbezogene unterschiedliche Versicherungsprämien für Frauen und Männer eine Ungleichbehandlung im Sinne des Artikels 3 Absatz 1 Satz 3 des Grundgesetzes sind, die sich weder durch zwingende biologische Gründe noch durch kollidierendes Verfassungsrecht rechtfertigen lassen (Baer/Wrase 2004)?
3. Erwägt die Bundesregierung analog zu den Regelungen bei Riester-Verträgen die Möglichkeit, bei den privaten Krankenversicherungen Unisex-Tarife gesetzlich festzulegen?
4. Welche Erfahrungen wurden bei der Einführung von Unisex-Tarifen bei Riester-Verträgen gemacht?
5. Welche Erklärung hat die Bundesregierung für die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Höhe der Tarife in der privaten Krankenversicherung?
6. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die den unterschiedlich hohen Tarifen zugrunde liegenden Daten verlässlich und der Öffentlichkeit zugänglich sind sowie regelmäßig aktualisiert werden?

Wo sind sie in aktueller Fassung zu finden?

7. Wie hoch ist, absolut und relativ, der Unterschied zwischen Männer- und Frauentalifen in der privaten Krankenvollversicherung?
8. Wie hoch ist, absolut und relativ, der Unterschied zwischen Männer- und Frauentalifen in der privaten Krankenvollversicherung bei Verträgen, die nach Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes abgeschlossen wurden?
9. Wie hat sich, absolut und relativ, der Unterschied zwischen Männer- und Frauentalifen in der privaten Krankenvollversicherung seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes geändert?

Um wie viel sind die Beiträge für Männer gestiegen, und um wie viel die Beiträge für Frauen gesunken?

10. Wie hoch ist dieser Unterschied bezüglich Männern und Frauen unter 30 Jahren, unter 40 Jahren und über 40 Jahren?
11. Gibt es Hinweise, dass einzelne Versicherer trotz der gesetzlichen Regelung Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft in die Kalkulation mit einbeziehen?
12. Finden hierzu Untersuchungen einer Aufsichtsbehörde statt, und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?
13. Kontrolliert eine Aufsichtsbehörde, dass der EU-Richtlinie entsprechend die Versicherer die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft ausweisen, diese aus ihrer Kalkulation herausnehmen und zudem darlegen, dass das Geschlecht ein entscheidender Faktor bei der Prämienberechnung ist, bevor die Versicherer geschlechtsabhängige Prämien erheben?

Gibt es also einen Genehmigungsvorbehalt für geschlechterspezifische Tarife?

14. Wie beurteilt die Bundesregierung das im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellte Gutachten „Differenzierung privater Krankenversicherungsbeiträge nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen“ (Rothgang et al., 2007), nach dem es keinen signifikanten Unterschied in den Pro-Kopf-Leistungsausgaben von Männern und Frauen jenseits des Schwangerschafts- und Mutterschaftsrisikos gibt?

15. Welche Informationen liegen der Bundesregierung darüber vor, welche Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft von der Versicherungsstatistik erfasst werden?

Handelt es sich ausschließlich um medizinische Aufwendungen, die unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängen oder etwa auch um Kosten für Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen oder für die Behandlung von in oder auf Grund einer Schwangerschaft auftretenden Gesundheitsstörungen?

16. Wie viele Frauen und wie viele Männer sind privat krankenversichert, und wie erklärt sich die Bundesregierung diese Zahlen?

17. Wie viele Geburten werden durch die gesetzliche und wie viele durch die private Krankenversicherung bzw. sonstige Kostenträger finanziert?

Wie viele Geburten sind dies pro Versichertem in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. pro Kopf der sonstigen Bevölkerung?

18. In welchen anderen EU-Staaten gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krankenversicherungsbeiträgen, und in welchen Ländern ist dies gesetzlich verboten?

19. Würde bei gesetzlich vorgeschriebenen Unisex-Tarifen eine Risikoselektion zuungunsten der Frauen stattfinden, und findet angesichts der Heraufnahme von Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten aus der Kalkulation bereits heute eine solche Risikoselektion statt?

20. Würde die Einführung eines Gender-RSA (RSA = Risikostrukturausgleich) für private Krankenversicherungen eine solche Risikoselektion für die Versicherer unattraktiv machen, und wie steht die Bundesregierung zu einem solchen Vorschlag?

21. Würde die Einführung eines Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) unter den privaten Krankenversicherungsunternehmen eine stattfindende Risikoselektion – auch bei anderen benachteiligten Gruppen (z. B. Homosexuelle, chronisch Kranke u. a.) – verhindern, und weshalb plant die Bundesregierung keinen solchen Morbi-RSA bei der privaten Krankenversicherung?

Berlin, den 3. August 2010

**Dr. Gregor Gysi und Fraktion**

