

**Antwort
der Bundesregierung****auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge,****Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.****– Drucksache 17/2712 –****Überhöhte Tarife für Frauen in der privaten Krankenversicherung****Vorbemerkung der Fragesteller**

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 Entgelddiskriminierung 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 zielte 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.

1. Spricht sich die Bundesregierung aus gleichstellungspolitischen Gesichtspunkten für Unisex-Tarife in der privaten Krankenversicherung aus?

Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu den Fragen 5 und 6 wird verwiesen.

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)?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht.

3. Erwägt die Bundesregierung analog zu den Regelungen bei Riester-Verträgen die Möglichkeit, bei den privaten Krankenversicherungen Unisex-Tarife gesetzlich festzulegen?

Nein

4. Welche Erfahrungen wurden bei der Einführung von Unisex-Tarifen bei Riester-Verträgen gemacht?

Da die Versicherungsunternehmen nicht vorhersehen können, wie sich das Verhältnis männlicher zu weiblicher Versicherter entwickeln wird, haben sie in den Rechnungsgrundlagen für die Riester-Rente insoweit erhebliche Sicherheitsmargen vorgesehen. Eventuell dadurch entstehende sog. Risikogewinne werden den Versicherten über die Überschussbeteiligung zurückerstattet. Messbare Auswirkungen auf die Zahl der Abschlüsse von Riester-Renten sind der Bundesregierung nicht bekannt.

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?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Tarife in der privaten Krankenversicherung werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkuliert. Damit wird insbesondere sichergestellt,

dass das versicherungstechnische Gleichgewicht zwischen den Beitragseinnahmen und den Versicherungsleistungen stets gewahrt bleibt. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, bemisst sich der Beitrag in der privaten Krankenversicherung nach dem Risiko der Versicherten. Daher kalkulieren die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Versicherungsbeiträge aufgrund statistischer Erfahrungen und unter Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze. Dem Grundsatz der risikogerechten Kalkulation entspricht es, dass die Versicherten für den Zweck der Prämienkalkulation in Gruppen unterteilt werden, wenn sich dauerhaft statistisch signifikante Unterschiede in der Leistungsinanspruchnahme durch diese Personengruppen ergeben. Welche Kriterien für die Abgrenzung der Gruppen verwendet werden, hängt von der Qualität der vorhandenen Daten, dem Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit des Produkts und von den rechtlichen Rahmenbedingungen ab.

Eine differenzierende Gestaltung von Versicherungstarifen, die an das Merkmal des Geschlechts anknüpft, ist nach europäischem und deutschem Recht zulässig.

Mit dem am 18. August 2006 in Kraft getretenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) hat die Bundesrepublik Deutschland vier europäische Gleichbehandlungsrichtlinien, darunter auch die 2004/113/EG vom 13. Dezember 2004 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, in deutsches Recht umgesetzt. Ziel des Gesetzes ist es unter anderem, die Benachteiligungen aus Gründen des Geschlechts zu verhindern oder zu beseitigen (§ 1 AGG).

Gemäß § 19 Absatz 1 Nummer 2 AGG ist eine Benachteiligung wegen des Geschlechts bei der Begründung, Durchführung und Beendigung zivilrechtlicher Schuldverhältnisse, die eine privatrechtliche Versicherung zum Gegenstand haben, grundsätzlich unzulässig. Eine unterschiedliche Behandlung wegen des Geschlechts ist in diesem Fall bei den Prämien oder Leistungen nur zulässig, wenn dessen Berücksichtigung bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist (§ 20 Absatz 2 Satz 1 AGG). Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen führen (§ 20 Absatz 2 Satz 2 AGG).

Ob sachlich gerechtfertigte Unterschiede vorliegen wird für die Krankenvollversicherung jährlich neu durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht geprüft. Aus den aktuellen Untersuchungen ergibt sich, dass die Aufwendungen für medizinische Leistungen in bestimmten Fällen höher liegen als bei Männern. Soweit solche Unterschiede feststehen, ist die unterschiedliche Prämienhöhe nicht willkürlich, sondern sachlich gerechtfertigt.

Die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten (Wahrscheinlichkeitstafeln) werden von der BaFin (www.bafin.de) und dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen (www.pkv.de) veröffentlicht.

7. Wie hoch ist, absolut und relativ, der Unterschied zwischen Männer- und Frauentarifen in der privaten Krankenvollversicherung?
8. Wie hoch ist, absolut und relativ, der Unterschied zwischen Männer- und Frauentarifen 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 Frauentarifen 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?

Die Fragen 7 bis 10 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Unterschiede hängen von mehreren Faktoren ab, insbesondere von der Gestaltung des jeweiligen Tarifs, der Zusammensetzung des Bestands des betreffenden Versicherungsunternehmens und dem Alter der bzw. des Versicherten. Generelle Angaben zum Unterschied zwischen Männer- und Frauenterifen lassen sich daher nicht treffen.

11. Gibt es Hinweise, dass einzelne Versicherer trotz der gesetzlichen Regelung Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft in die Kalkulation mit einbeziehen?

Nein

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?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) schreibt vor, dass die aufgrund der tatsächlich erbrachten Leistungen erforderlichen und die zuvor kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen werden. Das Verfahren ist in der Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt. Der Vergleich ist jährlich und für jede Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt durchzuführen. Dabei ist die geschlechtsunabhängige Verteilung der Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft zu berücksichtigen. Die Gegenüberstellung ist dem Treuhänder gemäß § 12b VAG und der Aufsichtsbehörde vorzulegen (§ 14 f. KalV).

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?

Die Gutachter haben selbst (S. 7 des Gutachtens) auf die begrenzte Reichweite ihrer Aussagen bedingt durch fehlende Daten hingewiesen.

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?

Welche Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft anzusetzen sind ist in § 6 Absatz 4 KalV geregelt: Als Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet (sogenannte Zeitraum-Methode). Davon ausgenommen sind Leistungen, für die das Versicherungsunternehmen nachweisen kann, dass sie nicht im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft gestanden haben (sogenannte Diagnose-Methode). Bei der Diagnose-Methode wird der Begriff der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft weit gefasst. Entscheidend ist letztlich die Einordnung durch die behandelnde Stelle.

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

Die Bundesregierung führt keine nach Geschlechtern getrennte Statistik der privat Krankenversicherten. Nach Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung sind in der Krankenvollversicherung 2 729 900 Frauen, 4 463 700 Männer und 1 621 000 Kinder versichert (Stand 2009). Der geringere Anteil privat versicherter Frauen beruht vermutlich unter anderem darauf, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze überschreiten.

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?

Entsprechend differenzierte Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV entfielen von den vom Statistischen Bundesamt im Jahr 2008 gemeldeten 682 514 Neugeborenen rund 76 000 auf die private Krankenversicherung (dabei ist allerdings nicht berücksichtigt, dass ein beträchtlicher, jedoch nicht genau bezifferbarer Teil dieser Geburten auch aus Mitteln der Beihilfe finanziert wurde). Der weitaus überwiegende Teil der übrigen Geburten dürfte auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallen sein.

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

Bei der Frage ist zwischen privaten Krankenversicherungsverträgen und gesetzlichen Krankenversicherungen (Sozialversicherung) zu unterscheiden. In EU-Ländern, die ihr Gesundheitswesen über gesetzliche Krankenversicherungen (Sozialversicherungen) organisiert haben, wird bei den entsprechenden Beiträgen nicht nach dem Geschlecht differenziert. (Zur Sozialversicherung wird dabei auch die gesetzliche Krankenversicherung der Niederlande gezählt.) Im

Hinblick auf private Krankenversicherungen ist der Bundesregierung kein Mitgliedstaat bekannt, der geschlechtsspezifische Unterschiede verbietet.

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

Bis jetzt wurde ein solcher Effekt noch nicht beobachtet. Allerdings liegen auch erst Zahlen für zwei Geschäftsjahre vor, in denen die Neuregelung galt. Grundsätzlich gilt für das Verbot geschlechtsdifferenzierender Tarifierung wie für jeden anderen gesetzlichen Eingriff in die Kalkulation privater Versicherungsunternehmen, dass derartige Eingriffe zu Ausweichreaktionen der Betroffenen führen können.

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?

Die Zweckmäßigkeit eines Risikoausgleichs hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B. der Vergleichbarkeit der Leistungszusagen der angeschlossenen Unternehmen. Sie lässt sich daher nicht allgemein bejahen oder verneinen.

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?

Für Personen, die zu normalen Konditionen von privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht aufgenommen werden, wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2009 der Basistarif eingeführt. Einen Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung zum Basistarif darf ein Unternehmen nicht ablehnen, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme vorliegen. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind untersagt. Für den Basistarif besteht ein Risikoausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen (§ 12g VAG). Die Bundesregierung beobachtet die Auswirkungen der Einführung des Basistarifs. Gegenwärtig sind darüber hinausgehende Regelungen zu diesem Aspekt nicht erforderlich.

