

Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen

**Gutachten für das Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Projektleitung:

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Projektmitarbeiter:

Karin Höppner, M.Sc.

Dipl. Soz. Lars Borchert

Dipl. Soz. Roland Becker

Bremen, im Februar 2005

Vorwort

Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit hat in jedem Gesundheitssystem eine hohe Public-Health-Relevanz, insbesondere unter sozialschichts- und geschlechtsspezifischen Aspekten. Das gleiche gilt für eine gesellschaftlich gerechte Verteilung von Belastungen im Gesundheitssystem, also auch für Beiträge, Prämien oder Selbstbeteiligungen. Dieser Blick auf unser Gesundheitswesen und auf die medizinische Versorgung ist seit jeher Basis unserer Forschungsaktivitäten im Bremer Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) und im Bremer Zentrum für Public Health. Daher haben wir uns auch sehr über den Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefreut, zur Begründung und zu den möglichen Folgen der Einführung von Unisex-Tarifen in die Private Krankenversicherung ein Gutachten zu erstellen. Wir danken in diesem Zusammenhang vor allem Frau Gudrun Scheithauer und Frau Renate Augstein für die geduldige Unterstützung bei der Abwicklung des Gutachterauftrages.

Bei der Bearbeitung wurden wir von unseren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt, vor allem von Karin Höppner, Lars Borchert und Roland Becker. Ihnen gilt unser besonderer Dank für die engagierte Mitarbeit.

Wir danken auch Christina König und Erika Zoike vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) in Essen, die uns Daten zur Verfügung gestellt haben, mit denen es uns möglich war, Kosten für Schwangerschaft und Geburt näher zu bestimmen.

Schließlich auch einen herzlichen Dank an Herrn Dr. Fürhaupter, Frau Brechtmann, Frau Humberg, Herrn Borchert und Herrn Hollitz von der Deutschen Krankenversicherung sowie Herrn Dr. Leienbach und Frau Dr. Riedel vom Verband der Privaten Krankenversicherung, mit denen wir das Thema „Unisex-Tarife“ offen diskutieren konnten, und die uns bei der Vermittlung von Daten behilflich waren.

Bremen / Fulda, im Februar 2005

Prof. Dr. Gerd Glaeske
ZeS / ZPH, Universität Bremen

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Fachhochschule Fulda (seit November 2004),
ZeS, Universität Bremen

Inhalt:

Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	11
1.1 Untersuchungsauftrag und Gliederung des Gutachtens	11
1.2 Europarechtlicher Hintergrund.....	13
1.2.1 Dritte Richtlinie Nichtlebensversicherung.....	13
1.2.2 Antidiskriminierungsrichtlinien.....	14
2. Funktionsweise der PKV in Deutschland	16
2.1 Die PKV als substitutive Krankenversicherung.....	16
2.1.1 Zentrale Merkmale der substitutiven PKV.....	16
2.1.2 Kalkulation der Versicherungsprämie.....	18
2.1.3 Leistungsumfänge und Tarife in der PKV.....	24
2.1.4 Leistungsabrechnung.....	26
2.2 Die PKV als Zusatzversicherung.....	26
3. Empirie der Kostenverläufe von Männern und Frauen.....	27
3.1 Stand der Forschung.....	28
3.2 Methodische Vorgehensweise bei den eigenen Berechnungen.....	32
3.2.1 Berechnungsansatz für lebenslang konstante Prämien.....	32
3.2.2 Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtskosten.....	34
3.2.3 Daten.....	35
3.2.3.1 Daten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....	36
3.2.3.2 Daten der BKK.....	36
3.3 Ergebnisse der Berechnungen.....	37
3.3.1 Referenzszenario	37
3.3.1.1 Gesamtkostenverläufe im Querschnittsvergleich.....	37
3.3.1.2 Gesamtkostenverläufe im Längsschnittsvergleich.....	40
3.3.2 Sensitivitätsanalyse.....	41
3.3.2.1 Sonstige Versicherte.....	42
3.3.2.2 Verschiedene Zinssätze.....	45
3.3.2.3 Mortalität.....	46
3.3.2.4 Zwischenfazit	47
3.3.3 Schwangerschaftsbedingte Kosten.....	48
3.3.3.1 Personenansatz.....	48
3.3.3.2 Leistungsansatz.....	52
4. Mögliche Wirkungen von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt.....	56
4.1 Theorie der Selektion in der Krankenversicherung.....	57
4.1.1 Adverse Selektion.....	57
4.1.2 Risikoselektion.....	59
4.1.3 Folgen von adverser Selektion und Risikoselektion.....	61

4.2	Mögliche negative Folgen von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt.....	61
4.2.1	Adverse Selektion nach Einführung von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt.....	62
4.2.2	Risikoselektion nach Einführung von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt.....	62
4.3	Eindämmung von Risikoselektion und adverser Selektion.....	64
4.3.1	Möglichkeiten zur Eindämmung von Risikoselektion.....	64
4.3.1.1	Prämiensubventionierung durch staatliche Transferleistungen.....	65
4.3.1.2	Risikostrukturausgleich.....	65
4.3.1.3	Risikopool.....	66
4.3.1.4	Weitere regulierende Maßnahmen.....	67
4.3.2	Möglichkeiten zur Eindämmung adverser Selektion.....	68
5.	Internationale Erfahrungen mit Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung.....	68
5.1	Übersicht über die Rolle privater Krankenversicherungen in den Gesundheitssystemen ausgewählter Länder	69
5.1.1	Hauptfunktionen der PKV.....	70
5.1.2	Arten von privaten Krankenversicherungsträgern.....	71
5.1.3	Arten von privaten Krankenversicherungen.....	71
5.1.4	Prämienkalkulation.....	72
5.2	Frankreich.....	73
5.3	Irland.....	75
5.4	Dänemark	77
5.5	Niederlande.....	78
5.6	Schweiz.....	80
5.7	Schlussfolgerungen.....	81
6.	Handlungsempfehlungen.....	85
6.1	Zur erweiterten Rechenschaftslegung der PKV	85
6.2	Zur Einführung von Unisex-Tarifen.....	86
6.3	Zur Umfinanzierung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt.....	87
	Literatur	90
	Anhang: Kopfschäden sonstiger Versicherten nach Tarifen.....	94

Zusammenfassung

EU-Richtlinie 2004/113/EG

Am 13. Dezember 2004 ist die EU-Richtlinie 2004/113/EG zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen in Kraft getreten. Die Richtlinie gilt für private, freiwillige und von Beschäftigungsverhältnissen unabhängige Versicherungen und Rentensysteme, in Deutschland also insbesondere auch für die Private Krankenversicherung (PKV).

Zum einen gestattet diese Richtlinie ab Ende 2007 nur noch geschlechterdifferenzierte Prämien bei neu abgeschlossenen Versicherungsverträgen in der PKV, wenn „die Berücksichtigung des Geschlechts bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein entscheidender Faktor ist“ (Artikel 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG des Rates). Die Beweislast liegt dabei nunmehr bei den Versicherungsunternehmen. Zum anderen dürfen Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft ab Ende 2009 auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen (Artikel 5 Abs. 3 der Richtlinie 2004/113/EG des Rates). Sollten sich nach Abzug der schwangerschaftsbezogenen Leistungsausgaben weiterhin entscheidende Kostenunterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben, so können geschlechterdifferenzierte Tarife im Einklang mit der Richtlinie beibehalten werden. Andernfalls ergibt sich aus der Richtlinie der Zwang zur Einführung von Unisex-Tarifen in der PKV. Durch diese neue EU-Richtlinie hat die Frage nach einer zukünftigen Regelung der Verteilung der Leistungsausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter an Bedeutung gewonnen.

Untersuchungsauftrag

Das vorgelegte Gutachten hat anhand unterschiedlicher Analysen die Konsequenzen der EU-Richtlinie für die Frage einer Einführung von geschlechtereinheitlichen Tarifen in der privaten Krankenversicherung (Unisex-Tarife) untersucht. Gemäß dem Gutachtungsauftrag hat das Gutachten folgende Fragen zu beantworten:

- Inwieweit unterscheiden sich die Leistungsausgaben für Männer und Frauen bei einer Quer- und einer Längsschnittbetrachtung?
- Inwieweit lassen sich Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen Männern und Frauen zurückführen auf
 - a) Kosten, die verbunden sind mit Schwangerschaft und Geburt
 - b) Unterschiede in der Lebenserwartung?
- Inwieweit unterscheiden sich diese Ergebnisse, wenn bei beiden Geschlechtern eine weitere Untergliederung nach soziodemographischen Faktoren vorgenommen wird?
- Welche Möglichkeiten bestehen, mögliche negative Auswirkung von Unisex-Tarifen wie Risikoselektion und adverse Selektion durch eine entsprechende institutionelle Ausgestaltung zu verhindern oder zumindest einzudämmen?
- Welche internationalen Erfahrungen gibt es mit Unisex-Tarifen?

Um der durch die Verabschiedung der Richtlinie geschaffenen neuen Rechtslage gerecht zu werden, wird der Frage nach der Höhe und der möglichen Umfinanzierung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt im folgenden Gutachten ein breiterer Raum eingeräumt als dies ursprünglich vorgesehen war. Soziodemographische Ursachen für Kostenunterschiede konnten dagegen nicht untersucht werden, da die hierzu notwendigen Daten nicht zugänglich gemacht werden konnten.

Ergebnisse

Nachstehend werden zentrale Ergebnisse der Kapitel 3-6 des Gutachtens zusammengefasst. Um dem schnellen Leser die Möglichkeit zu geben, an einzelnen Punkten vertiefend die Langfassung heranziehen zu können, wird dabei der Gliederung der ausführlichen Fassung weitgehend gefolgt.

Empirie der Kostenverläufe

1. Für Frauen werden in der PKV in Deutschland höhere Prämien als für Männer erhoben. Dies gilt zumindest für die Eintrittsalter, in denen faktisch ein Versicherungsabschluss geschieht. Begründet werden die höheren Frauenprämien mit einem höheren Schadensrisiko und einer längeren Lebenserwartung der Frauen. Immer wieder wird dabei von der PKV angegeben, dass Frauen insgesamt rund 40 Prozent höhere Ausgaben für medizinische Leistungen verursachen als Männer, wovon lediglich ein Viertel auf medizinische Leistungen wegen Schwangerschaft und Entbindung zurückzuführen seien. Diese Aussagen basieren jedoch auf Daten einiger weniger PKV-Unternehmen, die Anfang der 90er Jahre erhoben wurden. Weitere Berechnungen der Kostenverläufe von Männern und Frauen – auch unter Berücksichtigung der schwangerschafts- und mutterschaftsbezogenen Leistungsausgaben – sind also notwendig und wurden im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt.
2. Dabei können Quer- und Längsschnittanalysen unterschieden werden. Bei den *Querschnittsanalysen* werden die Kopfschadensprofile, d.h. die durchschnittlichen Kosten der versicherten Person pro Lebensjahr berechnet und dann zwischen den beiden Geschlechtern verglichen. In *Längsschnittanalysen* werden diese Kopfschadensprofile verwendet, um daraus (lebenslang konstante) Prämien in Abhängigkeit vom Eintrittsalter zu berechnen. Hierzu müssen zusätzlich Sterbetafeln herangezogen werden. Allerdings kann mit Querschnittsanalysen weder die (unterschiedliche) Lebenserwartung berücksichtigt werden, noch können generalisierte Aussagen abgeleitet werden, wenn sich die Kopfschadensprofile von Frauen und Männern „schneiden“. Diese Probleme treten in Längsschnittbetrachtungen nicht auf. Auf Querschnittsdaten aufbauende Längsschnittanalysen stehen daher im Zentrum der in diesem Gutachten vorgenommenen Betrachtungen.
3. Für die *Gesamtkostenverläufe im Querschnitt* ergab sich aus den PKV-Daten, dass die Frauen im Erwerbsalter zwar höhere Leistungsausgaben verursachen als die Männer, dass sich dieses Verhältnis aber im höheren Alter umkehrt. Werden auf Basis der Kopfschadensprofile *risikogerechte Jahresnettoprämien* errechnet (Längsschnitt), so liegen diese für Frauen höher als für Männer, wenn der Versicherungsbeitrag in jungen Jahren erfolgt. Für neue Versicherungsabschlüsse in höherem Alter (etwa oberhalb von 50-60 Jahren) sind die errechneten Prämien für Männer höher als die für Frauen. Neue Versicherungsabschlüsse in diesem Alterssegment sind aber sehr selten.

4. Diese Befunde wurden durch *Sensitivitätsanalysen* vollständig bestätigt. Hierbei wurden die Parameter Versichertengruppe, Diskontierungssatz und Sterbewahrscheinlichkeit einzeln variiert. Mit Hilfe der Sensitivitätsanalyse ließ sich die Argumentation der PKV, dass vor allem *Mortalitätsunterschiede* für die zwischen Männern und Frauen differenzierte Prämie ursächlich seien, nicht bestätigen. Die hier vorgelegten Berechnungen zeigen nur einen sehr geringen Effekt der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen. Es stellt sich damit die Frage, welche Bedeutung den Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft bei der Erklärung des Kostenunterschieds von Frauen und Männern zukommt.
5. Bei der Erstellung des Gutachtens zeigte sich, dass sich mit den verfügbaren PKV-Daten die Kosten von Schwangerschaft und Geburt nicht differenziert genug berechnen lassen. Daher wurde im Gutachten für die Abschätzung der Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt auf Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen (BKK-Datensatz aus dem Jahre 2001). Um bei der Berechnung des Anteils der schwangerschafts- und mutterschaftsbezogenen Ausgaben an den Kostenverläufen von Frauen eine klare Abgrenzung treffen zu können, haben die Gutachter „Kosten für Mutterschaft“ mit „Kosten für Geburt und Wochenbett“ gleichgesetzt.
6. Zur Ermittlung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt können grundsätzlich zwei Ansätze unterschieden werden. Zum einen können Frauen mit Schwangerschaft und Frauen ohne Schwangerschaft unterschieden werden. Aus dem Vergleich beider Kostenverläufe kann dann auf die Kosten von Schwangerschaft und Geburt geschlossen werden. Da hierbei zwei Personengruppen unterschieden werden, wird dieser Ansatz im Folgenden als *Personenansatz* bezeichnet. Zum anderen kann versucht werden, die Kosten von Schwangerschaft und Geburt direkt zu erfassen, indem die diesbezüglichen Leistungen erfasst und in Bezug auf ihre Kosten quantifiziert werden. Dieser Ansatz kann als *Leistungsansatz* bezeichnet werden. Beide Ansätze werden in diesem Gutachten verfolgt.
7. Werden die schwangerschafts- und geburtsbedingten Leistungen herausgerechnet, nähern sich die Kopfschadensprofile der Männer und Frauen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt deutlich an, so dass sich auch die lebenslang konstanten Nettoprämien bei einem Eintritt in diesem Zeitraum kaum unterscheiden. Dieses Ergebnis zeigt sowohl der Personenansatz als auch der Leistungsansatz. Bei einem späteren Versicherungsbeginn sind für Männer sogar (deutlich) höhere Prämien anzusetzen. Eine sachliche Begründung dafür, für Frauen (deutlich) höhere Prämien als für Männer festzusetzen – wie dies derzeit in der PKV üblich ist – ergibt sich zumindest aus den vorstehenden Berechnungen nicht, wenn die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft – wie in der EU-Richtlinie gefordert – hierbei nicht berücksichtigt werden. Allerdings ist auf die begrenzte Reichweite dieser Aussagen hinzuweisen, die durch fehlende Daten der PKV bedingt ist.

Mögliche Wirkungen von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt

8. Bei Einführung von Unisex-Tarifen bzw. nach Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter kann es zur Problematik der *adversen Selektion* und der *Risikoselektion* kommen.
9. *Adverse Selektion* führt dazu, dass der Abschluss einer Versicherung für die schlechten Risiken (Frauen) attraktiv ist, für die guten Risiken (Männer) jedoch weniger. Männer müssten also im Verhältnis zu ihrem Erwartungsschaden zu hohe Prämien bezahlen. Damit sind die Versicherungen aus Sicht der Männer nicht mehr „fair“. Sie haben in dieser

Situation zwei Möglichkeiten: Sie können ganz auf den Abschluss einer Versicherung verzichten oder Tarife mit Selbstbehalten wählen. Beides führt zu einer Verringerung des Versicherungsschutzes und ist – bei unterstellter Risikoaversität der Individuen – wohlfahrtsmindernd.

10. Werden die Versicherungsunternehmen gezwungen, Tarife anzubieten, die für Männer zu einer Über-, für Frauen aber zu einer Unterdeckung der Ausgaben führen, entstehen für sie Anreize zur *Risikoselektion*, bei der die Frauen als „schlechte Risiken“ tendenziell vom Abschluss eines Versicherungsvertrages abgehalten, während Männer gezielt umworben werden. Die naheliegendste Option zur Risikoselektion stellt für die PKV die einfache Ablehnung von Frauen dar. Möglich ist dies, weil die PKV keinem Kontrahierungszwang unterliegt. Gründe für die Ablehnung müssen dem Antragsteller dabei grundsätzlich nicht genannt werden. Denkbar ist auch, dass Gesundheitsprüfungen vor Vertragsabschluss bei Frauen intensiver erfolgen und dass für Frauen höhere Risikozuschläge verlangt werden. Auf diese Weise lassen sich die Frauenprämien „künstlich“ hochschrauben. Diese Beispiele würden zwar dem Tatbestand der Diskriminierung entsprechen, die intransparente Sachlage würde jedoch einen mühsamen Nachweis im Einzelfall erfordern und in der Praxis möglicherweise zu selten aufgedeckt werden. Auch selektive Werbung oder „sekundäre Prämiendifferenzierungen“ lassen sich zum Zwecke der Risikoselektion einsetzen. Durch eine entsprechende Ausgestaltung der Versicherungsangebote lässt sich weiterhin die Selbstselektion der Versicherten verstärken.
11. Um Risikoselektion und adverse Selektion einzudämmen, bieten sich verschiedene Möglichkeiten. Um *Risikoselektion* zu verhindern, müssen Krankenversicherungen grundsätzlich risikogerechte Beitragszahlungen erhalten, was mit Prämiensubventionierungen durch externe staatliche Transferleistungen oder durch Prämiensubventionierungen innerhalb des Versicherungssystems erfolgen könnte. Vollständig lässt sich *adverse Selektion* nur eindämmen, wenn für alle Versicherten eine Versicherungspflicht mit identischem Versicherungsumfang / Leistungskatalog vorgeschrieben wird.
12. *Staatliche Transferleistungen* zur Unterbindung von Risikoselektion bieten sich an, wenn an geschlechterdifferenzierten Prämien in der PKV festgehalten werden soll und allein die Kosten für Schwangerschaft und Geburt nicht mehr ausschließlich den Frauen angelastet werden sollen. Ein Bundeszuschuss ließe sich dabei mit der Internalisierung positiver externer Effekte von Kindern rechtfertigen, die eine allgemeine Staatsaufgabe darstellt. Dies würde jedoch auch erfordern, dass die Kosten für Schwangerschaft und Geburt im Sinne der Gleichbehandlung der Versicherten(systeme) auch in der GKV über einen Bundeszuschuss finanziert werden. Angesichts der damit verbundenen massiven Belastungen des Bundeshaushaltes ist es jedoch unwahrscheinlich, dass sich eine Einführung dieser Umfinanzierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt umsetzen ließe.
13. Um Risikoselektion zu unterbinden bieten sich auch Prämiensubventionierungen innerhalb des Versicherungssystems durch einen *Risikostrukturausgleich* oder einen *Risikopool* an. Beim Risikostrukturausgleich werden – über alle Versicherungsträger hinweg – durchschnittliche Leistungsausgaben für nach Risiko differenzierte, definierte Versicherungsträgergruppen ermittelt. Auf Basis dieser Beitragsbedarfe werden dann Ausgleichszahlungen errechnet. Ein Risikopool hingegen ist ein Finanzausgleich, der den Krankenversicherungen einen Teil ihrer tatsächlichen Kosten aus einem gemeinsamen Pool ersetzt.

Internationale Erfahrungen mit Unisex-Tarifen

14. Der PKV-Markt in den betrachteten Länder Irland, Frankreich, Dänemark, Niederlande und Schweiz sind sehr unterschiedlich, wobei sich unterschiedliche Formen der Interaktion von gesetzlicher Krankenversicherung bzw. steuerfinanziertem, nationalem Gesundheitsdienst und privatem Krankenversicherungsschutz herausgebildet haben. Dies führt dazu, dass sich die Erfahrungen von Ländern mit Unisex-Tarifen nicht ohne weiteres auf den deutschen Kontext übertragen lassen. Zudem stellen Unisex-Tarife oft nur eines von vielen solidaritätswahrenden Elementen dar. So gelten in Irland z.B. nicht nur geschlechtereinheitliche Prämien, sondern auch morbiditätsunabhängige Prämien. Dennoch sind einzelne Gesichtspunkte der internationalen Erfahrungen auch für die deutsche Situation von hohem Interesse. Insbesondere bestätigt der (empirische) internationale Vergleich, dass die Einführung von Unisex-Tarifen auf jeden Fall von Maßnahmen zu begleiten ist, die Risikoselektion und adverse Selektion unterbinden. Ansonsten kann es zu unerwünschten, die Solidarität zwischen den Geschlechtern gefährdenden Folgen kommen.
15. *Frankreich* ist ein gutes Beispiel dafür, dass ein Mischsystem von privaten Krankenversicherungsanbietern mit und ohne risikogerechten Prämien (also auch mit und ohne Unisex-Tarifen) und mit und ohne Kontrahierungszwang zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen kann. Zur Abschwächung dieser Problematik werden den Krankenversicherern, die auf eine risikogerechte Tarifierung verzichten, steuerliche Vergünstigungen gewährt. In *Irland* wurde die Schaffung eines Risikoausgleichs gewählt, um den Aspekt der Solidarität in einem privaten Krankenzusatzversicherungssystem mit Community Rating (also auch Unisex-Tarifen) und Kontrahierungszwang zu gewährleisten, wobei Probleme der adversen Selektion jedoch bestehen bleiben. In der *niederländischen* substitutiven Krankenversicherung wurde ein Risikopool implementiert, um solidarische Elemente zu wahren.

Handlungsempfehlungen

16. Die Gutachter empfehlen, in der PKV so schnell wie möglich eine erweiterte Berichtspflicht einzuführen. Diese sollte zum einen die Verpflichtung enthalten, die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft zu ermitteln und auszuweisen sowie geschlechterspezifische Prämien zu berechnen, die sich ergeben würden, wenn diese Kosten in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt werden. Für die Ermittlung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt stehen grundsätzlich zwei Ansätze zur Verfügung: Der Personen- und der Leistungsansatz. Da nicht ohne Weiteres erkennbar ist, welcher Ansatz überlegen ist, sollte dafür Sorge getragen werden, dass alle Daten erhoben und bereitgestellt werden, die notwendig sind, um *beide Ansätze* verfolgen zu können.
17. Unter Nutzung von PKV-Daten bei der Ermittlung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt sind zwei Resultate denkbar: Sollte sich zeigen, dass sich die Nettoprämien von Männern und Frauen auch dann signifikant unterscheiden, wenn die Kosten von Schwangerschaft und Geburt herausgerechnet werden, ergibt sich keine Notwendigkeit zur Einführung von Unisex-Tarifen. In diesem Fall muss aber ein Weg gefunden werden, die Kosten für Schwangerschaft und Geburt umzufinanzieren. Hierauf wird unter Ziffer 19 noch einmal Bezug genommen.
18. Denkbar ist aber auch, dass die entsprechenden Berechnungen auf Basis von PKV-Daten die in diesem Gutachten mit GKV-Zahlenmaterial durchgeführten Kalkulationen bestäti-

gen. Dann ergibt sich in der PKV die Notwendigkeit der *Einführung von Unisex-Tarifen*, und es stellt sich die Frage, wie diese Prämien ermittelt werden sollen. Der nahe liegende Gedanke ist aus der errechneten Prämien von Frauen und Männer zum jeweiligen Eintrittsalter einen (gewogenen) arithmetischen Mittelwert zu berechnen und diesen als geschlechterunabhängige Prämie festzusetzen. Damit würden aber Anreize sowohl zur Risikoselektion als auch zur adversen Selektion gesetzt. Von einem solchen Vorgehen ist daher dringend abzuraten. Sinnvoller ist dagegen die Einführung eines versicherungsunternehmensübergreifenden Finanzausgleichs. Dieser sollte dazu führen, dass

- a) Frauen und Männer die gleiche Prämie zahlen,
- b) das jeweilige Versicherungsunternehmen aber für Männer und Frauen eine unterschiedliche Prämie erhält.

Diese Forderung gilt auch, wenn zukünftig „nur“ die Kosten für Schwangerschaft und Geburt umzulegen sind.

19. Der *Finanzausgleich für die Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt* soll durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) durchgeführt werden, die heute bereits die Aufsicht über die PKV innehat. Die Versicherungsprämie wird zukünftig aus zwei Bestandteilen bestehen: Teil A stellt die *Grundprämie* dar, die als lebenslang konstante Prämie kalkuliert wird. Für Männer ergeben sich hier keine Veränderungen, bei Frauen ist dieser Prämienanteil zukünftig jedoch aus den Kopfschäden der Versichertengruppe „Frauen ohne Schwangerschaft“ (Personenansatz) bzw. der Kopfschäden ohne Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (Leistungsansatz) zu errechnen. Die Einzelunternehmen melden der BaFin sodann ihren Prämienmehrbedarf, der sich als über alle versicherten Frauen aufsummierte Differenz der Prämienverläufe der „Frauen gesamt“ mit dem Prämienverlauf für „Frauen ohne Schwangerschaft“ ergibt. Auf Basis dieser Meldungen kann die BaFin den „Mehrbedarf“ ermitteln, der dann auf alle Versicherten umgelegt wird. Diese Umlage ergibt dann den Teil B der Versichertenprämie. Es handelt sich hierbei um einen einheitlichen Prämienzuschlag auf alle Frauen- und Männerprämien. Ebenso wie die Grundprämie wird auch dieser „Schwangerschaftszuschlag“ als lebenslang konstante Prämie kalkuliert. Im Ergebnis ergäbe sich so eine Prämiengestaltung, die dafür Sorge trägt, dass Männer und Frauen gleichermaßen an der Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt beteiligt werden. Gleichzeitig erhalten die Versicherungsunternehmen für Männer und Frauen risikogerechte Prämien.
20. Prinzipiell lässt sich der unter Ziffer 19 geschilderte Finanzausgleich auch verwenden, um Risikoselektion nach Einführung von Unisex-Tarifen zu unterbinden. Die Grundprämie wird in diesem Fall auf Basis der Kopfschäden für Männer kalkuliert. Die Differenz, die sich zu den Frauenprämien ergibt, wird als Zuschlag entsprechend auf beide Geschlechter umgelegt. Wenn damit auch das Problem der Risikoselektion gebannt werden kann, gilt dies für adverse Selektion nicht in gleichem Maße. Hier besteht daher noch Spielraum, um diesem Problem durch begleitende gesetzgeberische Maßnahmen, wie der Festlegung von Mindestversicherungsumfängen und womöglich sogar der Einführung einer Versicherungspflicht sowie eines Kontrahierungszwangs der Versicherungsunternehmen, weiter entgegenzuwirken.

1. Einleitung

Seit geraumer Zeit wird die Forderung erhoben, zur Vermeidung einer Benachteiligung von Frauen Unisex-Tarife in der privaten Versicherungswirtschaft verpflichtend vorzuschreiben (vgl. z.B. DJB 2004). Diese Forderungen beziehen sich zum einen auf die Umbauten in der Rentenversicherung. Hier wurde die Rentenhöhe in der gesetzlichen Rentenversicherung abgesenkt, zugleich aber eine öffentliche Förderung privater Altersvorsorge beschlossen um so die entstehende Versorgungslücke zu füllen (Altersvermögensgesetz von 2001). Während aber in der gesetzlichen Rentenversicherung geschlechtereinheitlich kalkuliert wird, beruhte die private Altersvorsorge in der sogenannten Riesterrente ursprünglich auf geschlechterdifferenzierten Tarifen, so dass sich im Vergleich zu Status quo ante für die Frauen eine relative Verschlechterung ergibt (Körner 2004). Um dem abzuwehren, wurde in dem am 1.1.2005 in Kraft getretenen Alterseinkünftegesetz festgelegt, dass ab 2006 auch in der Riester-Rente Unisex-Tarife gelten.

Gleichzeitig wird die Forderung vertreten, Unisex-Tarife auch in der privaten Pflegeversicherung verbindlich zu machen. Auch hier führt die Veränderung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung und die teilweise Verlagerung auf private Vorsorge zu einer relativen Verschlechterung der Situation von Frauen (Wasem & Greß 2004). Darüber hinaus wird aber auch kritisiert, dass die geschlechterdifferenzierten Tarife in der PKV generell nicht gerechtfertigt seien (DJB 2004).

Vor diesem Hintergrund ist das nachstehende Gutachten in Auftrag gegeben worden. Im Folgenden werden zunächst der Untersuchungsauftrag und der Aufbau des Gutachtens dargelegt (Abschnitt 1.1). Zum Verständnis der darin enthaltenen Fragestellung wird in Abschnitt 1.2 dann der europarechtliche Hintergrund kurz ausgeleuchtet.

1.1 Untersuchungsauftrag und Gliederung des Gutachtens

Am 1.11.2004 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Prof. Dr. Gerd Glaeske (Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen) und Prof. Dr. Heinz Rothgang (FH Fulda sowie Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Beurteilung der Forderung nach geschlechtereinheitlichen Tarifen in der privaten Krankenversicherung (Unisex-Tarife) beauftragt. Das Gutachten soll zur Beantwortung folgender Fragen beitragen:

1. Inwieweit unterscheiden sich die Leistungsausgaben für Männer und Frauen bei einer Quer- und einer Längsschnittbetrachtung?
2. Inwieweit lassen sich Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen Männern und Frauen zurückführen auf
 - a) Kosten, die verbunden sind mit Schwangerschaft und Geburt
 - b) Unterschiede in der Lebenserwartung?
3. Inwieweit unterscheiden sich diese Ergebnisse, wenn bei beiden Geschlechtern eine weitere Untergliederung nach soziodemographischen Faktoren vorgenommen wird?
4. Welche Möglichkeiten bestehen, mögliche negative Auswirkung von Unisex-Tarifen wie Risikoselektion und adverse Selektion zu verhindern oder zumindest einzudämmen?
5. Welche internationalen Erfahrungen gibt es mit Unisex-Tarifen?

Die EU-Richtlinie 2004/113/EG zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen war bei Vergabe des Gutachtenauftrages noch nicht beschlossen. Es war zu diesem Zeitpunkt deshalb noch nicht bekannt, ob und in welcher Form der ursprüngliche Richtlinienentwurf verändert werden und ob eine Verpflichtung zur Einführung von Unisex-Tarifen erfolgen würde.

Durch die inzwischen in Kraft getretene neue EU-Richtlinie hat – zusätzlich zur Bewertung der Forderung nach Unisex-Tarifen in der PKV – auch die Frage nach einer zukünftigen Regelung der Verteilung der Leistungsausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter an Bedeutung gewonnen. Die Richtlinie schreibt nämlich zwingend vor, dass diese Kosten spätestens ab Ende 2009 nicht mehr zu Unterschieden in der Versicherungsprämie von Männern und Frauen führen dürfen. Um dieser neuen Rechtslage gerecht zu werden, wird der Frage nach der Höhe und der möglichen Umfinanzierung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt im Gutachten breiterer Raum eingeräumt als ursprünglich geplant. Der unter Ziffer 3 genannten Frage nach den soziodemographischen Ursachen für Kostenunterschiede konnte dagegen nicht nachgegangen werden, da die hierzu notwendigen Daten nicht zugänglich gemacht werden konnten.

Das hier vorgelegte Gutachten gliedert sich in 6 Kapitel. Nachdem nachstehend der europarechtliche Hintergrund skizziert wird (Abschnitt 1.2), wird in Kapitel 2 die Funktionsweise der PKV in Deutschland beschrieben. Insbesondere wird dabei auf die Grundsätze der Prämienkalkulation in der PKV eingegangen, die auch für das Verständnis des empirischen Teils der Expertise bedeutsam sind.

In Kapitel 3 erfolgt die detaillierte Analyse der Kostenverläufe von Männern und Frauen. Methodisch gesehen ist es bei der Beurteilung von Leistungsausgaben im Lebensverlauf von Wichtigkeit, nicht nur auf das gängige Verfahren einer Querschnittsanalyse (Vergleich der Kosten pro Lebensjahr) zurückzugreifen, da hierbei verzerrende Einflüsse auftreten können. Zusätzlich sind darum Längsschnittanalysen, d.h. eine Betrachtung der Kosten über den Lebenszyklus, notwendig. Weil sich die altersbezogenen Mortalitätsraten von Männern und Frauen unterscheiden, würde ein einfacher Vergleich der so genannten „Kopfschadensprofile“ von Männern und Frauen im Querschnitt zu erheblichen Fehlinterpretationen führen. Bei der Längsschnittanalyse wurden mit Hilfe der Kopfschadensprofile und der Sterbetafeln der PKV lebenslang konstante Nettojahresprämien in Abhängigkeit vom Eintrittsalter errechnet. Beim Vergleich der Gesamtausgaben für medizinische Leistungen von Männern und Frauen wurden Daten der PKV verwendet.

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit sich Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen Männern und Frauen auf Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zurückführen lassen, musste allerdings auf GKV-Daten ausgewichen werden. Die für diese Analyse notwendigen Individualdaten werden nämlich in der PKV nicht erhoben. Der BKK-Bundesverband hat zu diesem Zweck freundlicher Weise Daten einer repräsentativen Versichertenstichprobe zur Verfügung gestellt. Es ist uns ein besonderes Anliegen, für diese Unterstützung zu danken.

Kapitel 4 geht der Frage nach, welche negativen Folgen bei einer Einführung von Unisex-Tarifen bzw. einer einfachen Aufteilung der Kosten von Schwangerschaft und Mutterschaft auf beide Geschlechter bei der Prämienkalkulation zu erwarten sind. Risikoselektion durch den Versicherer und adverse Selektion durch die Versicherten können dabei zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Um diese negativen Effekte einzudämmen, sollen eine Reihe möglicher Instrumente beschrieben und hinsichtlich ihrer Effektivität bewertet werden.

Internationale Erfahrungen mit Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung in den Ländern Dänemark, Frankreich, Irland, Niederlande und Schweiz finden sich in Kapitel 5.

Kapitel 6 schließlich beinhaltet die Handlungsempfehlungen für die Politik und damit die Quintessenz dieses Gutachtens.

1.2 Europarechtlicher Hintergrund

Für die hier interessierenden Fragestellungen sind insbesondere zwei Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft von Bedeutung, die unterschiedliche Implikationen für den Versicherungsmarkt haben.

Zum einen handelt es sich dabei um die *Dritte Richtlinie Nichtlebensversicherung* (92/49/EWG), die für das Verständnis der Funktionsweise der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland und als Hintergrundinformation für den internationalen Vergleich (Kapitel 5) einschlägig ist. Diese Richtlinie wurde – gemeinsam mit der Dritten Richtlinie Lebensversicherung – durch den damaligen Kommissar für den Binnenmarkt, Martin Bangemann, eingebracht und ist 1992 in Kraft getreten. Diese Richtlinien bewirkten eine gewisse Harmonisierung und in vielen Mitgliedsstaaten eine Deregulierung der Versicherungswirtschaft.

Hintergrund dieses Gutachtens bildet zum anderen *die Richtlinie 2004/113/EG des Rates der Europäischen Gemeinschaft zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen*. Der Entwurf der Richtlinie wurde Ende 2003 durch die inzwischen ausgeschiedene Kommissarin Anna Diamantopoulou, zuständig für die Bereiche Beschäftigung und Soziales, eingebracht. Obwohl der Entwurf bis zur endgültigen Verabschiedung der Richtlinie erheblich abgeschwächt wurde, ist trotzdem mit weit reichenden Konsequenzen für die PKV in Deutschland zu rechnen. Um negativen Wirkungen bei Umsetzung der Richtlinie entgegenzuwirken, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen könnten, sind gegebenenfalls weitere flankierende Maßnahmen zu implementieren. Im Effekt wird dies eine Zunahme an Regulierung für die PKV bedeuten.

Beide Richtlinien werden nachfolgend näher beschrieben.

1.2.1 Dritte Richtlinie Nichtlebensversicherung

Mit Verabschiedung der Dritten Versicherungsrichtlinien hat die Europäische Gemeinschaft die rechtliche Grundlage für den europäischen Versicherungsbinnenmarkt geschaffen. Grundsätzlich sollte dabei ein gesamteuropäischer Markt entstehen, auf dem alle Wirtschaftssubjekte unabhängig von ihren nationalen Standorten Versicherungsgeschäfte miteinander betreiben können (Farny 1995: 137). Dies setzt voraus, dass die Bedingungen für Versicherte, Versicherer und Versicherungsvermittler auf dem Markt prinzipiell identisch sind. Die Verabschiedung der Dritten Richtlinie Lebensversicherung und Dritten Richtlinie Nichtlebensversicherung (auch dritte Richtlinie Schadenversicherung genannt) hatte eine Harmonisierung der Versicherungsaufsicht und der Praktiken der Rechnungslegung zur Folge. Für andere Bereiche steht eine Harmonisierung jedoch noch aus¹ (Schmidt 2004).

Die dritte Richtliniengeneration von Schadenversicherungsrichtlinien² (92/49/EWG) wurde am 18.6.1992 durch den Ministerrat verabschiedet und musste bis zum 1.7.1994 in den jewei-

¹ Dies gilt z.B. für den Bereich des Versicherungsvertragsrechts, das die Nutzung der Dienstleistungsfreiheit erheblich erschwert. Faktisch kann außerhalb des Bereichs der Industrieversicherungen nicht von einem europäischen Versicherungsbinnenmarkt die Rede sein.

² In der ersten Schadenrichtlinie (73/239/EWG) im Jahre 1973 wurde Niederlassungsfreiheit für Versicherungsunternehmen eingeführt, die zweite Schadenrichtlinie (88/357/EWG) im Jahre 1989 gewährte Dienstleistungsfreiheit auch ohne Zweigniederlassung in dem Land.

ligen Mitgliedsländern in Kraft treten³. In vielen Mitgliedstaaten führte sie zur Deregulierung des Versicherungsmarktes. Sie hatte auch einen erheblichen Einfluss auf die PKV in Deutschland. Die Richtlinie ermöglicht es den Versicherungsunternehmen, ihre Tätigkeit in allen Ländern der Gemeinschaft auszuüben. Dazu wurde ein einheitliches und vereinfachtes Zulassungsverfahren für Versicherungsunternehmen in der Europäischen Gemeinschaft eingeführt. Die durch die Sitzlandaufsicht erteilte Genehmigung gilt automatisch für alle Mitgliedstaaten (sog. single-licence-Prinzip). Eine gesonderte Genehmigung für jedes Land, in dem eine Tätigkeit geplant ist, muss damit nicht mehr eingeholt werden (Müller 1995). Die Versicherungsaufsicht erfolgt ebenfalls durch die Sitzlandbehörde (Heimatlandkontrolle, Artikel 9.1).

Weiterhin wurde durch die Dritte Richtlinie Schadenversicherung die präventive Bedingungs- und Tarifikontrolle abgeschafft. Seit 1994 dürfen die Versicherungsunternehmen ihre Produkte überall in den Mitgliedsländern ohne nationale Preiskontrollen oder vorherige Meldung der Verkaufs- und Lieferbedingungen anbieten (Artikel 29 und 39). Damit haben PKV-Unternehmen in der Europäischen Union im Prinzip das Recht, die Basis ihrer Prämienkalkulation frei zu wählen. Kontrollen dürfen nur nachträglich und nicht systematisch stattfinden.

Die Richtlinie lässt jedoch zwei Ausnahmen zu: für Pflichtversicherungen und substitutive Krankenversicherungen darf eine Vorlage der Versicherungsbedingungen von der Aufsichtsbehörde gefordert werden. Die substitutive Krankenversicherung ist laut Artikel 54 der Richtlinie geeignet, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen. Nur für diesen Versicherungszweig darf eine Prämienkalkulation nach Art der Lebensversicherung auf versicherungsmathematischen Grundlagen unter Bildung von Alterungsrückstellungen verlangt werden. Auch das Verbot der Spartenentrennung gilt nicht für die substitutive PKV. Mitgliedsländer dürfen darum den Betrieb der substitutiven Krankenversicherung mit anderen Versicherungszweigen im selben Betrieb ausschließen, was sich aus dem als besonders hoch bewerteten Gläubigerschutz in der Krankenversicherung ergibt (Farny 1995).

In Deutschland wurde die dritte Richtlinie Schadenversicherung in nationales Recht umgewandelt, indem das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) im Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG vom 21.7.1994 angepasst wurde.

1.2.2 Antidiskriminierungsrichtlinien

Nach Inkrafttreten des Vertrags von Amsterdam am 1.5.1999 kann der Rat auf Grundlage von Artikel 13 EG Richtlinien gegen Diskriminierungen aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung erlassen. Hiervon ist in der Vergangenheit reger Gebrauch gemacht worden:

- die Antirassismusrichtlinie 2000/43/EG vom 29. Juni 2000 verbietet eine Diskriminierung aus Gründen der Rasse oder ethnischen Herkunft,
- die so genannte Rahmenrichtlinie 2000/78/EG vom 27. November 2000 verbietet eine Diskriminierung wegen der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Orientierung in Beschäftigung und Beruf,
- die novellierte Gleichbehandlungsrichtlinie 2002/73/EG vom 23. September 2002 dient der Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen.

³ Einigen Ländern wurden längere Übergangsregelungen eingeräumt: Spanien (bis Ende 1996) sowie Griechenland und Portugal (bis Ende 1998).

Am 5.11.2003 legte die Europäische Kommission einen weiteren Richtlinienentwurf zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen vor, der ebenfalls auf Artikel 13 EG basierte. Darin war unter anderem vorgesehen, dass zukünftig nur noch Unisex-Tarife in der privaten Versicherungswirtschaft zu erheben seien. Der Entwurf wurde insbesondere durch die Versicherungswirtschaft massiv kritisiert. Er fand die Zustimmung des EU-Parlaments im März 2004, wurde jedoch durch den Ministerrat im Juni 2004 in der vorgelegten Form abgelehnt. Zu einem Kompromiss im Rat kam es dann am 4. Oktober 2004.

Am 13. Dezember 2004 ist dieser Kompromiss nun als Richtlinie 2004/113/EG des Rates der Europäischen Gemeinschaft zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen (Gleichbehandlungsrichtlinie wegen des Geschlechts außerhalb der Arbeitswelt) in Kraft getreten. Die Richtlinie gilt für private, freiwillige und von Beschäftigungsverhältnissen unabhängige Versicherungen und Rentensysteme, in Deutschland also insbesondere auch für die Private Krankenversicherung (PKV). Mit der Richtlinie soll die Gleichbehandlung von Männern und Frauen in den Mitgliedsstaaten gefördert werden. Sie dient der Bekämpfung geschlechtsspezifischer Diskriminierungen⁴ beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen.

Den Mitgliedsstaaten wird eine Frist von drei Jahren (bis zum 21. Dezember 2007) eingeräumt, um ihre Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Vorgabe entsprechend zu ändern. Ab diesem Datum darf das Geschlecht bei neu abgeschlossenen Versicherungsverträgen nicht zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen. Mitgliedsstaaten können allerdings von diesem Grundsatz abweichen und „proportionale Unterschiede bei den Prämien und Leistungen dann zulassen, wenn die Berücksichtigung des Geschlechts bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein entscheidender Faktor ist“ (Artikel 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG des Rates). Die Beweislast liegt dabei allerdings nunmehr bei den Versicherungsunternehmen. Bis spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie muss die Kommission davon informiert werden, ob an einer geschlechterdifferenzierten Tarifierung festgehalten werden soll. In diesem Fall ist die Veröffentlichung und regelmäßige Aktualisierung der relevanten Daten sicherzustellen. Die Entscheidung muss dann bis 2012 (acht Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie) erneut überprüft werden.

Darüber hinaus dürfen Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien führen (Artikel 5 Abs. 3 der Richtlinie 2004/113/EG des Rates). Für die Durchführung der Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Verteilung der schwanger- und mutterschaftsbezogenen Kosten auf beide Geschlechter stehen, werden den Mitgliedsstaaten zwei zusätzliche Übergangsjahre nach dem 21.12.2007 eingeräumt.

Für Deutschland bedeutet dies, dass Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft bei der zukünftigen Prämienkalkulation nicht mehr ausschließlich den Frauen angelastet werden dürfen. Die Notwendigkeit einer Umfinanzierung dieser Kosten ist damit zwingend gegeben. Die Finanzierung dieser Kosten, die nicht mehr den versicherten Frauen allein in Rechnung gestellt werden darf, kann entweder von außen – etwa durch einen Bundeszuschuss – oder durch

⁴ Zu unterscheiden sind unmittelbare und mittelbare Diskriminierung, wobei die Richtlinie beiden Formen entgegenwirken soll. Unmittelbare Diskriminierung liegt vor, wenn eine Person aufgrund ihres Geschlechts in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt als andere Personen. Davon umfasst ist auch eine Schlechterstellung der Frauen aufgrund von Schwangerschaft und Mutterschaft. Mittelbare Diskriminierung bedeutet die Benachteiligung einer Person aufgrund des Geschlechts durch scheinbar „neutrale“ Vorschriften, Kriterien oder Verfahren, die in Wirklichkeit aber einen engen Bezug zum Geschlecht der Betroffenen haben.

einen finanziellen Transfer innerhalb der Versichertengemeinschaft erfolgen. Sollten sich nach Abzug der schwangerschaftsbezogenen Leistungsausgaben weiterhin hinreichend belegte Kostenunterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben, so können geschlechterdifferenzierte Tarife im Einklang mit der Richtlinie beibehalten werden. Andernfalls ergibt sich aus der Richtlinie der Zwang zur Einführung von Unisex-Tarifen in der PKV. Wie hoch die Unterschiede der Leistungsausgaben zwischen den Geschlechtern nach Abzug der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft sein müssen, damit beim Geschlecht von einem entscheidenden Faktor bei der Risikobewertung die Rede sein kann, ist nicht deutlich definiert.

Allerdings ist der in der Richtlinie verwendete Begriff der „Mutterschaft“ dort nicht näher definiert. Um bei der Berechnung des Anteils der schwangerschafts- und mutterschaftsbezogenen Ausgaben an den Kostenverläufen von Frauen eine klare Abgrenzung treffen zu können, haben die Gutachter „Kosten für Mutterschaft“ mit „Kosten für Geburt und Wochenbett“ gleichgesetzt. Den Gutachtern ist dabei bewusst, dass dies einem engen Verständnis des Begriffs entspricht. Sie sehen daher die Notwendigkeit weiterer Diskussionen zur eindeutigen Eingrenzung. Die Möglichkeit, Kostenverläufe für einen weiteren Begriff der Kosten der „Mutterschaft“ zu erheben, sehen die Verfasser auf Basis derzeit vorhandener Daten allerdings nicht.

2. Funktionsweise der PKV in Deutschland

Die Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland bietet zum einen private Zusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte. Zum anderen können sich bestimmte Versichertengruppen alternativ zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der PKV versichern (substitutive Funktion der PKV). Im nachstehenden Absatz 2.1 soll die Funktionsweise der substitutiven PKV in Deutschland beschrieben werden. Auf die PKV-Funktion der Zusatzversicherung wird in Abschnitt 2.2 eingegangen.

2.1 Die PKV als substitutive Krankenversicherung

Die substitutive Krankenversicherung ersetzt die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise (§ 12 I VAG). Aufgrund der als hoch eingestuften Schutzbedürftigkeit der Versicherten und der besonderen sozialen Bedeutung unterliegt sie detaillierten aufsichtsrechtlichen Regelungen (Farny 1995). Die Dispositionsfreiheit der Versicherer ist stark beschränkt. Damit nimmt die substitutive Krankenversicherung im deregulierten europäischen Binnenversicherungsmarkt eine Sonderposition ein. Nachfolgend werden zunächst zentrale Merkmale der substitutiven PKV dargelegt (Abschnitt 2.1.1). Anschließend werden die Regelungen zur Kalkulation der Versicherungsprämie (Abschnitt 2.1.2), zu verschiedenen Leistungsumfängen und Tarifen (Abschnitt 2.1.3) und zur Leistungsabrechnung (Abschnitt 2.1.4) näher ausgeführt.

2.1.1 Zentrale Merkmale der substitutiven PKV

Im Inland darf die substitutive PKV nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden (§ 12 II VAG), wobei die Prämien laut Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) auf versicherungsmathematischen Grundlagen unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten basieren müssen. Weiterhin sind Alterungsrückstellungen zu bilden und Kündigungsrechte des Versicherers ausgeschlossen. Auch haben Versicherte das Recht auf einen Tarifwechsel. Schließlich muss ein verantwortlicher Aktuar be-

stellt werden.⁵ Die näheren Einzelheiten der Prämienkalkulation ergeben sich aus der Kalkulationsverordnung (KalkV). Durch diese Vorgaben soll die Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen gewährleistet und ein späterer Prämienanstieg aufgrund solcher Größen verhindert werden, die vom Versicherungsunternehmen beeinflussbar sind.

Ungefähr 10% der Deutschen sind ausschließlich in einem der 50 PKV-Unternehmen versichert, wovon wiederum etwa die Hälfte Angehörige des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch sind (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts 2004). Der Anteil der Männer, Frauen und Kinder an der Krankheitskostenvollversicherung kann aus den Angaben der Unternehmen zur Pflegepflichtversicherung ermittelt werden.⁶ Im Jahr 2001 waren in der PKV 32% Frauen, 53% Männer und 15% Kinder (bis einschließlich 15 Jahren) versichert (Verband der privaten Krankenversicherung 2002).

Tabelle 1: Merkmale der substitutiven Krankenversicherung

Versicherungsträger	Privatrechtliche Unternehmen (AG oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit/VVaG)
Versicherter Personenkreis	Beamte, Selbständige sowie Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze
Vertragsart	Privatrechtlicher Vertrag
Prämienkalkulation	Äquivalenzprinzip: Bei der Kalkulation der risikogerechten Prämien werden dabei die Versichertenmerkmale Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand berücksichtigt. Jeder Tarif wird gesondert kalkuliert
Finanzierung	Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Alterungsrückstellungen (Kapitaldeckungsverfahren)
Kontrahierungszwang	Nein, es gilt Vertragsfreiheit
Leistungsumfang	Richtet sich nach dem gewählten Tarif. Verschiedene Selbstbehaltstufen möglich
Leistungsabrechnung	Kostenerstattungsprinzip

Die Möglichkeit des Opting out aus der GKV bietet sich ausschließlich Selbständigen, Beamten und Arbeitnehmern oberhalb einer bestimmten Einkommensgrenze sowie den aus diesen Gruppen erwachsende Rentnern und Ruhegeldempfängern. Arbeitnehmer dürfen sich in der PKV versichern, wenn ihr monatliches Bruttoeinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.900 Euro liegt.⁷ Beamte und Selbständige können unabhängig von ihrem Einkommen einen privaten Krankenversicherungsschutz wählen. Für Beamte wird ein

⁵ Der verantwortliche Aktuar stellt die Einhaltung der versicherungsmathematischen Methoden bei der Prämienberechnung sicher und prüft die Finanzlage des Versicherungsunternehmens insbesondere auf die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen (§ 12 VAG). Er stellt einen „Vorposten der Versicherungsaufsicht“ dar, da die Aufsichtsbehörde seit Vollendung des europäischen Binnenversicherungsmarktes 1994 nicht mehr über ausreichende Instrumente verfügt, um die Angemessenheit von Prämien, mathematischen Rückstellungen und Vertragsanpassungen selbst zu prüfen (Farny 1995).

⁶ Wegen des Grundsatzes, dass die Pflege- der Krankenversicherung folgt (§ 1 Abs. 2 SGB XI), ist der in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherte Personenkreis weitgehend deckungsgleich mit dem der in der substitutiven PKV Versicherten.

⁷ Damit weicht die Versicherungspflichtgrenze seit dem 1.1.2003 von der Beitragsbemessungsgrenze ab.

Teil der Gesundheitsausgaben direkt vom Dienstherrn im Rahmen der Beamtenbeihilfe übernommen. Dieser Anteil bemisst sich nach Familienstand und Kinderzahl, beläuft sich aber auf mindestens 50% der erstattungsfähigen Kosten. Für den fehlenden Anteil kann eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) oder einem privaten Versicherungsunternehmen (PKV) abgeschlossen werden. Da die GKV aber keine Teilkostentarife anbietet, müsste von den Beamten ein vollständiger GKV-Versicherungsschutz ohne Arbeitgeberzuschuss finanziert werden. Dies ist in aller Regel finanziell unattraktiv, so dass für Beamte keine echte Wahl besteht und sich deshalb mehr als 90% der Beamten privat durch so genannte Prozenttarife versichern. Darüber hinaus besteht für Studenten die Möglichkeit, sich bis zum 34. Lebensjahr in speziellen Studententarifen zu versichern.

Im Gegensatz zur GKV besteht in der PKV keine Möglichkeit der beitragsfreien Familienmitversicherung. Für jede versicherte Person wird ein eigener Beitrag fällig. Tabelle 1 fasst zentrale Merkmale der substitutiven Krankenversicherung zusammen.

2.1.2 Kalkulation der Versicherungsprämie

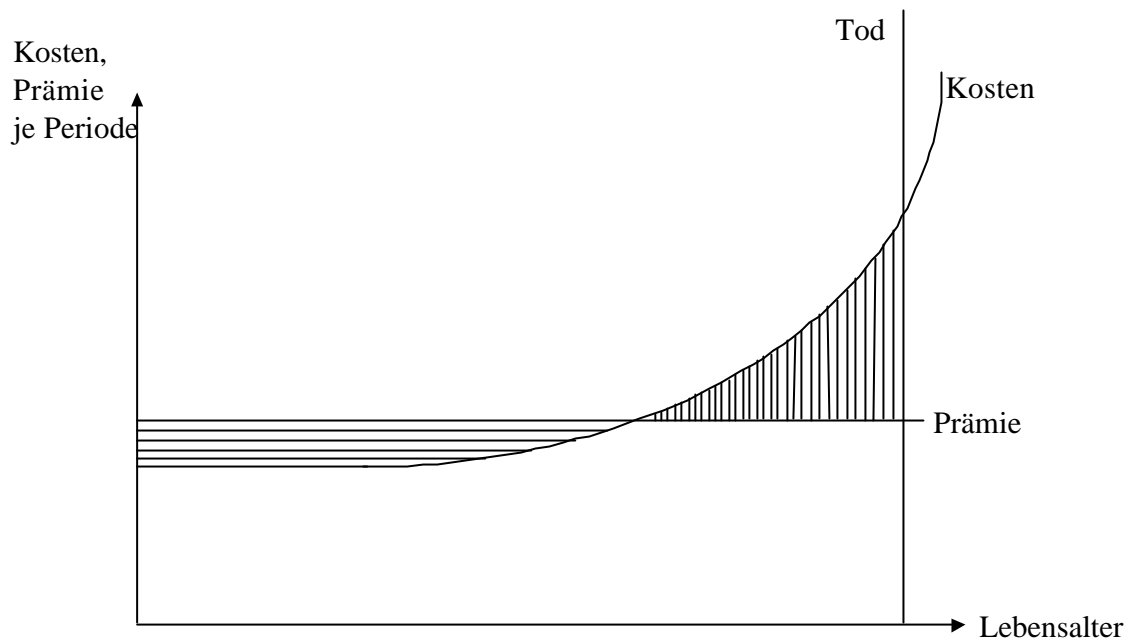
Die substitutive Krankenversicherung wird nach Art der Lebensversicherung betrieben. Beiträge errechnen sich dabei nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip⁸, d.h. der Erwartungswert der Leistungsausgaben und die Nettoprämie (also die reine Risikoprämie), gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Zinsen, sollen sich ausgleichen. Die Leistungsausgaben wiederum hängen von den Risikomerkmale der Versicherten ab. Grundsätzlich sind eine Vielzahl von einflussreichen Risikomerkmale denkbar (z.B. Alter, Geschlecht, Einkommen, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum, Extremsport, Inanspruchnahme von Präventionsleistungen usw.). Die bei der Prämienkalkulation berücksichtigten Risikomerkmale werden auch als Tarifierungsmerkmale bezeichnet. Abschnitt 5.1.4 gibt einen Überblick über die in einigen Ländern der Europäischen Union verwendeten Tarifierungsmerkmale.

In der PKV in Deutschland werden mit Hilfe der Merkmale Eintrittsalter, Geschlecht und Morbidität der einzelnen Versicherten risikogerechte Prämien kalkuliert (§ 10 KalkV). Damit unterscheidet sich die PKV grundsätzlich von der GKV – bei der PKV gilt die individuelle Risikoäquivalenz als Basis für die Prämie, in der GKV gilt das Prinzip der Solidarität als Basis der Beiträge (Gesunde zahlen für Kranke, Personen ohne Kinder für solche mit Kindern, junge für ältere Versicherte, solche mit höherem Einkommen für weniger begüterte – und dies unabhängig vom Geschlecht). Die Finanzierung der PKV erfolgt im Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Alterungsrückstellungen⁹. Dabei wird eine über das Leben konstante Prämie ermittelt. In jüngeren Jahren liegt diese über den zu erwartenden Leistungsausgaben. So kommen Sparanteile zu Stande, die als Alterungsrückstellungen verzinslich angesammelt werden. Diese Sparanteile dienen dann dazu, die höheren Leistungsausgaben im Alter zu decken (vgl. Abbildung 1). Da sich bei einem höheren Eintrittsalter der Zeitraum für das Ansammeln der Sparanteile verringert, erhöht sich die Prämie. Eine Verminderung der Leistungen oder eine Erhöhung der Beiträge allein aufgrund des Älterwerdens ist ausgeschlossen.

⁸ Dabei weist die PKV sowohl Elemente des kollektiven Äquivalenzprinzips (die Gesamtprämien für Versicherungengruppen mit homogenen Risiken sollen den Gesamtausgaben für das Kollektiv entsprechen) als auch des individuellen Äquivalenzprinzips (die Prämienzahlungen eines einzelnen Versicherten entspricht den zu erwartenden Leistungsausgaben für diesen Versicherten) auf. Siehe hierzu auch (Farny 1995: 54).

⁹ Ausnahmen stellen Kinder-, Jugendlichen- und Ausbildungstarife dar, die ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert werden.

Abbildung 1: Kalkulation der risikogerechten Nettoprämie



Bei einem Austritt bzw. Wechsel des PKV-Unternehmens verlieren die Versicherten ihre bis dahin angesparten gesamten Alterungsrückstellungen, denn diese werden nicht ausgezahlt und können auch nicht mitgenommen werden. Die entsprechenden Altersrückstellungen „vererben“ sich an die verbleibenden Versicherten. Da sich beim Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen das Eintrittsalter erhöht, steigt auch die neu kalkulierte Prämie (vgl. Abbildung 2). Faktisch führt dies dazu, dass ein Wechsel nach ca. 10 Jahren Vertragslaufzeit praktisch nicht mehr statt findet (Meyer 2001) – eine faktische Einschränkung der Wechselmöglichkeiten und damit auch der Wettbewerbsintensität gegenüber der GKV, die wegen des privatwirtschaftlichen Charakters der PKV oft übersehen wird. Der Wettbewerb in der PKV richtet sich darum stark auf die Belange der Neuzugänge. Diese Tatsache wurde und wird stark kritisiert (z.B. Deutscher Bundestag 1996; Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme 2003; SVR 2004), weil sie ein Wettbewerbshindernis in der PKV darstellt. Schon seit längerem wird darum die Einführung von portablen Alterungsrückstellungen diskutiert.

Bei der Prämienkalkulation der lebenslang konstanten Prämie wird davon ausgegangen, dass sowohl die bei der Prämienkalkulation verwendeten Kopfschadensprofile als auch die der Berechnung zugrunde gelegte Lebenserwartung zukünftig konstant bleiben. Wie Abbildung 3 zeigt, führt dagegen eine Erhöhung der altersspezifischen Ausgabenprofile – etwa in Folge ausgabenträchtigen medizinisch-technischen Fortschritts – dazu, dass sich sowohl die Periode, in der Altersrückstellungen gebildet werden, verkürzt als auch die Höhe der pro Periode angesparten Altersrückstellungen sinkt. Gleichzeitig steigt aufgrund der Parallelverschiebung der Kurve die Finanzierungslücke im Alter. Um hierfür einen Ausgleich herbeizuführen, muss daher die Prämie erhöht werden.

Abbildung 2: Einfluss des Alters auf die Höhe der Nettoprämie

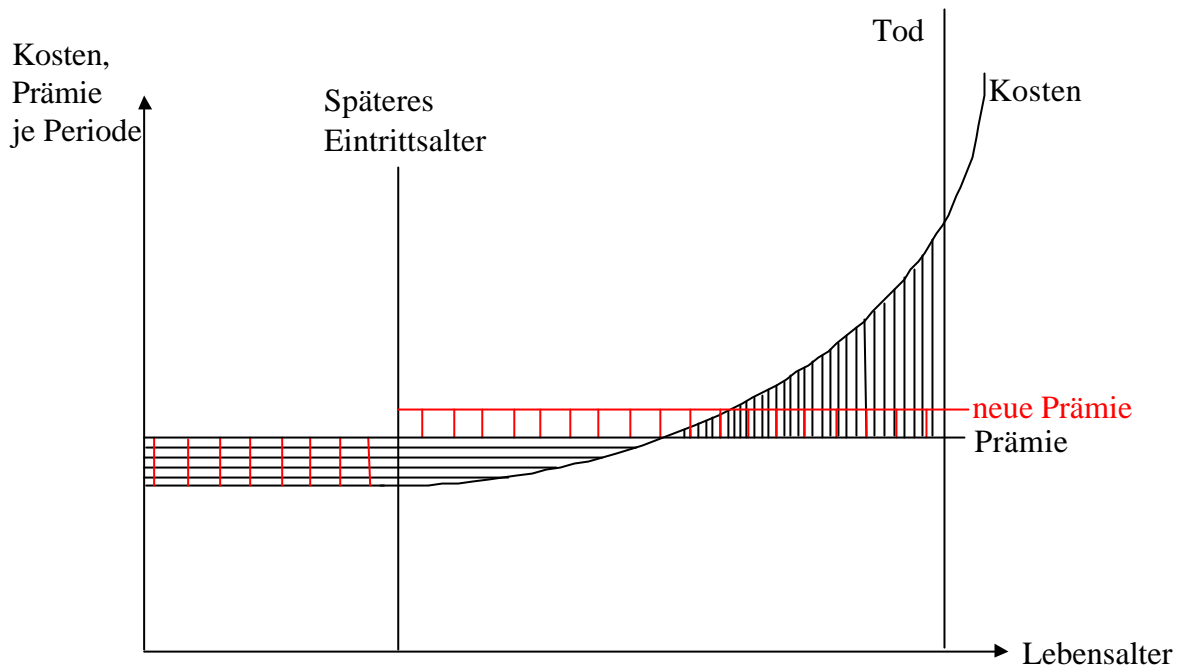
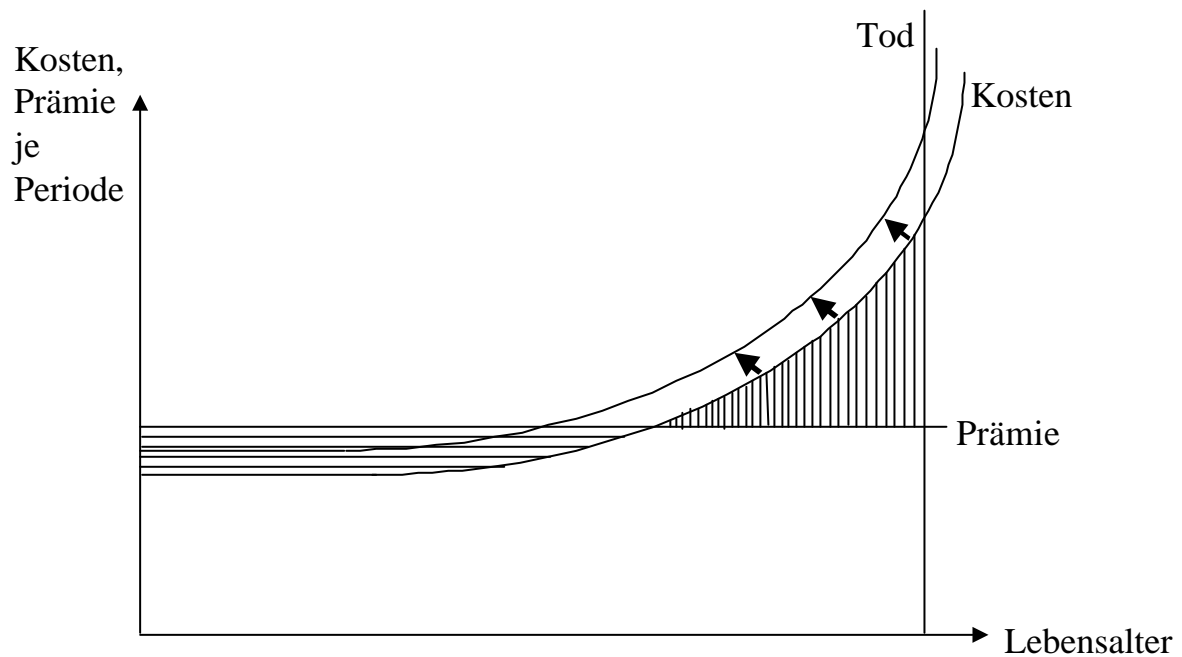
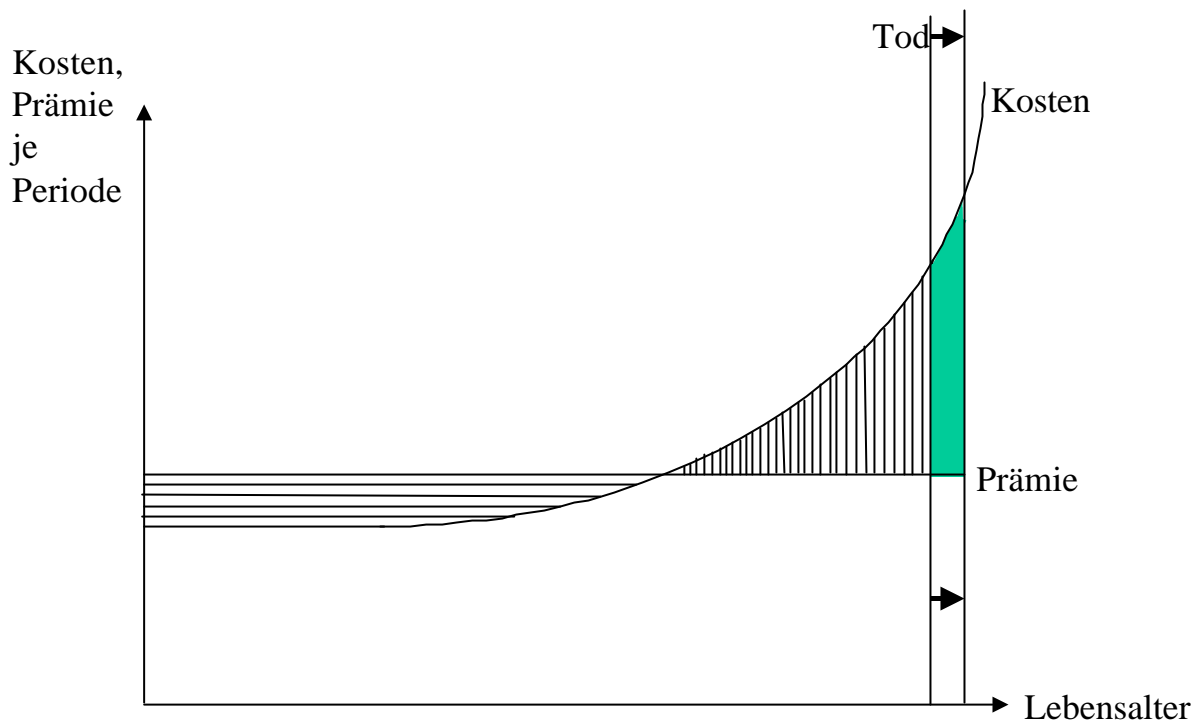


Abbildung 3: Auswirkungen einer Verschiebung der Kostenprofile



Ein ähnlicher Effekt ergibt sich, wenn die Lebenserwartung steigt (Abbildung 4). Bei Konstanz der altersspezifischen Ausgaben führen die gewonnenen Lebensjahre zu einem gesteigerten Finanzbedarf bei einer unverändert gebliebenen Summe der Altersrückstellungen. Auch hier ist eine ausgleichende Prämiensteigerung letztlich unvermeidlich.

Abbildung 4: Auswirkungen einer Verlängerung der Lebenserwartung



Derartige Nachkalkulationen wirken sich für die Bestandsversicherten beitrags erhöhend aus. Die Annahme der Konstanz der Leistungsausgaben hat sich in der Praxis als unzutreffend herausgestellt. Stattdessen erhöht sich, so das Fazit dieser Überlegungen, die Versicherungsprämie als Folge von (inflationsbedingten) Kostensteigerungen, Veränderungen der Leistungsanspruchnahme und des medizinischen Fortschritts sowie steigenden Lebenserwartungen in regelmäßigen Abständen (Bohn 1991).

Der Versicherer ist verpflichtet, mindestens jährlich seine Prämienkalkulation der einzelnen Tarife zu prüfen. Dazu sind die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen (§ 12b Abs. 2 VAG). Bei einer Abweichung von mehr als 10%, die nicht als vorübergehend anzusehen ist, wird eine Prämienanpassung des jeweiligen Tarifs notwendig. Die Nachkalkulation erfolgt getrennt nach Geschlecht und unterliegt den in der PKV geltenden versicherungsmathematischen Grundsätzen. Z.B. kann eine Verlängerung der Lebenserwartung der Männer also auch nur zu einer Prämienhöhung dieser Versichertengruppe – nicht aber zu einer Prämienhöhung für Frauen – führen.

Eine Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluß gehört in der substitutiven PKV zur Regel. Dazu werden primär die Gesundheitsangaben des Antragstellers geprüft. Bei einem erhöhten Morbiditätsrisiko werden Risikozuschläge verlangt, Leistungsausschlüsse vereinbart oder sogar der Antrag auf Abschluss einer Versicherung abgelehnt. In der PKV besteht nämlich kein Kontrahierungszwang. Schuldhaftes Verletzen der vorvertraglichen Anzeigepflichten der Versicherungsnehmer können auch nach Jahren zur Anfechtung des Vertrages oder zur Vertragskündigung durch den Versicherer führen.¹⁰ Die Risikoprüfung vor Vertragsabschluß ist in den letzten Jahren erheblich verfeinert worden. Für die Prognose der Kostenentwicklung bei bestimmten Risiken kommen auch computergestützte Bewertungsmodelle zum Einsatz (Meyer 2001). Würde der erforderliche Risikozuschlag die Tarifprämie um mehr als 100%

¹⁰ Zum Teil vereinbaren Versicherungsunternehmen vertraglich auch einen Verzicht auf dieses Sonderkündigungsrecht nach einer bestimmten Vertragslaufzeit.

übersteigen, kommt es in der Regel zu einer Vertragsablehnung durch die Versicherung. Die Quote der abgelehnten Verträge ist in den einzelnen PKV-Unternehmen sehr unterschiedlich.

Im Folgenden soll nun auf die bei der Prämienkalkulation zu verwendenden Daten und Berechnungsansätze näher eingegangen werden.

Die *Bruttoprämie* errechnet sich als:

Bruttoprämie = Nettoprämie + Sicherheitszuschlag¹¹ + sonstige Zuschläge¹²

Die *Nettoprämie* wiederum, die zur Deckung der Erwartungswerte der Leistungsausgaben notwendig ist, basiert auf folgenden in der Kalkulationsverordnung festgeschriebenen Rechnungsgrundlagen:

1. Kopfschäden
2. Rechnungszins
3. Sterbewahrscheinlichkeit
4. Stornowahrscheinlichkeit

Die *Kopfschäden* stellen die durchschnittlichen Versicherungsleistungen pro versicherter Person (pro Kopf) dar, die für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter ermittelt werden (§ 6 KalkV). In die Erstellung der Kopfschadenstatistik fließen ein:

- Arzneien und Verbandmittel,
- Zahnbehandlung,
- Zahnersatz und Kieferorthopädie,
- Sämtliche übrigen ambulanten Leistungen sowie
- Krankenhaus-Regelleistungen, Chefarztbehandlung, Zuschlag für Zwei- oder Einbettzimmer mit und ohne Ersatztagegeld.

Die Kopfschadenstatistiken werden von jedem einzelnen PKV-Unternehmen erstellt und meist auch zur eigenen Prämienkalkulation verwendet. Die Daten werden jedoch auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (=BaFin), die Rechtsnachfolgerin des ehemaligen Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen (BAV) übermittelt, die Kopfschadensprofile getrennt nach Alter, Geschlecht, Tarif und Selbstbehaltstufe für die gesamte PKV erstellt. Versicherungsunternehmen mit kleinen Versichertenzahlen oder ausländische Unternehmen, die ein Versicherungsgeschäft in Deutschland aufnehmen möchten, können diese Kopfschäden zur Kalkulation heranziehen.

Der *Rechnungszinssatz* darf laut § 4 KalkV 3,5% nicht übersteigen.

Daten über die Todesfälle der privat Krankenversicherten bilden die Grundlage der *Sterbetafeln* der PKV. Seit 1995 erstellt die PKV eigene Sterbetafeln, wobei die dabei errechnete Lebenserwartung für PKV-Versicherte deutlich über der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung liegt, die durch das Statistische Bundesamt ermittelt wird (siehe Tabelle 2) – ein Effekt der u.a. die sozial selektierte Population der PKV-Versicherten widerspiegelt. So beträgt die Lebenserwartung für einen neugeborenen Jungen laut PKV-Sterbetafel 2004 83,1 Jahre, laut Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes 2001/2003 jedoch nur 75,6 und damit 7,5 Jahre weniger. Neugeborene Mädchen werden laut PKV-Sterbetafel 2004 im Durchschnitt 86,8 Jahre alt und damit um 5,5 Jahre älter als der Durchschnitt laut Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes (81,3 Jahre).

¹¹ Der Sicherheitszuschlag beträgt mindestens fünf vom Hundert der Bruttoprämie.

¹² Die sonstigen Zuschläge umfassen: unmittelbare und mittelbare Abschlusskosten, Schadensregulierungskosten, Verwaltungskosten, Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, Zuschlag für den Standardtarif.

Ein weiterer Unterschied ist, dass in den Sterbetafeln der PKV geringere Differenzen in der Lebenserwartung der Geschlechter bestehen als in der Sterbetafel der Gesamtbevölkerung. Neugeborene Mädchen werden laut PKV-Sterbetafel 2004 durchschnittlich 86,8 Jahre und damit um 3,8 Jahre älter als neugeborene Jungen. Laut Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes liegt diese Differenz bei Neugeborenen mit 5,8 Jahren wesentlich höher.

Tabelle 2: Lebenserwartung für PKV-Versicherte und für die Gesamtbevölkerung

Fernere Lebenserwartung im Alter von ...				
		Sterbetafel PKV 2004	Sterbetafel PKV 2001	Sterbetafel Statisti- sches Bundesamt 2001/2003
Alter 0	Männer	83,05	80,80	75,59
	Frauen	86,81	85,49	81,34
Alter 20	Männer	63,30	61,07	56,27
	Frauen	67,01	65,69	61,87
Alter 40	Männer	43,74	41,62	37,12
	Frauen	47,29	45,96	42,28
Alter 60	Männer	24,94	23,03	19,84
	Frauen	28,29	27,04	23,92
Alter 80	Männer	9,18	8,52	7,14
	Frauen	11,23	10,58	8,57

Quelle: PKV-Verband 2004; Statistisches Bundesamt 2004.

Die PKV-Sterbetafeln werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet und der steigenden Lebenserwartung angepasst. Inzwischen wurde die PKV-Sterbetafel 2004 eingeführt. Gegenüber der PKV-Sterbetafel 2001 ist die Lebenserwartung der Männer stärker angestiegen als die der Frauen. Dies führt dazu, dass der Prämienanstieg sowohl bei Neuzugängen als auch bei Bestandsversicherten für Männer höher ausfällt als für die Frauenprämien.¹³

Die *Stornotafeln* schließlich geben die Wahrscheinlichkeit des Ausscheidens einer Versicherungsnehmerin oder eines Versicherungsnehmers aus einem PKV-Unternehmen aufgrund von Kündigung wieder. Denkbar sind dabei Wechsel zu anderen PKV-Unternehmen, Wegzug ins Ausland oder die Aufnahme einer GKV-pflichtigen Arbeitnehmerbeschäftigung, die mit einem Wechsel in die GKV verbunden ist.

In der substitutiven Krankenversicherung werden – mit Ausnahme bei den Kindertarifen – *geschlechterspezifische Tarife* erhoben, wobei Frauen deutlich höhere Beiträge zahlen. Die Prämien Differenz zwischen den Geschlechtern kann dabei sehr unterschiedlich sein. Beispielsweise muss eine selbständige Frau mit einem Eintrittsalter von 30 Jahren bei der Victoria XL mit um 25% höheren Prämien rechnen als ein Mann mit gleichem Eintrittsalter, bei der Debeka hingegen liegt diese Differenz bei ca. 40% und bei der Allianz VSI sogar bei 76%. Es

¹³ Beispielsweise steigen bei 30-Jährigen Neuzugängen die Prämien für Männer um 2,9 % für den Selbstbehalt 325 Euro bzw. um 4,5 % für den Selbstbehalt 1.600 Euro. Bei Frauen beträgt die Steigerung nur 0,7 % bzw. 1,3 %. Durch Beitragsanpassungen zahlt ein 40-jähriger Mann mit 10-jähriger Versicherungszeit ca. 5,5 % höhere Prämien für den niedrigen und 8,5 % höhere Prämien für den hohen Selbstbehalt, bei Frauen beträgt die Erhöhung 1,4 % bzw. 2,6 % (Schramm 2004).

ist zu beachten, dass die Selbstbeteiligungsraten dieser Beispielstarife verschiedener PKV-Unternehmen nicht identisch sind. Beitragsdifferenzen zwischen den Geschlechtern finden sich zumindest für die Eintrittsalter, in denen realistischerweise ein Versicherungsabschluss stattfindet.

Die PKV begründet die unterschiedlichen Beiträge für Männer und Frauen mit den höheren Leistungsaufwendungen für Frauen, die nach Angaben des PKV-Verbandes um 40% über denen der Männer liegen. Nur etwa ein Viertel davon sollen dabei auf Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt entfallen (Verband der privaten Krankenversicherung 2003). Diese Aussagen basieren jedoch auf Daten einiger weniger PKV-Unternehmen, die Anfang der 90er Jahre erhoben wurden (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Die Ausgaben für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden bei der Prämienkalkulation ausschließlich den Frauenprämien zugeschlagen. Laut § 10 Abs. 1 KalkV dürfen zwar die Geburtskosten auf beide Geschlechter verteilt werden. In der Praxis dürfte dies jedoch nicht vorkommen, weil damit die Prämien für Männer steigen würden und das betreffende PKV-Unternehmen einen Wettbewerbsnachteil befürchten müsste. Zudem würde dieses Vorgehen einen höheren Aufwand für Datenerfassung erfordern, da die Geburtskosten neben den Gesamtkosten separat erhoben werden müssten.

Die Kalkulation der *Prämien für Kinder* (bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres), *Jugendliche* (meist bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) und *Auszubildende* (bzw. Studenten) unterliegt einigen Besonderheiten. Diese Versichertengruppen sind – anders als in der GKV – in der PKV nicht beitragsfrei mitversichert. Hier wird weiterhin keine lebenslange Versicherungsdauer unterstellt und daher ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Die Beiträge stellen also reine Risikobeiträge dar und errechnen sich somit aus den durchschnittlichen Leistungsausgaben der jeweiligen Versichertengruppe (bei Kindern also z.B. aus den durchschnittlichen Leistungsausgaben der Altersgruppe 0-16 Jahre).

Nur die Kindertarife sind für Mädchen und Jungen einheitlich, hier liegen also Unisex-Tarife vor. Ist ein Elternteil privat krankenversichert und schließt für das Kind bis spätestens zwei Monate nach Geburt einen Versicherungsvertrag bei der eigenen privaten Krankenversicherung ab, wird keine Risikoprüfung fällig. Damit besteht Kontrahierungszwang. Auch ein Risikozuschlag wird im Kindertarif nicht erhoben.

Beim Jugend- und Ausbildungstarif ist die geschlechtereinheitliche Tarifierung aufgehoben. Studenten haben die Möglichkeit, sich entweder zum Normaltarif zu versichern, wobei sie bereits Alterungsrückstellungen bilden, oder den günstigeren Studententarif zu wählen. Es gibt sowohl unternehmensindividuelle als auch verbandseinheitliche Studententarife. Sie bieten maximal Versicherungsschutz bis zum 34. Lebensjahr (Verband der privaten Krankenversicherung, ohne Jahrgang).

2.1.3 Leistungsumfänge und Tarife in der PKV

Zwischen den Vertragsparteien in der PKV werden privatrechtliche Verträge geschlossen, in denen auch der Leistungsumfang vereinbart wird. Damit privat krankenversicherte Beschäftigte einen Arbeitgeberzuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, müssen die Vertragsleistungen allerdings der Art nach den GKV-Leistungen entsprechen (§ 257 Abs. 2 SGB V).¹⁴ Eine vollständige Identität des Leistungsumfanges ist damit nicht gefordert. Es kön-

¹⁴ In Paragraph § 257 Abs. 2 SGB V werden auch weitere Voraussetzungen für einen Arbeitgeberzuschuss genannt: das Versicherungsunternehmen muss nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, einen Standardtarif anbieten, den überwiegenden Anteil der Überschüsse zugunsten der Versicherten verwenden, auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichten sowie die Spartenrennung aufrecht erhalten.

nen natürlich mehr Leistungen versichert werden als in der GKV vorgesehen sind. Der Leistungsumfang wird in den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des einzelnen Versicherungsunternehmens konkretisiert, die sich wiederum aus den brancheneinheitlichen Musterbedingungen (für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 1994 der PKV) bzw. für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT)), den Tarifbedingungen und den Tarifen zusammensetzt.

Auf dem Markt findet sich eine breite Palette an unterschiedlichen Angeboten, die sich grob in Kostentarife und Tagegeldtarife unterteilen lassen (Helmich 2000).

Die *Krankheitskostenversicherung* bietet im vereinbarten Umfang Schutz gegen Krankheiten, Unfälle und andere, im Vertrag vereinbarte Leistungen, einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung (§ 178b Abs. 1 VVG). Sie kann entweder als Vollversicherung (mindestens ambulante und stationäre Behandlung) oder als Teilversicherung (ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Zahnbehandlung oder Kurkosten) abgeschlossen werden.¹⁵

Der *Standardtarif* stellt eine Sonderform der Vollversicherung dar. Er garantiert älteren PKV-Versicherten eine Versicherungsprämie, die den durchschnittlichen Höchstbetrag in der GKV nicht überschreiten darf und mit dem Leistungspaket der GKV vergleichbar ist. Eine Versicherung zum Standardtarif ist möglich für Versicherte (Beamte und sonstige Versicherte) über 65 Jahre sowie für Versicherte über 55 Jahre und Frührentner unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Auch neu Verbeamtete mit Vorerkrankungen können sich hier ohne Risikozuschlag versichern.¹⁶

Grundsätzlich können in der Krankheitskostenversicherung verschiedene Selbstbehaltstufen vereinbart werden. Bei Selbstbehaltstarifen verringert sich die Leistungserstattung um einen vereinbarten Betrag. Es gibt Tarife ohne Selbstbeteiligung, Tarife mit einem bestimmten jährlichen Festbetrag sowie Tarife mit einer prozentualen Selbstbeteiligung bis zu einer bestimmten Höhe.

Zu den *Tagegeldtarifen* zählen die Krankenhaustagegeldversicherung¹⁷ und die Krankentagegeldversicherung¹⁸. Die PKV-Unternehmen sind nicht verpflichtet, bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Fehlgeburt Krankentagegeld auszuzahlen. Auch innerhalb der Mutterschutzfristen müssen keine Zahlungen erfolgen. Die Regelungen der einzelnen Unternehmen sind darum sehr unterschiedlich.

Schließlich sei noch die *private Pflegepflichtversicherung* erwähnt, die für alle obligatorisch ist, die einen substitutiven Krankenversicherungsschutz abschließen (§ 23 SGB XI). Es besteht Kontrahierungszwang. Die Leistungen und die Höchstbeträge sind gesetzlich begrenzt, Risikozuschläge sind nicht möglich (§ 110 SGB XI). Die private Pflegepflichtversicherung ist ebenfalls als substitutive Versicherung anzusehen, weil sie die soziale Pflegeversicherung

¹⁵ Zusatzversicherungen von GKV-Versicherten sind in die Gruppe der Teilversicherungen zu rechnen.

¹⁶ Daneben gibt es auch spezielle Tarife für Angehörige spezieller Berufsgruppen (z.B. Apothekerinnen und Apotheker oder Ärztinnen und Ärzte), denen über ihre Kammern deutlich günstigere Tarife als üblich angeboten werden. Diesen Tarifen liegt eine eigene Leistungskalkulation für Angehörige der jeweiligen Berufe zugrunde.

¹⁷ Hier erhält der Versicherte im Falle medizinisch notwendiger stationärer Behandlung Geldleistungen in vereinbarter Höhe (§ 178 b Abs. 2 VVG).

¹⁸ Krankentagegeld erhält der Versicherte bei Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheit oder Unfällen (§ 178 b Abs. 3 VVG). Dabei können bis zu 100% des eigenen Nettoeinkommens versichert werden. Es besteht allerdings ein Bereicherungsverbot, d.h. das Tagegeld darf diese 100% nicht übersteigen. Arbeitnehmer erhalten das Krankentagegeld nach einer sechswöchigen Frist (vorher erhält er Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber). Selbständige vereinbaren vertraglich den Beginn der Auszahlung, z.B. nach dem 4. oder 8. Krankheitstag.

ersetzt. Daneben wird von der privaten Versicherungswirtschaft auch eine nicht obligatorische private Pflegezusatzversicherung angeboten, die als Zusatzversicherung anzusehen ist.

2.1.4 Leistungsabrechnung

Die Leistungsabrechnung geschieht in der PKV nach dem Kostenerstattungsprinzip, d.h. Versicherte begleichen das Honorar für den Leistungserbringer zunächst selbst und bekommen diese Ausgaben dann von der PKV erstattet, wobei die Notwendigkeit in Vorleistung zu treten im stationären Sektor inzwischen weitgehend aufgehoben ist.

Im ambulanten Bereich findet die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) statt, wobei die Gebühr mit bestimmten Steigerungsfaktoren multipliziert werden darf. Im Bereich der persönlichen ärztlichen Leistung beispielsweise beträgt dieser Faktor in der Regel das 1- bis 2,3-fache des Gebührensatzes, in begründeten Fällen kann er jedoch sogar auf das 2,4- bis 3,5-fache ansteigen. Stationäre Leistungen werden nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet, die damit für GKV und PKV gleichermaßen relevant ist.

Da die Vergütungssätze der PKV deutlich über denen der GKV liegen und die PKV damit für gleiche Leistungen häufig mehr an die Leistungserbringer zahlt, kommt es hier zu einer Quersubventionierung der GKV.

Im Vergleich zur GKV verfügt die PKV über wesentlich weniger Kompetenzen bezüglich der Verträge mit Leistungserbringern. Versicherte schließen mit den Leistungserbringern Behandlungsverträge ab. Die PKV ist dann durch den Versicherungsvertrag zur Erstattung dieser Kosten gezwungen, ohne Einfluss auf den Behandlungsvertrag ausüben zu können. Dieses duale Vertragsmodell wird beispielsweise durch die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (2004: 164) kritisiert, denn Versicherer haben so keine Möglichkeiten, Qualität oder Quantität der medizinischen Versorgung zu steuern. Die Kommission empfiehlt darum insbesondere, der PKV eine direkte Vertragsaufnahme mit Leistungserbringern zu ermöglichen, womit eine Angleichung zur Situation in der GKV herbeigeführt würde.¹⁹

2.2 Die PKV als Zusatzversicherung

Während die substitutive Krankenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzt, finden sich unter den privaten Zusatzversicherungen Angebote, die additiv oder erweiternd zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz abgeschlossen werden.

Dabei ist eine Prämienkalkulation sowohl nach Art der Lebensversicherung als auch nach Art der Schadenversicherung möglich. Eine Befristung der Verträge ist bei nicht substitutiven Krankenversicherungen grundsätzlich erlaubt. Private Krankenzusatzversicherungen unterliegen keiner präventiven Bedingungs- und Tarifkontrolle durch die BaFin. Kontrollen finden nur nachträglich und stichprobenartig statt.

Die meisten Krankenzusatzversicherungen werden bisher von spezialisierten Anbietern substitutiver Krankenversicherungen nach Art der Lebensversicherung betrieben. Wie bereits ausführlich beschrieben, erfordert dies unter anderem eine versicherungsmathematische Prämienkalkulation und die Bildung von Alterungsrückstellungen. Beispiele sind hier stationäre Zusatzversicherungen (Chefarztbehandlung, Einbettzimmer) und ambulante Zusatzversicherungen (Versicherungen für Brillen und Kontaktlinsen, Versicherungen für Heilpraktikerbehandlungen oder Zahnleistungen). Die Angebote der einzelnen Versicherungsunternehmen

¹⁹ Einzelne Ansätze solcher Vertragsleistungen wurden bereits von einigen Unternehmen erprobt (z.B. zwischen der DKV und Zahnärzten).

sind dabei sehr heterogen. In der Regel fallen für Frauen höhere Prämien an, wobei sich je nach Angebot und Leistungsumfang unterschiedlich hohe Prämienunterschiede ergeben.²⁰

Nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Zusatzversicherungen stellen traditionell die Auslandsreisekrankenversicherungen dar, die ohne Alterungsrückstellungen und mit zeitlicher Befristung abgeschlossen werden. Häufig gelten Altersgrenzen für einen Versicherungsabschluss. Aber auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel finden sich – nach Auskunft der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – einige Anbieter, die nach Art der Schadenversicherung kalkulieren.²¹

Werden die beiden Kalkulationsarten dem Versicherungstyp (substitutiv vs. nicht-substitutiv) gegenübergestellt, ergibt sich die in Tabelle 3 enthaltene 4-Felder-Matrix, die genutzt werden kann, um vorhandene private Krankenversicherungen zu systematisieren. Gegenstand der nachfolgenden Überlegungen zur Geschlechterdifferenzierung von Prämien in der deutschen PKV sind dabei ausschließlich die nach Art der Lebensversicherung kalkulierten substitutiven Krankenversicherungen.

Tabelle 3: Kalkulationsarten der Zusatzversicherung

	Substitutive Krankenversicherung	Nicht substitutive Krankenversicherung
Kalkulation nach Art der Lebensversicherung	Krankheitskostenversicherung, Pflegepflichtversicherung	Die meisten Krankenzusatzversicherungen
Kalkulation nach Art der Schadenversicherung	Nicht mit dem Gesetz zu vereinbaren	Reisekrankenversicherung

3. Empirie der Kostenverläufe von Männern und Frauen

Für Frauen werden in der PKV in Deutschland höhere Prämien als für Männer erhoben. Dies gilt zumindest für die Eintrittsalter, in denen faktisch ein Versicherungsabschluss geschieht. Begründet werden die höheren Frauenprämien mit einem höheren Schadensrisiko und einer längeren Lebenserwartung der Frauen. Immer wieder wird dabei angegeben, dass Frauen insgesamt rund 40 Prozent höhere Ausgaben für medizinische Leistungen verursachen als Männer, wobei von diesen 40 Prozent lediglich ein Viertel auf medizinische Leistungen wegen Schwangerschaft und Entbindung zurückzuführen seien (z.B. PKV-Verband 2003). Diese Aussagen basieren jedoch auf einer über zehn Jahre zurückliegenden Datenanalyse, die nicht öffentlich zugänglich ist und Daten von nur zwei PKV-Unternehmen einbezogen hat. Zur Beantwortung der von der EU-Richtlinie aufgeworfenen empirischen Fragen sind daher weitere Berechnungen der Kostenverläufe von Männern und Frauen – auch unter Berücksichtigung der schwangerschafts- und mutterschaftsbezogenen Leistungsausgaben – notwendig. Dazu wird zunächst auf den Stand der Forschung eingegangen (Abschnitt 3.1), um dann eige-

²⁰ Im Tarif AZplus+GA der Debeka lag der Männerbeitrag bei monatlich 15 Euro, bei Frauen hingegen bei 25 Euro. Die Frauenprämie ist damit um 67% teurer als die Männerprämie. Diese Zusatzversicherung bietet sowohl Versicherungsschutz für Zahnleistungen, Heilpraktikerleistungen, Brillen und Kontaktlinsen, Behandlungen im Ausland und einige weitere Leistungen. Im Tarif 193 der LKH zahlen Frauen (8 Euro) im Vergleich zu Männern (7 Euro) 14% mehr für eine Zusatzversicherung für Zahnleistungen (Stand: 1.6.2003).

²¹ Das Gespräch wurde am 3.1.2005 mit Herrn Dr. Schaumlöffel von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht geführt.

ne Berechnungen vorzunehmen, die die erkannten Forschungslücken schließen sollen (Abschnitt 3.3). Diesen eigenen Ergebnissen ist ein Abschnitt 3.2 vorweg gestellt, der auf die methodische Vorgehensweise eingeht.

3.1 Stand der Forschung

In der Literatur finden sich zahlreiche Studien, die die Leistungsausgaben von Frauen und Männern im Querschnitt nach Alter und für einzelne Leistungsbereiche vergleichen. So kam kürzlich auch das Statistische Bundesamt durch eine Querschnittsanalyse zu dem Ergebnis, dass sich die Krankheitskosten ungleichmäßig auf Frauen und Männer verteilen (Böhm et al. 2004). Dabei wurden die Kosten im Gesundheitswesen nach Krankheiten, sowie nach Alter, Geschlecht und Einrichtungen erfasst.²² Bezifferten sich die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben für Männer im Jahr 2002 auf 2.240 € betragen sie für Frauen im Durchschnitt 3.160 € und lagen damit um 41 Prozent über den Ausgaben für Männer. Ursachen für diese Unterschiede könnten laut Statistischem Bundesamt in einer erhöhten Behandlungsbedürftigkeit der Frauen liegen. Weiterhin werden die höhere Lebenserwartung und die Kosten für Schwangerschaft und Geburt als Gründe angeführt.

Tabelle 4: Durchschnittliche Leistungsausgaben von Frauen und Männern im Vergleich

Quelle	Jahr	Leistungsbereiche	Durchschnittliche Leistungsausgaben für Männer in €	Durchschnittliche Leistungsausgaben für Frauen in €	Differenz in % der Ausgaben für Männer
BKK-Stichprobe	2001	ambulant, stationär, Arzneimittel, Krankengeld, sonstige Leistungen	905	1.088	20,2
GKV West	2001	ambulant, stationär, Arzneimittel, Krankengeld, sonstige Leistungen, zahnärztliche Leistungen	1.649	1.865	13,1
GKV Ost	2001	ambulant, stationär, Arzneimittel, Krankengeld, sonstige Leistungen, zahnärztliche Leistungen	1.688	1.903	12,7
PKV (Beihilfe) gesamt	2002	ambulant, stationär (Zweibettzimmer), zahnärztliche Leistungen	2.834	3.100	9,4
davon:		ambulant	1.533	1.819	18,7
		stationär (2-Bettzimmer)	873	821	-5,9
		zahnärztliche Leistungen	428	460	7,5

Quelle: BKK-Bundesverband 2004; für die Angaben der GKV: VdAK/AEV 2003; für die PKV: BaFin 2003.

²² Dazu wurden die Eckwerte der Gesundheitsausgaben in Deutschland verwendet und diese Gesamtausgaben auf die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens verteilt. Neben Ausgaben der GKV wurden auch Ausgaben der PKV, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, private Haushalte, öffentliche Träger und Arbeitgeber berücksichtigt.

Tabelle 4 enthält eine Aufstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben für Männer und Frauen, die sich durch Division der jeweiligen Ausgaben durch die Zahl der Versicherten ergeben. In der gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Ausgaben für Frauen demnach um rd. 13% über denen der Männer. Bei einer repräsentativen Stichprobe von Versicherten der Betriebskrankenkassen, die für weitere Berechnungen verwendet wird (vgl. Abschnitt 3.2.3.2) steigt diese Differenz auf 20% an. Interessanterweise liegen die sich aus den Daten der PKV ergebenden Unterschiede sogar noch erkennbar unter denen für die GKV.

Bei der Beurteilung von medizinischen Leistungsausgaben im Lebensverlauf können Querschnittsanalysen jedoch zu Fehlinterpretationen führen, die aus den unterschiedlichen Altersverteilungen im Versichertenbestand und aus unterschiedlichen Lebenserwartungen von Frauen und Männern resultieren. Auch eine Standardisierung nach dem Alter kann hier nur beschränkt Abhilfe leisten. Denn mit der Altersstandardisierung werden zwar die unterschiedlichen Altersverteilungen (und damit auch die unterschiedlichen Mortalitätsraten) der Geschlechter standardisiert, die altersspezifischen Morbiditätsunterschiede werden jedoch beibehalten. Auch dieses Vorgehen ist also nicht verzerrungsfrei.

Aus methodischen Gesichtspunkten kann nur eine *Längsschnittanalyse*, d.h. eine Betrachtung der Kosten über den Lebenszyklus, ein verzerrungsfreies Bild liefern. Daten über einen kompletten, lebenslangen Kostenverlauf sind jedoch nur für bereits Verstorbene erhältlich. Mit Hilfe der Durchschnittsausgaben je Altersjahr und der Lebenserwartung lässt sich jedoch der Erwartungswert der lebenslangen Leistungsaufwendungen ermitteln, der ebenfalls einen unverzerrten Ausgabenvergleich nach Geschlecht ermöglicht. Dabei muss allerdings eine Konstanz der altersspezifischen Leistungsausgaben im Zeitverlauf unterstellt werden. Für Deutschland (aber auch international) liegen jedoch kaum Studien vor, die diesem Ansatz folgen.

Ebenfalls wenig erforscht ist bisher der Anteil der schwangerschafts- und mutterschaftsbedingten Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben. Lediglich zwei Studien aus Deutschland vergleichen die Leistungsausgaben von Männern und Frauen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersverteilungen der Geschlechter und der Ausgaben für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Beide Studien verwenden dabei Daten der GKV.

In einer aktuellen Studie analysieren König & Zoike (2004) die Leistungsdaten einer Stichprobe von BKK-Versicherten aus dem Jahr 2001, die Leistungsausgaben für ambulante ärztliche Behandlung, stationäre Versorgung, Arzneimittelverordnung, Krankengeld und einen Teil der sonstigen Leistungen umfasst.²³ Die Durchschnittsausgaben für Frauen belaufen sich dabei auf 1.088 € und für Männer auf 905 €²⁴ Die Leistungsausgaben für BKK-Versicherte Frauen lagen damit um rund 20% über denen der Männer. Allerdings liegt dieses Ausgaben-niveau deutlich unter den Durchschnittsausgaben der gesamten GKV – möglicherweise begründet in den „besseren Risiken“ der Versichertenpopulation der Betriebskrankenkassen. Auch wurden in den BKK-Daten im Gegensatz zu den GKV-Daten nicht die zahnärztlichen Leistungen berücksichtigt. Für die GKV West betragen die jährlichen Durchschnittsausgaben im Jahr 2001 dagegen 1.865 €(für Frauen) bzw. 1.649 €(für Männer) und für die GKV Ost 1.903 €(für Frauen) und 1.688 €(für Männer) (VdAK & AEV 2003).

Ein Vergleich der Durchschnittsausgaben der Männer und Frauen wird jedoch dadurch beeinflusst, dass die Altersverteilungen der beiden Teilpopulationen unterschiedlich sind, wobei Frauen – insbesondere aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung – überproportional in den höheren, ausgabenintensiveren Altersklassen vertreten sind. Um diesem Einfluss entgegen zu

²³ Die Stichprobe enthält Daten von 336.000 Versicherten, was 3,3% der GKV-Versicherten entspricht.

²⁴ Für diese Berechnung wurde jeweils die Gesamtsumme der Leistungsausgaben für Frauen (Männer) durch die Gesamtzahl der Frauen (Männer) in der Stichprobe dividiert.

wirken, nehmen die Autorinnen im nächsten Schritt eine Standardisierung der Daten nach dem Alter vor. Die sich dabei ergebenden standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben betragen für Frauen 1.040 € und liegen nur noch um 8% über denen der Männer (963 €).

Im nächsten Analyseschritt berechnen König & Zoike (2004) den Anteil der Kosten für Schwangerschaft und Geburt. Da sich eine eindeutige Identifizierung der entsprechenden Kosten als schwierig erwies, wurden die Frauen in zwei Gruppen aufgeteilt und das Leistungsgeschehen für Frauen ohne Schwangerschafts- oder Entbindungsdiagnose sowie Frauen mit entsprechender Diagnose verglichen. Nicht-schwangere Frauen in der Altersgruppe 26-35 Jahre verursachen um 30 bis 50% höhere Leistungsausgaben als Männer, bei schwangeren Frauen liegen diese Leistungsausgaben um das 2,2- bis 2,5-fache höher als bei Männern. Wie sich dies anteilmäßig auf die lebenslangen Leistungsaufwendungen verteilt, ist nicht untersucht worden.

Im letzten Untersuchungsschritt schließen die Autorinnen vor einem Vergleich der Leistungsausgaben sämtliche geschlechterspezifischen Kosten aus. Hierzu zählen gynäkologische und urologische Leistungen sowie die entsprechenden Arzneimittelgruppen. Nach Bereinigung der verbleibenden Leistungsausgaben um den Alterseffekt liegen die Durchschnittsausgaben für Frauen bei 641 € und sind damit um nur noch 9% niedriger als für Männer. Gegenüber den altersstandardisierten durchschnittlichen Gesamtausgaben der Frauen (1.040 €) sind die Durchschnittsausgaben damit um 400 € gesunken. Gynäkologische Leistungen bei Frauen tragen also einen bedeutenden Anteil an den Gesamtleistungsausgaben für Frauen und einen höheren als die urologischen Leistungen bei Männern. Dies hängt laut König & Zoike (2004) unter anderem mit den bereits ab dem 20. Lebensjahr beginnenden gynäkologischen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (bei Männern gewinnt die Krebsfrüherkennung erst ab dem 45. Lebensjahr an Bedeutung), mit Arztbesuchen der Frauen im Zusammenhang mit Rezepten für Verhütungsmittel sowie häufigeren geschlechtsspezifischen Erkrankungen der Frauen zusammen.

Eine ältere Studie, die ebenfalls die Leistungsausgaben nach dem Geschlecht untersucht, wurde vom Baden-Württembergischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (1993) herausgegeben. Die in der Studie analysierten Daten wurden zwischen 1985 und 1987 in den Regionen Heilbronn und Ravensburg im Rahmen eines Modellversuchs mit Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Apotheken und Krankenhäusern erhoben und sind demnach bereits fast 20 Jahre alt. Neben allgemeinen, versichertenbezogenen Daten liegen auch umfassende Kostendaten aus den Bereichen Arzneimittel, ambulante und stationäre Versorgung, physikalische Therapie sowie Angaben über Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld vor.²⁵ Ziel der Untersuchung war ein Vergleich der geschlechterspezifischen Ausgaben unter Berücksichtigung des Schwangerschaftsrisikos, der unterschiedlichen Lebensverhältnisse und der unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen. Auf den ausführlichen Querschnittsvergleich der Studie soll an dieser Stelle auf Grund der methodologischen Probleme, die mit diesem Vorgehen verbunden sind, nur kurz eingegangen werden. Im Querschnitt liegen die Leistungsaufwendungen für Frauen im Wesentlichen nur in den von Schwangerschaft betroffenen Altersgruppen über denen der Männer. Insgesamt betragen die Durchschnittskosten der lebenslang anfallenden Ausgaben für Frauen in der Region Heilbronn 1.328 DM und übersteigen damit die der Männer (1.012 DM) um 31%.²⁶ In der Region Ravensburg beträgt die Differenz mit rund 27% etwas weniger.

²⁵ Analysiert wurden 301.396 Versicherungsjahre (darunter 148.309 Versichertenjahre von Frauen).

²⁶ Die Autoren der Studie beschreiben detailliert die Ergebnisse der Querschnittsanalyse für einzelne Leistungsbereiche und vergleichen dabei auch Frauen ohne und mit Schwangerschaftsdiagnose sowie Frauen ohne und mit Kindern. Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, diese Ergebnisse im Einzelnen wiederzugeben.

Interessant sind die Ergebnisse der Modellierung eines Längsschnitts durch Bildung der Summe der Produkte der durchschnittlichen Leistungsausgaben und der Überlebenswahrscheinlichkeit je Versichertenjahr. Die Autoren der Studie unternehmen dabei den Versuch, die Differenz der Ausgabenprofile von Männern und Frauen in verschiedene Einzelkomponenten zu zerlegen und somit den Einfluss verschiedener Leistungsbereiche auf die Differenz abzuschätzen. Der Einfluss der einzelnen Bereiche wird zum einen von Geburt an und zum anderen diskontiert (Zinssatz 3,5%) ab dem 25. Lebensjahr geschätzt. Tabelle 5 gibt den Einfluss der einzelnen Komponenten für die Region Heilbronn detailliert wieder.

Tabelle 5: Zerlegung der geschlechtsbezogenen Unterschiede der lebenslangen Leistungsaufwendungen in Komponenten – Region Heilbronn

	Mehrausgaben der Frauen			
	Von Geburt an (ohne Diskontierung)		Ab 25 Jahren (mit 3,5% abgezinst)	
	in DM	in % der jeweiligen Gesamtausgaben für Männer	in DM	in % der jeweiligen Gesamtausgaben für Männer)
Ambulante Arztausgaben	1.859	2,2	411	4,0
Arzneimittelausgaben	2.423	2,9	439	4,3
Stationäre Ausgaben	-3.867	-4,6	-34	-0,3
Kosten für Schwangerschaftskomplikationen	2.092	2,5	479	4,6
Kosten für Entbindung	2.350	2,8	534	5,2
Lebenserwartung	17.449	20,9	1.350	13,1
Summe	22.306	26,7	3.180	30,8

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg 1993.

Demnach liegen die nominalen Mehrausgaben der Frauen über den gesamten Lebenszyklus hinweg um mehr als 22.000 DM über denen der Männer, Das entspricht gut einem Viertel der Leistungsausgaben der Männer. Mit einem Betrag von 17.449 DM entfällt mehr als 78% dieses Unterschieds dabei auf die höhere Lebenserwartung der Frauen, die so zum entscheidenden Erklärungsmerkmal für die unterschiedlichen Leistungsausgaben von Männern und Frauen wird. Das Bild ändert sich aber, sobald die Leistungsausgaben diskontiert werden, d.h. sobald der Gegenwartswert (Barwert) der zukünftigen Ausgaben berücksichtigt wird. Da die Mortalitätsunterschiede vor allem in höherem Lebensalter deutlich werden, entstehen auch die Ausgabendifferenzen zwischen den Geschlechtern überwiegend erst weit in der Zukunft. Durch die – aus Sicht der ökonomischen Theorie zwingend notwendige – Diskontierung verliert dieser Unterschied erheblich an Bedeutung. Zwar ist die unterschiedliche Lebenserwartung immer noch der erklärungsstärkste Einzelfaktor, jedoch kommt es annähernd zu einer Halbierung der Erklärungskraft: Nur noch 43% des akkumulierten Unterschiedes kann nun-

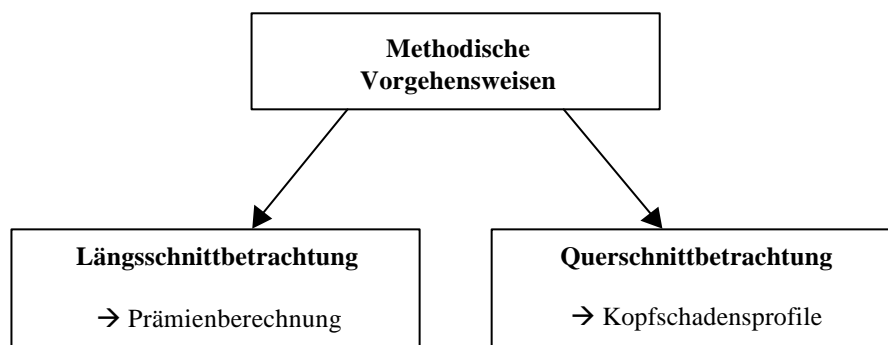
mehr auf unterschiedliche Lebenserwartungen zurückgeführt werden. Dieser Anteil würde sich noch deutlich verringern, wenn eine höhere Diskontierungsrate angesetzt würde.

Insgesamt kann damit konstatiert werden, dass zwar interessante Ergebnisse im Querschnittvergleich, aber nur wenig repräsentative Ergebnisse im Längsschnitt vorliegen, die zudem auf veralteten Daten beruhen. Nachstehend werden daher eigene Berechnungen zur Beantwortung der interessierenden Forschungsfragen präsentiert.

3.2 Methodische Vorgehensweise bei den eigenen Berechnungen

Bei der Berechnung der Kostenverläufe von Männern und Frauen lassen sich zwei Ansätze unterscheiden: Quer- und Längsschnittanalysen. Bei den *Querschnittsanalysen* werden die Kopfschadensprofile, d.h. die durchschnittlichen Kosten einer versicherten Person pro Lebensjahr berechnet und dann zwischen den beiden Geschlechtern verglichen. In *Längsschnittanalysen* werden diese Kopfschadensprofile verwendet, um daraus (lebenslang konstante) Prämien in Abhängigkeit vom Eintrittsalter zu berechnen. Hierzu müssen zusätzlich Sterbetafeln herangezogen werden.

Abbildung 5: Methodische Vorgehensweisen



Die Probleme der Querschnittsanalysen liegen zum einen darin, dass die Lebenserwartung nicht berücksichtigt wird. Zum zweiten können dann keine generalisierten Aussagen abgeleitet werden, wenn sich die Kopfschadensprofile von Frauen und Männern schneiden. Beide Probleme werden bei der Längsschnittbetrachtung gelöst. Durch die Berechnung von lebenslang konstanten Prämien in Abhängigkeit vom Eintrittsalter werden Mortalitätsunterschiede erfasst. Die Ermittlung einer einzigen Kennziffer erlaubt es zudem die Ausgabenintensität von Männern und Frauen auch dann zu vergleichen, wenn sich die Kostenprofile (beliebig oft) schneiden. Aus diesem Grund steht die Längsschnittanalyse im Zentrum der folgenden Berechnungen

Nachstehend wird diesbezüglich zunächst der verwendete Berechnungsansatz vorgestellt (Abschnitt 3.2.1). Anschließend wird diskutiert, welcher Ansatz gewählt werden kann, um die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zu ermitteln (Abschnitt 3.2.2), bevor abschließend auf die verwendete Datenbasis eingegangen wird.

3.2.1 Berechnungsansatz für lebenslang konstante Prämien

Der Grundgedanke der Prämienkalkulation in der PKV ist es, eine Prämie zu berechnen, die – ceteris paribus – lebenslang konstant gehalten werden kann (vgl. Abschnitt 2.1.2). Hierzu werden die erwarteten Leistungsausgaben und Beitragszahlungen über den gesamten Lebenszyklus ermittelt, kumuliert und ins Verhältnis zueinander gesetzt. Da die Beitragszahlungen

und Ausgaben zu unterschiedlichen Zeitpunkten anfallen, müssen jeweils Barwerte gebildet werden. Hierzu werden diese Finanzströme auf einen gemeinsamen Zeitpunkt abgezinst.

Die gesuchte Jahresnettoprämie ergibt sich somit als Quotient aus dem Leistungsbarwert und dem Rentenbarwert. Der Leistungsbarwert entspricht dem Gegenwartswert der erwarteten Summe aller zukünftigen Ausgaben, der Rentenbarwert dem Gegenwartswert der erwarteten Anzahl zukünftiger Beitragszahlungen.

Der *Leistungsbarwert* kann ermittelt werden, indem für die erwarteten Leistungsausgaben aller Folgeperioden Barwerte errechnet werden, diese jeweils auf die Gegenwart abdiskontiert werden und anschließend addiert werden. Die erwarteten Leistungsausgaben hängen dabei ab von der durchschnittlichen Höhe der Leistungsausgaben einer Person im entsprechenden Alter und der Erlebenswahrscheinlichkeit, d.h. der Wahrscheinlichkeit dafür, dass die oder der Versicherte dieses Alter überhaupt erreicht und zu diesem Zeitpunkt noch versichert ist. Formal lässt sich der Leistungsbarwert (A_x) wie folgt darstellen:

$$A_x = E_{t=1} \cdot \frac{K_{t=1}}{(1+i)^1} + E_{t=2} \cdot \frac{K_{t=2}}{(1+i)^2} + E_{t=3} \cdot \frac{K_{t=3}}{(1+i)^3} + \dots + E_{t=n} \cdot \frac{K_{t=n}}{(1+i)^n},$$

wobei K_t , die Ausgaben in der Periode t , E_t die Wahrscheinlichkeit dafür, die Periode t zu erreichen, und i den Rechnungszins repräsentieren.

Allerdings sind die Leistungsausgaben der Folgeperioden unbekannt. Diese können jedoch durch die Kopfschadensstatistik der gegenwärtigen Periode geschätzt werden. Tritt daher ein x -Jähriger der privaten Krankenversicherung bei, werden die Leistungsausgaben für die k -te Periode durch die aktuellen Kopfschäden der heute $x+k$ -jährigen geschätzt. Damit wird implizit eine Konstanz der alters- und geschlechtsspezifischen nominalen Leistungsausgaben für die Zukunft unterstellt (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.1.2).

Abbildung 6: Zusammenhang zwischen tatsächlichen zukünftigen Leistungsausgaben und Kopfschadensprofilen

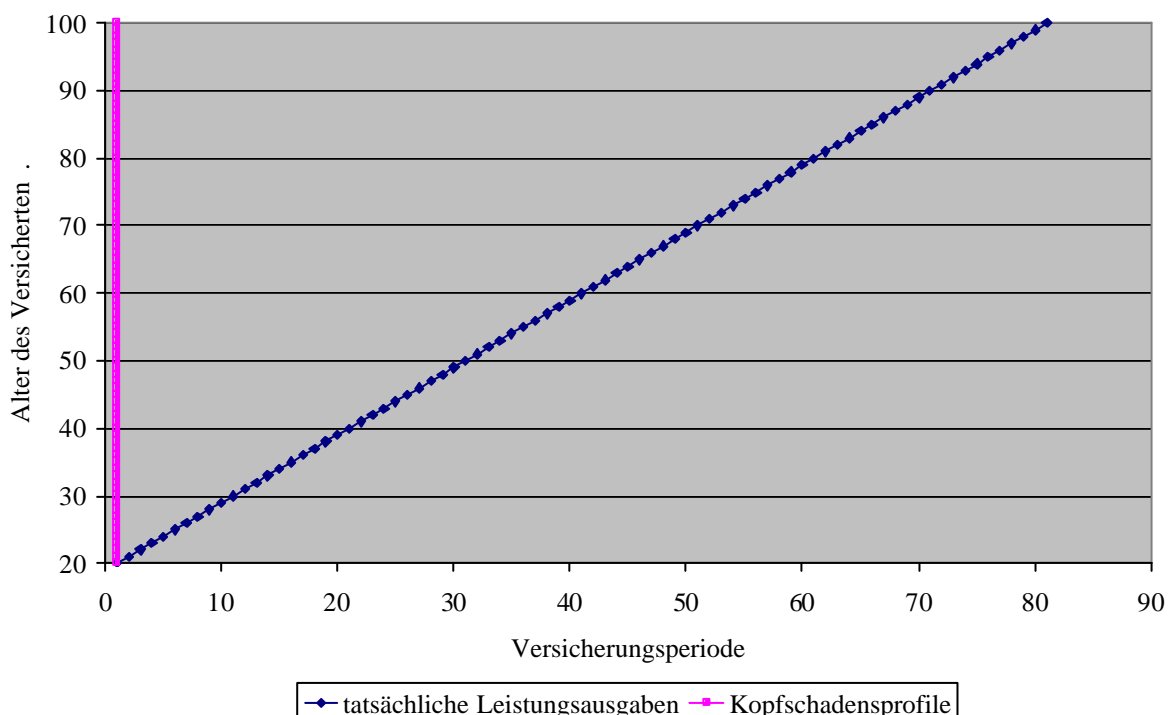


Abbildung 6 zeigt diesen Zusammenhang noch einmal graphisch für eine Person auf, die mit 20 Jahren der privaten Krankenversicherung beiträgt. Während die tatsächlichen Ausgaben, die diese Person im Alter von 50 Jahren verursacht, erst in 30 Jahren, also in der 31. Versicherungsperiode anfallen und erst dann erhoben werden können, wird für die Berechnung auf die Kopfschäden der heute 50jährigen abgestellt.

Der *Kopfschaden* eines x -Jährigen (K_x) ergibt sich dabei als:

$$K_x = \frac{S_x}{L_x} = \frac{\text{Versicherungsleistung für } x\text{-Jährige Versicherte}}{\text{Anzahl der } x\text{-Jährigen, die } S_x \text{ verursacht haben}}$$

Als Rechnungsgrundlage für die Berechnung der Leistungsbarwerte werden somit folgende Elemente benötigt:

- Kopfschadensstatistiken ,
- Rechnungszinssatz und
- Sterbewahrscheinlichkeit²⁷.

Die Rentenbarwerte (a_x) werden analog berechnet:

$$a_x = E_{t=1} \cdot \frac{1}{(1+i)^1} + E_{t=2} \cdot \frac{1}{(1+i)^2} + E_{t=3} \cdot \frac{1}{(1+i)^3} + \dots + E_{t=n} \cdot \frac{1}{(1+i)^n}$$

Auch hier müssen die zukünftigen Finanzströme abgezinst werden und auch bei den Beitragszahlungen ist die Erlebenswahrscheinlichkeit zu berücksichtigen. Im Nenner der Summanden steht lediglich eine eins, da hier nur die (diskontierte und mit der Erlebenswahrscheinlichkeit gewichtete) Anzahl der zukünftigen Leistungszahlungen eingeht.

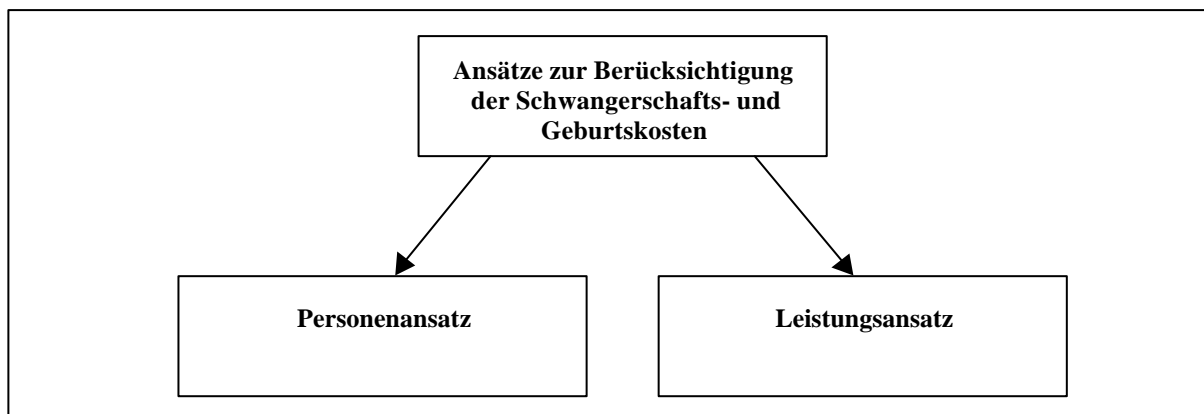
Der hier skizzierte und im Folgenden verwandte Berechnungsansatz folgt den anerkannten versicherungsmathematischen Methoden zur Berechnung der Prämien und Rückstellungen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung. Eine formale Darstellung findet sich in der Kalkulationsverordnung sowie in den einschlägigen versicherungsmathematischen Grundlagenwerken (vgl. z.B. Bohn 1980).

3.2.2 Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtskosten

Wie bereits in Abschnitt 1.2.2 ausgeführt wurde, wird der Begriff der Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten in der EU-Richtlinie nicht weiter ausgeführt. Im Folgenden werden hierunter ausschließlich die Kosten für Schwangerschaft und Geburt gefasst. Darüber hinausgehende „Mutterschaftskosten“ bleiben unberücksichtigt. Zur Ermittlung dieser Kosten können grundsätzlich zwei Ansätze unterschieden werden (vgl. Abbildung 7).

²⁷ Die PKV berücksichtigt an dieser Stelle nicht nur die Sterbe-, sondern auch die Stornowahrscheinlichkeit. Eine Stornierung der Verträge kommt in der Praxis nur bis zu einem Alter von rund 40 Jahren vor. Der zentrale Effekt einer Stornierung liegt dabei darin, dass die akkumulierten Altersrückstellungen an die übrigen Mitglieder des Versicherungstarifs vererbt werden. Dadurch verringert eine hohe Stornowahrscheinlichkeit die Prämie, da die eigenen Ersparnisse beim Wechsel einer Versicherung de facto enteignet werden. Dieser Effekt wird seit vielen Jahren als wettbewerbshemmend kritisiert (vgl. Abschnitt 2.1.2), so dass in näherer Zukunft von der Einführung portabler Altersrückstellungen ausgegangen werden kann, die die Kalkulationsbasis verändern würden. Um die Berechnungen nicht durch die Effekte der derzeitigen Regelungen zur fehlenden Übertragbarkeit von Altersrückstellungen zu verzerren, wurde die Stornowahrscheinlichkeit in den folgenden Berechnungen nicht berücksichtigt.

Abbildung 7: Ansätze zur Berücksichtigung der Schwangerschaftskosten



Zum einen können Frauen mit Schwangerschaft und Frauen ohne Schwangerschaft unterschieden werden. Aus dem Vergleich beider Kostenverläufe kann dann auf die Kosten von Schwangerschaft und Geburt geschlossen werden. Da hierbei zwei Personengruppen unterschieden werden, wird dieser Ansatz im Folgenden als *Personenansatz* bezeichnet.

Zum anderen kann versucht werden, die Kosten von Schwangerschaft und Geburt direkt zu erfassen, indem die diesbezüglichen Leistungen erfasst und in Bezug auf ihre Kosten quantifiziert werden. Dieser Ansatz wird nachstehend als *Leistungsansatz* bezeichnet. Für die Kosten im stationären Bereich könnte hierbei auf ICD-Ziffern abgestellt werden, während für den ambulanten Bereich auch GOÄ-Ziffern (sofern es sich um PKV-Versicherte handelt) oder EBM-Ziffern (wenn Daten von GKV-Versicherten herangezogen werden) verwandt werden können.²⁸

Allerdings erweist es sich als schwierig die Leistungen zu identifizieren, die eindeutig Schwangerschaft und Geburt zugerechnet werden können. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Lage kann dieser Ansatz zurzeit daher nur ergänzend herangezogen werden. Werden nur die Leistungen berücksichtigt, die eindeutig auf Schwangerschaft und Geburt zurückgehen, kann so eine Untergrenze der diesbezüglichen Ausgaben ermittelt werden.

3.2.3 Daten

Für die angesprochenen Längsschnittanalysen werden folgende Daten benötigt:

- Kopfschadensprofile (Querschnittsdaten)
- Sterbetafeln
- Nach Schwangeren und Nicht-Schwangeren differenzierte Kopfschadensprofile (Querschnittsdaten)
- Leistungsausgaben für Behandlungen und Untersuchungen aufgrund von Schwangerschaft und Geburt.

²⁸ Die International Classification of Diseases (ICD) ist ein Klassifikationssystem, das alle Krankheiten erfasst. Eine ICD-Kodierung wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor vorgenommen. Da die ambulanten Diagnosen bisher kaum in ihrer Qualität geprüft wurden, kann über ihre Zuverlässigkeit keine valide Aussage getroffen werden. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) klassifiziert die verschiedenen Tätigkeiten niedergelassener Ärzte. Sie ist Grundlage für die Abrechnungen für privatärztliche Leistungen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) klassifiziert alle ärztlichen Leistungen, die zu Lasten der GKV erbracht werden können, und ordnet ihnen eine Punktzahl zu, auf deren Grundlage die Honorierung der Ärzte durch ihre Kassenärztliche Vereinigung erfolgt.

Daten wurden uns freundlicherweise von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Kopfschadensprofile), dem PKV-Verband (Sterbetafeln) und dem BKK-Bundesverband (Kopfschadensprofile für Schwangere und Nicht-Schwangere, Leistungsausgaben für Schwangerschaft und Geburt) zur Verfügung gestellt. Auf die Daten der BaFin und der BKK sei in den folgenden Abschnitten kurz eingegangen.

3.2.3.1 Daten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Für die *Kopfschadensprofile* wird auf die öffentlich zugänglichen Daten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zurückgegriffen. Die BaFin beaufsichtigt unter anderem die privaten Krankenversicherungen, bezüglich derer sie die durchschnittlichen Kopfschadensprofile erstellt (siehe hierzu auch Kapitel 2.1.1). Durch diesen Rückgriff auf den größtmöglichen Versicherungspool werden Verzerrungen vermieden, die entstehen, wenn nur Angaben weniger ausgewählter Versicherungsunternehmen verwendet werden. In unseren Berechnungen werden die Kopfschadensstatistiken aus dem Anhang der November-Veröffentlichung 2003.²⁹ Im Einzelnen handelt es sich hierbei um verschiedene Kopfschadenstatistiken, die für bestimmte Tarife (Ambulanttarif, Stationärtarif³⁰ und zahnärztliche Leistungen), Versichertengruppen (Beihilfeberechtigte und sonstige Versicherte mit verschiedenen Selbstbehalten) und Altersstufen nach Geschlecht für das Jahr 2002 ermittelt wurden.

Bei der verwendeten *Sterbetafel* handelt es sich um die aktuelle Sterbetafel 2004, die uns der PKV-Verband freundlicher Weise zur Verfügung gestellt hat.

3.2.3.2 Daten der BKK

Weder mittels des Personen-, noch mittels des Leistungsansatzes lassen sich die Kosten von Schwangerschaft und Geburt mit verfügbaren PKV-Daten berechnen.

Über die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht sind derartige Angaben nicht erhältlich. Geeignete Daten von Einzelunternehmen waren ebenfalls nicht verfügbar. Zum Teil konnten Einzelunternehmen nicht einmal Auskunft über die Zahl der Schwangerschaften pro Jahr geben. Für die Abschätzung der Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt muss daher auf Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen werden. Diesbezüglich wurden uns freundlicherweise vom BKK-Bundesverband entsprechende Daten aus dem Jahre 2001 zur Verfügung gestellt. Bei diesem BKK-Datensatz handelt es sich um eine Stichprobe von 336.000 Versicherten, deren Anteil etwa 3,3% aller GKV Versicherten ausmacht.

Für diese Versicherten enthält die Stichprobe Leistungsausgaben für ambulante ärztliche Behandlungen, stationäre Versorgungen, Arzneimittelverordnungen, Krankengeld und einen Teil der sonstigen Leistungen. Zusätzlich liegen Informationen über Versichertenmerkmale (z.B. Geschlecht, Alter) vor. Insbesondere werden die Leistungsausgaben für die Frauen, die im Beobachtungszeitraum eine schwangerschaftsrelevante Diagnose erfahren haben (Schwangere) und sonstige Frauen (Nicht-Schwangere) getrennt. Damit liegen *nach Schwangeren und Nicht-Schwangeren differenzierte Kopfschadensprofile* vor, die in den Berechnungen des Abschnitts 3.3.3 verwendet werden können.

Zudem enthält der Datensatz Angaben für *Leistungsausgaben* (im ambulanten und stationären Bereich) *für Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbrüche und Geburt* (nicht aber für Reproduktionsmedizin und Schwangerschaftsverhütung). Die relevanten Leistungen wurden dabei an Hand von ICD-Ziffern identifiziert. Mittels dieser Angaben kann in Abschnitt 3.3.3.2 auch der Leistungsansatz verfolgt werden.

²⁹ Diese Daten sind kostenlos unter folgender Internetadresse zugänglich: www.bafin.de.

³⁰ Beim Stationärtarif wurde der Zweibettzimmer-Tarif verwendet.

3.3 Ergebnisse der Berechnungen

Im Folgenden werden die geschlechterdifferenzierten Verläufe sowohl der Kopfschäden (Querschnittsanalyse), als auch der jährlichen Nettoprämien (Längsschnittanalyse) dargestellt. Diese Kostenverläufe unterscheiden sich für verschiedene Versichertengruppen (Beamte vs. sonstige Versicherte), verschiedene Formen der Selbstbeteiligung (bei den sonstigen Versicherten) und auch dem gewählten Diskontierungssatz. Im Folgenden werden die Kostenverläufe daher zunächst für ein Referenzszenario berechnet (Abschnitt 3.3.1). In den verschiedenen Sensitivitätsanalysen wird dann überprüft, inwieweit sich die Ergebnisse ändern, wenn einzelne Annahmen geändert werden (Abschnitt 3.2). Eine gesonderte Betrachtung der Kostenverläufe unter Berücksichtigung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt wird schließlich in Abschnitt 3.3 vorgenommen.

3.3.1 Referenzszenario

Das Referenzszenario dient dazu, den später folgenden Sensitivitätsanalysen eine geeignete Vergleichsbasis gegenüberzustellen. Für dieses Szenario wird auf die Daten der *Beihilfeberechtigten* zurückgegriffen, zum einen da rund die Hälfte der PKV-Versicherten einen Beihilfeanspruch hat, die Fallzahlen also größer sind als bei allen anderen Versichertensubgruppen, und zum anderen, weil die von der Beihilfe getragenen Kostenanteile für diese Versichertengruppe ergänzt wurden und die Kopfschadensprofile daher die gesamten Ausgaben umfassen, für sonstige Versicherte nur die PKV-Ausgaben (ohne Selbstbeteiligung) erfasst werden. Bei den Analysen werden sowohl die Kopfschadensprofile im Querschnitt (Abschnitt 3.3.1.1) als auch die Ergebnisse der berechneten Nettoprämien (Längsschnittbetrachtung) präsentiert. Bei der Berechnung der letzteren werden der in der Kalkulationsverordnung als Höchstwert genannte Diskontsatz von 3,5% und die Sterbetafeln der PKV zugrunde gelegt.

3.3.1.1 Gesamtkostenverläufe im Querschnittsvergleich

Eine Vollkostenversicherung in der PKV umfasst die ambulante Versorgung (ärztliche und verordneter Leistungen), die stationäre Versorgung³¹ und zahnärztliche Leistungen.

Wie Abbildung 8 zeigt, verursachen Männer im *Ambulanttarif* bis zu einem Alter von 13 Jahren gegenüber den Frauen geringfügig höhere Kosten. Danach kehrt sich der Kostenverlauf um und Frauen weisen, bis zu einem Alter von 70 Jahren, erheblich höhere Kosten auf. Auffällig ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Altersspanne der etwa 20-40-Jährigen, da hier die größten geschlechtsspezifischen Kostendifferenzen auftreten. Gerade in dieser Altersspanne ist es sehr wahrscheinlich, dass ein Großteil der geschlechtsspezifischen Differenzen bezüglich der Leistungsausgaben schwangerschaftsbedingt ist. Ab einem Alter von 71 Jahren verursachen die Männer schließlich wieder höhere Kosten als die Frauen.

Im Tarif für *stationäre Leistungen* (Abbildung 9) ergibt sich ein ähnliches Bild: Wie auch im ambulanten Bereich liegen die Kosten der Frauen vor allem im 20. bis 40. Lebensjahr über denen der Männer. Danach nähern sich die Kosten für stationäre Leistungen zwischen den Geschlechtern wieder an, kreuzen sich aber schon bei einem Alter von 52 Jahren. Für höhere Altersstufen sind die Männer (deutlich) teurer als die Frauen. Insgesamt betrachtet liegen die Kopfschäden beim Stationärtarif auf einem erkennbar niedrigeren Niveau als beim Ambulanttarif. Zudem nähern sich die geschlechtsspezifischen Kostendifferenzen deutlich früher einander an: Beim Ambulanttarif übersteigen die Kosten der Männer die der Frauen im Alter von 71 Jahren, beim Stationärtarif hingegen bereits im Alter von 53 Jahren.

³¹ Bei den Beihilfeberechtigten sind insgesamt 3 Tarife für stationäre Leistungen zu unterscheiden. Im Folgenden wurde immer der Tarif für ein 2-Bett-Zimmer zugrunde gelegt.

Abbildung 8: Kopfschaden – Ambulanttarif und Beihilfeberechtigte nach Geschlecht

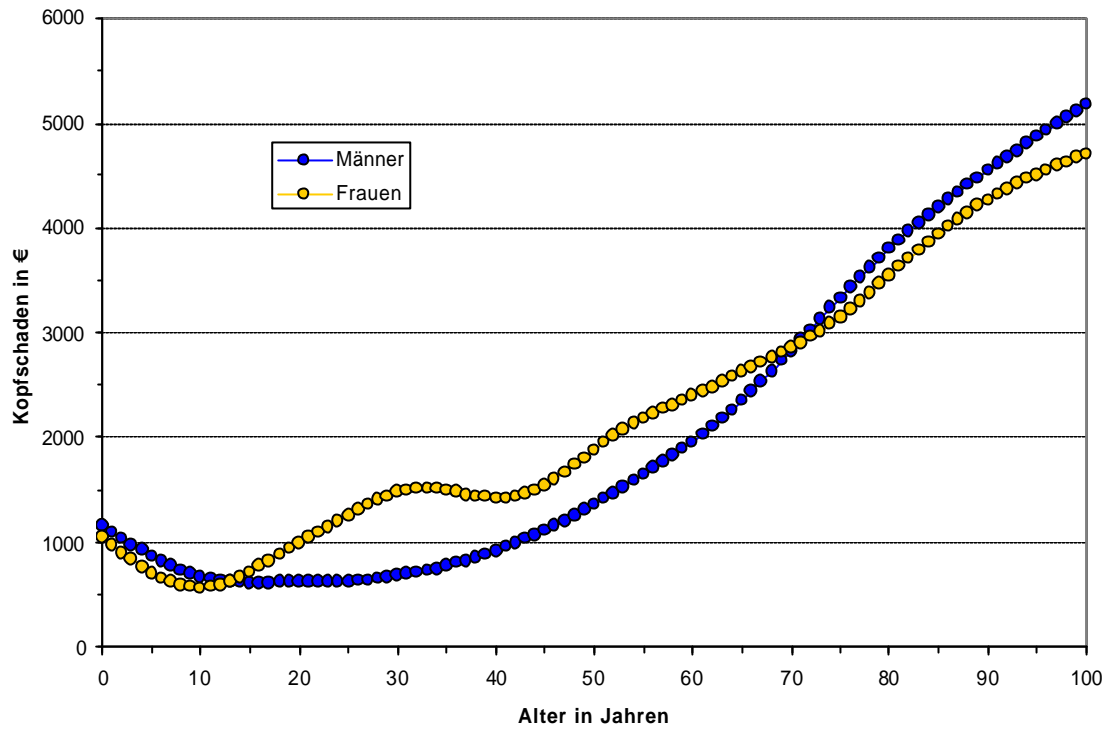
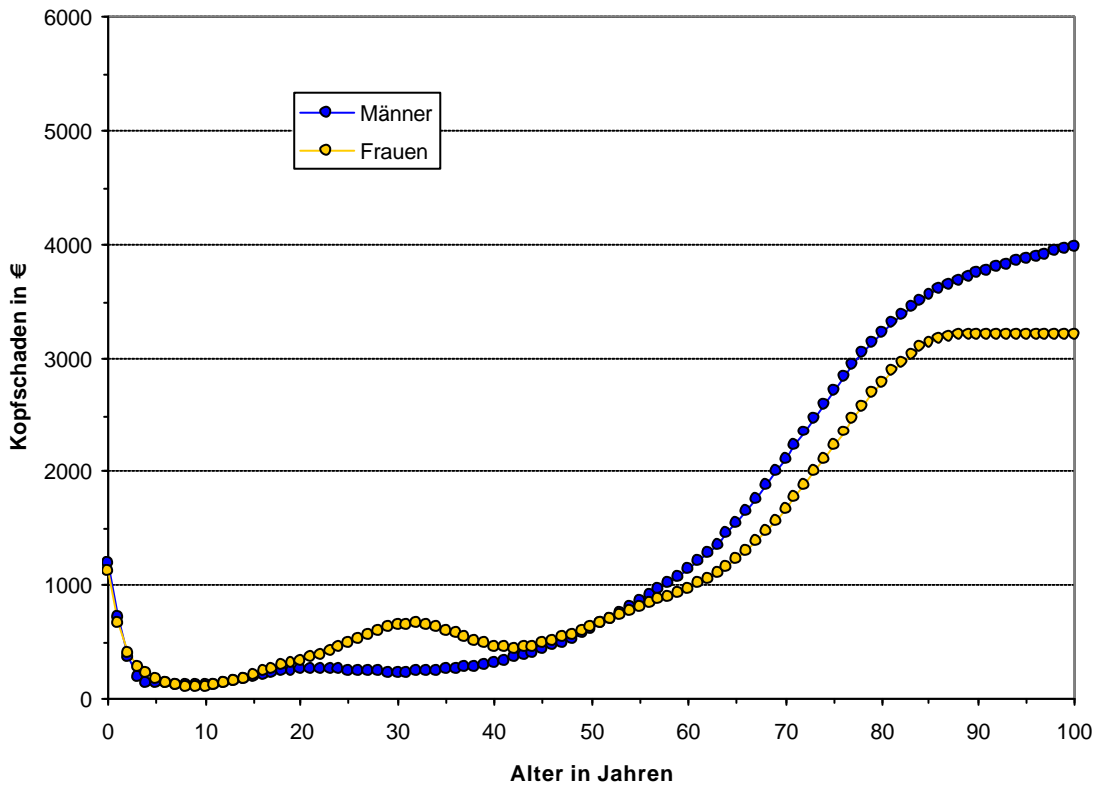
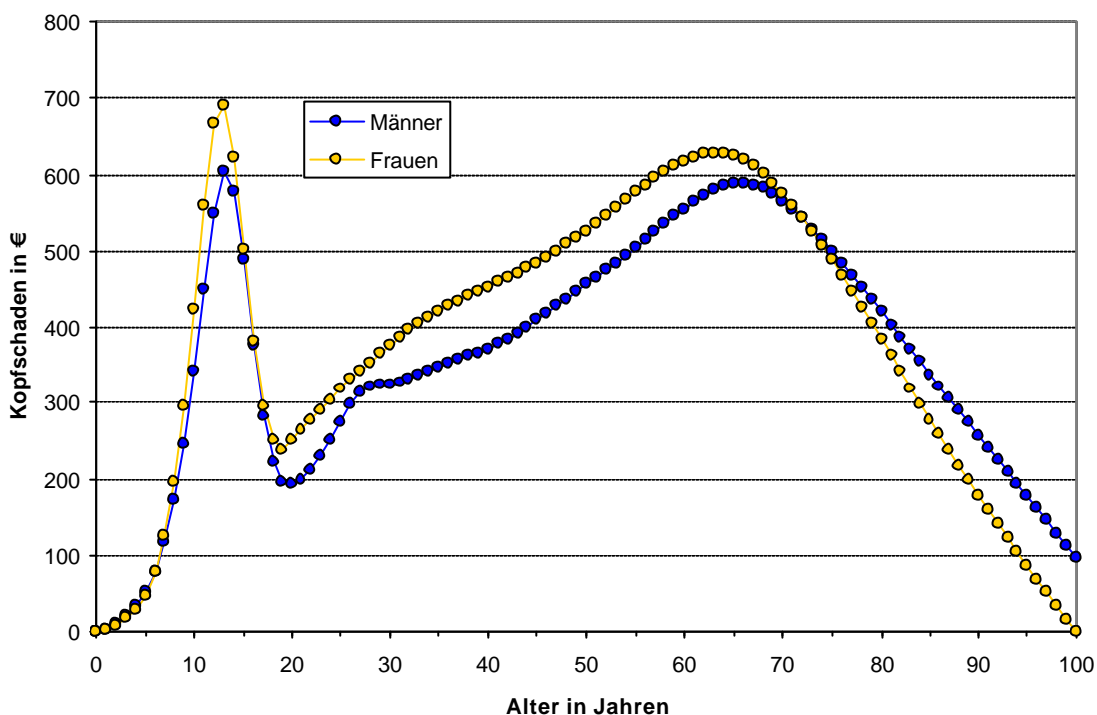


Abbildung 9: Kopfschaden – Stationärtarif und Beihilfeberechtigte nach Geschlecht



Bei den *zahnärztlichen Leistungen* kann für beide Geschlechter ein sehr ähnlicher Kostenverlauf konstatiert werden (siehe Abbildung 10). Charakteristisch für diese Verläufe ist ein erster sprunghafter Anstieg im Alter von 8-13 Jahren, der als ein Hinweis auf die Zahnbehandlungen im Kindes- und Jugendalter und hierbei insbesondere auf kiefernorthopädische Leistungen gedeutet werden kann. Im Anschluss daran sinken die Kosten drastisch, um dann in mittleren Jahren mit einer gemäßigten Steigung wieder zuzunehmen. In diesem Altersbereich verursachen die Frauen höhere Kosten. Ab etwa dem 65. Lebensjahr sinken dann die Kosten wieder, allerdings in höherem Ausmaße bei den Frauen. Ab dem 73. Lebensjahr sind die Leistungsausgaben der Männer erstmalig höher als die der Frauen.

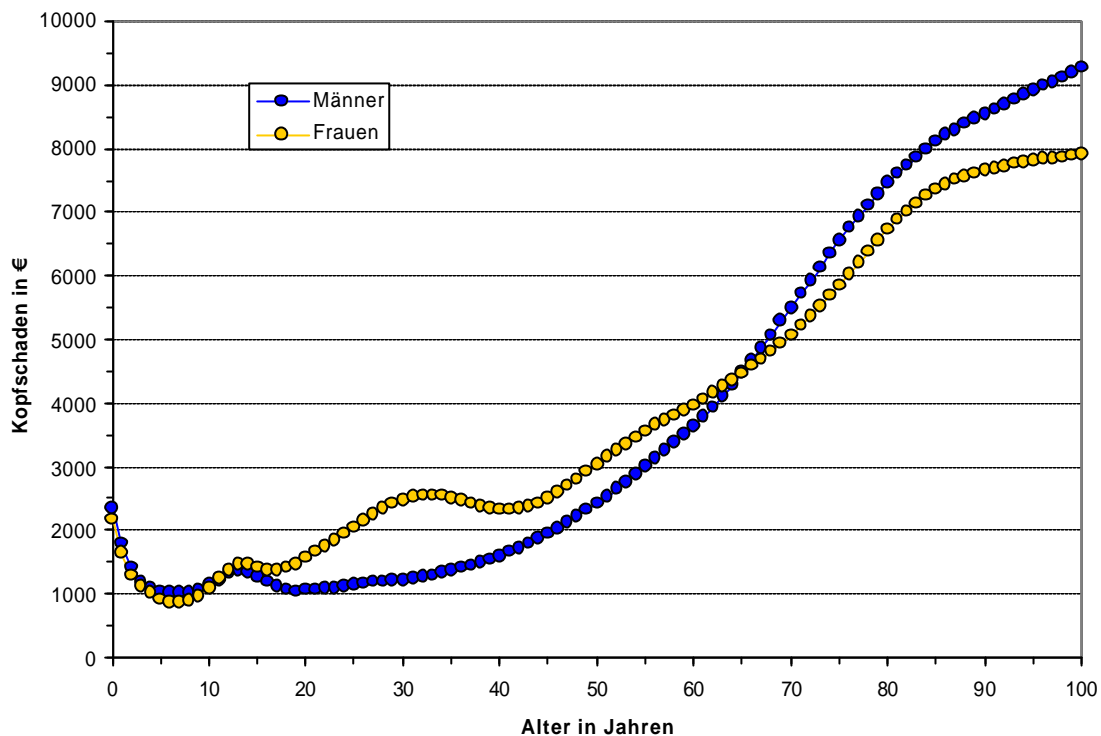
Abbildung 10: Kopfschaden – Zahnbehandlung & Zahnersatz bei Beihilfeberechtigten nach Geschlecht



Werden die drei zuvor beschriebenen Kostenverläufe addiert, so ergeben sich die nachstehenden *Gesamtkostenverläufe* der Beihilfeberechtigten (Abbildung 11). Die Verläufe zeigen, dass sich die Gesamtkosten für Männer und Frauen bis zum 15. Lebensjahr ähneln, danach jedoch die Frauen bis zum 65. Lebensjahr deutlich höhere Kosten aufweisen. Diese Unterschiede sind zum Teil gravierend. So weisen 30jährige Frauen mit Ausgaben in Höhe von 2.498 € fast doppelt so hohe Ausgaben auf wie gleichaltrige Männer, die Ausgaben in Höhe von 1.243 € verursachen. Erst bei den Älteren (ab einem Alter von 65 Jahren) verursachen die Männer dann wieder die höheren Kosten.

Als Fazit der Querschnittsbetrachtungen lässt sich festhalten, dass die jährlichen Leistungsaufwendungen für Frauen im gesamten Erwerbsalter höher sind als die der Männer. Besonders hoch ist dieser Unterschied in den potentiell von Schwangerschaft betroffenen Altersjahren (vgl. hierzu auch Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg 1993: 19). Im Rentenalter weisen hingegen die Männer höhere Kosten auf. Somit kann – bei Betrachtung der Kopfschadensprofile – festgehalten werden, dass Frauen lediglich in bestimmten Altersklassen teurer sind als Männer, nicht aber im gesamten Lebenszyklus.

Abbildung 11: Kopfschaden (Gesamt) nach Geschlecht – Beihilfeberechtigte



Damit stößt aber auch der Vergleich von Kopfschadensprofilen im Querschnitt in methodischer Hinsicht an seine Grenze. Bei sich schneidenden Kopfschadensprofilen ist es nämlich nicht ohne weiteres möglich, anzugeben, ob Männer oder Frauen insgesamt „teurer“ sind. Notwendig ist daher der Rückgriff auf den Längsschnittvergleich.

3.3.1.2 Gesamtkostenverläufe im Längsschnittvergleich

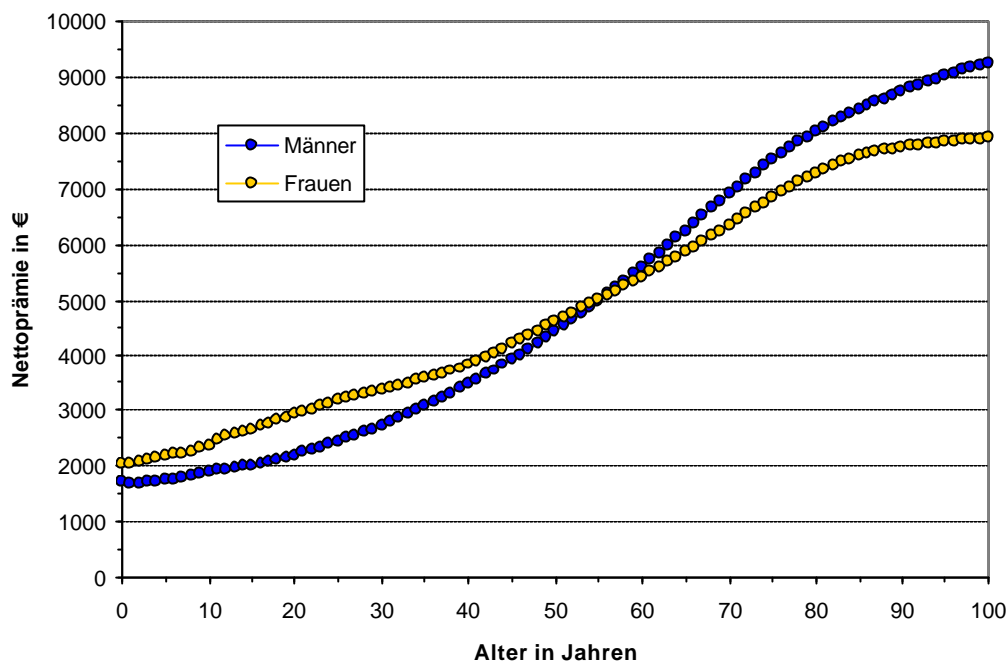
Nach den soeben präsentierten Kostenverläufen im Querschnitt wird nun ein Blick auf die berechneten jährlichen Nettoprämien im Längsschnitt geworfen. Hierbei sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich bei den jährlichen Nettoprämien um diejenigen Prämien handelt, die Versicherte – in Abhängigkeit vom Eintrittsalter in die Versicherung – lebenslang zu zahlen haben.³²

Wie der Abbildung 12 zu entnehmen ist, liegen die kalkulierten Prämien für Frauen bis zu einem Eintrittsalter von 55 Jahren höher als die für Männer. Danach wandelt sich das Bild und die höheren Prämien entfallen auf das männliche Geschlecht, wobei die geschlechtsspezifischen Prämienunterschiede immer weiter zunehmen.

Für beide Geschlechter verdeutlicht die Abbildung, dass mit zunehmendem Eintrittsalter in die (Private) Krankenversicherung die jährliche Nettoprämie höher ausfällt, da sich die Einzahlungszeit und damit die mögliche Verzinsung verringert. Dieses Anwachsen der Prämie mit zunehmendem Lebensalter ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungsausgaben im Alter ansteigen und zugleich immer weniger Zeit zum Ansparen für die teureren Lebensjahre verbleibt (siehe auch Kapitel 2).

³² Bei der Berechnung dieser Prämie wird die Konstanz – etwa der Kostenverläufe – unterstellt. Da diese in der Realität nicht gegeben ist, sind Prämienanpassungen notwendig (vgl. Abschnitt 2.1).

Abbildung 12: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht – Beihilfeberechtigte –



Bezogen auf die Geschlechterdifferenz zeigt sich, dass Frauenprämien zwar nicht für alle Eintrittsalter teurer sind als Männerprämien, in den Altersjahren, in denen faktisch ein Eintritt in die PKV stattfindet, allerdings schon. Die bis hierhin betrachteten Analysen rechtfertigen also zunächst einmal verschiedene Versicherungstarife für Männer und Frauen und damit die derzeitige Praxis der Versicherungswirtschaft. Auch in Bezug auf die EU-Richtlinie lässt sich hieraus keine Forderung nach Unisex-Tarifen ablesen. Allerdings ist im weiteren Verlauf zu überprüfen, inwieweit die geschlechtsspezifischen Kostendifferenzen durch Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten bedingt sind (s. hierzu Abschnitt 3.3). Zuvor soll in den nachstehenden Sensitivitätsanalysen aber untersucht werden, ob sich das bisherige Zwischenergebnis verändert, wenn einzelne Berechnungsparameter geändert werden.

3.3.2 Sensitivitätsanalyse

Bei Sensitivitätsanalysen wird grundsätzlich immer ein Faktor des Referenzszenarios variiert, während die anderen Faktoren konstant gehalten werden. Dadurch werden spezifische Effekte isoliert, um dadurch deren Auswirkungen auf das Ergebnis – hier: die jährliche Nettoprämie – zu überprüfen. Als zu variierende Parameter werden im Folgenden

- verschiedene Versichertengruppen (sonstige Versicherte mit hohem bzw. niedrigem Selbstbehalt) (Abschnitt 3.3.2.1),
- modifizierte Diskontsätze (2% bzw. 5%) (Abschnitt 3.3.2.2) sowie
- die Differenz in der geschlechterspezifischen Lebenserwartung (Frauen mit der Lebenserwartung der Männer) (Abschnitt 3.3.2.3)

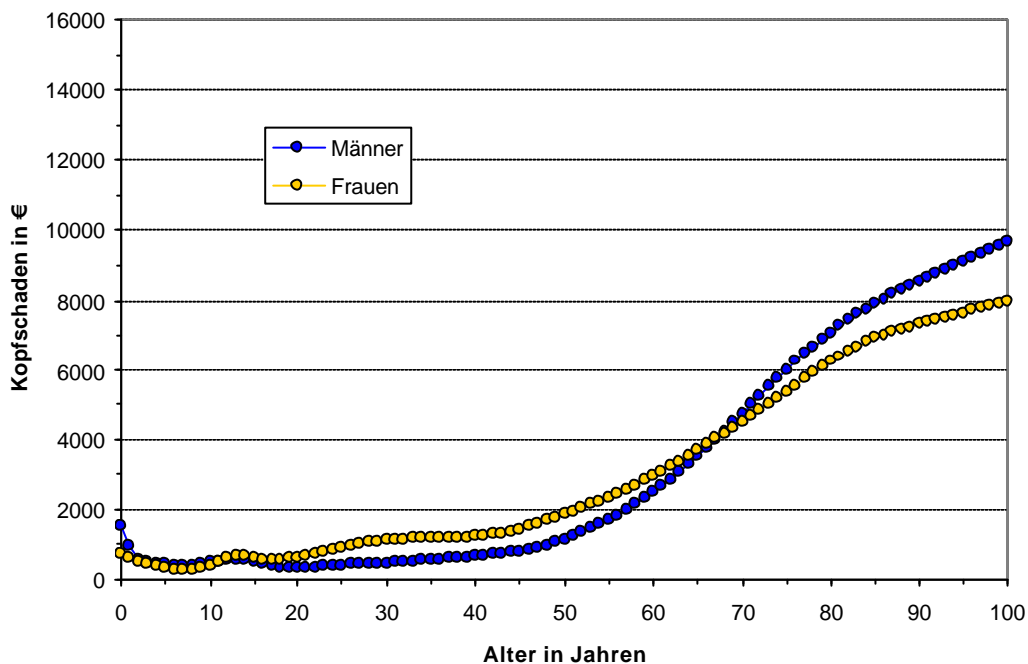
in die Sensitivitätsanalysen einbezogen. Im Anschluss an die Sensitivitätsanalysen können deren Ergebnisse mit denen des Referenzszenarios verglichen und etwaige Abweichungen aufgedeckt werden (Abschnitt 3.3.2.4).

3.3.2.1 Sonstige Versicherte

Zunächst kann geprüft werden, ob sich die bislang referierten Ergebnisse ändern, wenn auf die Gruppe der Sonstigen Versicherten anstelle der Beihilfeberechtigten abgestellt wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die sonstigen Versicherten in Tarifen mit ganz verschiedenen Selbstbehalten versichert sind. Die verwendeten Daten beziehen sich dabei ausschließlich auf den der PKV in Rechnung gestellten Ausgaben. Der über Selbstbeteiligung finanzierte Teil wird dagegen nicht erfasst.³³

Um die Sensitivität der Berechnungen im Referenzszenario bezüglich der Versichertengruppe zu überprüfen, werden ansonsten die gleichen Berechnungen wie beim Referenzszenario durchgeführt, nun aber anstelle von den Beihilfeberechtigten mit den sonstigen Versicherten mit hohem bzw. niedrigem Selbstbehalt.³⁴ Die Abbildungen 13 und 14 enthalten die zugehörigen geschlechtsspezifischen Kopfschäden im Querschnitt.³⁵

**Abbildung 13: Kopfschaden (Gesamt) nach Geschlecht(hoher Selbstbehalt)
– Sonstige Versicherte**

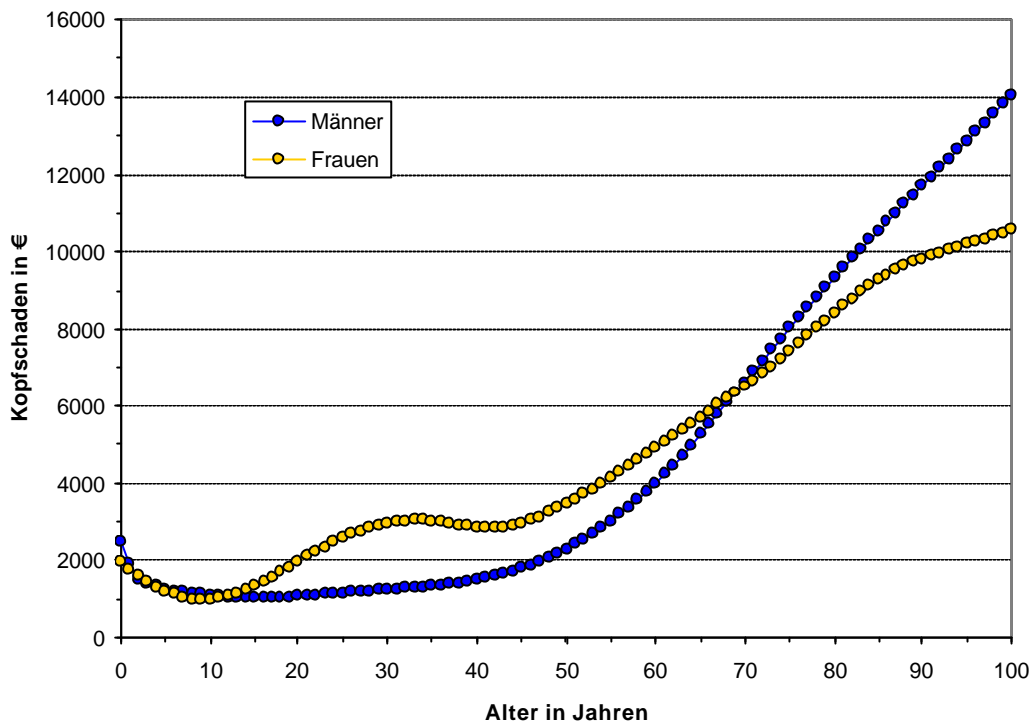


³³ Darin unterscheiden sich diese Tarife von denen für Beihilfeberechtigten. Bei letzteren wurden die von der Beihilfe übernommenen Anteile ergänzt, so dass die Kopfschäden die gesamten Kosten umfassen, nicht nur die von der PKV finanzierten.

³⁴ Bei den sonstigen Versicherten mit niedrigem Selbstbehalt handelt es sich im Ambulanttarif um Personen mit niedrigem Selbstbehalt (männlich: Kinder = 13€, Jugendliche = 21€, Erwachsene = 11€, weiblich: Kinder = 13€, Jugendliche = 22€, Erwachsene = 11€) im Stationärtarif (Zweibettzimmer) und im Tarif für Zahnbehandlungen um Personen mit einer Erstattung von 100%. Bei den sonstigen Versicherten mit hohem Selbstbehalt handelt es sich im Ambulanttarif um Personen mit hohem Selbstbehalt (männlich: Kinder = 1608€, Jugendliche = 1614€, Erwachsene = 1585€, weiblich: Kinder = 1608€, Jugendliche = 1598€, Erwachsene = 1581€), im Stationärtarif (Zweibettzimmer) und im Tarif für Zahnbehandlungen um Personen mit einer Erstattung von 50-65%.

³⁵ Vgl. hierzu auch die differenzierteren Daten im Anhang.

**Abbildung 14: Kopfschaden (Gesamt) nach Geschlecht (niedriger Selbstbehalt)
– Sonstige Versicherte**



Die *Kopfschadensprofile* der Abbildungen 13 und 14 bestätigen zunächst den Befund des Referenzszenarios: Während der Erwerbsphase sind die Versicherungsausgaben für Frauen durchgängig höher als die für Männer, im höheren Alter kehrt sich dies um. Allerdings verringert sich der geschlechterspezifische Unterschied deutlich, wenn die Tarife mit hoher Selbstbeteiligung betrachtet werden (Abbildung 13). Auch ist der „Schwangerschaftsbauch“ in Abbildung 13 nicht mehr erkennbar. Dies ist womöglich darauf zurückzuführen, dass Frauen mit Kinderwunsch weniger zu hohen Selbstbeteiligungstarifen tendieren und stattdessen Tarife mit geringen Selbstbehalten wählen.

Die Gesamtkosten von sonstigen Versicherten mit hohem Selbstbehalt liegen erheblich unter den Kosten von Beihilfeberechtigten und sonstigen Versicherten mit niedrigem Selbstbehalt. Dies liegt daran, dass in diesem Tarif die Versicherten einen hohen Anteil der entstehenden Kosten selbst finanzieren, dieser Teil der Ausgaben aber in den Kopfschäden dieser Tarife nicht erfasst ist. Demgegenüber sind sich die Kostenverläufe von Beihilfeberechtigten und sonstigen Versicherten mit einem niedrigen Selbstbehalt recht ähnlich.

Die Betrachtung der *Prämienstrukturen für sonstige Versicherte* (Abbildungen 15 und 16) und ihr Vergleich mit der Prämienstruktur für Beihilfeberechtigte (Abbildung 12) bestätigt die bisher getroffene Grundaussage: Bei einem Versicherungseintritt in jüngeren Jahren sind die aus Kopfprämien und Sterbetafeln abgeleiteten Nettoprämien der Frauen deutlich höher als die der Männer, im hohen Alter kehrt sich dies um. Das Eintrittsalter, ab dem die Frauen eine geringere Prämie zahlen als die Männer liegt bei den sonstigen Versicherten mit 59 Jahren (bei Tarifen mit hoher Selbstbeteiligung) bzw. 61 Jahren (bei Tarifen mit niedrigerer Selbstbeteiligung) sogar etwas höher als bei den Beihilfeberechtigten (56 Jahre). Ein Versicherungsbeitritt ist in diesem oder höherem Alter jedoch extrem selten.

Abbildung 15: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht, Tarife mit hohem Selbstbehalt – sonstige Versicherte

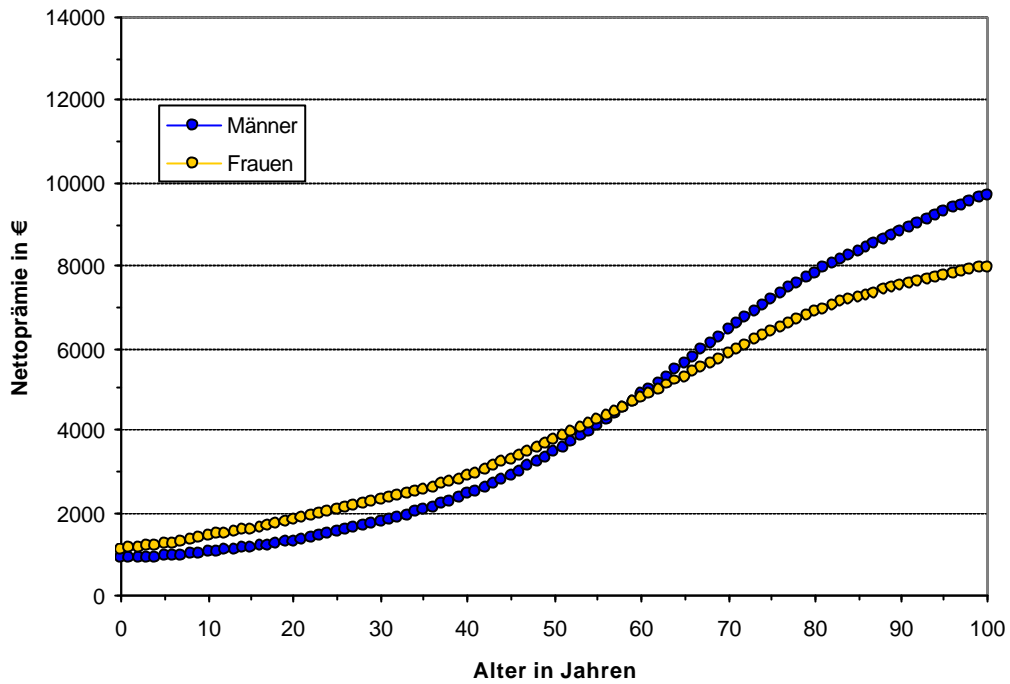
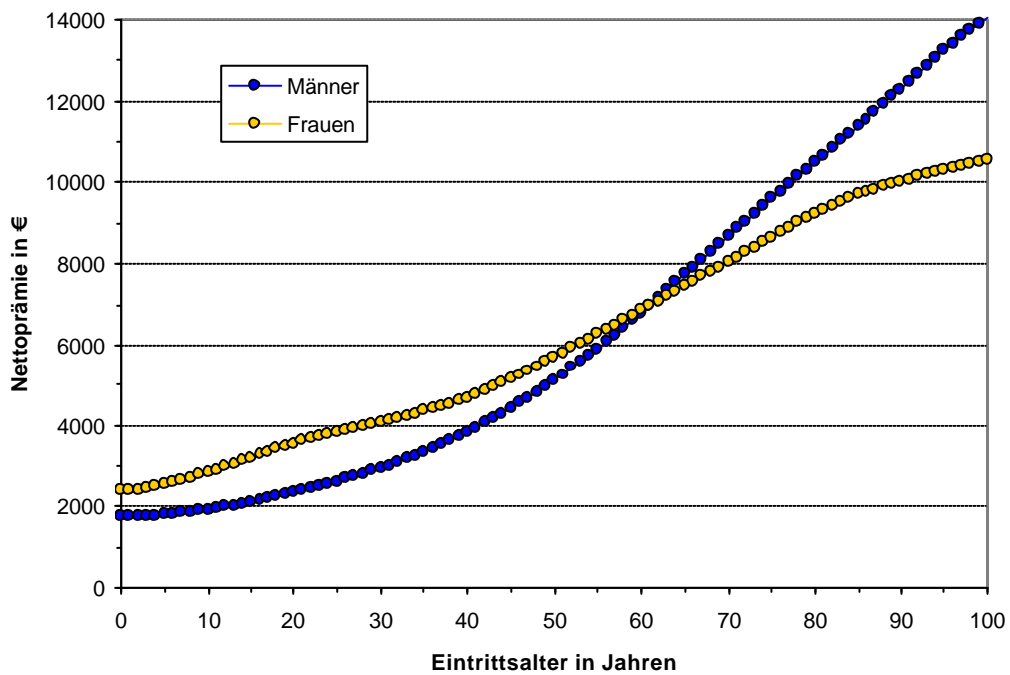


Abbildung 16: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht, Tarif mit niedrigem Selbstbehalt – Sonstige Versicherte

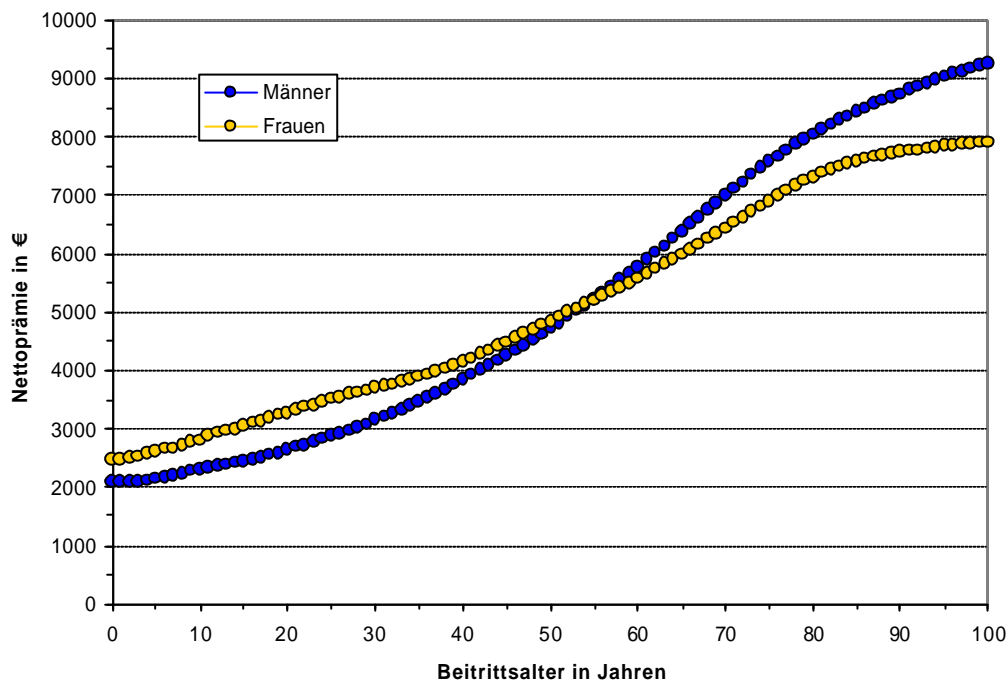


Niedrigere Prämien für Männer, die in den Zeiten der Erwerbstätigkeit eine Versicherung abschließen, lassen sich also auch bei den sonstigen Versicherten grundsätzlich begründen – wenn zunächst darauf verzichtet wird, die Kosten von Schwangerschaft und Geburt aus den Kosten hinauszurechnen.

3.3.2.2 Verschiedene Zinssätze

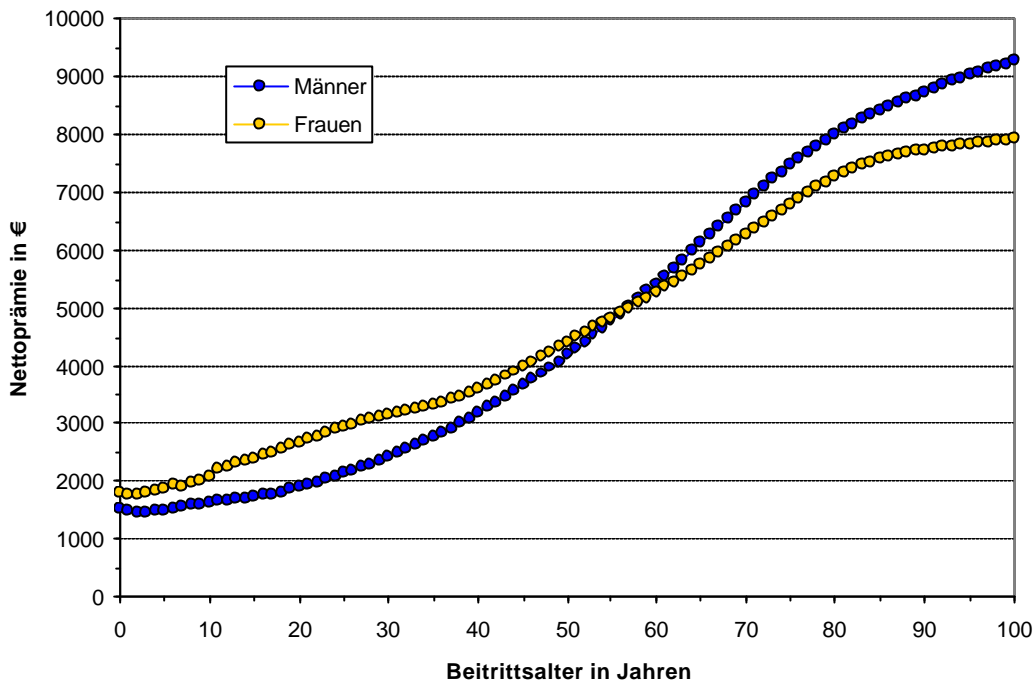
Um die Sensitivität der Berechnungen im Referenzszenario bezüglich des *Diskontsatzes* zu überprüfen, werden die gleichen Berechnungen wie beim Referenzszenario durchgeführt, nun aber mit einer Diskontrate von 2% bzw. 5% (Abbildung 17 und 18).

Abbildung 17: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht 2% – Beihilfeberechtigte



Hierbei zeigt sich, dass die Prämie bei höherer Verzinsung über die gesamte Versicherungszeit hinweg niedriger ausfällt als beim Referenzszenario (vgl. Abbildung 12) et vice versa. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, da bei höherem Zinssatz die in jungen Jahren angesparten Altersrückstellungen stärker verzinst, während umgekehrt die Ausgabenüberhänge im Alter stärker diskontiert werden. Dieser Effekt kann den Abbildungen 17 und 18 – im Vergleich mit Abbildung 12 – entnommen werden. Es zeigt sich, dass die Prämien bei einem Diskontsatz von 5% insgesamt auf einem geringeren Niveau liegen als bei einem Diskontsatz von 3,5% (Referenzszenario) und dieses wiederum niedrigere Prämien ergibt als das Szenario mit einer Zinsrate von 2%. Die Effekte treten dabei vor allem bei einem niedrigen Eintrittsalter ein, da der Zinseszinsseffekt dabei über einen längeren Zeitraum wirken kann. Für die – nur theoretisch relevanten – sehr hohen Eintrittsalter ergibt sich dagegen kein Effekt. Die Prämienverläufe werden durch eine Variation des Zinssatzes somit „gedreht“, wobei die Prämie bei einem (fiktiven) Eintrittsalter von 100 als „Anker“ wirkt.

Abbildung 18: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht für Beihilfeberechtigte bei einer Diskontierung mit 5% per annum



Entscheidend für die hier interessierende Fragestellung ist allerdings, dass sich am grundsätzlichen Verlauf der Prämien keine Veränderung ergibt. Wieder sind die Prämien für Frauen höher, wenn der Versicherungsbeitrag in jüngeren Jahren erfolgt, während die Prämien für Männer höher sind, wenn der Versicherungsabschluss zu einem späten Zeitpunkt im Leben erfolgt. Der Schnittpunkt ist – in begrenztem Umfang – von der gewählten Diskontrate abhängig. So liegt er bei einem Zins von 2% bei 55 Jahren, bei 5% hingegen bereits bei 57 Jahren. Im Rahmen realistischer Variationen hat der Zins daher nur einen begrenzten Einfluss auf den Schnittpunkt der beiden Kurven, den grundsätzlichen Kurvenverlauf beeinflusst er dagegen nicht.

3.3.2.3 Mortalität

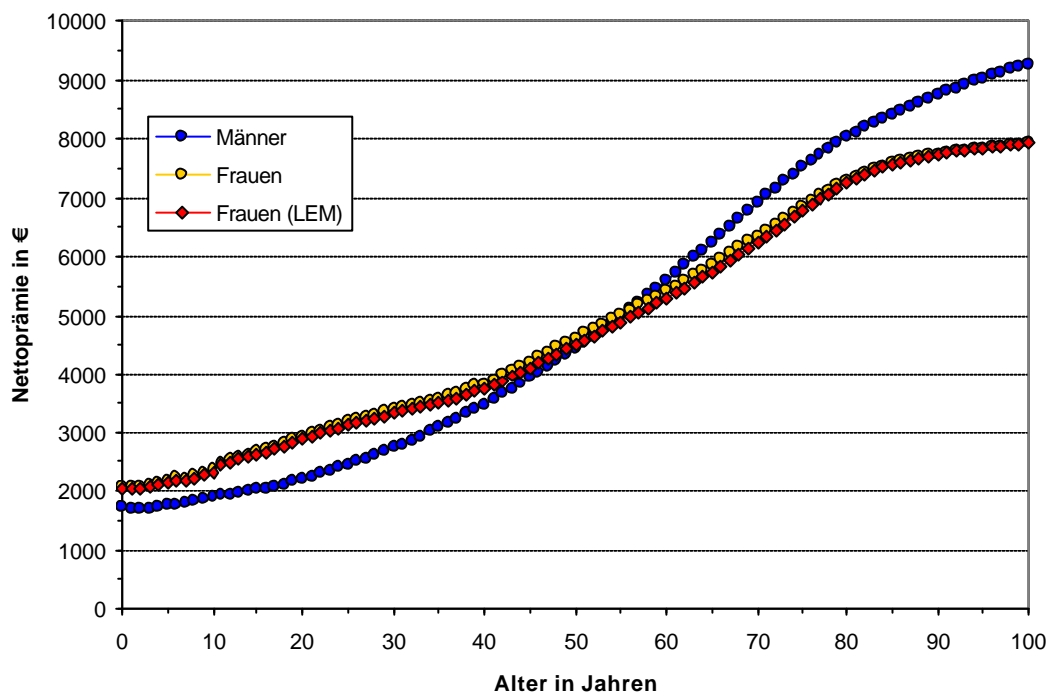
Schließlich stellt sich die Frage, welchen Einfluss die *unterschiedlichen Mortalitätsraten* von Frauen und Männern auf die errechneten Prämien haben. Um diesen Effekt zu untersuchen, werden die Prämien errechnet, wobei für Frauen und Männer eine identische Sterbetafel (der Männer) unterstellt wird. Verbleibende Unterschiede in den Prämien sind dann nur noch auf die verschiedenen Kopfschadensprofile zurückzuführen und nicht mehr auf Unterschiede in der Lebenserwartung.

Wie Abbildung 19 zeigt, verringern sich die Prämien der Frauen nur geringfügig, wenn auch für sie die (niedrigere) Lebenserwartung der Männer unterstellt wird. Dies ist erstaunlich, wurde der Mortalitätsunterschied in der in Abschnitt 3.1 referierten Baden-Württembergischen Studie doch als der dominante Faktor identifiziert. Zur Erklärung können drei Gründe angeführt werden:

1. Bereits in der Baden-Württembergischen Studie hat sich der Effekt der Mortalitätsunterschiede halbiert, wenn diskontiert wird. In der vorliegenden Untersuchung wird durchgängig diskontiert.

2. Die Baden-Württembergische Studie betrachtet nur die Kostenunterschiede. Eine höhere Lebenserwartung führt aber nicht nur zu höheren Ausgaben, sondern auch zu gesteigerten Einnahmen, da länger Beiträge gezahlt werden können. Dies blieb bei der erwähnten Studie unberücksichtigt, geht in die hier vorgenommene Berechnung der lebenslang konstanten Prämien aber ein (vgl. Abschnitt 3.2.1).
3. Nach der neuen Sterbetafel 2004 der PKV übersteigt die Lebenserwartung der Frauen die der Männer nur um 3,5 Jahre (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 2.1.2). In der Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes liegt dieser Unterschied hingegen bei 5,75 Jahren, also deutlich höher. In der Baden-Württembergischen Studie schließlich liegt die Lebenserwartung der Frauen sogar 6,6 Jahre über der der Männer. Mit einem geringeren Mortalitätsunterschied kann aber auch nur ein geringerer Anteil des Prämienunterschieds zwischen Männern und Frauen erklärt werden.

Abbildung 19: Jährliche Nettoprämie (Gesamt) nach Geschlecht, Frauen mit Lebenserwartung der Männer (LEM) – Beihilfeberechtigte



Es kann damit festgehalten werden, dass die Mortalitätsunterschiede – entgegen der teilweise von der PKV ins Feld geführten Argumentation – nur einen kleinen Teil der Prämienunterschiede zwischen Frauen und Männern erklären kann.

3.3.2.4 Zwischenfazit

Die Analyse des Abschnitts 3.3.1 hat ergeben, dass die Frauen im Erwerbsalter zwar höhere Leistungsausgaben verursachen als die Männer, sich dieses Verhältnis aber im höheren Alter umkehrt. Werden auf Basis dieser Kopfschadensprofile risikogerechte Nettoprämien errechnet, so liegen diese für Frauen höher als für Männer, wenn der Versicherungsbeitrag in jungen Jahren erfolgt. Für neue Versicherungsabschlüsse in höherem Alter (etwa oberhalb von 50-60 Jahren) sind die errechneten Prämien für Männer höher als die für Frauen. Neue Versicherungsabschlüsse in diesem Alterssegment sind aber sehr selten.

Diese Befunde wurden durch die Sensitivitätsanalysen vollständig bestätigt. Sie gelten für sonstige Versicherte ebenso wie für Beihilfepflichtige, und an der Prämienstruktur ändert sich auch nichts, wenn der Diskontierungssatz verändert wird. Selbst wenn für beide Geschlechter gleiche Sterbetafeln unterstellt werden, bleiben die Prämien für Männer niedriger, wenn der Versicherungsbeitrag in jungen Jahren erfolgt. Mittels der letztgenannten Sensitivitätsanalyse ließ sich die Argumentation der PKV, dass vor allem Mortalitätsunterschiede für die zwischen Männern und Frauen differenzierte Prämie ursächlich seien, nicht bestätigen. Die hier vorgelegten Berechnungen zeigen nur einen sehr geringen Effekt der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen.

Damit gerät ein anderer Faktor zur Erklärung unterschiedlicher Leistungsausgaben für Frauen und Männer in den Vordergrund, nämlich die Kosten für Schwangerschaft und Geburt. Inwieweit sich die bisherigen Ergebnisse ändern, wenn diese Kosten herausgerechnet werden, wird im folgenden Abschnitt 3.3.3 untersucht.

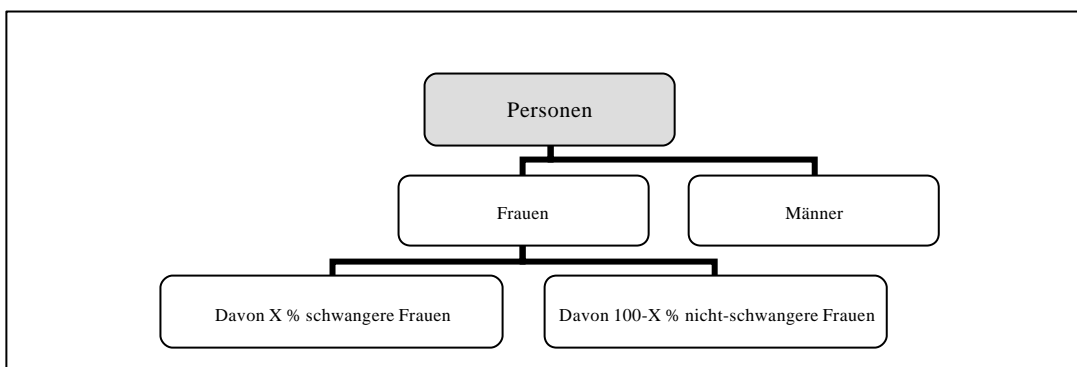
3.3.3 Schwangerschaftsbedingte Kosten

Im Anschluss an die bisherigen Ergebnisse werden nun die geschlechtsspezifischen Kostenverläufe unter Berücksichtigung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt betrachtet. Auch hier wird zwischen Querschnitt- (Kopfschadenstatistik) und Längsschnittbetrachtung (Prämienerhebung) unterschieden. Wie bereits in Abschnitt 3.2.2 ausgeführt, werden hierbei zwei Ansätze verfolgt, der Personenansatz (Abschnitt 3.3.3.1) und der Leistungsansatz (Abschnitt 3.3.3.2).

3.3.3.1 Personenansatz

Der Personenansatz stellt darauf ab, die weiblichen Versicherten in zwei Gruppen einzuteilen, in solche, bei denen im Erhebungszeitraum eine Schwangerschaft, ein Schwangerschaftsabbruch oder eine Geburt diagnostiziert wurde und die übrigen weiblichen Versicherten. Abbildung 20 verdeutlicht diesen Ansatz schematisch. Unter Berücksichtigung dieser Trennung können sowohl die Kopfschadensprofile als auch die Nettoprämien für drei Versichertengruppen angegeben werden. Aus dem Vergleich der Ausgaben / Prämien für schwangere und nicht-schwangere Frauen lassen sich dann die Kosten für Schwangerschaft und Geburt ablesen, die – gemäß der EU-Richtlinie – in Zukunft nicht mehr allein von den Frauen getragen werden dürfen. Die Teilung der Frauen in zwei Gruppen erfolgt nur für die Altersklasse der 16-50jährigen. Außerhalb dieses Zeitfensters spielen Schwangerschaft und Geburt keine entscheidende Rolle, auch wenn in den Daten durchaus diesbezüglich Fälle vorhanden sind, aber in einer Größenordnung, die zu gering ist, um daraus Folgerungen abzuleiten.

Abbildung 20: Personenansatz



Wie in Abschnitt 3.2.3 begründet, kann für die Ermittlung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt nicht auf PKV-Daten zurückgegriffen werden. Stattdessen werden Ausgabendaten von BKK-Versicherten herangezogen. Weiterhin wird aber mit der PKV-Sterbetafel gerechnet und der Diskontierungsfaktor von 3,5% benutzt, um größtmögliche Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen in Abschnitt 3.3.1 herbeizuführen.

Abbildung 21: Kopfschaden nach Geschlecht (Gesamt) – BKK-Versicherte

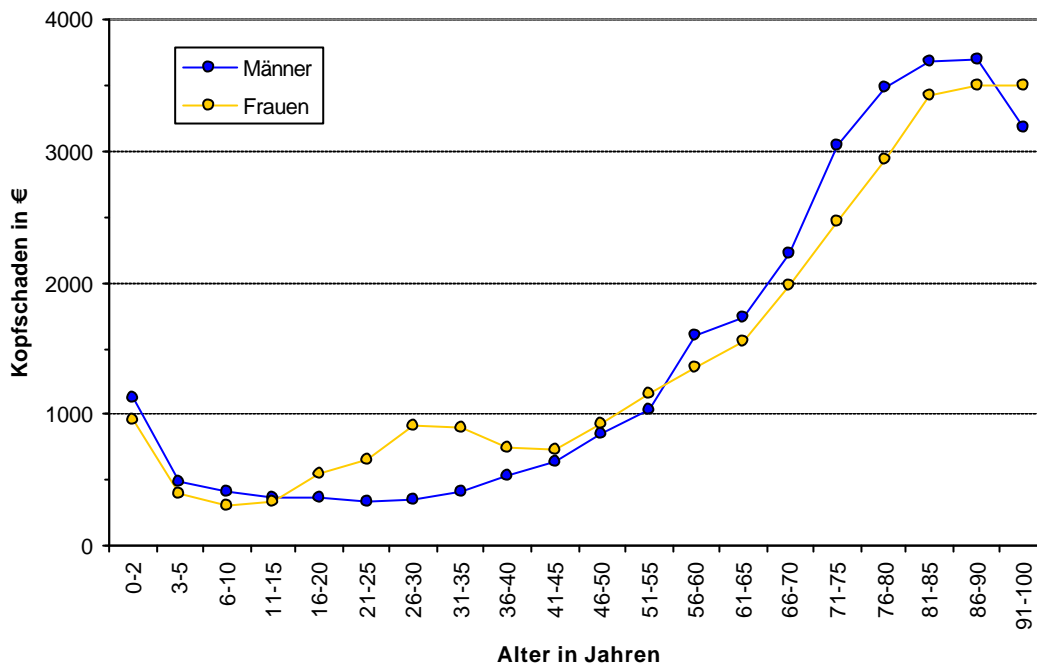


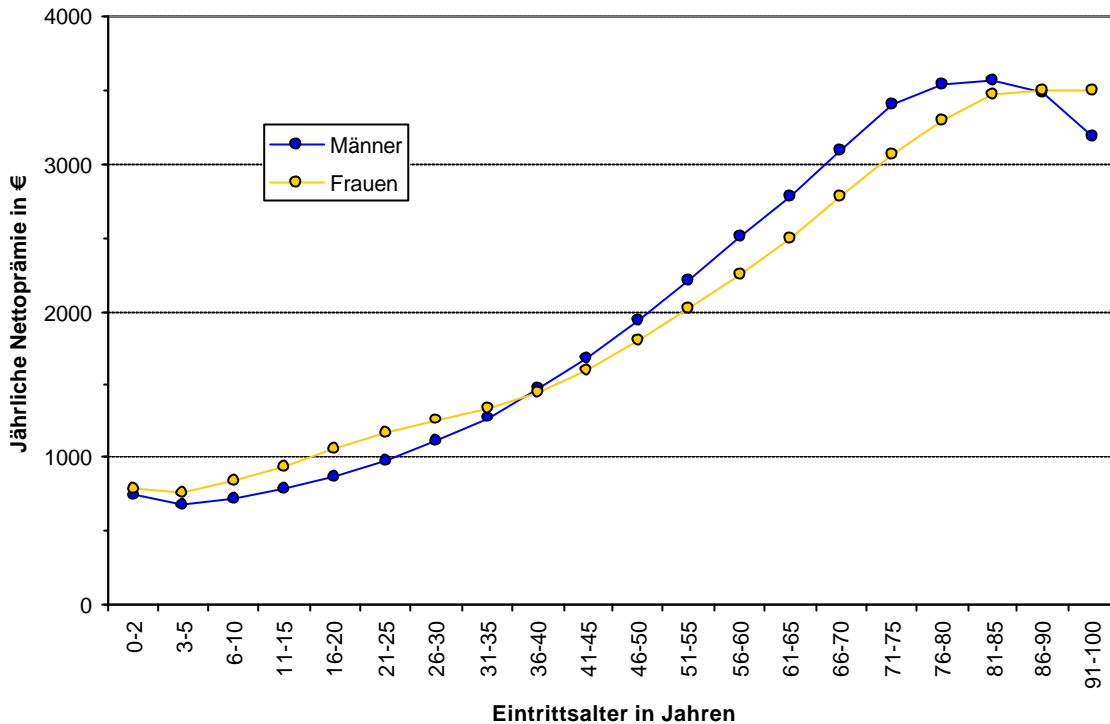
Abbildung 21 zeigt die *Kopfschadensprofile* der drei Gruppen.³⁶ Wie sich durch einen Vergleich mit Abbildung 11 ersehen lässt, ist der Verlauf im Wesentlichen gleich: Im Kindesalter verursachen Mädchen niedrigere Ausgaben als Jungen und im mittleren Alter sind die Kopfschäden der Frauen dann höher, um im Alter dann wieder unter das Ausgabenniveau für Männer zu sinken. Allerdings schneiden sich die Kurven in Abbildung 21 bereits bei einem Alter von 55 Jahren, während dieser Schnittpunkt bei den PKV-Versicherten etwa 10 Jahre später liegt. Zudem ergibt sich in Abbildung 21 ein weiterer Schnittpunkt der Kopfschadensprofile, so dass Männer in der Altersklasse der mindestens 91jährigen niedrigere Kosten aufweisen als die Frauen. Dies ist allerdings als ein statistisches Artefakt zu werten, das aus der (zu) geringen Fallzahl der Männer in dieser Altersgruppe in der Stichprobe herrührt. Für die hier interessierende Fragestellung ist bedeutsam, dass der „Schwangerschaftsbauch“ der Kopfschadensprofile in Abbildung 21 ebenso zum Ausdruck kommt wie in Abbildung 11.

Diese geschlechtsspezifischen Kostenprofile schlagen sich auch hier in der berechneten *jährlichen Nettoprämie* nieder (siehe Abbildung 22). Bis zu einem Eintrittsalter von 36 Jahren müssen Frauen bei einem Versicherungsabschluss mit lebenslang höheren Prämien rechnen, bei einem höheren Eintrittsalter übersteigen die Prämien der Männer die der Frauen. Dieser Schnittpunkt der beiden Kurven liegt rund 20 Jahren niedriger als in Abbildung 12. Dies deu-

³⁶ Da die BKK-Daten nur altersklassiert vorliegen, muss bei allen nachfolgenden Analysen mit diesen – größeren – Altersklassen gerechnet werden.

tet darauf hin, dass sich die Versichertenkollektive (PKV-Versicherte vs. BKK-Versicherte) unterscheiden. Dies ist bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse zu beachten.

Abbildung 22: Jahresnettoprämie nach Geschlecht (Gesamt) – BKK-Versicherte



Der BKK-Datensatz erlaubt es nun, die Frauen mit einem Schwangerschaftsereignis von denen ohne ein solches Ereignis zu trennen. Abbildung 23 zeigt die *Kopfschäden für Männer, sowie für schwangere und nicht-schwangere Frauen*. Ein Vergleich der Kopfschäden in Abbildung 23 mit denen in Abbildung 21 führt zu der Schlussfolgerung, dass die höheren Kosten der Frauen im Alter von 16-45 Jahren überwiegend auf diejenigen Kosten zurückgeführt werden können, die im unmittelbaren Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten stehen. So beläuft sich der Kostenunterschied zwischen 26 und 30-jährigen Frauen und Männern auf 550 €. Werden dagegen nur die Frauen ohne Schwangerschaft betrachtet, reduziert sich diese Differenz auf weniger als 200 €. Mehr als 350 € bzw. fast zwei Drittel der ursprünglichen Differenz lassen sich damit auf Ausgaben zurückführen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehen. Abbildung 24 enthält die so ermittelten Anteilswerte für die relevanten Altersklassen. Für Frauen im Alter von 21-40 Jahre ist demnach mehr als die Hälfte der Mehrkosten im Vergleich zu Männern auf die Leistungen zurückzuführen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehen.

Zwar liegen die Kopfschäden auch der nicht schwangeren Frauen im Alter von 16 bis 55 Jahren über denen der Männer, allerdings ist die Differenz deutlich reduziert. Wird zudem berücksichtigt, dass die Kopfschäden der Männer ab einem Alter von 55 Jahren über denen der Frauen liegen, so deutet sich hier bereits an, dass die Abstände zwischen den Jahresnettoprämien von Frauen und Männern deutlich verringert sein dürften, wenn auf die Kopfprämien der Frauen ohne Schwangerschaftsereignis abgestellt wird, um so die Kosten von Schwangerschaft und Geburt aus der Berechnung auszuklammern.

Abbildung 23: Kopfschaden nach Geschlecht unter Berücksichtigung von Schwangerschaften – BKK-Versicherte

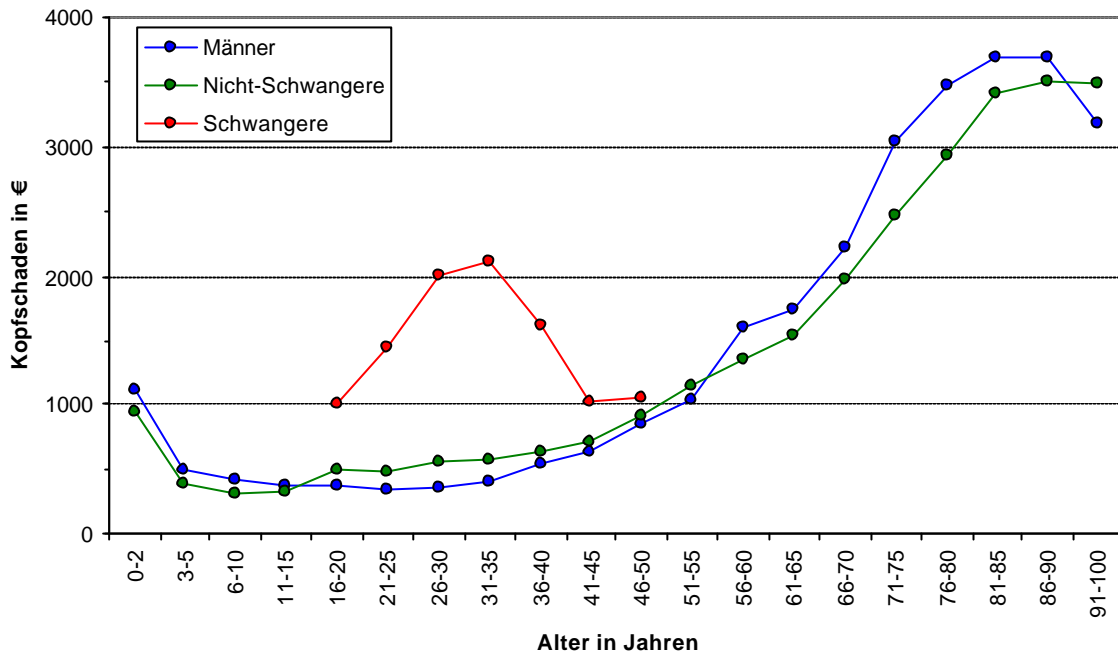


Abbildung 24: Anteil der auf Schwangerschaft und Geburt beruhenden Kostenunterschiede zwischen Frauen und Männern

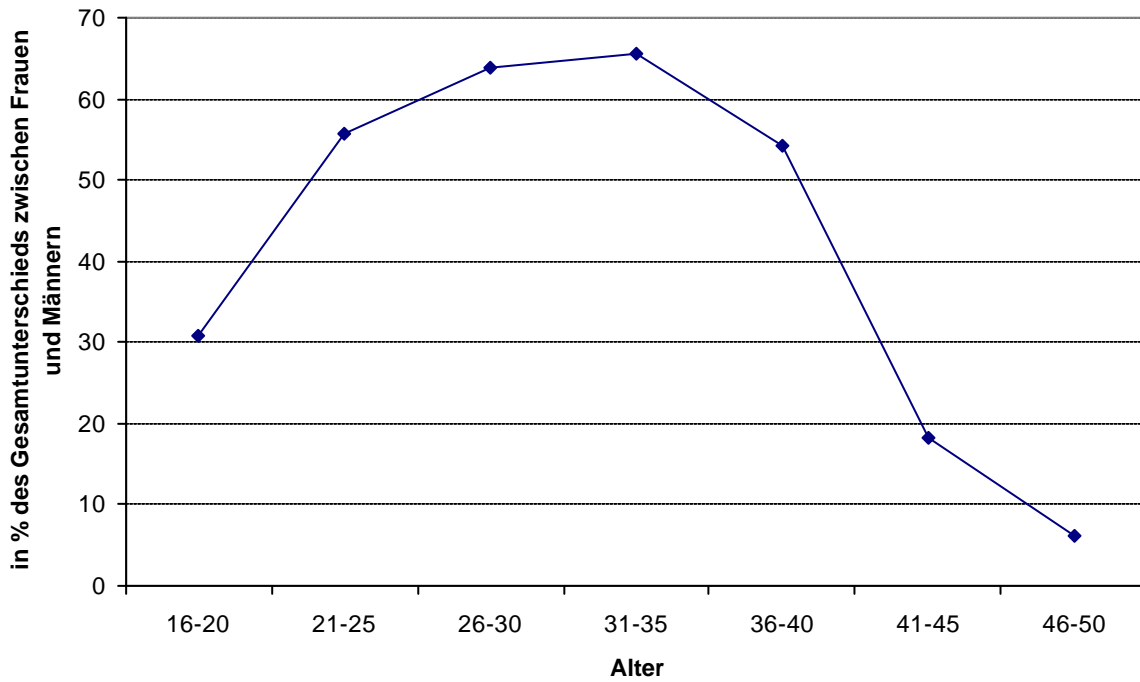


Abbildung 25: Jahresnettoprämie nach Geschlecht unter Berücksichtigung von Schwangerschaften – BKK-Versicherte

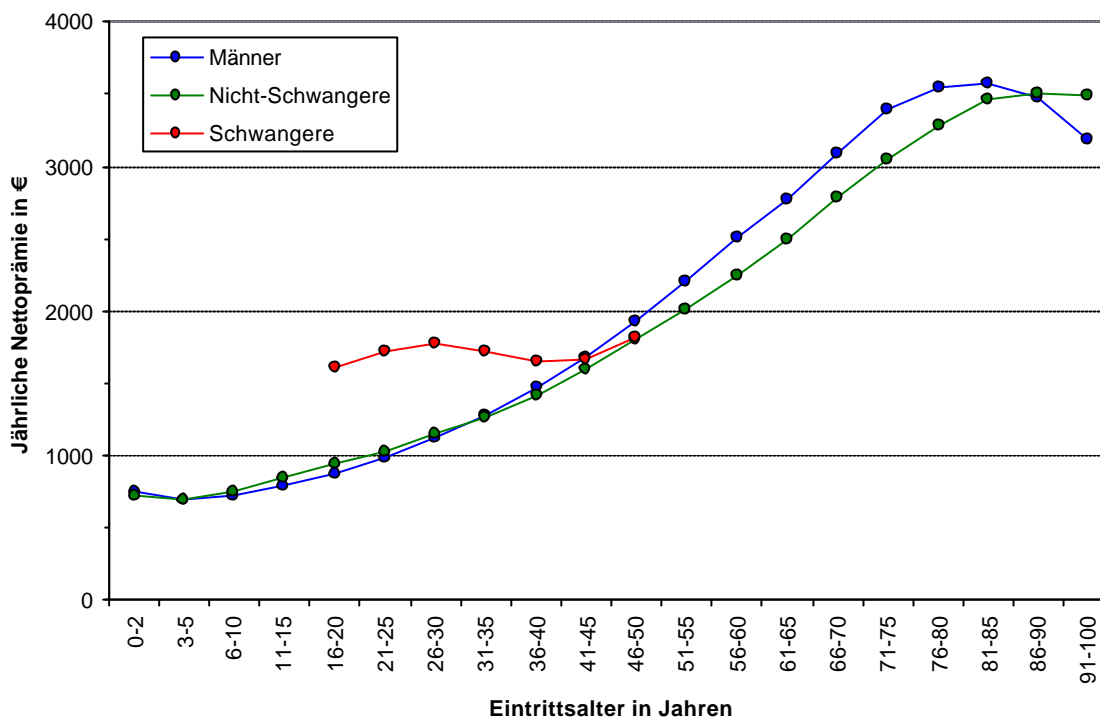


Abbildung 25 enthält die anhand der in Abbildung 23 ausgewiesenen Kopfschäden ermittelten *Nettoprämien*. Gemäß dieser Abbildung sind die errechneten Nettoprämien für Frauen nur noch höher als die für Männer, wenn das Eintrittsalter niedriger als 30 Jahre ist. Selbst dann ist der Unterschied aber sehr gering. Die Abbildung lässt es als durchaus zweifelhaft erscheinen, dass es der Versicherungswirtschaft gelingt, auf Basis einer „auf relevanten und versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung“ das Geschlecht als einen „entscheidenden Faktor“ nachzuweisen. Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die vorstehenden Berechnungen auf Basis von GKV-Daten erfolgte, sich die Charakteristika der Populationen aber – auch in Hinblick auf die Kostenunterschiede zwischen Frauen und Männern – unterscheiden (s.o.) und eine eins-zu-eins Übertragung dieser Ergebnisse auf die PKV daher nicht möglich ist. Allerdings hat die EU-Richtlinie die Beweislast umgekehrt, so dass nun die Versicherungswirtschaft in der Verpflichtung steht, auf Basis von PKV-Daten einen belastbaren Beweis zu führen, dass sich die Situation bei ihren Versicherten anders darstellt.

3.3.3.2 Leistungsansatz

Der Leistungsansatz versucht die Kosten für Schwangerschaft und Geburt direkt über einzelne Leistungen zu erfassen (vgl. Abbildung 26). Allerdings ist häufig unklar, welche Leistungen auch tatsächlich schwangerschafts- und geburtsbedingt sind. So sind beispielsweise nur wenige Arzneimittel ausschließlich zur Behandlung von Schwangeren geeignet. Werden nur eindeutig schwangerschaftsbezogene Leistungen berücksichtigt, führt dies daher zu einer tendenziellen Unterschätzung dieser Ausgaben. Dem wird im Folgenden dadurch zu begegnen versucht, dass nur die Leistungen für stationäre Behandlung und für ärztliche Behandlung untersucht werden und – fiktive – Tarife nur für diese beiden Leistungsbereiche berechnet werden.

Abbildung 26: Leistungsansatz

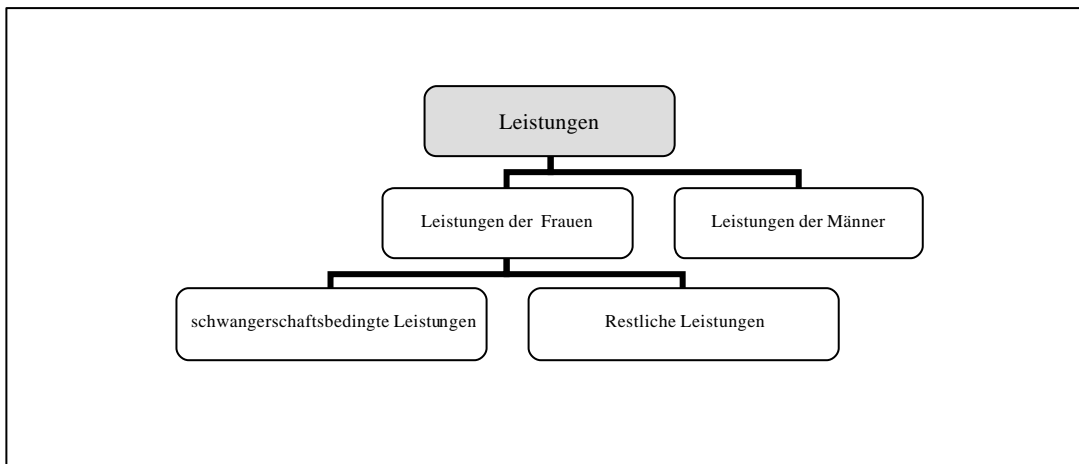


Abbildung 27: Leistungsausgaben für ambulante und stationäre Leistungen von BKK-Versicherten, gleitender Mittelwert

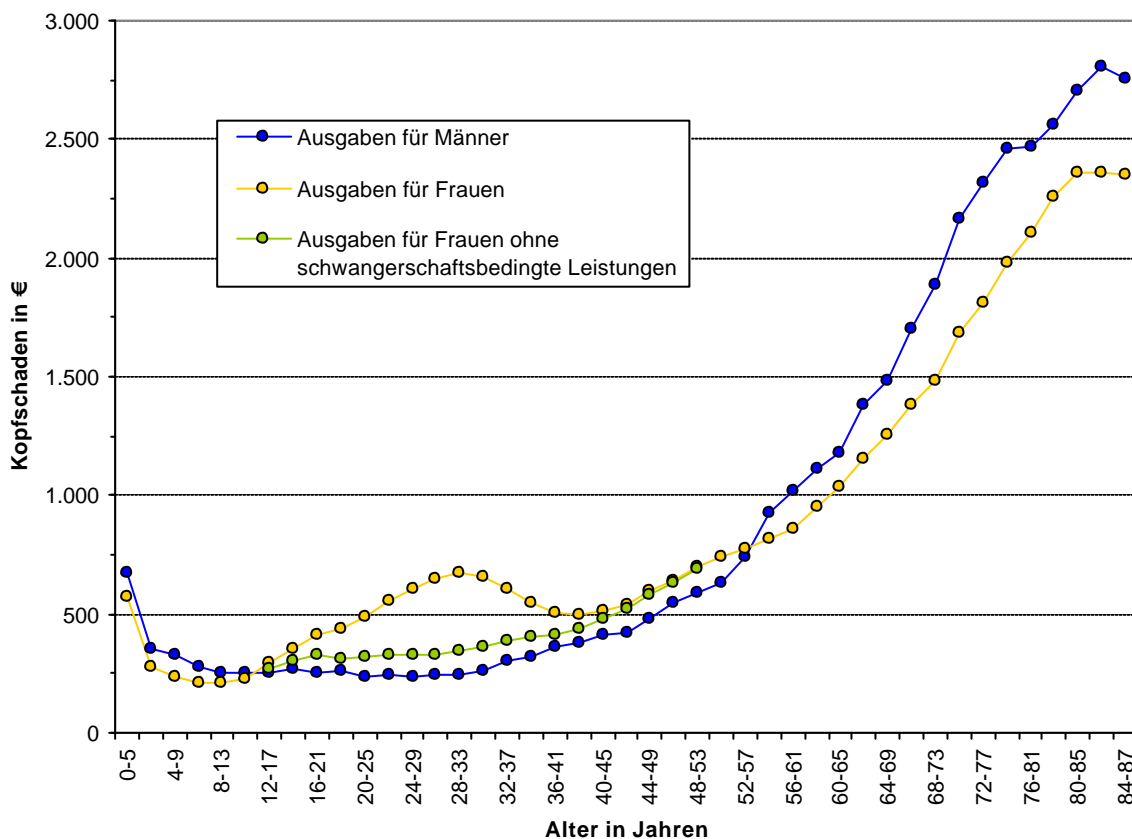


Abbildung 27 zeigt zunächst die zugehörigen Kopfschäden, dargestellt als gleitender Mittelwert der 3. Ordnung.³⁷ Die Verläufe zeigen das inzwischen schon gewohnte Bild: Für die Al-

³⁷ Die Methode des gleitenden Mittelwerts ist eine einfache Glättungsmethode für Kurven aller Art. Sie ermittelt das arithmetische Mittel einer Datenreihe über ein zum Bezugspunkt in festem Verhältnis stehenden Intervall. Formal betrachtet kann der gleitende Mittelwert dargestellt werden als:

tersklassen von etwa 16 bis 55 Jahre weisen die Frauen höhere Kopfschäden als die Männer auf. Danach liegen die Kopfschäden der Männer über denen der Frauen. Für die Altersklassen von 16 bis 40 Jahre ist zudem der „Schwangerschaftsbauch“ gut erkennbar. Werden nun sämtliche Kosten abgezogen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten stehen, nähert sich der Kostenverlauf der Frauen gerade in der genannten Fertilitätsphase deutlich an den der Männer an.

Abbildung 28: Anteil der auf Schwangerschaft und Geburt beruhenden Kostenunterschiede zwischen Frauen und Männern

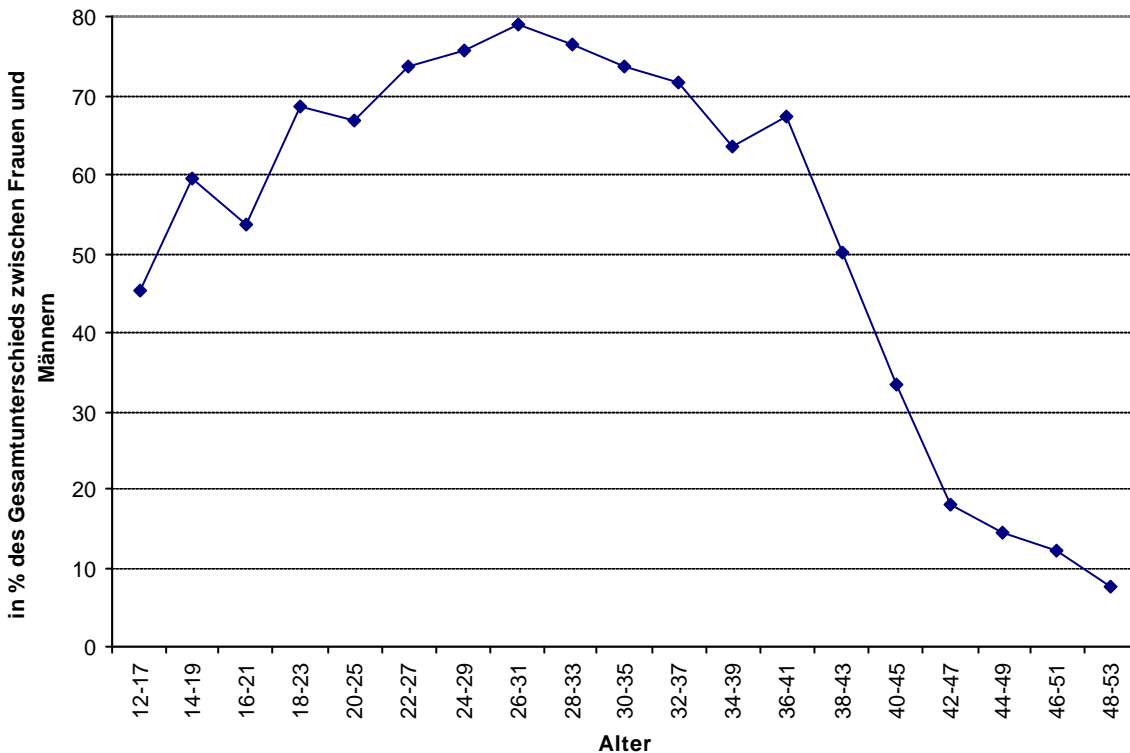


Abbildung 28 zeigt (analog zu Abbildung 24 beim Personenansatz) wieder, welcher Anteil des Kostenunterschieds zwischen Frauen und Männern auf die Kosten zurückgeführt werden kann, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehen.³⁸ Wie auch schon beim Personenansatz ergibt sich hierbei, dass im kritischen Alter (bis etwa 40 Jahre) mehr als die Hälfte des Kostenunterschieds zwischen den Geschlechtern auf Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurückgeht.

Auf Basis dieser Kopfschadensprofile können nun (fiktive) Prämien nur für ambulante und stationäre Leistungen berechnet werden. Bei den Frauen wird dabei danach unterschieden, ob die mit Schwangerschaft und Geburt in Verbindung stehenden Leistungen berücksichtigt werden oder nicht. Abbildung 29 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen.

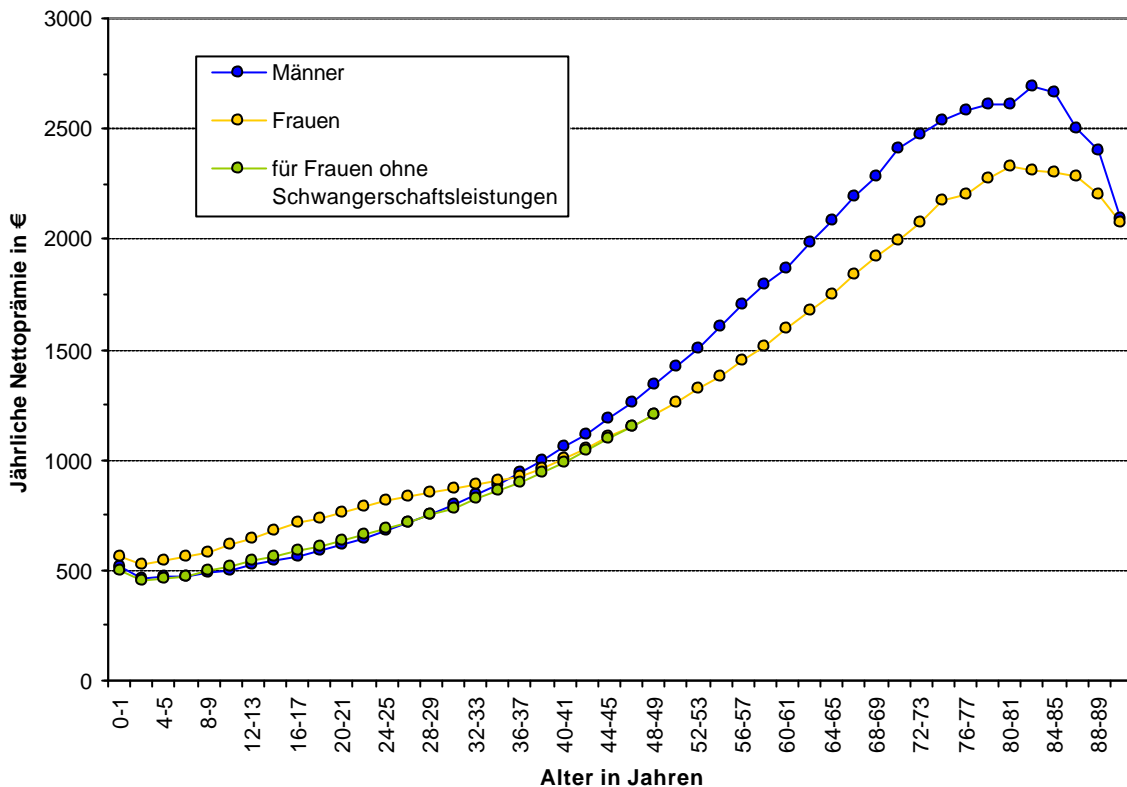
$$\text{Gleitender Durchschnitt gerader Ordnung: } \hat{g}_t^{(k)} = \frac{1}{k} \times \left(\frac{1}{2} \times y_{t-q} + \sum_{i=-q+1}^{q-1} y_{t+i} + \frac{1}{2} \times y_{t+q} \right)$$

$$\text{Gleitender Durchschnitt ungerader Ordnung: } \hat{g}_t^{(k)} = \frac{1}{k} \times \sum_{i=-q}^q y_{t+i}$$

In unserem Fall wurde ein gleitender Mittelwert 3. Ordnung verwendet.

³⁸ Auch hierbei wurde auf die gleitenden Durchschnittswerte zurückgegriffen.

Abbildung 29:
Jahresnettoprämien für ambulante und stationäre Leistungen für BKK-Versicherte



Werden Frauen und Männer verglichen, liegen die Prämien für Frauen bis zu einem Eintrittsjahr von 36 Jahren oberhalb derer für Männer. Danach kehrt sich dieses Verhältnis um. Der Schnittpunkt der beiden Kurven liegt damit in einem etwas höheren Alter als etwa in Abbildung 25 (Personenansatz). Diese Abweichung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass hier nur ambulante ärztliche und stationäre Leistungen berücksichtigt wurden. Abgesehen davon ist der Verlauf aber so, wie er sich auch bei den PKV-Daten gezeigt hat. Werden die Leistungen für Schwangerschaft und Geburt abgezogen, ergeben sich für Männer und Frauen bis zu einem Eintrittsalter von etwa 36 Jahren praktisch identische Prämien, für höhere Eintrittsalter sind die Nettoprämien für Männer höher.

Der Leistungsansatz bestätigt damit die zentralen Ergebnisse des Personenansatzes: Werden die schwangerschafts- und geburtsbedingten Leistungen herausgerechnet, nähern sich die Kopfschadensprofile der Männer und Frauen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt deutlich an, so dass sich auch die lebenslang konstanten Nettoprämien bei einem Eintritt in diesem Zeitraum kaum unterscheiden. Bei einem späteren Versicherungsbeginn sind für Männer sogar (deutlich) höhere Prämien anzusetzen. Eine sachliche Begründung dafür, für Frauen (deutlich) höhere Prämien als für Männer festzusetzen – wie dies derzeit in der PKV üblich ist – ergibt sich zumindest aus den vorstehenden Berechnungen nicht. Allerdings ist erneut auf die durch fehlende Daten der PKV bedingt begrenzte Reichweite dieser Aussagen hinzuweisen.

4. Mögliche Wirkungen von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt

Wie in Abschnitt 3.3 gezeigt werden konnte, ergeben sich für Frauen deutlich höhere Nettoprämien als für Männer, wenn von einem Versicherungseintritt in jüngeren Jahren ausgegangen wird (Abschnitt 3.3.1). Dieses Ergebnis wird auch von allen durchgeführten Sensitivitätsanalysen bestätigt (Abschnitt 3.3.2). Allerdings verschwinden diese Unterschiede fast vollkommen, wenn die Kosten für Schwangerschaft und Geburt herausgerechnet werden (Abschnitt 3.3.3). Dies ist nach dem Wortlaut der EU-Richtlinie aber zwingend erforderlich. Es kann daher in Frage gestellt werden, ob das Geschlecht bei der Bestimmung risikogerechter Prämien wirklich ein „entscheidender Faktor“ ist wie dies von der EU-Richtlinie gefordert wird, sollen geschlechterdifferenzierte Prämien erhoben werden. Womöglich ist es für die private Versicherungswirtschaft daher zwingend, in Zukunft nur noch Unisex-Tarife anzubieten. Selbst wenn es der PKV unter Rückgriff auf noch zu erhebende Daten aber gelingt nachzuweisen, dass auch nach Abzug der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei versicherungsmathematisch korrekt kalkulierten Prämien erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen, verbleibt die Notwendigkeit, die Schwangerschafts- und Geburtskosten anders als bisher zu finanzieren und dabei Männer und Frauen gleichermaßen zu belasten.

Sowohl eine Einführung von Unisex-Tarifen als auch eine Umverteilung der Schwangerschafts- und Geburtskosten führen zu einer Veränderung der Prämienkalkulation, die – insbesondere für die Frauen – unerwünschte Wirkungen haben kann: Werden die Versicherungsunternehmen nämlich gezwungen, Tarife anzubieten, die für Männer zu einer Über-, für Frauen aber zu einer Unterdeckung der Ausgaben führen, entstehen für sie Anreize zur *Risikoselektion*, bei der die Frauen als „schlechte Risiken“ tendenziell vom Abschluss eines Versicherungsvertrages abgehalten, während Männer gezielt umworben werden. Spiegelbildlich werden Männer durch eine Prämiengestaltung, bei der sich – verglichen mit einer traditionellen Kalkulation, die nur auf die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen abstellt, – höhere Prämien ergeben, vom Abschluss einer Versicherung abgeschreckt. Es versammeln sich in der Versicherung dann verstärkt die „schlechten Risiken“, in diesem Fall also die Frauen (adverse Selektion). Sowohl Risikoselektion als auch adverse Selektion verhindern den Abbau von Diskriminierungen und sind als kontraproduktiv anzusehen. Grundsätzlich können diese beiden Mechanismen den Zugang zur Krankenversicherung für bestimmte Versichertengruppen erschweren und erwünschte Solidarität zwischen den Versicherten verhindern (Newhouse, 1996; Van de Ven & Ellis, 2000).

Es stellen sich daher die folgenden Untersuchungsfragen, die in diesem Kapitel beantwortet werden sollen:

1. Welche Anreize zur Risikoselektion entstehen durch die Einführung von Unisex-Tarifen bzw. bei geschlechtsneutraler Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt?
2. Kommt es durch die Einführung von Unisex-Tarifen bzw. bei geschlechtsneutraler Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt zu adverser Selektion?
3. Wie kann das Phänomen der Risikoselektion und der adversen Selektion bei Einführung von Unisex-Tarifen bzw. bei geschlechtsneutraler Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt durch eine entsprechende Ausgestaltung der Umfinanzierung eingedämmt werden?

Hierzu wird in Abschnitt 4.1 zunächst die Theorie der adversen Selektion und Risikoselektion rekapituliert. Dabei werden die in der Literatur beschriebenen möglichen Formen von Risikoselektion detailliert wiedergegeben. In Abschnitt 4.2 wird sodann untersucht, welchen Einfluss Risikoselektion und adverse Selektion in der PKV bei Einführung von Unisex-Tarifen

bzw. bei einer geschlechtsneutralen Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt ausüben könnten. Abschnitt 4.3 schließlich beschreibt Möglichkeiten der Eindämmung dieser unerwünschten Folgen.

4.1 Theorie der Selektion in der Krankenversicherung

In der Literatur werden zwei Formen der Selektion in der Krankenversicherung beschrieben: adverse Selektion und Risikoselektion (Pauly 1984; Van de Ven & Ellis 2000: 771). Beide Formen unterscheiden sich hinsichtlich der Aktivitäten, die dabei von den Versicherten und den Versicherern ergriffen werden sowie in den Ergebnissen. Darum soll zunächst eine Abgrenzung dieser beiden Begriffe vorgenommen werden.

4.1.1 Adverse Selektion

Adverse Selektion kann auftreten, wenn vor einem Vertragsabschluss Informationsasymmetrien zwischen zwei Marktparteien (hidden knowledge) bestehen.³⁹ Wie zuerst durch Akerlof (1970) für den Gebrauchtwagenmarkt beschrieben, führen Qualitätsunterschiede der angebotenen Ware bei einem Informationsgefälle zwischen Verkäufer und Käufer dazu, dass die qualitativ hochwertige Ware vom Markt verdrängt wird (adverse selection, negative Auslese). Denn nur die Verkäufer mit ihrem Informationsvorsprung wissen, von welcher Qualität ihr Angebot ist. Dem Käufer ist ausschließlich die durchschnittliche Qualität des Produkts auf dem Markt bekannt, ex ante weiß er nichts über die Qualität des einzelnen Angebots. Auf dem Gebrauchtwagenmarkt beispielsweise sieht der Käufer dem angebotenen Auto nicht den tatsächlichen Verschleißzustand an. Er weiß also auch nicht, ob ein hoher Preis gerechtfertigt ist und wird nur den durchschnittlichen Preis für Gebrauchtwagen dieses Modells bezahlen. Für qualitativ hochwertige Ware ist dieser Durchschnittspreis jedoch zu gering, weswegen der Verkäufer sie nicht anbieten wird und diese Qualitätsstufe vom Markt verschwindet. Damit sinkt die Durchschnittsqualität der zum Kauf angebotenen Autos, was ein Absinken des Durchschnittspreises nach sich zieht. In Folge werden also auch die Angebote mittlerer Qualität verschwinden. Zum Kauf werden nur noch die „lemons“ angeboten, also die Produkte minderer Qualität.

Auf den Markt für Krankenversicherungen übertragen bedeutet dies, dass die Versicherungen, die nicht zwischen guten und schlechten Risiken differenzieren können, eine Durchschnittsprämie erheben müssen. Denn besonders günstige Beiträge, die die Versicherung für gute Risiken kalkuliert hat, würden natürlich auch von schlechten Risiken (die vorher nicht zu erken-

³⁹ Informationsasymmetrien können auch zu moral hazard führen. Moral hazard bezeichnet die Verhaltensänderungen, die durch Abschluss eines Versicherungsvertrages ausgelöst werden und – da sie nicht beobachtet und daher auch nicht im Versicherungsvertrag berücksichtigt werden können (hidden action) – zu einer Abweichung vom Wohlfahrtsoptimum führen. Hierbei kann zwischen ex ante und ex post moral hazard unterschieden werden. Ex ante moral hazard verweist darauf, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Schadensfalls selbst beeinflusst werden kann, während sich ex post moral hazard auf das Verhalten nach Eintreten des Schadensfalls bezieht. Im Gesundheitsbereich wird ex ante moral hazard insbesondere im Zusammenhang mit vermindertem Präventionsverhalten und mit der Simulation des Schadensfalls diskutiert. Ex post moral hazard liegt dann vor, wenn die Leistungsentnahme im Versicherungssystem oberhalb des Volumens liegt, dass gewählt würde, wenn die entstehenden Kosten vom einzelnen nicht externalisiert werden könnten. Wird diese Überkonsumption durch Empfehlungen der Leistungsanbieter ausgelöst, wird dies als angebotsinduzierter (ex post) moral hazard bezeichnet. Diese Form ist für das Gesundheitswesen wahrscheinlich von größter Bedeutung. Vgl. für das Konzept des moral hazard grundlegend die Primärarbeiten von Arrow (1963, 1968) und Pauly (1968), die Übersichtsarbeiten von Mahr (1972), Nell (1993) und Mirrless (1999) sowie die Kritik von Schaper (1979). Für die Anwendung auf das Gesundheitswesen siehe Breyer & Zweifel 1997 sowie zur Empirie Newhouse et al. 1993.

nen sind) nachgefragt, wodurch sich für die Krankenversicherung ein finanzieller Verlust ergeben würde und diese Angebote damit unrentabel wären. Für die guten Risiken unter den Versicherten besteht jedoch kein Anreiz, eine bezogen auf ihren guten Gesundheitszustand überbewertete Prämie zu bezahlen. Sie werden darum lieber gar keine Krankenversicherung wählen. Es verbleiben nur noch die schlechten Risiken im Versichertenpool, die einen hohen Preis bezahlen müssen. Es kommt also zur so genannten Antiselektion (Breyer & Zweifel 1999: 162). Entweder verbleiben die guten Risiken ganz ohne Versicherungsschutz, oder es werden Versicherungspakete mit niedrigerem Leistungsumfang (und damit hoher Selbstbeteiligung) zu einem günstigeren Beitrag abgeschlossen. Damit ist dieses Angebot für schlechte Risiken uninteressant, da sie auf das gesamte Leistungsspektrum angewiesen sind bzw. weil sie sich bei häufiger Inanspruchnahme durch die hohen Selbstbehalten schlechter stellen würden als bei Abschluss der Vollversicherung für schlechte Risiken.

Rothschild & Stiglitz (1976) haben ein diesbezügliches formales Gleichgewichtsmodell für einen Versicherungsmarkt mit asymmetrischer Information vorgelegt. Sie konnten zeigen, dass ein vereinendes Gleichgewicht, d.h. ein Gleichgewicht mit einer Vertragskalkulation auf Basis des Durchschnittsrisikos, bereits bei Existenz nur zweier Risikotypen nicht zustande kommt. Möglich ist lediglich ein trennendes Gleichgewicht, bei dem beide Gruppen einen Versicherungsvertrag erhalten, der auf Basis der eigenen Schadenshäufigkeit kalkuliert ist. Während die schlechten Risiken eine Vollversicherung erhalten, können die guten Risiken sich nur zum Teil absichern. Dieses Ergebnis kann auch so interpretiert werden, dass die guten Risiken durch die Bereitschaft zur Übernahme einer (hohen) Selbstbeteiligung glaubhaft signalisieren, dass sie gute Risiken sind. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass sie einen Versicherungsvertrag erhalten, der auf Basis ihrer (niedrigeren) Schadenshäufigkeit kalkuliert ist. Damit einher gehen Wohlfahrtsverluste, da die guten Risiken keinen vollständigen Versicherungsschutz erhalten. Allerdings ist dies noch der positive Fall. Unter bestimmten Umständen, z.B. bei einer sehr kleinen Anzahl von Versicherten mit einem hohen Risiko, kommt gar kein Gleichgewicht zustande (Rothschild & Stiglitz 1976). Die Folge kann ein komplettes Marktversagen mit Zusammenbruch des Versicherungsmarktes sein.

In der Literatur werden nun zwei Lösungsmöglichkeiten für das Problem der asymmetrischen Information auf Märkten beschrieben: Signaling und Screening. Beim *Signaling* gibt der Marktpartner mit einem Informationsüberschuss private Information preis und baut auf diese Weise seinen Informationsvorsprung ab (Spence 1973). Dabei gilt es, das Misstrauen der Gegenseite zu überwinden, indem glaubhafte und überzeugende Signale ausgesendet werden. Beispielsweise kann der Gebrauchtwagenverkäufer eine zusätzliche Garantie anbieten, mit der er die qualitative Überlegenheit seines Angebots signalisiert. Für den Krankenversicherungsmarkt stellt insbesondere die freiwillige Wahl von Selbstbeteiligung ein solches Signal dar.⁴⁰

Beim *Screening* geht die Initiative vom schlechter informierten Marktpartner aus, der Maßnahmen ergreift, um das eigene Informationsdefizit abzubauen. So können vor Abschluss einer Krankenversicherung Selbstauskünfte der Versicherten oder medizinische Untersuchungen vor Vertragsabschluss verlangt werden. Dies gehört nicht nur in der deutschen PKV zur Regel, sondern wird auch in vielen anderen europäischen Ländern praktiziert. Befindet sich die Geschäftsstelle einer Krankenversicherung im fünften Stockwerk eines Gebäudes ohne Aufzug, erhält die Versicherung Information über den Gesundheitszustand (bzw. das Herzkreislaufsystem) ihrer potentiellen Versicherten. Denn nur Gesunde werden den langen Treppenaufstieg auf sich nehmen (Stiglitz 2001).

⁴⁰ Die Krankenversicherung kann auch versuchen, eine *Selbstselektion* (self-selection) der Versicherten zu induzieren (Rothschild & Stiglitz 1976), indem sie aktiv Verträge mit unterschiedlicher Anreizstruktur anbietet.

4.1.2 Risikoselektion

Risikoselektion tritt auf dem Krankenversicherungsmarkt nicht auf, wenn Krankenversicherungsunternehmen risikogerechte Prämien erheben können. Risikogerechte Prämien führen jedoch zu gewaltigen Preisunterschieden. So konnten Van de Ven et al. (2000) mit Daten der niederländischen Krankenversicherung zeigen, dass sich die Prämien leicht um den Faktor 100 oder mehr unterscheiden, wenn die Morbidität der Versicherten bei der Prämienkalkulation vollständig berücksichtigt wird. Häufig werden derlei Prämienunterschiede als gesellschaftspolitisch unerwünscht angesehen und gelten als unsolidarisch. In der GKV gilt Risikolidarität, d.h. Beitragsunterschiede auf Grund von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder Familiengröße sind nicht gestattet. Die guten Risiken zahlen einen in Relation zu ihrem Risiko gemessen überhöhten Beitrag, die schlechten Risiken hingegen einen zu niedrigen. Hier sind risikogerechte Prämien also verboten. Die PKV in Deutschland hingegen darf grundsätzlich risikogerechte Prämien erheben und praktiziert dies auch.

Auf einem Krankenversicherungsmarkt ohne bzw. mit eingeschränkt risikogerechten Prämien entstehen für die Versicherer Selektionsanreize, bevorzugt die „guten Risiken“ mit einem positiven Deckungsbeitrag zu versichern. Mit Hilfe von Risikoselektion kann die Versicherung also einen höheren Gewinn erzielen und erlangt einen Wettbewerbsvorteil gegenüber ihren Konkurrenten. Unter *Risikoselektion* ist dabei eine gezielte Strategie zu verstehen, die eine Verbesserung der Risikostruktur der Versicherten bezweckt. Auf der einen Seite geht es um das Anlocken und Halten der Versicherten mit günstigen Merkmalen, auf der anderen Seite sollen Versicherte mit ungünstigen Merkmalen abgeschreckt bzw. zur Kündigung bewegt werden. Risikoselektion umfasst damit also grundsätzlich zwei Dimensionen.

Maßnahmen der Risikoselektion können offen oder subtil verlaufen, je nach Regulierung des Versicherungsmarktes. Besteht beispielsweise ein Kontrahierungszwang wie in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, dürfen die Krankenkassen Versicherte zwar nicht direkt ablehnen, sie können jedoch auf subtilere Maßnahmen der Risikoselektion zurückgreifen. Zahlreiche Beispiele sind hier dokumentiert, die vom Erfindungsreichtum der Krankenkassen zeugen (vgl. Höppner et al. 2005 für Details).⁴¹ Dabei gilt Risikoselektion in der GKV als sozialpolitisch unerwünscht. Gegenstand des Kassenwettbewerbs soll nicht die Optimierung der Versichertenstruktur sein, die nur der einzelnen Kasse gelingen kann, nicht aber der gesamten GKV sein. Vielmehr sollen durch den Wettbewerb Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung geschaffen werden. Ein Wettbewerb um eine Optimierung der Versichertenstruktur kann hiervon nur ablenken.

Die PKV hingegen kann Risikoselektion offen betreiben, da sie keinem Kontrahierungszwang unterliegt.⁴² Der Wettbewerb um die guten Risiken verläuft dabei auf zwei Ebenen: zum einen konkurrieren die PKV-Unternehmen untereinander um die guten Risiken, zum anderen verläuft die Risikoselektion an der Versicherungspflichtgrenze und zielt auf gute Risiken unter den GKV-Versicherten ab. Während die PKV versucht, gesunde Versicherte anzulocken, verbleiben Versicherte mit Vorerkrankungen in der GKV, da sie von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen abgeschreckt werden bzw. gar nicht erst aufgenommen werden.

Grundsätzlich ist zwischen positiver und negativer Risikoselektion zu unterscheiden (Jacobs et al. 2001). Dabei richtet sich die positive Risikoselektion auf das Anziehen und Halten von

⁴¹ Mit der Reform des Risikostrukturausgleichs und der darin vorgeschriebenen direkten Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten in der GKV soll diesem Anreiz zur Risikoselektion entgegengewirkt werden (Jacobs et al. 2001 sowie IGES et al. 2004)

⁴² So beschreibt z.B. ein PKV-Unternehmen die Nützlichkeit der Risikoselektion in ihrem Geschäftsbericht mit den Worten: „Verbindliche Annahmerichtlinien und eine sorgfältige Risikoselektion sorgen darüber hinaus für eine gesunde Bestandsentwicklung“ (Barmenia Krankenversicherung 2002).

guten Risiken. Bei der negativen Risikoselektion werden dagegen schlechte Risiken abgeschreckt oder zu einem Versicherungswechsel motiviert. Weiterhin kann zwischen Risikoselektion vor und nach Vertragsabschluß differenziert werden (Van de Ven & Van Vliet 1992). In der PKV kommt der Selektion vor Vertragsabschluß die größere Bedeutung zu. Weiterhin kann sie innerhalb der ersten Versicherungsjahre eine Rolle spielen, da in dieser Zeit noch Wechselbewegungen zwischen den PKV-Unternehmen zu verzeichnen sind. Nach einer längeren Versicherungszeit ist ein Wechsel für Versicherungsnehmer wegen des damit verbundenen Verlusts der Alterungsrückstellung praktisch ausgeschlossen und Risikoselektion damit bedeutungslos.

Bei der Risikoselektion vor Vertragsabschluß nutzen Versicherungsunternehmen häufig auch die Selbstselektion der Versicherten für ihre Zwecke (Van de Ven & Van Vliet 1992). Dazu müssen sie Versicherungsangebote kreieren, die attraktiv für gute Risiken sind, von schlechten Risiken jedoch nicht gewählt werden. Nachfolgend einige Beispiele: denkbar sind selektive Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern, die eher gute Risiken anziehen (z.B. mit Sportmedizinern und Fitnesstrainern), und solchen, die hohe Risiken abschrecken (z.B. mit schlechten Kardiologen oder Gynäkologen). Auch kann das Versicherungspaket oder die Zusatzversicherung gezielt so gestaltet werden, dass gute Risiken angezogen werden (z.B. durch Angebote im Sport- und Fitnessbereich). Weiterhin können Krankenversicherungen spezielle Programme für chronisch Kranke oder Behandlungen nach schweren Erkrankungen wie wiederaufbauende Brustchirurgie nach einer Tumoroperation aus ihrem Leistungskatalog streichen, um schlechten Risiken abzuschrecken. Ebenso könnte ein Ausschluss von gynäkologischen Leistungen auf Frauen abschreckend wirken. Auch durch eine unterschiedliche Gestaltung der Versicherungsprämien kommt es zur Selbstselektion von Versicherten. Prämienreduzierung bei Selbstbehalten werden eher von guten Risiken gewählt, während schlechte Risiken öfter eine Erhöhung der Pauschalprämie wählen.

Weiterhin können gute Risiken vor Vertragsabschluß gezielt umworben werden, z.B. durch Werbung in bestimmten Medien (z.B. Internet oder bestimmte Zeitschriften). Auch Direktmails oder gezieltes Auslegen von Werbeprospekten (z.B. im Sportstudio) sind denkbar. Für Außendienstmitarbeiter oder Versicherungsvermittler können ebenfalls Anreize zur Risikoselektion gesetzt werden. Für Vertragsabschlüsse mit guten Risiken bzw. für Vermittlung schlechter Risiken an die Konkurrenz können z.B. Prämien gezahlt werden. Auch Ärzte oder Arbeitgeber können die Wahl der Versicherten beeinflussen. Aus der GKV sind zahlreiche Beispiele von massiven Versuchen der Einflussnahme durch diese beiden Gruppen dokumentiert (Höppner et al. 2005). Die paritätische Beitragsfinanzierung führt dazu, dass Arbeitgeber ein starkes Interesse an der Versicherungswahl ihrer Angestellten haben. Sie könnten also Angestellten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Wahl einer beitragsgünstigen privaten Krankenversicherung nahe legen. Leistungsanbieter können die Versicherungswahl ihrer Patienten beeinflussen, wenn davon die Höhe ihrer Vergütung abhängt oder sie am finanziellen Risiko der Versicherung beteiligt sind.

Schließlich bieten sich auch nach Versicherungsabschluss Möglichkeiten zur Risikoselektion. Dabei kann insbesondere an die Qualität des Service gedacht werden. Gute Risiken könnten besonders zuvorkommend behandelt werden, schlechte Risiken hingegen werden eher „gemobbt“ und nur verzögert „bedient“. Weiterhin können schlechte Risiken gezielt über die Möglichkeit eines Versicherungswechsels informiert oder gute Risiken vor den vermeintlichen Folgen eines Wechsels gewarnt werden. Die Konkurrenz kann gute Risiken im Versichertenbestand gezielt umwerben. So können auch Prämien an die Außendienstmitarbeiter gezahlt werden, wenn sie einen Wechsel von guten Risiken verhindern.

4.1.3 Folgen von adverser Selektion und Risikoselektion

Adverse Selektion und Risikoselektion haben verschiedene Folgen. Wie sich diese im Einzelnen auswirken, hängt auch von Art und Umfang der Regulierung des Krankenversicherungsmarktes ab. Dabei müssen die Effekte nicht nur negativ sein. Beispielsweise hat Risikoselektion für einige Versicherte in der PKV positive Folgen: in der substitutiven PKV können die guten Risiken der deutschen Bevölkerung, die Zutritt zur PKV haben, von günstigeren Prämien als in der GKV profitieren. Werden gesellschaftspolitisch jedoch Solidaritätsziele verfolgt, sind adverse Selektion und Risikoselektion als dysfunktional anzusehen.

Adverse Selektion führt dazu, dass sich schlechte Risiken nur zu sehr hohen Prämien versichern können, während gute Risiken günstige Prämien für einen reduzierten Versicherungsschutz zahlen (Van de Ven & Ellis 2000). Verschiedene Versicherungsgruppen würden sogar ohne Versicherungsschutz verbleiben, weil sie sich entweder keine Versicherung leisten können oder wollen. Weiterhin ergeben sich Ineffizienzen aus den ständigen Versicherungsneugründungen und dem Konkurs von Versicherungen mit vielen schlechten Risiken. Hier entsteht ein gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrtsverlust.

Auch *Risikoselektion* kann als dysfunktional angesehen werden. Van de Ven & Van Vliet (1992: 24) beschreiben drei mögliche negative Folgen der Risikoselektion: Erstens können Krankenversicherungen mit erfolgreicher Risikoselektion ihre Konkurrenten vom Markt verdrängen, die sich ausschließlich um eine Verbesserung ihrer Effizienz bemühen, wenn die Investitionen in Risikoselektion ein günstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen als Investitionen in eine Optimierung der Versorgungsstrukturen. Der Anreiz zur Verbesserung der eigenen Verwaltungsstruktur sowie zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung ist in dieser Situation nicht mehr gegeben. In der Folge könnte sich die Gefahr von Monopolisierungstendenzen ergeben (Jacobs et al. 2001: 21). Weiterhin lohnt sich für die Krankenversicherung eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für risikoreiche Versicherte (insbesondere chronisch Kranke) nicht, weil dadurch schlechte Risiken attrahiert würden und Wettbewerbsnachteile entstünden. Es kommt zu einer Gefährdung der optimalen medizinischen Versorgung von (chronisch) kranken Versicherten. Die Präferenzen dieser Versichertengruppe werden dann nicht berücksichtigt. Schließlich erzielen einzelne Krankenversicherungen durch Risikoselektion Profit auf Kosten ihrer Konkurrenten, wobei für die Durchführung der Selektionsmaßnahmen eventuell erhebliche Mittel nötig sind, die nicht in Innovationen der Versorgungsstrukturen investiert werden, sondern in gezielte Marketingaktivitäten. Auch hier entsteht ein gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrtsverlust.

4.2 Mögliche negative Folgen von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt

Die Einführung von Unisex-Tarifen bzw. die Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter würde für private Krankenversicherungsunternehmen bedeuten, dass die Prämien weniger risikogerecht gestaltet werden dürften als vorher. In beiden Fällen würden die Prämien für Männer ansteigen, die Frauenprämien hingegen sinken. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Männer liegen jedoch auch in Zukunft unter denen der Frauen,⁴³ weil bei Männern z.B. niemals Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt anfallen werden. Frauen zahlen also, gemessen an ihrem Morbiditätsrisiko bzw. an der Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft, zu niedrige Prämien, während Männer zu hohe Beiträge entrichten. Oder anders ausgedrückt: Frauen stellen für die Versicherungsunternehmen einfach zu identifizierende schlechte Risiken dar, die mehr Lei-

⁴³ Zumindest in den Altersjahren, in denen realistischer Weise ein Eintritt in die PKV stattfindet.

stungsausgaben verursachen als durch Beitragszahlungen dieser Versicherten eingenommen werden. In dieser Situation ist es leicht nachzuvollziehen, dass gewinnorientierte Versicherer Männer in ihrem Versichertenbestand präferieren. Durch eine Reduktion der Frauenquote unter ihren Versicherten erringen die Versicherungsunternehmen dann einen Wettbewerbsvorteil, während eine Erhöhung der Frauenquote umgekehrt zu einem Wettbewerbsnachteil führt. Für Versicherte ergeben sich durch die Neuregelungen ebenfalls Veränderungen. Steigende Prämien könnten auf Männer eher abschreckend wirken und von einem Versicherungsabschluss abhalten bzw. zur Wahl von Selbstbehalten führen, für Frauen hingegen würde die PKV an Attraktivität gewinnen. Auf die je spezifischen Effekte von adverser Selektion und Risikoselektion sei nachstehend noch einmal eingegangen (Abschnitt 4.2.1 und 4.2.2).

4.2.1 Adverse Selektion nach Einführung von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt

Bei Einführung von Unisex-Tarifen bzw. nach Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter kann es zur adversen Selektion kommen. Der Abschluss einer Versicherung ist dann für die schlechten Risiken (Frauen) attraktiv, für die guten Risiken (Männer) jedoch weniger (vgl. Abschnitt 4.1.1). Männer müssten im Verhältnis zu ihrem Erwartungsschaden zu hohe Prämien bezahlen. Damit sind die Versicherungen aus Sicht der Männer nicht mehr „fair“. Sie haben in dieser Situation zwei Möglichkeiten: Sie können ganz auf den Abschluss einer Versicherung verzichten oder Tarife mit Selbstbehalten wählen. Beides führt zu einer Verringerung des Versicherungsschutzes und ist – bei unterstellter Risikoaversität der Individuen – wohlfahrtsmindernd.

Zu einer nennenswerten kompletten Verdrängung der guten Risiken vom Markt wie durch Akerlof (1970) beschrieben, wird es in der PKV wohl nicht kommen – dazu ist den meisten Menschen ein Krankenversicherungsschutz zu wichtig. Bei einem Anstieg der Männerprämien verringert sich jedoch für Männer die Prämien Differenz zur GKV. Es ist also möglich, dass Männer verstärkt vorziehen, gar nicht in die PKV zu wechseln, während die PKV für Frauen an Attraktivität gewinnt.

Denkbar ist auch, dass Männer einen geringeren Versicherungsschutz bei höherer Selbstbeteiligung wählen, während Frauen eine höhere Prämie für mehr Versicherungsschutz zahlen. Versicherungen könnten durch gezielte Gestaltung ihrer Versicherungsprodukte versuchen, die Selbstselektion der Versicherten noch zu verstärken.

Aber auch das bereits heute existierende System der verschiedenen Selbstbehaltstufen könnte adverse Selektion begünstigen. Um ihre Prämie zu reduzieren, würden insbesondere Männer, aber auch Frauen, die mit niedrigen Leistungsausgaben rechnen, weil sie beispielsweise keinen Kinderwunsch haben, Tarife mit höheren Selbstbehalten wählen. Tarife ohne oder mit geringem Selbstbehalt hingegen könnten eher von Frauen nachgefragt werden, zumal von denen, die einen Kinderwunsch haben.

4.2.2 Risikoselektion nach Einführung von Unisex-Tarifen oder einer geschlechterneutralen Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt

In der Literatur zur Risikoselektion gelten in erster Linie (chronisch) kranke Versicherte als schlechte Risiken für Krankenversicherungen. Dies trifft momentan auch für die PKV in

Deutschland zu, die Versicherte mit schweren Vorerkrankungen gar nicht erst aufnimmt.⁴⁴ Dabei erhält die Versicherung wichtige Information durch die Selbstauskunft des Antragstellers und ärztliche Untersuchungen (Screening). Nach Einführung von Unisex-Tarifen bzw. nach Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei der Prämienkalkulation auf beide Geschlechter würden zusätzlich auch Frauen schlechte Risiken für die Versicherer darstellen. Damit würden neue Anreize zur Risikoselektion entstehen. Als Folge hiervon würden Versicherer versuchen, verstärkt gute Risiken (Männer) als Neukunden zu werben und zu halten, schlechte Risiken (Frauen) aber vom Abschluss einer Versicherung abzuhalten. Hierzu können sie sich verschiedener Mittel bedienen. Die wichtigste Form der Risikoselektion in der PKV ist sicherlich die Selektion vor Vertragsabschluß (ex ante). In den ersten Versicherungsjahren (ex post) kommt es jedoch auch innerhalb der PKV zu Wechselbewegungen. Auch hier kann Risikoselektion also eine Rolle spielen. Wettbewerb um Versicherte des Altbestandes gibt es in der PKV nicht, womit auch das Problem der Risikoselektion verschwindet.

Die naheliegendste Option zur Risikoselektion stellt für die PKV die einfache Ablehnung von Frauen dar. Möglich ist dies, weil die PKV keinem Kontrahierungszwang unterliegt. Gründe für die Ablehnung müssen dem Antragsteller dabei grundsätzlich nicht genannt werden. Denkbar ist auch, dass Gesundheitsprüfungen vor Vertragsabschluss bei Frauen intensiver erfolgen und dass für Frauen höhere Risikozuschläge verlangt werden. Auf diese Weise lassen sich die Frauenprämien „künstlich“ hochschrauben. Diese Beispiele würden zwar dem Tatbestand der Diskriminierung entsprechen, die intransparente Sachlage würde jedoch einen mühsamen Nachweis im Einzelfall erfordern und in der Praxis möglicher Weise zu selten aufgedeckt werden.

Wie bereits in Abschnitt 4.1.2 beschrieben, nutzen Versicherer bei der Risikoselektion vor Vertragsabschluß häufig auch die Selbstselektion der Versicherten. Nach Einführung einer geschlechtereinheitlichen Tarifierung in der PKV könnten Versicherungsunternehmen also ihre Versicherungsangebote entsprechend anpassen, um diese Selbstselektion zu verstärken. Sowohl der Preis als auch das Leistungsangebot könnten dabei verändert werden. Sehr auf die Bedürfnisse der Männer (und überhaupt nicht auf die der Frauen) zugeschnitten wären beispielsweise Tarife ohne gynäkologische Leistungen zu einem günstigeren Preis. Ob diese Tarife allerdings noch den Anforderungen an die substitutive private Krankenversicherung entsprechen oder mit der neuen EU-Richtlinie zu vereinbaren wären, müsste rechtlich geklärt werden.

Vor Vertragsabschluß könnte Risikoselektion weiterhin über selektive Werbung betrieben werden. Sowohl Inhalt als auch Platzierung der Werbung könnten entsprechend gestaltet werden, um gezielt Männer anzusprechen. Auch Versicherungsvermittler könnten gezielt Risikoselektion betreiben – sie hätten hierzu einen großen Anreiz, wenn sie fortan für den Vertragsabschluß mit Frauen keine (oder nur eine geringe) Vermittlungsprovision mehr erhalten würden.

Nach Vertragsabschluß könnte beispielsweise versucht werden, Männer gezielt im Versichertenbestand zu halten und Frauen zum Wechsel zu bewegen. Hierzu könnten wiederum Prämienzahlungen an Versicherungsvermittler eingesetzt werden. Denkbar wäre z.B. auch eine gezielte Warnung von weiblichen Versicherten vor zukünftigen massiven Beitragserhöhungen.

Um gute Risiken auch nach Vertragsabschluss zu begünstigen, könnten Versicherungsunternehmen eine „sekundäre Prämien differenzierung“ (Beitragsrückerstattung) verwenden. Die in

⁴⁴ Eine Ausnahme stellen hier neu verbeamtete Antragsteller dar, die die PKV zum Standardtarif versichern muss.

Kapitel 2 geschilderte Art der Prämienkalkulation wird als primäre Prämiendifferenzierung bezeichnet. Sie geschieht vor Vertragsabschluß, also *ex ante*. Dabei wird der Versuch unternommen, risikogerechte Prämien zu ermitteln, indem Risikomerkmale der Versicherten in die Kalkulation einfließen. Am ausgeprägtesten findet sich eine primäre Prämiendifferenzierung in Deutschland in der Kfz-Versicherung, wo unter anderem die Variablen Garagenfahrzeug, Alter des Autos, Kilometerleistung, Nutzerkreis, Typenklasse, Region und Geschlecht berücksichtigt werden (Riedel & Münch 2004). Die *sekundäre Prämiendifferenzierung* findet dagegen nach Vertragsabschluß (*ex post*) statt und stellt eine Form der Erfahrungstarifizierung dar. Im Falle einer Erschwerung der primären Prämiendifferenzierung könnte sie erheblich an Bedeutung gewinnen. Durch sekundäre Prämiendifferenzierung können Versicherungsunternehmen nämlich eine Beitragsreduktion für bessere Risiken (Männer) anbieten und damit für diese Versichertengruppe attraktiv bleiben. Bereits heute bieten viele PKV-Unternehmen Beitragsrückerstattungen bei Schadensfreiheit, wobei sich verschiedene Systeme finden. Bei einigen Unternehmen steigt die Höhe der Rückerstattung entsprechend der Länge der schadensfreien Periode an, bei anderen Unternehmen bleibt sie auch bei längerer Schadensfreiheit konstant. Eine konstante Rückerstattung betont eher den Aspekt der Selbstbeteiligung: Versicherte werden zwischen der Vergütung von eingereichten Rechnungen und dem Verlust der Beitragsrückerstattung abwägen. Es wird ein Anreiz zur Selbstbeteiligung geschaffen. Sekundäre Differenzierung findet eher bei ansteigenden Beitragsrückerstattungen statt. Gute Risiken werden mit einer höheren Rückerstattung belohnt. Die Beitragsrückerstattung besitzt gegenüber Selbstbehalten den Vorteil, dass sie zum einen in veränderten finanziellen Situationen kurzfristig ausgesetzt werden kann. Zum anderen bezuschusst der Arbeitgeber nicht die Selbstbehalte – indirekt jedoch die Beitragsrückerstattungen (Riedel & Münch 2004).

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass PKV-Unternehmen einen großen Erfindungsreichtum an den Tag legen werden, um Risikoselektion nach dem Geschlecht zu betreiben. An dieser Stelle konnten nur einige illustrative Beispiele aufgeführt werden, in der Praxis ist mit wesentlich umfangreicheren Praktiken zu rechnen. Hiervor muss im Zusammenhang mit einer Einführung von Unisex-Tarifen bzw. bei geschlechtsneutraler Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt nachdrücklich gewarnt werden. Aus der GKV, die gemeinhin als wesentlich solidarischer gilt als die PKV, sind zahlreiche subtile Formen der Selektion dokumentiert, wobei zum Teil auch vor Gesetzesüberschreitungen nicht zurückgeschreckt wird (Höppner et al. 2005). Abschließend sei an dieser Stelle ein Vorstandsmitglied eines PKV-Unternehmens sinngemäß zitiert: „Wenn Unisex-Tarife eingeführt werden, gehen wir eben in den Untergrund und betreiben Risikoselektion. Es lassen sich zahlreiche Möglichkeiten finden, Frauen von einem Vertragsabschluß abzuschrecken“.

4.3 Eindämmung von Risikoselektion und adverser Selektion

Wie gezeigt werden konnte, führt eine Veränderung der Prämienkalkulation in der PKV mit großer Wahrscheinlichkeit zu unerwünschten Folgen, die subtile Formen von Diskriminierung provozieren. Dies lässt sich zum Teil jedoch bereits im Vorfeld verhindern, wenn Maßnahmen zur Gegenregulation ergriffen werden. In diesem Abschnitt sollen darum grundsätzliche Möglichkeiten zur Eindämmung der Risikoselektion (4.3.1) und der adversen Selektion (4.3.2) beschrieben werden. Eigene Vorschläge zu einer Umsetzung der EU-Richtlinie, die negative Selektionsanreize minimiert, werden in Kapitel 6 unterbreitet.

4.3.1 Möglichkeiten zur Eindämmung von Risikoselektion

Um Risikoselektion zu verhindern, müssen Krankenversicherungen risikogerechte Beitragszahlungen erhalten (Rothgang et al. 2004). Unisex-Tarife bzw. eine Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt auf Männer und Frauen würden jedoch die momentane risikoge-

rechte Tarifierung in der PKV aufheben. Es muss also eine Situation geschaffen werden, in der die Versicherungsunternehmen auf anderem Wege risikogerechte Beitragszahlungen erhalten. Dies lässt sich durch Prämiensubventionierungen erreichen, die entweder durch externe staatliche Transferleistungen (4.3.1.1) oder innerhalb des Versicherungssystems erfolgen könnte. Innerhalb des Versicherungssystems lässt sich Risikoselektion wiederum grundsätzlich durch Einführung eines Risikostrukturausgleichs (4.3.1.2) oder durch einen Risikopool (4.3.1.3) verhindern. Schließlich können verschiedene ergänzende Regelungen implementiert werden, um Risikoselektion einzudämmen (4.3.1.4). Diese Maßnahmen vermindern jedoch nicht den Anreiz zur Risikoselektion, weil sie das Problem an und für sich nicht beseitigen, sondern provozieren womöglich subtilere Formen der Selektion. Sie sollten daher lediglich ergänzend eingesetzt werden.

4.3.1.1 Prämiensubventionierung durch staatliche Transferleistungen

Staatliche Transferleistungen bieten sich an, wenn an geschlechterdifferenzierten Prämien festgehalten werden soll und allein die Kosten für Schwangerschaft und Geburt nicht mehr ausschließlich den Frauen angelastet werden sollen. Ein *Bundeszuschuss* ließe sich dabei rechtfertigen mit der Internalisierung positiver externer Effekte von Kindern, die eine allgemeine Staatsaufgabe darstellt. Dies würde auch zu den Bestrebungen einer nachhaltigen Familienpolitik im Interesse einer aktiven Bevölkerungsentwicklung passen (Rürup & Gruescu 2003)

Dies würde jedoch auch erfordern, dass die Kosten für Schwanger- und Mutterschaft zugleich in der GKV über einen Bundeszuschuss finanziert werden. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 enthält diesbezügliche Ansatzpunkte. Bisherige Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes können nun aus Steuermitteln finanziert werden. Auch Leistungen rund um die Schwangerschaft ließen sich entsprechend in der GKV abgleiten.

Familienpolitische Leistungen stellen gesamtgesellschaftliche Aufgaben dar, weswegen eine Forderung nach entsprechender Finanzierung durch alle Steuerzahler gerechtfertigt werden kann.⁴⁵ Angesichts der damit verbundenen massiven Belastungen des Bundeshaushaltes ist es jedoch unwahrscheinlich, dass sich eine Einführung dieser Umfinanzierung – in der PKV und/oder in der GKV – zum gegenwärtigen Zeitpunkt umsetzen ließe.

4.3.1.2 Risikostrukturausgleich

Van de Ven & Ellis (2000) bezeichnen einen gut ausgestalteten Risikostrukturausgleich als die effektivste Methode, um Risikoselektion auf Krankenversicherungsmärkten zu verhindern. Auch in Deutschland besteht ein weitgehender Konsens, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) ein geeignetes Instrument zum Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen zwischen Krankenversicherungen darstellt (Breyer & Kifmann 2001; Jacobs et al. 2001; Lauterbach & Wille 2001). Er kommt bisher allerdings ausschließlich in der GKV zur Anwendung.

Ein *Risikostrukturausgleich* ist ein Umverteilungssystem, das systematische Kostenunterschiede zwischen Krankenversicherungen ausgleicht, die auf einer unterschiedlichen Verteilung von Versichertenmerkmalen beruhen (Van de Ven & Ellis 2000). Hierbei werden – über

⁴⁵ Allerdings ist das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3.4.2001 zur Benachteiligung von Familien in der gesetzlichen Pflegeversicherung (BVerfG, BvR 1629/94) zu dem Ergebnis gelangt, dass Familien „im System“ der Pflegeversicherung entlastet werden müssten, da diese mit der Erziehung und Betreuung zukünftiger Leistungszahler einen Beitrag zur Bestandssicherung dieses System leisten (vgl. Rothgang 2001 und Schmähl & Rothgang 2004). Analog könnte auch für die Krankenversicherung argumentiert werden.

alle Versicherungsträger hinweg – durchschnittliche Leistungsausgaben für nach Risiko differenzierte wohl definierte Versichertengruppen ermittelt. Auf Basis dieser Beitragsbedarfe werden dann Ausgleichszahlungen errechnet. Im Idealfall entsteht ein System, in dem die Investitionskosten für Risikoselektion die daraus erzielten Gewinne übersteigen, so dass Selektionsanreize vollkommen verschwinden. Damit wäre die Prämienhöhe vollständig von der Risikostruktur der Versicherten entkoppelt.

Weltweit sind inzwischen eine Vielzahl von Modellen entwickelt und implementiert worden, wobei unterschiedliche Risikoindikatoren zur Anwendung kommen. Häufig stellen Alter und Geschlecht dabei die einzigen Ausgleichsparameter dar, obwohl in der wissenschaftlichen Diskussion immer wieder die Unzulänglichkeit dieser demographischen Indikatoren bemängelt wird. Als geeigneter werden morbiditätsorientierte Indikatoren angesehen (Van Barneveld et al. 2001; Van de Ven & Ellis 2000).

Der Risikostrukturausgleich (RSA) in der deutschen GKV bezieht bisher die Variablen Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (EU/BU-Rente) und Umfang des Krankengeldanspruchs ein.⁴⁶ Weiterhin wird das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze auf der Einnahmenseite berücksichtigt. Seit 2002 wird zusätzlich die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (DMP) in den RSA einbezogen. Ab 2007 schließlich ist die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA geplant.

4.3.1.3 Risikopool

Ein Risikopool ist ein Finanzausgleich, der den Krankenversicherungen einen Teil ihrer tatsächlichen Kosten aus einem gemeinsamen Pool ersetzt. Der zentrale Unterschied zum Risikostrukturausgleich liegt darin, dass die tatsächlichen Ausgaben über die Höhe der Ausgleichszahlung entscheiden und dadurch keine Effizianzanreize für die betroffenen Akteure gesetzt werden. Dabei sind verschiedene Formen in der Literatur beschrieben (Van Barneveld et al. 2001; Van de Ven & Ellis 2000; Van Vliet 2000): Entweder werden alle Versicherte oder nur bestimmte Versichertengruppen (z.B. Frauen, Versicherte mit bestimmten Diagnosen) einbezogen. Die Finanzierung des Risikopools kann entweder über Steuern, Abgaben der Krankenversicherungen oder über Pro-Kopf-Beiträge der Versicherten erfolgen (Spycher 2000).

Die Aufteilung des Risikos im Risikopool kann proportional geschehen, d.h. die Krankenversicherung erhält einen bestimmten Prozentsatz ihrer Leistungsausgaben erstattet. Zum anderen ist ein Stop-Loss-Modell denkbar. Hier werden nur Leistungsausgaben oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes ausgeglichen.

Beim Risikopool entsteht immer die Problematik des Trade-off zwischen Effizienz und Risikoselektion (bzw. Solidarität) (Newhouse 1996). Anreize zur Risikoselektion verschwinden nur vollständig, wenn die Gesamtkosten für Hochrisikopatienten ausgeglichen werden. In solch einem System gehen allerdings auch alle Anreize für ein wirtschaftliches Handeln der Krankenversicherungen verloren.

Häufig stellt der Risikopool eine Ergänzung zum Risikostrukturausgleich dar, er kann jedoch auch als eigenständiges System fungieren. Insbesondere bei einem unzureichend ausgestalteten RSA (der z.B. nur Alter und Geschlecht, jedoch nicht die Morbidität der Versicherten berücksichtigt) bildet ein Risikopool eine sinnvolle Ergänzung. So wurde im Jahre 2002 in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ein Risikopool parallel zum RSA eingeführt. Er soll in der Übergangszeit bis zur Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs dafür sorgen, dass Krankenkassen für die Betreuung kostenintensiver Pati-

⁴⁶ Die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen wird indirekt beim Finanzausgleich berücksichtigt.

enten einen teilweisen finanziellen Ausgleich erhalten. Ziel der Einführung des Risikopools war zum einen, Anreize zur negativen Risikoselektion besonders ausgabenintensiver Versicherter einzuschränken und zum anderen, Beitragssatzunterschiede im Zusammenhang mit einer ungleichen Verteilung von Hochrisikofällen über die Kassen abzumildern (IGES, Lauterbach, & Wasem 2004: 193). Bei diesem Risikopool handelt es sich um ein Stop-Loss-Modell, bei dem die Kassen nur die Kosten bis zu einem Schwellenwert von derzeit 20.450 Euro im Jahr selbst übernehmen müssen. Die den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben⁴⁷ werden im gemeinsamen Risikopool aller Kassen zu einer Erstattungsquote von 60 % ausgeglichen. Es wird also ein Teil der tatsächlichen Ausgaben erstattet und nicht (wie im RSA) die Durchschnittsausgaben.

4.3.1.4 Weitere regulierende Maßnahmen

Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern kann durch weitere Maßnahmen flankiert werden, über deren Einhaltung die zuständige Aufsichtsbehörde wachen könnte. Diese – nachstehend genannten Maßnahmen sind allerdings nur begrenzt einsetzbar und bestenfalls als Ergänzung zu Prämiensubventionierungen anzusehen:

- *Definition eines minimalen Leistungskatalogs*: Durch Definition eines Pflichtleistungskatalogs ist es PKV-Unternehmen nicht mehr möglich, bestimmte Leistungen auszugliedern, die ausschließlich oder überwiegend für Frauen wichtig sind (z.B. gynäkologische Leistungen).
- *Kontrahierungszwang*: Ein Kontrahierungszwang seitens der Versicherer würde bedeuten, dass die Versicherungsunternehmen Frauen aufnehmen müssten. Ein Kontrahierungszwang könnte jedoch subtile Formen der Risikoselektion provozieren (vgl. Abschnitt 4.2.2).
- *Selbstverpflichtung*: Eine Selbstverpflichtung der Versicherer zum Verzicht auf Risikoselektion (ethischer Kodex) könnte eine weitere Möglichkeit zur Verhinderung von Risikoselektion darstellen. Eine Nichteinhaltung dieser Verpflichtung sollte in irgendeiner Form sanktioniert bzw. geächtet werden. Ob diese Form überhaupt wirksam sein kann, hängt wohl auch davon ab, wie verpönt Risikoselektion in der Gesellschaft ist und wie sehr der Versicherer bei Zuwiderhandlung um seinen guten Ruf bangen muss.
- *Einschreibung über unabhängige Organisationen*: Enthoven (1978) forderte eine Verhinderung jeden direkten Kontakts zwischen Versicherer (bzw. dem Versicherungsvertreter) und Bewerber im Einschreibeprozess. Stattdessen sollte das Bewerbungsverfahren über eine unabhängige Institution verlaufen, die auch über verschiedene Alternativen informieren könnte. Ob sich diese Möglichkeit rechtlich umsetzen ließe, ist fraglich. Außerdem stellt sich die Frage, wie die Unabhängigkeit tatsächlich kontrolliert und garantiert werden kann.
- *Aufklärung*: Eine weitere Möglichkeit stellt die Aufklärung der Versicherten dar. Luft (1982) schlug ein Monitoring-System vor, um Versicherte über mögliche negative Erfahrungen im Einschreibeprozess oder bei einem Wechsel der Versicherung zu befragen. Das so kontrollierte Verhalten der Versicherten sollte dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht werden. Versicherer mit fraglichem Geschäftsgebaren müssten so um ihren guten Ruf bangen. Es ist jedoch anzuzweifeln, dass diese Maßnahme effektiv gegen Risikoselektion einzusetzen ist. Die Installation eines solchen Systems ist zudem sehr aufwändig.

⁴⁷ Berücksichtigt werden hierbei die Kosten für stationäre Versorgung, Arzneimittel- und Verbandmittel, nichtärztliche Kosten der ambulanten Dialyse sowie Kranken- und Sterbegeld. Leistungsausgaben der nichtärztlichen ambulanten Dialyse wurden im Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt.

4.3.2 Möglichkeiten zur Eindämmung adverser Selektion

Vollständig lässt sich adverse Selektion eindämmen, wenn für alle Versicherten eine Versicherungspflicht mit identischem Versicherungsumfang / Leistungskatalog vorgeschrieben ist. Dies entspricht im Wesentlichen der Situation in der GKV für deren Pflichtmitglieder. In seinem Urteil vom 3.4.2001 (BvR 2014/95) hat das Bundesverfassungsgericht die Kompetenz des Bundes, eine Pflegepflichtversicherung mit einheitlichem Leistungsumfang einzuführen, ausdrücklich bestätigt. Eine analoge Lösung für die PKV erscheint daher nicht ausgeschlossen. Bleibt die „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV erhalten, bleiben Selektionsanreize hier jedoch erhalten: So könnten Männer nach Einführung von Unisex-Tarifen oder auch nur der Umfinanzierung von Kosten für Schwangerschaft und Geburt häufiger in der GKV verbleiben, Frauen jedoch verstärkt in die PKV wechseln.

Eine Begrenzung der Gestaltungsfreiheit der Versicherungsprämien (Minimum- und Maximumprämien) könnte zwar adverse Selektion einschränken. Gleichzeitig würde damit die Erhebung von risikogerechten Prämien untersagt, so dass mit einem Anstieg von Anreizen zur Risikoselektion, wie in Abschnitt 4.2.2 beschreiben, zu rechnen wäre. In der PKV in Deutschland findet sich eine Vielzahl verschiedener Tarife (Voll- und Teiltarife, verschiedene Selbstbehalte). Die Forderung nach Minimum- oder Maximumprämien oder nach vollständigem oder eingeschränktem Verbot von Tarifen mit Selbstbehalten erscheint vor diesem Hintergrund nicht realistisch.

5. Internationale Erfahrungen mit Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung

In der Diskussion um die Einführung von Unisex-Tarifen in Deutschland wird immer wieder auf andere europäische Länder verwiesen, die über geschlechtereinheitliche Tarife in der Versicherungswirtschaft verfügen und über keine negativen Erfahrungen berichten können. Für die Private Krankenversicherung (PKV) werden als Beispiele Frankreich, Irland und Dänemark genannt (Körner 2004: 17). Ein direkter Vergleich dieser Länder mit dem deutschen System ist jedoch nur eingeschränkt möglich. Der PKV-Markt in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ist sehr heterogen. Dabei haben sich unterschiedliche Formen der Interaktion von gesetzlicher Krankenversicherung bzw. steuerfinanziertem, nationalem Gesundheitsdienst und privatem Krankenversicherungsschutz herausgebildet. Während in Deutschland die Möglichkeit besteht, ausschließlich eine private Krankenversicherung abzuschließen, nimmt die PKV in vielen anderen europäischen Ländern die Rolle einer lediglich ergänzenden Versicherung ein. Die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme sind also sehr unterschiedlich. Dies führt dazu, dass sich die Erfahrungen von Ländern mit Unisex-Tarifen nicht ohne weiteres auf den deutschen Kontext übertragen lassen. Zudem stellen Unisex-Tarife oft nur eines von vielen solidaritätswahrenden Elementen dar. So gelten in Irland z.B. nicht nur geschlechtereinheitliche Prämien, sondern auch morbiditätsunabhängige Prämien. Eine differenzierte Analyse der Gesundheitssysteme der einzelnen Länder mit Unisex-Tarifen ist darum zwingend notwendig, wenn Deutschland von den Erfahrungen anderer Länder lernen möchte.

Im nachfolgenden Abschnitt 5.1 wird daher zunächst eine kurze Übersicht über die Art der Privaten Krankenversicherung in den behandelten Ländern gegeben. Als Beispiele für Länder mit Unisex-Tarifen werden dann die privaten Krankenversicherungssysteme der in diesem Kontext häufig genannten Länder Frankreich (Abschnitt 5.2), Dänemark (Abschnitt 5.3) und Irland (Abschnitt 5.4) beschrieben. Dabei ist zu beachten, dass sich in der französischen privaten Krankenversicherung sowohl Unisex-Tarife als auch geschlechterdifferenzierte Tarife finden. Auf Grund der Ähnlichkeit des niederländischen und des deutschen Krankenversicherungssystems wird auch auf die Niederlande näher eingegangen (Abschnitt 5.5). In der nie-

derländischen PKV gibt es bisher jedoch nur Unisex-Tarife in der Standardversicherung. Ansonsten werden geschlechterdifferenzierte Prämien erhoben. Während der Entstehung dieses Berichts hat die Niederländische Regierung eine Gesundheitsreform verabschiedet, um ein völlig neues Krankenversicherungssystem am 1.1.2006 einzuführen. Das duale System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wird dabei aufgehoben und durch eine obligatorische Krankenversicherung für alle ersetzt. Eine Prämiendifferenzierung nach dem Geschlecht wird dann nicht mehr möglich sein. Die Reform wird an dieser Stelle jedoch nicht erörtert. In der Schweiz, als dem letzten in diesem Kapitel behandelten System (Abschnitt 5.6) schließlich dürfen Versicherer Prämien nach dem Geschlecht differenzieren, in der Praxis machen jedoch nicht alle Unternehmen von diesem Recht Gebrauch. Momentan ist eine Diskussion zur Reform der Krankenzusatzversicherung im Gange. In dem Zusammenhang wird auch eine Einführung von Unisex-Tarifen gefordert. Abschließend wird dann versucht, Lehren für Deutschland abzuleiten.

Nachfolgend soll zunächst eine Typologisierung der verschiedenen PKV-Systeme vorgenommen werden, um dann genauer auf die PKV-Systeme der einzelnen Länder im Kontext des Gesamtsystems zur Absicherung im Krankheitsfall einzugehen. Für Deutschland ist dabei insbesondere von Interesse, wie in den einzelnen Ländern mit Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung Maßnahmen zur Eindämmung der Risikoselektion und adversen Selektion ergriffen werden. Aber auch flankierende Maßnahmen bei Diskriminierungsverboten nach dem Alter oder nach Morbidität können hier Aufschluss geben und lassen sich evt. auf ein Diskriminierungsverbot nach dem Geschlecht übertragen. Neben der Beschreibung des jeweiligen PKV-Systems in den ausgewählten Ländern soll darum im Folgenden explizit auf diese Maßnahmen eingegangen werden.

5.1 Übersicht über die Rolle privater Krankenversicherungen in den Gesundheitssystemen ausgewählter Länder

Die Frage, ob geschlechterspezifische Tarife oder Unisex-Tarife zur Tarifierung herangezogen werden, stellt sich nicht nur in der privaten Krankenversicherung. Tabelle 6 enthält deshalb für weitere Versicherungssparten Informationen darüber, ob in den hier betrachteten Ländern Unisex-Tarife oder geschlechterspezifische Tarife zum Einsatz kommen. Wie die Tabelle zeigt, gibt es für jede Versicherungssparte beide Optionen, genauso wie umgekehrt in jedem der betrachteten Länder – je nach Versicherungssparte – beide Optionen verwandt werden.

Tabelle 6: Unisex-Tarife in der privaten, freiwilligen Versicherungswirtschaft

	Krankenversicherung	Kfz-Versicherung	Lebensversicherung	Rentenversicherung
Dänemark	Ja	Ja	Nein	Nein
Deutschland	Nein	Nein	Nein	Nein (Ausnahme: Rie-ster-Rente)
Frankreich	Zum Teil	Nein	Ja	Ja
Irland	Ja	Nein	Nein	Nein
Niederlande	Nein (außer in der Standardversicherung)	Ja	Nein	Nein
Schweiz	Nein	Ja (mit Ausnahmen)	Nein	Nein

Quelle: eigene Zusammenstellung.

Um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den hier betrachteten privaten *Krankenversicherungen* deutlich zu machen, wird nachstehend eine begriffliche Abgrenzung getroffen und die Hauptfunktionen der PKV (Abschnitt 5.1.1), die Arten von privaten Krankenversicherungsträgern (Abschnitt 5.1.2) und privaten Krankenversicherungen (Abschnitt 5.1.3) sowie die Prämienkalkulation (Abschnitt 5.1.4) diskutiert.

5.1.1 Hauptfunktionen der PKV

Gemäß ihrer möglichen Hauptfunktionen lassen sich vier Arten von privaten, freiwilligen Krankenversicherungen in der Europäischen Union unterscheiden: doppelter Versicherungsschutz, komplementärer Versicherungsschutz, Zusatzversicherung und substitutiver Versicherungsschutz (z.B. Colombo & Tapay 2004).

Doppelter Versicherungsschutz bedeutet, dass die private Krankenversicherung parallel zur öffentlich finanzierten Absicherung im Krankheitsfall einen Versicherungsschutz bietet. Diese Funktion der PKV findet sich bisher nur in Ländern mit einem staatlichen Gesundheitsdienst. In Irland bietet die PKV beispielsweise Zugang zu privaten Leistungserbringern außerhalb des staatlichen Gesundheitsdienstes sowie schnelleren Zugang zur medizinischen Versorgung. Durch den Abschluss einer privaten Krankenversicherung wird der Anspruch auf Versorgung durch das öffentliche System nicht aufgegeben (deshalb „doppelter Versicherungsschutz“), die Wahlmöglichkeiten erweitern sich jedoch.

Als *komplementäre Versicherung* verbessert die PKV den Schutz der öffentlichen Systeme zur Absicherung gegen den Krankheitsfall. Diese Funktion spielt in einigen Ländern eine wichtige Rolle, in denen die Kosten der Gesundheitsversorgung durch das öffentliche System nicht vollständig übernommen werden, weil eine Selbstbeteiligung der Versicherten verlangt wird. So wird z.B. in Frankreich das ticket modérateur erhoben. Als komplementäre Versicherung übernimmt die PKV diese Selbstbeteiligung teilweise oder vollständig. Diese Form der PKV findet sich insbesondere in Frankreich. In der Schweiz hingegen ist es privaten Krankenversicherungsunternehmen verboten, Versicherungsschutz gegen Selbstbeteiligungen anzubieten.

Eine *Zusatzversicherung* deckt Leistungen ab, die nicht durch das gesetzliche Leistungssystem getragen werden wie z.B. Zahnersatz oder homöopathische Leistungen. In den meisten europäischen Ländern fungiert die PKV zumindest auch als Zusatzversicherung.

Die PKV als *substitutive Krankenversicherung* ersetzt ganz oder teilweise den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz. Dabei kann der substitutive Schutz für bestimmte Bevölkerungsgruppen die einzige Versicherungsmöglichkeit darstellen – in den Niederlanden müssen Versicherte ab einer bestimmten Einkommensgrenze die GKV verlassen – oder es kann eine Wahloption zwischen dem privaten oder dem gesetzlichen Versicherungssystem bestehen. Letzteres trifft auf Deutschland zu, wo sich Selbständige und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zwischen der GKV und der PKV entschei-

den dürfen.⁴⁸ In der EU finden sich substitutive PKV-Systeme insbesondere in Belgien, Deutschland und den Niederlanden.⁴⁹

5.1.2 Arten von privaten Krankenversicherungsträgern

Nach dem rechtlichen Status der Versicherungsträger lassen sich *öffentlich-rechtliche* Versicherungsunternehmen (z.B. die Gegenseitigkeitsgesellschaften und Vorsorgewerke in Frankreich) und *privatrechtliche* Unternehmen (z.B. Aktiengesellschaften in Deutschland) unterscheiden. Die Rechtsform des Trägers kann einen starken Einfluss auf die Ziele sowie die Markthandlungen der Krankenversicherung ausüben. Dies könnte dazu führen, dass öffentlich-rechtliche Träger weniger profitorientiert agieren als privatrechtliche Unternehmen (Newhouse 1996). Öffentlich-rechtliche Krankenversicherungsträger innerhalb der EU blicken häufig auf eine lange Tradition unter Wahrung solidarischer Prinzipien zurück (Mossialos & Thomson 2002). Die nationalen Gesetze über die Gegenseitigkeitsgesellschaften umfassen die unterschiedlichen Aspekte der Gegenseitigkeit, wie Solidarität, Verzicht auf Gewinn, demokratische Selbstverwaltung, sozialer Zusammenhalt, Abbau der Ungleichheiten, Durchführung von Prävention und Gesundheitserziehung, Verzicht auf Risikoauslese, lebenslänglicher Versicherungsschutz usw. Die Nichtdiskriminierung zwischen Versicherten, sowohl hinsichtlich der Aufnahmebedingungen als auch bei den Leistungen, ist die Regel (AIM 2003).

Die Anzahl der Unternehmen ist von Land zu Land sehr unterschiedlich und reicht von einem marktdominierenden Anbieter (in Irland oder Dänemark) bis hin zu weit über hundert miteinander konkurrierenden Unternehmen (Frankreich).

5.1.3 Arten von privaten Krankenversicherungen

Private Krankenversicherungen werden entweder in Form von Gruppenverträgen oder in Form von Einzelverträgen betrieben. *Gruppenverträgen* sind meist an ein Arbeitsverhältnis geknüpft. Für die gesamte Gruppe (z.B. die Arbeitnehmer eines Betriebes) gelten einheitliche Prämien, somit also auch Unisex-Tarife, deren Höhe sich aber am Risiko der Gesamtgruppe bemisst. Entweder übernimmt der Arbeitgeber die Prämie, oder sie muss teilweise oder vollständig durch den Arbeitnehmer getragen werden. Für die Versicherungsunternehmen bieten betriebsgebundene Gruppenverträge die Möglichkeit und den Vorteil, dass Arbeitnehmer in bestimmten Betrieben mit durchschnittlich besseren Risiken als in der Gesamtbevölkerung erreicht werden können. Grundsätzlich sind Arbeitnehmer im Durchschnitt jünger und gesünder als Nicht-Arbeitnehmer. Weiterhin verursachen Gruppenverträge in der Regel niedrigere Kosten je Vertragsabschluss als Einzelverträge. Damit ergibt sich für die Versicherten teilweise der Vorteil, dass Gruppenverträge günstiger als Einzelverträge sind. (Mossialos & Thomson 2002). Zusätzlich können Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer eine Art „Mengenrabatt“ heraushandeln, was auch beitragsenkend wirkt. Zum Teil sind die Zugangsbedingungen weniger stringent als bei Einzelverträgen. Bestimmte Versichertengruppen (z.B. Arbeitslose) haben bei betriebsgebundenen Gruppenverträgen natürlich keine Möglichkeit, eine private Versicherung abzuschließen. Sie sind dann vom Zugang ausgeschlossen.

⁴⁸ Für Beamte wird ein Teil der Gesundheitsausgaben direkt vom Dienstherrn im Rahmen der Beamtenbeihilfe übernommen. Dieser Anteil bemisst sich nach Familienstand und Kinderzahl, beläuft sich aber auf mindestens 50% der erstattungsfähigen Kosten. Für den fehlenden Anteil kann eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) oder einem privaten Versicherungsunternehmen (PKV) abgeschlossen werden. Da die GKV aber keine Teilkostentarife anbietet, müsste von den Beamten ein vollständiger GKV-Versicherungsschutz ohne Arbeitgeberzuschuss finanziert werden. Dies ist in aller Regel finanziell unattraktiv so dass für Beamte keine echte Wahl besteht und deshalb mehr als 90% der Beamten privat versichert sind.

⁴⁹ Österreich und Spanien verfügen ebenfalls über substitutive Systeme, die allerdings nur jeweils deutlich unter 1% der Bevölkerung versichern.

Bei der Kalkulation von *Einzelverträgen* wird nicht das durchschnittliche Risiko der Gruppenmitglieder zu Grunde gelegt, sondern sie werden entsprechend des individuellen Risikos der Versicherten ermittelt. Welche Versichertenmerkmale bei der Kalkulation von Einzel- bzw. Gruppenverträgen berücksichtigt werden dürfen, hängt natürlich von den gesetzlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes ab (siehe Abschnitt 5.1.4).

In einigen EU-Ländern hat die sinkende Bereitschaft der Bevölkerung zum Abschluss von Einzelverträgen dazu geführt, dass sich die Versicherungsunternehmen verstärkt auf das Geschäft mit Gruppenverträgen konzentrieren. Das Verhältnis von Gruppen- zu Einzelverträgen ist in den einzelnen EU-Ländern sehr unterschiedlich. In Irland beträgt der Anteil der Gruppenverträge ca. 80%, in Deutschland hingegen ist der Anteil sehr niedrig.

5.1.4 Prämienkalkulation

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind häufig einkommensabhängig.⁵⁰ Auch die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsdienste erfolgt einkommensabhängig, in der Regel sogar mit einem progressiven Tarif in der Einkommenssteuer. Die Variable Einkommen spielt jedoch so gut wie keine Rolle in der Prämienkalkulation der privaten Krankenversicherung.⁵¹ Prämien für Einzelverträge werden oft risikogerecht kalkuliert, wobei verschiedene Risikomerkmale der Versicherten in die Berechnung des individuellen Risikos einfließen können. Nicht alle Risikomerkmale stellen gleichzeitig Tarifierungsmerkmale dar. Beispiele für in den EU-Ländern verwendete Merkmale sind: Eintrittsalter, Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand, Haushaltsgröße, Gesundheitszustand, Krankengeschichte, Krankengeschichte der Familienangehörigen und Wohnort (Mossialos & Thomson 2002). Es finden sich die unterschiedlichsten Kombinationen dieser Merkmale. Zum Teil ist eine Verweigerung des Versicherungsabschlusses möglich, was meist ab einem bestimmten Alter oder bei schlechtem Gesundheitszustand des Versicherten geschieht. In anderen Ländern besteht Kontrahierungszwang.

Häufig wird vor Vertragsabschluss eine Selbstauskunft der potentiellen Versicherungsnehmer über den Gesundheitszustand verlangt,⁵² zum Teil werden auch medizinische Untersuchungen oder Röntgenaufnahmen gefordert. Weiterhin ist die Prämienhöhe natürlich abhängig vom Umfang des Versicherungsschutzes.

Bei Gruppenverträgen ergeben sich die Prämien aus dem durchschnittlichen Risiko der Gruppenmitglieder (z.B. eines Betriebes).

Eine Sonderstellung hinsichtlich der Prämienkalkulation nimmt bisher Irland unter den EU-Ländern ein: hier gilt das Prinzip des *Community Ratings* (Einheitsprämien).

Die privaten Krankenversicherungsverträge werden entweder auf Lebensdauer oder für einen bestimmten Zeitraum (häufig ein Jahr) abgeschlossen. Die gezahlten Beiträge können sowohl über ein Umlageverfahren die laufenden jährlichen Kosten decken als auch für Alterungsrückstellungen angelegt werden. In den meisten EU-Ländern werden Jahresverträge abgeschlossen, lebenslange Verträge wie sie in Irland oder in Deutschland gelten, sind eher die Ausnahme. Häufig bestehen Altersgrenzen für den Vertragsabschluß, die meist zwischen 60 und 75 Jahren liegen (Mossialos & Thomson 2002). Zum Teil dürfen Versicherungsunternehmen sogar Verträge kündigen, wenn die Versicherten das Rentenalter erreicht haben oder

⁵⁰ Dies gilt nicht für die Schweiz, hier werden einkommensunabhängige Prämien („Kopfpauschalen“) gezahlt.

⁵¹ Die einzige Ausnahme in der EU stellen einige Mutuelles in Frankreich dar: sie erheben einkommensabhängige Prämien.

⁵² Um die Verbindlichkeit dieser Selbstauskunft zu erhöhen, behalten sich die Versicherungen zum Teil ein außerordentliches Kündigungsrecht für den Fall vor, dass etwa im Leistungsfall nachgewiesen werden kann, dass der Versicherungsnehmer falsche Selbstauskünfte gegeben hat.

wenn ein Schadensfall auftritt. Für ältere Versicherte bedeutet dies, dass sie ihren privaten Versicherungsschutz verlieren, wenn sie ihn am nötigsten hätten, nämlich wenn im Alter die Morbidität zunimmt.

Tabelle 7: In der PKV verwendete Tarifierungsmerkmale

	Tarifierungsmerkmale
Dänemark	Alter, Berufsstatus (nur bei kommerziellen Anbietern)
Deutschland	Eintrittsalter, Geschlecht, Morbidität
Frankreich	Mutuelles: Einkommen, Alter Versicherungsgesellschaften: Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand
Irland	Seit Ende 2004: Eintrittsalter
Niederlande	Prinzipiell ist die Verwendung einer Vielzahl von Tarifierungsmerkmalen möglich, z.B. Alter, Morbidität, Region, Familiengröße, Beschäftigung, Vertragsdauer, Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol, Sport) usw.
Schweiz	Alter, Kanton (bzw. Region), Geschlecht

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 7 zeigt überblicksartig noch einmal die in der privaten Krankenversicherung der verschiedenen Länder verwendeten Tarifierungsmerkmale. Erkennbar ist dabei die Verschiedenartigkeit der Kalkulationsgrundlage. Dies unterstreicht noch einmal die Warnung davor, einzelne Elemente aus einem Gesundheitssystem in ein anderes transportieren zu wollen, ohne zugleich auf den Kontext zu achten, in dem diese Elemente stehen.

5.2 Frankreich

Die gesetzliche Krankenversicherung in Frankreich ermöglicht einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie stellt eine Pflichtversicherung dar, in der praktisch die gesamte Bevölkerung versichert ist (99,9%). Im Jahre 2000 trugen die gesetzlichen Pflichtversicherungssysteme 75,8% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, 12,7% entfielen auf die PKV (OECD 2003).

Da der Schutz durch die gesetzliche Pflichtversicherung unvollständig ist,⁵³ schließt ein Großteil der Franzosen (86% im Jahr 2000) eine freiwillige, komplementäre Krankenversicherung ab. Von allen EU-Ländern spielt die PKV als Komplementärversicherung nur in Frankreich solch eine substanzielle Rolle. PKV-Versicherungen bieten hauptsächlich Versicherungsschutz gegen Selbstbeteiligungen, die im öffentlichen System anfallen. Weitere Versicherungsprodukte bieten medizinische Leistungen, die unzureichend durch das öffentliche System abgesichert sind, wie Zusatzversicherungen für zahnärztliche Versorgung.

Es gibt drei Arten von PKV-Trägern: *Mutuelles* (Gesellschaften auf Gegenseitigkeit, Non-Profit-Organisationen), *Vorsorgewerke* (Non-Profit-Organisationen) und *Versicherungsgesellschaften* (sowohl Non-Profit als auch For-Profit-Organisationen). 60% der Verträge werden bei einer Mutuelle abgeschlossen, auf die anderen beiden PKV-Träger entfallen je-

⁵³ Bei stationärer Aufnahme beträgt die Krankenhauspauschale 10,67 Euro pro Tag. Beim Besuch eines niedergelassenen Arztes wird das *ticket modérateur* fällig, eine Selbstbeteiligung von 30%. Für Arzneimittel liegt die Höhe des *ticket modérateur* zwischen 0% und 35% (Buchmüller & Couffinhal 2004).

weils 20% (Buchmüller & Couffinal 2004). Die drei Trägerarten unterliegen unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und Organisationsprinzipien.

In Frankreich existieren im Jahr 2000 ungefähr 5.000 Mutuelles, die insgesamt 7,2% der Ausgaben des Gesundheitssektors übernehmen. 90% dieser Ausgaben wiederum werden von nur 565 Mutuelles getragen. Etwa drei Viertel der Organisationen sind kleine Mutuelles mit weniger als 3.500 Versicherten (Roussel 2003). Bei vielen Mutuelles ist die Versicherung an bestimmte Beschäftigungsverhältnisse geknüpft (z.B. versichern die größten Mutuelles nur Beschäftigte des öffentlichen Dienstes). Häufig sind einkommensabhängige Prämien zu zahlen. Ungefähr die Hälfte der Versicherungsverträge entfallen auf Gruppenversicherungen, die andere auf Einzelverträge (Buchmüller & Couffinal 2004). Die Mutuelles unterliegen dem *Code de la Mutualité*, welches explizit das Solidarprinzip der Mutuelles festschreibt. Eine Prämiendifferenzierung darf nur nach dem Alter, jedoch nicht nach Geschlecht und Gesundheitszustand erfolgen. Damit bieten die Mutuelles also Unisex-Tarife an. Weiterhin besteht – und dies ist in Bezug auf die mit Unisex-Tarifen verbundenen Selektionsprobleme von Bedeutung – Kontrahierungszwang (Roussel 2003).

Neben den Mutuelles bieten 51 *institutions de prévoyance* (Vorsorgewerke) komplementäre Versicherungen. Das Hauptgeschäft liegt bei Gruppenverträgen im privaten Sektor, die an bestimmte Beschäftigungsverhältnisse gekoppelt sind (Buchmüller & Couffinal 2004). Vorsorgewerke unterliegen dem *Code de la Sécurité sociale* (Sozialgesetzbuch).

Schließlich operieren 118 *sociétés d'assurances* (Versicherungsgesellschaften) auf dem französischen Krankenversicherungsmarkt, die häufig auch weitere Versicherungsprodukte anbieten. Gruppen- und Einzelverträge werden ungefähr gleich häufig abgeschlossen. Der gesetzliche Rahmen wird durch den *Code des assurances* (Gesetzbuch über das Versicherungswesen) vorgegeben. Im Gegensatz zu den Mutuelles arbeiten die Versicherungsgesellschaften bei Einzelverträgen mit risikoäquivalenten Prämien, die nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand differenzieren.

Damit finden sich in der PKV in Frankreich also sowohl Unisex-Tarife als auch geschlechterdifferenzierte Tarife.

Für alle drei Komplementärversicherungssysteme gilt, dass sie keine Standardleistungen vorschreiben und Leistungsangebote nicht einschränken. Bei Gruppenverträgen darf es grundsätzlich nicht zu einem morbiditätsabhängigen Leistungsausschluss kommen, bei Einzelverträgen ist dies jedoch möglich. Nach einer Versicherungszeit von zwei Jahren gilt lebenslanger Versicherungsschutz (Buchmüller & Couffinal 2004).

Die Wahl der Versicherungsträger wird durch sozioökonomische Merkmale der Versicherten beeinflusst. Mutuelles versichern eher ältere Menschen, Frauen und Angestellte, während bei den Vorsorgewerken eher Arbeiter versichert sind und bei den Versicherungsgesellschaften häufiger Selbständige, Bauern und Versicherte mit gutem Gesundheitszustand (Sandier & Ulmann 2001). Bocognano et al. (2000) konnten zeigen, dass einkommensschwache Bevölkerungsschichten eher einen qualitativ schlechteren komplementären Versicherungsschutz abschließen als einkommensstarke.

Um der Unterrepräsentation einkommensschwacher Bevölkerungsschichten in der PKV entgegen zu wirken, verabschiedete die französische Regierung Anfang dieses Jahrhunderts das Gesetz *Couverture Maladie Universelle, CMU* (Allgemeiner Gesundheitsschutz). Dadurch konnte der Zugang einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen zur Komplementärversicherung erheblich verbessert werden. Die Finanzierung erfolgt in erster Linie durch Steuermittel. Der Anteil der privat versicherten Bevölkerung stieg in Folge dessen von 86% im Jahr 2000 auf 92% im Jahr 2003.

In der Praxis haben sich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der drei PKV-Träger als problematisch erwiesen. Während die Mutuelles Kontrahierungszwang unterliegen und Prämien nur nach Alter differenzieren, verfügen die Versicherungsgesellschaften über Vertragsfreiheit und verwenden neben dem Alter auch die Tarifierungsmerkmale Geschlecht und Gesundheitszustand. Diese Situation ist prädestiniert für *adverse Selektion* und *Risikoselektion*. Dabei sind diese Probleme erst entstanden, nachdem 1980 auf den bis dahin von Mutuelles dominierten Markt auch profitorientierte Anbieter drängten. Versicherungsgesellschaften verlangten im Gegensatz zu den Mutuelles Selbstauskünfte über den Gesundheitszustand (Screening), erhoben morbiditätsorientierte Prämien und lehnten schlechte Risiken ab. Durch die Selektion guter Risiken waren sie in der Lage, günstigere Prämien als die Mutuelles anzubieten. In der Folge kam es zu einer vermehrten Selbstselektion der guten Risiken hin zu den beitragsgünstigeren Versicherungsunternehmen, während sich schlechte Risiken bei den Mutuelles zu einem höheren Preis versichern mussten. Mutuelles reagierten auf diese Entwicklung, indem sie teilweise ihre Einheitsprämien aufgaben und altersabhängige Prämien erhoben. Weitere Differenzierungen waren ihnen durch das Gesetz jedoch untersagt. In dieser Situation räumte der Gesetzgeber den Mutuelles einen bedeutenden Vorteil ein: Mutuelles waren von den Steuerzahlungen auf Versicherungsprämien von 7% befreit. Diese Regelung musste allerdings 2002 im Zusammenhang mit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs reformiert werden,⁵⁴ weil Frankreich damit gegen die Bestimmungen der Binnenmarktintegration wie sie in der dritten Generation Schadenversicherungsrichtlinie der EU vom 18.6.1992 kodifiziert wurde, verstieß. Seit dem gilt die Befreiung von der Prämienbesteuerung für alle Verträge, die auf eine morbiditätsabhängige Prämiengestaltung verzichten und damit den Solidargedanken wahren.

5.3 Irland

Grundsätzlich haben alle Bürger einen Anspruch auf medizinische Versorgung in den öffentlichen Krankenhäusern, wobei die mittleren und oberen Einkommensgruppen (ca. 70% der Bevölkerung) eine Selbstbeteiligung leisten.⁵⁵ Trotzdem ist der Anteil der freiwillig privat krankenversicherten Bevölkerung von 22% im Jahr 1979 auf 48% im Jahr 2002 kontinuierlich angestiegen (Colombo & Tapay 2004). Primär bietet die PKV doppelten Versicherungsschutz, um beispielsweise medizinische Versorgung in Privatkliniken bzw. die Versorgung als Privatpatient in öffentlichen Krankenhäusern beanspruchen zu können. PKV-Versicherte verfügen also über erweiterte Wahlmöglichkeiten der Leistungsanbieter. Ein weiterer Vorteil einer PKV-Versicherung kann auch im beschleunigten Zugang zur Versorgung liegen. Weniger wichtig ist die Bedeutung der PKV als Zusatzversicherung und als Schutz vor Zuzahlungen. Ungefähr 80% der Versicherten schließen Gruppenverträge ab, wobei diese ungefähr in einem Viertel der Fälle durch den Arbeitgeber gezahlt werden. Prämien für Gruppenverträge dürfen gegenüber Einzelverträgen bis zu 10% Rabatt einräumen und sind darum besonders attraktiv (VHI Healthcare 2003). Der größte Teil der Finanzierung des irischen Gesundheitswesens erfolgt durch öffentliche, steuerfinanzierte Mittel (73% im Jahr 2000), auf die PKV entfallen 8% der Gesundheitsausgaben.

Von politischer Seite wird der PKV eine wichtige Bedeutung für die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung eingeräumt. Dabei wird versucht, durch stringente Gesetzgebung den Aspekt der Solidarität zu wahren und gleichzeitig vorsichtig Wettbewerbs Elemente einzuführen. Zwei Unternehmen dominieren den Markt, die sehr ähnliche Versicherungsprodukte anbieten.

⁵⁴ Geklagt hatten französische Versicherungsgesellschaften.

⁵⁵ Diese liegt bei 45 Euro pro Tag bzw. maximal 450 Euro im Jahr (Stand: 1.1.2004).

Der PKV-Markt in Irland unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen, die im Health Insurance Act von 1994 niedergelegt wurden. Es gelten die drei Grundprinzipien Kontrahierungszwang, lebenslanger Versicherungsschutz sowie Community Rating. PKV-Unternehmen dürfen also keinen Interessenten ablehnen und den Versicherungsvertrag nur mit Zustimmung der oder des Versicherten kündigen.

Irland verfügt damit über Unisex-Tarife in der privaten Krankenversicherung, wohingegen in der Lebensversicherung und der Kfz-Versicherung sehr wohl alters- und geschlechtspezifische Prämien erhoben werden. Weiterhin muss jedes Versicherungsangebot eine bestimmte Standarddeckung bieten. In einigen Fällen dürfen Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz trotzdem eingrenzen. Bestehen Vorerkrankungen, können Leistungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung für eine gewisse Zeit⁵⁶ ausgeschlossen werden. Diese Regelung soll der Selbstselektion durch die Versicherten entgegenwirken. Versicherte sind vor Vertragsabschluß zur Selbstauskunft verpflichtet. Ein Wechsel zwischen PKV-Unternehmen ist grundsätzlich möglich, wobei die Wechselquote bisher sehr niedrig ist.

Die umfangreichen gesetzlichen Rahmenbedingungen der PKV in Irland sichern den Versicherungszugang für breite Bevölkerungsschichten. So verfügen denn auch 44% der Bevölkerung über eine private Krankenversicherung, wovon knapp die Hälfte (49%) der Versicherten weiblich ist (Colombo & Tapay 2004).

Im Zusammenhang mit der Binnenmarktintegration der Europäischen Union unterlag der irische PKV-Markt starken Veränderungen. Wurde der Markt seit 1957 von einem quasi-monopolistischen Anbieter dominiert, musste er sich 1994 dem Wettbewerb öffnen. Als Antwort auf diese Veränderungen verankerte die irische Regierung mit Zustimmung der EU die drei Grundprinzipien Kontrahierungszwang, lebenslanger Versicherungsschutz und Community Rating im Gesetz. Es kam zur Verabschiedung des „Health Insurance Act“ 1994 sowie der „Health Insurance Regulations“ 1996. Um Risikoselektion in einem Krankenversicherungssystem mit Community Rating zu verhindern, wurde bereits 1994 die Einführung eines Risikoausgleichs in der PKV gesetzlich festgelegt. Das daraufhin 1996 eingeführte System wurde jedoch 1998 wieder abgeschafft, ohne dass jemals Ausgleichszahlungen geflossen wären (Colombo & Tapay 2004). Bis zur erneuten Implementierung am 1.7.2003 wurden intensive Gespräche und Verhandlungen mit zahlreichen betroffenen Parteien sowie der EU-Kommission geführt (VHI Healthcare 2003). Gegner des Risikoausgleichs (insbesondere aus der Versicherungswirtschaft) argumentierten, dass er inkompatibel mit einer wettbewerblichen Ordnung sei und Anreize für ein wirtschaftliches Handeln der Versicherung minimieren würde. Zahlreiche Experten vertraten jedoch die Position, dass Wettbewerb in einem System mit Community Rating von einem Risikoausgleich flankiert werden muss, um wettbewerbsverzerrenden Effekten (insbesondere Risikoselektion) entgegenzuwirken und die Solidarität im System zu wahren. Der Risikoausgleich berücksichtigt momentan die Merkmale Alter und Geschlecht, eine zukünftige Erweiterung um morbiditätsbezogene Indikatoren wird jedoch nicht ausgeschlossen.

Der Risikoausgleich soll verhindern, dass bestimmte Versichertenmerkmale wie Alter und Geschlecht Gegenstand des Wettbewerbs werden und sich die Versicherungsunternehmen hauptsächlich auf Risikoselektion konzentrieren.

Die Regierung plant momentan eine weitere Reform des PKV-Marktes (Irish Government 2004). Dabei soll zum einen der Kontrahierungszwang ausgeweitet werden. Er galt bisher nicht für Versicherte über 65 Jahren. Faktisch führte dies in der Vergangenheit dazu, dass diese Versicherten keine Verträge abschließen konnten. Darum soll der Kontrahierungszwang

⁵⁶ Für Neuversicherte bis zum Alter von 55 Jahren beträgt diese Zeit bis zu fünf Jahren, für Versicherte zwischen 55 und 60 Jahren sieben Jahre und für Versicherte zwischen 60 und 65 Jahren zehn Jahre.

auf diese Gruppe der über 65-jährigen ausgedehnt werden. Durch die Gesundheitsreform soll auch das durch das Community Rating bedingte Verbot der risikoäquivalenten Prämienhebung gelockert werden und Möglichkeiten der Prämien differenzierung nach dem Eintrittsalter entstehen. Für Neuverträge mit Versicherten ab 35 Jahren sollen Prämienaufschläge möglich werden.⁵⁷ Das Gesundheitsministerium rechnet mit Zuschlägen von 10% bei 35- bis 44-jährigen und bis zu 80% bei über 65-jährigen und hofft, auf diese Weise den Anreiz für jüngere Versicherte zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung zu verstärken und der Selbstselektion der Versicherten entgegen zu wirken.

5.4 Dänemark

Die gesamte dänische Bevölkerung ist über die staatliche Krankenversicherung (*Sygesikring*) versichert, wobei dieses staatliche System im Jahr 82,5% der gesamten Gesundheitsausgaben trug. Das öffentliche System ist steuerfinanziert. Dänemark verfügt über ein hausärztliches Gatekeeper-System, wobei die Versicherten die Wahl haben, sich entweder bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt fest einzuschreiben, der vor Facharzt- und Krankenhausbesuchen aufgesucht werden muss (Gruppe 1) oder ein Modell der freien Arztwahl zu wählen (Gruppe 2). Versicherte der Gruppe 1 – 1999 waren dies 98% der Bevölkerung (Ministry of Health 1999) – erhalten kostenlose hausärztliche, fachärztliche und stationäre Versorgung, Versicherte der Gruppe 2 hingegen müssen bei Arztbesuchen Zuzahlungen leisten. Weiterhin müssen alle Bürger für bestimmte Leistungen wie zahnärztliche Behandlungen, Arzneimittel und Physiotherapie Zuzahlungen aufbringen (Christiansen et al. 2002).⁵⁸ Private Krankenzusatzversicherungen bieten in erster Linie Schutz gegen diese verschiedenen Zuzahlungen (komplementären Funktion). Weitere Versicherungsprodukte decken die Versorgung in Kliniken außerhalb des zuständigen Landkreises oder in Privatkliniken (doppelter Versicherungsschutz) ab. 28% der Bevölkerung hat eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen (im Jahr 1998). Das Finanzierungsvolumen an den Gesamtausgaben ist mit 1,6% sehr niedrig.

Es gibt ein einziges öffentlich-rechtliches Krankenversicherungsunternehmen in Dänemark (*denmark*), bei dem der Großteil der Verträge abgeschlossen wird. Bei diesen Verträgen handelt es sich ausschließlich um Einzelverträge. Eine Versicherung über Denmark ist nur für gesunde Bürger möglich, die unter 60 Jahre alt sind. Es gibt eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bis 16 Jahren. Zur Auswahl stehen vier verschiedene Versicherungsprodukte, die für jeden aufnahmeberechtigten Bürger jeweils gleich viel kosten. In Dänemark gelten also *geschlechtereinheitliche Prämien*, weiterhin wird nicht nach Alter differenziert. Es besteht jedoch kein Kontrahierungszwang für kranke und ältere Bürger.

Weiterhin finden sich vier privatrechtliche Lebensversicherer, die auch private Krankenversicherungen anbieten und in erster Linie den Zugang zu Privatkliniken ermöglichen. Verträge mit diesen Anbietern werden zu 80% als Gruppenverträge über den Arbeitgeber abgeschlossen. Die Versicherung ist dann Bestandteil des Arbeitsvertrages. Im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitnehmer können diese Angebote einen Vorteil für Unternehmen bedeuten. Weiterhin profitieren die Unternehmen von einer Steuererleichterung, wenn sie PKV-Verträge für ihre Arbeitnehmer abschließen (Vrangbæk 2001). Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind deutlich unterrepräsentiert im Versichertenbestand der privatrechtlichen Anbieter: Kinder, Arbeitslose, Studenten und chronisch Kranke.

Es wird erwartet, dass die Bedeutung der privatrechtlichen Anbieter auf dem Krankenversicherungsmarkt in Zukunft ansteigen wird, womit auch die Nachfrage nach medizinischer Ver-

⁵⁷ Dies gilt nicht bei einem Versicherungswechsel.

⁵⁸ Für zahnärztliche Behandlungen sind 70% Eigenbeteiligung zu leisten, für Medikamente gelten Eigenbeteiligungen bis zu einem jährlichen Maximum.

sorgung durch private Anbieter zunehmen würde (Vrangbæk 2001). Wie auch von dänischen Experten bestätigt wurde, ist der Stand der Forschung zur dänischen privaten Krankenversicherung momentan sehr dürftig. Es steht nur sehr wenig Datenmaterial zur Verfügung.

5.5 Niederlande

Die Niederlande verfügen über ein Sozialversicherungsmodell, das dem deutschen ähnelt. Es wird durch drei Säulen getragen. Alle Bürger zahlen Pflichtbeiträge in die *Agemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*, die Allgemeine Versicherung für besondere Krankheitskosten. Diese stellt die erste Säule dar und deckt die großen Risiken (z.B. Langzeitpflege) ab. Die zweite Säule wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (72% der Bevölkerung) und die substitutive PKV (28% der Bevölkerung) gebildet. Über die beitragsfinanzierte, gesetzliche Krankenversicherung wurden im Jahr 2000 63,4% der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens finanziert. Die Beitragssätze sind einkommensabhängig, wobei der Arbeitgeber den größeren Anteil übernimmt. Ab einer bestimmten Einkommensgrenze⁵⁹ ist ein Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Die meisten Versicherten schließen in diesem Fall freiwillig eine PKV-Versicherung ab. Ungefähr die Hälfte der substitutiven PKV-Verträge sind Gruppenverträge (und damit Unisex-Tarife). Dabei können die Arbeitgeber Rabatte aushandeln, wenn sie alle ihre Arbeitnehmer bei einem Unternehmen versichern. Die freiwilligen, privaten Zusatzversicherungen stellen die dritte Säule des Versicherungssystems dar, wobei ein Großteil der Bevölkerung (93%) hier versichert ist.

Die gesamte PKV in den Niederlanden trug im Jahr 2000 15,2% der Gesamtkosten und lag damit deutlich über dem Anteil der PKV in Deutschland (8,2%).

Ein großer Unterschied zwischen der substitutiven PKV in den Niederlanden und in Deutschland besteht darin, dass niederländische Versicherte ab einer bestimmten Einkommensgrenze die gesetzliche Krankenversicherung verlassen müssen. Sie schließen dann in der Regel eine private, substitutive Krankenversicherung ab. Sinkt das Einkommen wieder unter die Grenze, fällt die versicherte Person wieder aus der PKV heraus und muss sich gesetzlich versichern.⁶⁰ PKV und GKV sind in den Niederlanden also strikt durch die Einkommensgrenze getrennt. Es kann somit keinen Wettbewerb zwischen PKV und GKV um Versicherte geben, wie dies in Deutschland der Fall ist. In Deutschland hingegen besteht für bestimmte Versicherte die Wahl, entweder in die PKV zu wechseln oder in der GKV zu verbleiben. Ein Wechsel zurück in die GKV ist meist sehr schwierig.

In der niederländischen PKV werden Jahresverträge abgeschlossen, die für jede Alterskohorte getrennt kalkuliert werden. Eine Prämienhöhung nach Jahresablauf darf nicht im Zusammenhang mit der individuellen Leistungsanspruchnahme stehen. Mit zunehmendem Alter erhöhen sich in der Regel auch die Prämien. Für einige Verträge wird eine Altersbegrenzung von 65 Jahren festgesetzt. Danach sind die Versicherten verpflichtet, in die Standardversicherung (siehe unten) zu wechseln (Centraal Planbureau 2004).

Substitutive PKV-Unternehmen in den Niederlanden verfügen über wesentlich freiere Gestaltungsmöglichkeiten des Leistungsumfanges und der Versicherungsprämien als die deutsche PKV. Das Angebot ist darum sehr heterogen. In der Regel entsprechen die PKV-Versicherungen mindestens der gesetzlichen Krankenversicherung, festgeschriebene Mindestanforderungen existieren jedoch nicht. Bei Vorerkrankungen darf der Versicherungsabschluss

⁵⁹ Diese Einkommensgrenze lag im Jahr 2002 bei 30.700 Euro bzw. bei 19.500 Euro für Rentner und Rentnerinnen.

⁶⁰ Sinkt das Einkommen jedoch nach dem 65. Lebensjahr unter die Grenze, verbleiben die Versicherten in der PKV.

verweigert werden. Eine Ausnahme bildet die Standardversicherung: hier gilt Kontrahierungszwang.

Die Vertragsfreiheit erlaubt es den niederländischen privaten Krankenversicherern, nach einer Vielzahl von Tarifierungsmerkmalen zu differenzieren. Entsprechend der dritten Generation von EU-Schadenversicherungsrichtlinien unterliegen sie dabei keiner präventiven Bedingungs- und Tarifkontrolle durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Es ist darum nicht bekannt, in welchem Ausmaß differenziert wird. Denkbar ist eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, Familiengröße, Region, Beschäftigung, Länge der Versicherungsdauer, Vertragsart, Höhe des Selbstbehalts, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Alkohol, Extremsport) (Van de Ven & Ellis 2000: 770). Auch über die Differenzen zwischen Frauen- und Männerprämien ist nichts bekannt.

Bei privaten Zusatzversicherungen gilt kein Kontrahierungszwang. Insbesondere kranken und älteren Versicherten wird der Versicherungsabschluss häufig verweigert. Ein Drittel der Versicherungsunternehmen lehnen Versicherte über 65 Jahren grundsätzlich ab (Centraal Planbureau 2004).

Zur Wahrung der Solidarität zwischen den privat versicherten Bürgern dient primär die *Standardversicherung*, die nachfolgend erläutert werden soll. Sie wurde vor knapp 20 Jahren implementiert, als die Versicherungsunternehmen zunehmend risikoäquivalente Prämien erhoben und die Versicherung für bestimmte Bevölkerungsschichten nicht mehr erschwinglich war. In den 1970er Jahren gab es hauptsächlich Einheitsprämien, bis ein Unternehmen günstigere Studententarife einführte. Andere Unternehmen befürchteten Wettbewerbsnachteile, zogen nach und erhöhten in diesem Zusammenhang die Prämien für ältere Versicherte. In den folgenden Jahren kam es zu immer stärkeren, risikoabhängigen Prämiendifferenzierungen und Risikoselektion (Greß et al. 2002). Die Regierung griff ein und verabschiedete 1986 das *Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering*, WTZ (Gesetz über den Zugang zum Gesundheitsschutz), das 1998 reformiert wurde. Es verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen in den Niederlanden, eine Standardversicherung zu einer gesetzlich festgelegten minimalen Einheitsprämie anzubieten. Hier gelten Unisex-Tarife. Die Standardversicherung entspricht in ihrem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist nur für einen bestimmten Personenkreis gedacht. Dabei handelt es sich um Bürger mit schlechten Risiken, die sich ansonsten zu sehr hohen Prämien versichern müssten bzw. gar keinen privaten Versicherungsschutz abschließen könnten, denen aber auch nicht die gesetzliche Krankenversicherung offen steht. Insbesondere geht es hierbei um über 65-jährige Versicherte und kranke Versicherte. Die Prämienhöhe wird von der Regierung kontrolliert. Die Standardversicherung garantiert also den Versicherungszugang für schlechte Risiken. Da die Beiträge zur Standardversicherung nicht deckend sind, müssen alle privat Versicherten bis zum Alter von 65 Jahren einen WTZ-Beitrag entrichten, der im Umlageverfahren die Deckungslücke schließt. Die Mehrkosten für schlechte Risiken werden also über einen Risikopool ausgeglichen. In der Vergangenheit haben die Versicherungsunternehmen häufig versucht, ihre schlechten Risiken zum Wechsel in den WTZ-Tarif zu bewegen. Um dieser Praxis Einhalt zu gebieten, sind die Versicherungsunternehmen seit kurzem dazu verpflichtet worden, die Deckungslücke für ihre WTZ-Versicherten unter 65 Jahren selbst zu tragen (Mossialos & Thomson 2002).

Weiterhin müssen sich niederländische PKV-Unternehmen an einem Solidarausgleich (MOOZ) gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen beteiligen, die wesentlich mehr ältere Menschen versichert.

Die Niederländische Regierung sieht in der bestehenden Aufteilung von gesetzlicher und privater, substitutiver Krankenversicherung große Ungleichheiten und Effektivitätsverluste. Darum wurde im Dezember 2004 beschlossen, die Aufteilung in gesetzliche und private Kran-

kenversicherung aufzuheben und eine „Bürgerversicherung“ für alle Niederländer einzuführen, in der Unisex-Tarife erhoben werden.

5.6 Schweiz

Seit 1996 ist jeder Schweizer Bürger in der obligatorischen sozialen Krankenversicherung versichert. Die dabei zu entrichtenden Prämien sind unabhängig von Alter⁶¹, Geschlecht, Morbidität und Einkommen⁶² der Versicherten („Kopfpauschalen“). Allerdings bestehen Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Versicherern sowie zwischen den Kantonen und bestimmten Regionen innerhalb der Kantone. Dabei sind die kantonalen Unterschiede zum Teil sehr groß. Jede versicherte Person hat das Recht, seinen Krankenversicherer frei zu wählen und zu wechseln. Der Versicherer muss dabei jeden Interessenten aufnehmen, es besteht also Kontrahierungszwang. Weiterhin besteht ein gesetzlich definierter Leistungskatalog, der weder über- noch unterschritten werden darf. Diese Grundversicherung kam 2000 für gut die Hälfte (55,6%) der gesamten Gesundheitsausgaben auf. Neben der Grundversicherung ist der freiwillige Abschluss privater Zusatzversicherungen möglich, wovon 80% der Schweizer im Jahr 2000 Gebrauch machte. Durch die privaten Zusatzversicherungen werden 10,5% der Gesundheitsausgaben finanziert. Das Angebot an Zusatzversicherungen ist sehr heterogen, wobei die meisten Produkte die stationäre Versorgung aufwerten (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Nach der Spital-Zusatzversicherung kommt auch der Zusatzversicherung für Krankentagegeld eine wichtige Bedeutung zu. Unbedeutender sind Versicherungsprodukte im Bereich der ambulanten Behandlung und zahnärztlichen Versorgung (Rosenbrock & Gerlinger 2004: 271). Ungefähr 20% der Verträge der Zusatzversicherungen werden als Gruppenverträge abgeschlossen (und bieten damit Unisex-Tarife) (Assurances 2000). Krankenzusatzversicherungen werden zum einen von Krankenkassen angeboten, die die obligatorische soziale Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die privaten freiwilligen Krankenzusatzversicherungen in einer juristischen Person betreiben. In diesem Fall ist der Anbieter der Grundsicherung und der Zusatzversicherung identisch. Zum anderen betreiben auch andere Versicherungsunternehmen (Schadenversicherer und einige Lebensversicherer) das Geschäft. Grund- und Zusatzversicherung sind durch das Gesetz klar abgegrenzt und müssen nicht bei ein und demselben Versicherer abgeschlossen werden. Indessen scheint in diesem Punkt bei vielen Versicherten ein Informationsdefizit zu bestehen, das sich auch negativ auf die Wechselbereitschaft der Versicherten auswirkt und damit den Krankenkassenwettbewerb behindert (Bundesamt für Sozialversicherung 2001). Die meisten Versicherten schließen nämlich die Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Anbieter ab. In der obligatorischen Krankenversicherung besteht zwar Kontrahierungszwang, dennoch werden subtile Fälle der Risikoselektion wie z.B. zielgruppenspezifische Werbung, Mobbing oder Maklerprämien für erfolgreiches „Wegwerben“ von schlechten Risiken berichtet (Bundesamt für Sozialversicherung 2001:25). Zu Selektionszwecken werden dabei auch Informationen über Gesundheitszustand, Einkommen und Bildung des Versicherten verwendet, die die Krankenkassen durch die Gesundheitsprüfung vor Abschluss einer Zusatzversicherung gewinnen.

Das Krankenversicherungssystem in der Schweiz unterlag durch das Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 erheblichen Veränderungen. In der sozialen Krankenversicherung bestand bereits vor 1996 Kontrahierungszwang, jedoch keine landesweite Versicherungspflicht. Auch waren damals schon Pro-Kopf-Beiträge für jeden Versicherten zu entrichten, wobei eine Prämien differenzierung nach Eintrittsalter, Geschlecht und Region stattfand. Die Frauenprämien durften dabei um bis zu 10% über den Männerprämien liegen (Alber

⁶¹ Für Kinder sind niedrigere Prämien zu erheben.

⁶² Einkommensschwache erhalten staatliche Prämienzuschüsse.

& Bernardi-Schenkluhn 1992: 196). Auch waren zeitlich begrenzte Vorbehalte bei Vorerkrankungen möglich. In der Zusatzversicherung wurden – wie heute – auch vor 1996 risikogerechte, geschlechterdifferenzierte Prämien erhoben, wobei die Prämienunterschiede für die einzelnen Versichertengruppen weniger ausgeprägt waren als heute. Mit der Reform der sozialen Krankenversicherung verfolgte der Gesetzgeber in dieser Situation drei Ziele: Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten, Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung für alle und eine Kosteneindämmung.

Während alle Versicherten nun einen gleichberechtigten Zugang zur obligatorischen Grundversicherung mit als wirksam erachteten Leistungen haben, wird die Zusatzversicherung als „Luxusversicherung“ für Komfortleistungen angesehen (Bundesamt für Sozialversicherung 2001: 44). Mit der Reform von 1996 wurden die Zusatzversicherungen dem Privatrecht unterstellt, wodurch sich der Handlungsspielraum für die Versicherer erhöht hat. Bestehende Vertragsverhältnisse mussten zwar weitergeführt werden, die Prämien durften jedoch neu berechnet und angepasst werden. Dies führte zu enormen Prämiensteigerungen von zum Teil 300%.⁶³

In der Praxis werden die Prämien in der Zusatzversicherung heute in erster Linie nach dem Alter differenziert. Im Querschnitt ergeben sich dabei mit steigendem Alter erhebliche Prämiensteigerungen, allerdings nur bis zum Alter von 71 Jahren. Da kein Kontrahierungszwang besteht, werden Versicherte mit Vorerkrankungen in der Regel abgelehnt. Viele Versicherungsunternehmen differenzieren ihre Prämien zudem nach dem Geschlecht. Versicherungsunternehmen sind von Gesetzes wegen zwar berechtigt, die Vertragsdauer zeitlich zu begrenzen und Verträge sogar im Schadensfall zu kündigen. Es besteht jedoch eine Absprache zwischen den Versicherungsunternehmen und der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bundesamt für Privatversicherungen BPV), hiervon keinen Gebrauch zu machen und lebenslange Verträge abzuschließen.⁶⁴ Bisher besteht in der schweizerischen privaten Krankenzusatzversicherung keine Verpflichtung, Alterungsrückstellungen zu bilden. In der Praxis legen jedoch viele Unternehmen freiwillig einen geringen Teil (meist um die 5%) zurück.

Momentan wird über eine Reform der Krankenzusatzversicherung diskutiert. Dabei geht es zum einen um die Verpflichtung der Versicherungsunternehmen zur Bildung portabler Alterungsrückstellungen. Hierzu liegt bereits ein Verordnungsvorschlag vor (Verordnung in Vernehmlassungsverfahren vom 22.9.2004). Zum anderen wird die Benachteiligung von Frauen in der privaten Krankenzusatzversicherung diskutiert und dabei auch über eine Einführung von Unisex-Tarifen in der PKV nachgedacht.⁶⁵ Spycher (2005) weist allerdings auf die Gefahr der adversen Selektion hin, die nach Einführung von geschlechtereinheitlichen Prämien dazu führen könne, dass Männer seltener eine Zusatzversicherung abschließen, weil sie ihrem Risiko entsprechend zu hohe Zahlungen entrichten müssten. Sicherlich wird die EU-Richtlinie 2004/113/EG auch in der Schweiz für neuen Diskussionsstoff um Unisex-Tarife und die Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt bei der Prämienkalkulation sorgen.

5.7 Schlussfolgerungen

Tabelle 8 fasst zentrale Merkmale der beschriebenen Krankenversicherungssysteme noch einmal zusammen.

⁶³ Nach fernmündlicher Aussage von Frau Diggelmann vom BPV am 5.1.05.

⁶⁴ Diese Vereinbarung wird – nach Aussage von Frau Diggelmann vom BPV – auch eingehalten.

⁶⁵ Hierzu wurden zwei parlamentarische Initiativen eingereicht (98.406 und 04.422).

Tabelle 8: Die PKV in Irland, Frankreich, Dänemark, Schweiz, Deutschland und den Niederlanden im Jahr 2000 (für Dänemark 1998)

	Irland	Frankreich	Dänemark	Schweiz	Deutschland	Niederlande
Bevölkerungsanteil in der öffentlichen Krankenversicherung / im nationalen Gesundheitsdienst¹	100%	99,9%	100%	100%	90,9%	72%
Anteil der öffentlich finanzierten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben¹	73,3%	75,8%	82,5%	55,6%	75,0%	63,4%
Beschreibung der öffentlichen Krankenversicherung / des staatlichen Gesundheitsdienstes²	Steuerfinanzierter, staatlicher Gesundheitsdienst	Sozialversicherungsmodell, Staatliche Pflichtversicherung	Steuerfinanzierter, staatlicher Gesundheitsdienst	Obligatorische Grundversicherung (Kopfprämienmodell)	Sozialversicherungsmodell, Staatliche Pflichtversicherung	Sozialversicherungsmodell, Staatliche Pflichtversicherung
Bevölkerungsanteil in der PKV¹	43,8%	86%	28%	80%	9,1% substitutiv PKV-Versicherte, 9,1% Zusatzversicherte	28% substitutiv PKV-Versicherte, 93% Zusatzversicherte
Anteil der PKV-Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben¹	7,6%	12,7 %	1,6%	10,5%	8,2% ³	15,2%
Hauptfunktion der PKV¹	Doppelter Versicherungsschutz	Komplementäre Versicherung	Komplementäre Versicherung, doppelter Versicherungsschutz, Zusatzversicherung	Zusatzversicherung	PKV als wählbares Substitut für Beamte, Selbständige und Arbeitnehmer mit hohem Einkommen, Zusatzversicherung für alle	PKV als verpflichtendes Substitut für hohe Einkommen, Zusatzversicherung
Vertragsdauer²	Lebenslange Verträge	Lebenslange Verträge	Jahresverträge oder Langzeitverträge	Freigestellt, in der Praxis werden jedoch lebenslange Verträge abgeschlossen ⁶	Lebenslange Verträge (bei Zusatzversicherungen auch zeitlich begrenzte Verträge möglich)	Jahresverträge
Anzahl der Anbieter von privaten Krankenversicherungen	Hauptsächlich zwei große Anbieter: VHI mit 86% und BUPA mit 9% Marktanteil ¹	Mutuelles: 6500; Vorsorgewerke: 51; Versicherungsgesellschaften: 118 ⁴	Hauptsächlich ein großer Anbieter: Denmark mit 96% Marktanteil ⁵	124 ⁷	54 ⁸	50 ⁹

	Irland	Frankreich	Dänemark	Schweiz	Deutschland	Niederlande
Einheitlichkeit der Versicherungsprodukte²	Weitestgehend homogen	heterogen	Weitestgehend homogen	heterogen	heterogen	heterogen
Wird durch bestimmte Regelungen ein solidarischer Ausgleich geschaffen?²	Seit 2003 Risikostrukturausgleich, Ausgleich von Alter und Geschlecht	Befreiung von der Steuerpflicht auf Versicherungsprämien, wenn das Solidarprinzip gewahrt wird	Nein	Bestimmte Absprachen zwischen der Aufsichtsbehörde und den Unternehmen ⁶	Nein	Ausgleich der Kosten für PKV-Versicherte in der Standardversicherung (WTZ-Beitrag). Ausgleichszahlungen für den höheren Anteil älterer Versicherter in der GKV (MOOZ)
Kontrahierungszwang²	Ja, seit Ende 2004 auch für über 65-jährige	Mutuelles und Vorsorgewerke: ja Versicherungsgesellschaften: nein	Nur für gesunde Versicherte unter 60 Jahren	Nein	Nein	Nur in der Standardversicherung

Quellen: 1 Colombo & Tapay (2004); 2 Eigene Zusammenstellung; 3 Statistisches Bundesamt 2000, Deutschland; 4 Buchmüller & Couffinhal (2004); 5 Vrangbæk (2001); 6 Nach Auskunft von Frau Diggelmann vom Bundesamt für Privatversicherungen, Schweiz; 7 Amtsbericht 2000 des BPV (2000), Schweiz; 8 Verband der privaten Krankenversicherung (2002), Deutschland; 9 Vektis (2001)

Wie Tabelle 8 zeigt, bestehen zwischen den betrachteten Ländern erhebliche Unterschiede in der Rolle der PKV. Eine einfache Übertragung der Erfahrung einzelnen Länder ist auf Grund der großen Heterogenität der PKV-Systeme der EU-Länder nicht möglich. Wenn im Folgenden einige Lehren für Deutschland gezogen werden sollen, ist dies immer zu berücksichtigen. Dennoch sind einzelne Gesichtspunkte der internationalen Erfahrungen auch für die deutsche Situation von hohem Interesse:

- *Frankreich* ist ein gutes Beispiel dafür, dass ein Mischsystem von privaten Krankenversicherungsanbietern mit und ohne risikogerechten Prämien (also auch mit und ohne Unisex-Tarifen) und mit und ohne Kontrahierungszwang zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen kann. Die guten Risiken wählen eher beitragsgünstige Versicherer (insbesondere die Versicherungsgesellschaften), die das Recht haben, schlechte Risiken abzulehnen. Schlechte Risiken hingegen haben keine Wahl, sondern versichern sich zu höheren Prämien bei den Mutuelles. Damit macht der französische Fall die Selektionsproblematik, die bei nicht risikogerechter Tarifierung immer besteht, sehr deutlich. Zur Abschwächung dieser Problematik werden den Krankenversicherern, die auf eine risikogerechte Tarifierung verzichten, steuerliche Vergünstigungen gewährt. Damit kann zwar deren Stellung im Wettbewerb mit anderen Versicherern gestärkt werden – wenn auch um den Preis zusätzlicher Staatsausgaben – allerdings bleiben die Anreize zur Risikoselektion. Wenngleich der Kontrahierungszwang dem formal entgegensteht, ist davon auszugehen, dass auf subtile Weise Risikoselektion betrieben wird. Letztlich kann das französische Beispiel daher kaum als vorbildlich gelten.
- In *Irland* wurde die Schaffung eines Risikoausgleichs gewählt, um den Aspekt der Solidarität in einem privaten Krankenzusatzversicherungssystem mit Community Rating (also auch Unisex-Tarifen) und Kontrahierungszwang zu gewährleisten. Dabei kommt es bisher zum Ausgleich der Variablen Alter und Geschlecht, eine Ausweitung auf das Merkmal Morbidität wird zudem diskutiert. Der Risikoausgleich verhindert zwar Risikoselektion (zumindest nach dem Alter und nach Geschlecht), die Problematik der adversen Selektion bleibt jedoch bestehen. Denn junge, gesunde Versicherte haben nur einen sehr geringen Anreiz, Zusatzversicherungen abzuschließen. Sie würden eine im Verhältnis zum eigenen Risiko überhöhte Prämie zahlen. So verbleiben sie lieber ohne Versicherungsschutz und entziehen sich einer Quersubventionierung der schlechten Risiken. Für die ausgabenintensiveren Versicherten im Versicherungspool bedeutet dies jedoch, dass sie insgesamt höhere Prämien bezahlen müssen. Darum soll zukünftig eine nach Eintrittsalter gestaffelte Tarifierung eingeführt werden. Ein Risikoausgleich wäre auch für die deutsche PKV denkbar, allerdings könnte er (ebenso wie in Irland) Anreize zur Selbstselektion der Versicherten nicht entgegenwirken.
- In der *niederländischen substitutiven Krankenversicherung* beteiligen sich alle Versicherten bis zum Alter von 65 Jahren durch Zahlung eines Solidaritätsbeitrags an der Finanzierung der schlechteren, privat versicherten Risiken in der Standardversicherung. Es wurde also die Einführung eines Risikopools gewählt, um eine gewisse Solidarität zwischen den privat Versicherten aufrecht zu erhalten. Schlechte Risiken oberhalb der Einkommensgrenze sind jedoch gezwungen, eine Standardversicherung abzuschließen und verfügen damit nur über eingeschränkte (bzw. gar keine) Wahlmöglichkeiten. Bei schlechten Risiken in den Niederlanden ist primär an ältere und kranke Versicherte zu denken. Ein Risikopool lässt sich jedoch ebenso implementieren, um die Solidarität zwischen den Geschlechtern aufrecht zu erhalten und stellt damit für Deutschland eine Option dar.

- In der *Schweiz* wird in der Diskussion um die Einführung von Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung auf die damit verbundene Gefahr von Selektion hingewiesen. Hier klingen entsprechende Befürchtungen an, auf die ausführlich in Kapitel 4 hingewiesen wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Einführung von Unisex-Tarifen auf jeden Fall von Maßnahmen zu begleiten ist, die Risikoselektion und adverse Selektion unterbinden. Ansonsten kann es zu unerwünschten, die Solidarität zwischen den Geschlechtern gefährdenden Folgen kommen. Dies zeigen nicht nur die theoretischen Erörterungen in Kapitel 4, sondern eben auch der (empirische) internationale Vergleich des Kapitels 5.

6. Handlungsempfehlungen

In der EU-Richtlinie wird dem nationalen Gesetzgeber eine Frist von drei bzw. fünf Jahren eingeräumt, diese in nationales Recht umzusetzen. Die Ergebnisse dieses Gutachtens können dabei hilfreich sein, Eckpunkte für die Umsetzung der Richtlinie festzulegen. Die Gutachter möchten diesbezügliche Handlungsempfehlungen abgeben zu:

- der erweiterten Rechenschaftslegung der PKV (Abschnitt 6.1),
- der möglichen Einführung von Unisex-Tarifen in der PKV (Abschnitt 6.2) und
- der Umfinanzierung von Schwangerschaftskosten (Abschnitt 6.3).

6.1 Zur erweiterten Rechenschaftslegung der PKV

In der EU-Richtlinie wird den privaten Versicherungsunternehmen eine doppelte Verpflichtung auferlegt: Erstens müssen sie die Kosten von Schwangerschaft und Mutterschaft nachweisen, damit diese aus der Prämienberechnung ausgegliedert werden können. Zweitens dürfen sie geschlechterdifferenzierte Prämien nur dann erheben, wenn das Geschlecht ein „entscheidender Faktor“ bei der Prämienberechnung ist, und zwar nachdem die Kosten von Schwangerschaft und Mutterschaft herausgerechnet wurden. Beides ist der PKV derzeit nicht möglich. Wie sich bei den Recherchen für diese Expertise gezeigt hat, werden die Leistungsausgaben für Schwangerschaft und Geburt von den PKV-Unternehmen und ihrem Verband derzeit nicht systematisch und in ausreichender Qualität erhoben.⁶⁶ So ist einzelnen Unternehmen noch nicht einmal die Anzahl der Schwangerschaften unter ihren Versicherten pro Jahr bekannt. Ohne diese Leistungen separat zu erfassen, kann es dann aber auch nicht gelingen, die nach deren Abzug verbleibenden Kostenunterschiede zwischen Männern und Frauen nachzuweisen.

Die Gutachter empfehlen daher, in der PKV so schnell wie möglich eine *erweiterte Berichtspflicht* einzuführen. Diese sollte zum einen die Verpflichtung enthalten, die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zu ermitteln und auszuweisen sowie geschlechterspezifische Prämien zu berechnen, die sich ergeben würden, wenn diese Kosten in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt werden. Nur wenn die Unterschiede für diese Prämien einen noch zu bestimmenden Schwellenwert übersteigen, sollte die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht geschlechterdifferenzierte Tarife erlauben. Zum anderen sollten die entsprechenden Kostenprofile auch der (wissenschaftlichen) Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, damit die vorgelegten Kalkulationen nachvollzogen werden können. Wie in der GKV (siehe § 303

⁶⁶ Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, da die Erhebung dieser Informationen bisher für die Versicherungsunternehmen nicht notwendig war.

SGB V) sollten hierzu krankenkassenübergreifenden (bzw. in der PKV: krankenversicherungsunternehmensübergreifende) pseudonymisierte Datensätze zur Verfügung gestellt werden, um sowohl Querschnitts-, wie auch Längsschnittanalysen durchführen zu können. Solche Daten stehen in keinerlei Konflikt mit den notwendigen Auflagen des Datenschutzes.

Wie in Abschnitt 3.3.3 ausgeführt wurde, stehen für die Ermittlung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt zwei Ansätze zur Verfügung. Da nicht ohne Weiteres erkennbar ist, welcher Ansatz überlegen ist, sollte dafür Sorge getragen werden, dass alle Daten erhoben und bereitgestellt werden, die notwendig sind, um *beide Ansätze* verfolgen zu können.

6.2 Zur Einführung von Unisex-Tarifen

Die EU-Richtlinie sieht vor, dass geschlechterdifferenzierte Prämien nur erlaubt sind, wenn die Versicherungswirtschaft die Relevanz des Merkmals Geschlecht auch dann zeigen kann, wenn die auf Schwangerschaft und Geburt beruhenden Kostenunterschiede unberücksichtigt bleiben. Die Richtlinie impliziert damit eine Umkehr der Beweislast: Nur wenn der PKV der angesprochene Nachweis gelingt, sind geschlechterdifferenzierte Prämien erlaubt. Gemäß der in Abschnitt 3.3.3 vorgelegten Berechnungen lässt sich ein solcher Nachweis nicht führen: Werden die Kosten für Schwangerschaft und Geburt herausgerechnet, sind die Differenzen in den errechneten Nettoprämien von Frauen und Männern für Versicherungsbeitritte im beitragsrelevanten Alter insignifikant. Für höhere Zutrittsalter ergeben sich für Frauen sogar deutlich niedrigere Beiträge im Vergleich zur heutigen Situation. Insofern legen diese Berechnungen die Vermutung nahe, dass es nicht gelingt, das Geschlecht als „entscheidenden Faktor“ der Prämienberechnung nachzuweisen. In diesem Fall wäre die Einführung von Unisex-Tarifen in der PKV aufgrund der EU-Richtlinie nach deren Umsetzung in nationales Recht verpflichtend. Allerdings musste aufgrund der fehlenden Daten in der PKV bei der Berechnung der schwangerschaftsbezogenen Ausgaben auf Daten der GKV zurückgegriffen, die nur als vorsichtige Schätzgröße angesehen werden dürfen. Eine Wiederholung der Berechnungen bei Vorliegen entsprechender Daten der PKV erscheint daher notwendig und sollte so schnell wie möglich erfolgen. Denn die Leistungsanspruchnahme schwangerer privat versicherter Frauen könnte sich (z.B. auf Grund von angebotsinduzierter Nachfrage) ganz anders darstellen als in der GKV.

Dabei sind grundsätzlich zwei Resultate denkbar: Sollte sich zeigen, dass sich die Nettoprämien von Männern und Frauen auch dann signifikant unterscheiden, wenn die Kosten von Schwangerschaft und Geburt herausgerechnet werden, ergibt sich keine Notwendigkeit zur Einführung von Unisex-Tarifen. In diesem Fall muss aber ein Weg gefunden werden, die Kosten für Schwangerschaft und Geburt umzufinanzieren. Entsprechende Überlegungen hierzu werden in Abschnitt 6.3 dargelegt. Denkbar – und keineswegs unwahrscheinlich – ist aber auch, dass die entsprechenden Berechnungen auf Basis von PKV-Daten die hier mit GKV-Zahlenmaterial durchgeführten Kalkulationen bestätigen. Dann ergibt sich für die PKV die Notwendigkeit der Einführung von Unisex-Tarifen, und es stellt sich die Frage, wie diese Prämien ermittelt werden sollen.

Der nahe liegende Gedanke ist, aus der errechneten Prämie von Frauen und Männer zum jeweiligen Eintrittsalter einen (gewogenen) arithmetischen Mittelwert zu berechnen und diesen als geschlechterunabhängige Prämie festzusetzen bzw. – was zum gleichen Ergebnis führt – nur noch geschlechtereinheitliche Sterbetafeln und Kopfschäden bei der Prämienkalkulation zu verwenden. Damit würden aber Anreize sowohl zur Risikoselektion als auch zur adversen Selektion gesetzt. Von einem solchen Vorgehen ist daher dringend abzuraten.

Sinnvoller ist dagegen die Einführung eines versicherungsunternehmensübergreifenden Finanzausgleichs. Dieser sollte dazu führen, dass

- a) Frauen und Männer die gleiche Prämie zahlen,
- b) das jeweilige Versicherungsunternehmen aber für Männer und Frauen eine unterschiedliche Prämie erhält.

Die Ausgestaltung eines solchen Finanzausgleichs kann dabei analog zu der nachstehend (ausführlicher) beschriebenen Vorgehensweise für die Umfinanzierung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt erfolgen.

6.3 Zur Umfinanzierung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt

Die EU-Richtlinie 2004/113/EG schreibt verpflichtend vor, dass Kosten für Schwangerschaft und Geburt in der Privaten Krankenversicherung zukünftig bei der Prämienkalkulation geschlechtsneutral zu verteilen sind. Selbst wenn keine Unisex-Tarife eingeführt werden sollten, ergibt sich in diesem Punkt auf jeden Fall die Notwendigkeit einer Veränderung der Prämiengestaltung. Um der bei einer Umfinanzierung dieser Kosten drohenden Risikoselektion und adversen Selektion entgegenzuwirken, schlagen die Gutachter vor, dies mit einem Finanzausgleich zwischen den PKV-Unternehmen zu verbinden.

Die hier geschilderte Möglichkeit ist dabei die Veränderung, die für die PKV den geringsten Eingriff darstellt. Weitergehende Konzepte, wie etwa die Integration der PKV in den Risikostrukturausgleich der GKV, sind ebenso zielführend, aber eben mit einem weit tieferen Eingriff in die derzeit bestehende Regulierung der PKV verbunden. Nachfolgend soll daher beschrieben werden, wie die Prämie in der substitutiven PKV – bei Umsetzung dieses Vorschlags – zukünftig aufgebaut ist, wie der Finanzausgleich erfolgen sollte und welche Möglichkeiten der Umlage auf die einzelnen Versicherten bestehen. Die Systematik lässt sich entsprechend auch auf die private Krankenzusatzversicherung übertragen.

Aufbau der Prämie

Die Versicherungsprämie wird zukünftig aus zwei Bestandteilen bestehen (siehe Abbildung 30): Teil A stellt die Grundprämie dar, die als lebenslang konstante Prämie kalkuliert wird. Für Männer ergeben sich hier keine Veränderungen, bei Frauen ist dieser Prämienanteil zukünftig jedoch aus den Kopfschäden der Versichertengruppe „Frauen ohne Schwangerschaft“ (Personenansatz) bzw. der Kopfschäden ohne Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (Leistungsansatz) zu errechnen.

Teil B enthält einen einheitlichen Prämienzuschlag auf alle Frauen- und Männerprämien. Grundsätzlich muss die Summe dieser Zuschläge die Differenz der Prämienverläufe zwischen „Frauen ohne Schwangerschaft“ und „Frauen gesamt“ ausgleichen, was in der Abbildung am Beispiel des Eintrittsalters 26 Jahre dargestellt ist.⁶⁷ Ebenso wie die Grundprämie wird auch dieser Schwangerschaftszuschlag als lebenslang konstante Prämie kalkuliert.

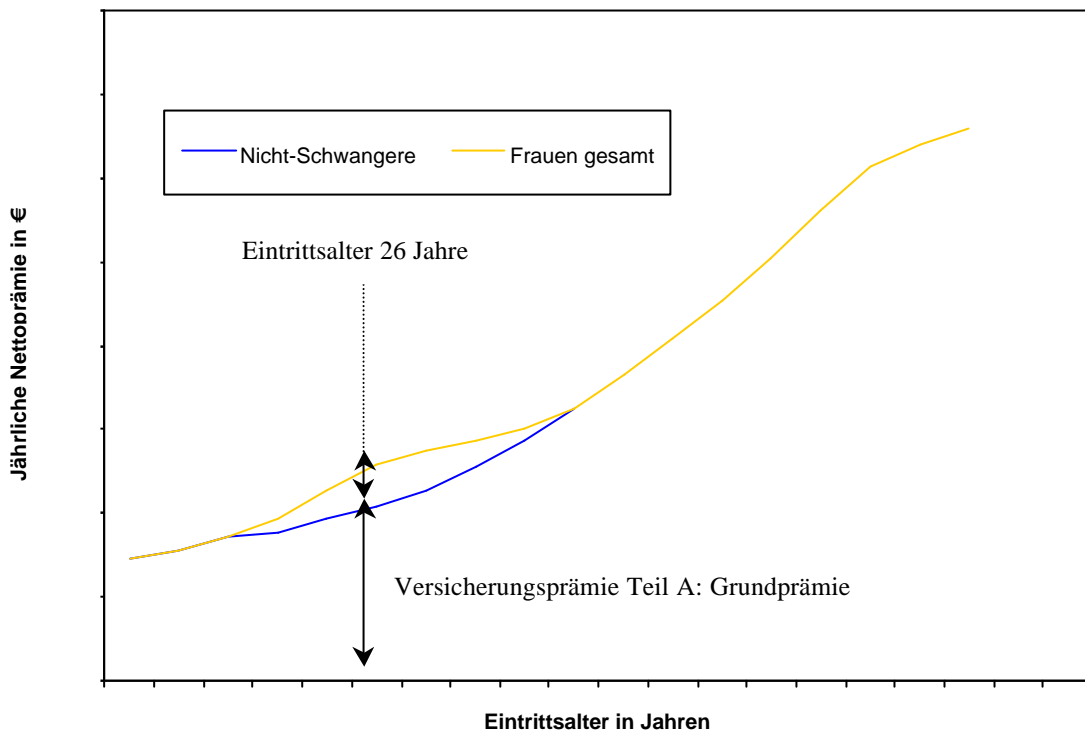
Organisation des Finanzausgleichs

Der Finanzausgleich wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) durchgeführt, die heute bereits die Aufsicht über die PKV innehat. Die Einzelunternehmen, die zukünftig die Prämienkalkulation der Grundprämie für Frauen auf Basis der Kopfschadensprofile von „Frauen ohne Schwangerschaft“ durchführen, melden der BaFin ihren Prämien-

⁶⁷ Für die folgende Darstellung wird auf den Personenansatz abgestellt, um die Darstellung nicht unnötig zu komplizieren. Grundsätzlich lässt sich der hier vorgestellte Grundgedanke natürlich genauso mittels des Leistungsansatzes umsetzen.

enmehrbedarf, der sich als über alle versicherten Frauen aufsummierte Differenz der Prämienverläufe der „Frauen gesamt“ mit dem Prämienverlauf für „Frauen ohne Schwangerschaft“ ergibt. Auf Basis dieser Meldungen kann die BaFin die „Mehrbedarfe“ ermitteln, die dann auf alle Versicherten umgelegt werden. Da in der Praxis in den seltensten Fällen davon auszugehen ist, dass die Mehrbedarfe eines Versicherungsunternehmens mit der Summe der Prämienzuschläge (Teil B der Prämie) übereinstimmen, ist es Aufgabe der BaFin, die notwendigen Transferzahlungen zwischen den Versicherungsunternehmen zu ermitteln und zu organisieren.

Abbildung 30: Zukünftige Kalkulation der Versicherungsprämie für Frauen



Umlage auf die Versicherten

Grundsätzlich bestehen mindestens drei Optionen, den notwendigen Schwangerschaftszuschlag (Prämienbestandteil B) auf die einzelnen Versicherten umzulegen:

- a) ein einheitlichen Pro-Kopf-Zuschlag,
- b) ein prozentualer Zuschlag zur Prämie und
- c) ein einkommensabhängiger Zuschlag.

Mit Option c) würde ein einkommensbezogenes Umverteilungselement in die PKV aufgenommen, das dieser systemfremd ist. Diese Option erscheint daher ungeeignet. Bei Option b) werden die unterschiedlichen Prämienhöhen als Anknüpfungspunkt für den Prämienbestandteil B aufgegriffen. Die unterschiedliche Prämienhöhe hängt derzeit ab vom Leistungsumfang, dem Eintrittsalter der oder des Versicherten, sowie seinem Geschlecht und etwaigen Morbiditätszuschlägen. Von diesen Merkmalen rechtfertigt allenfalls das Eintrittsalter eine Staffelung des Prämienbestandteils B. Ein späteres Eintrittsalter führt dazu, dass sich Versicherte über eine kürzere Zeitspanne an der Finanzierung der Schwangerschafts- und Geburtskosten

des Versicherungskollektivs beteiligen würde. Da ein höheres Eintrittsalter aber auch mit einer höheren Prämie einhergeht, wäre ein prozentualer Zuschlag in Bezug auf dieses Tarifierungsmerkmal begründbar. Für alle anderen Merkmale gilt dies aber nicht, so dass Option a) letztlich die höchste Plausibilität aufweist. Zudem ist sie auch administrativ am einfachsten zu handhaben.

Im Ergebnis ergäbe sich so eine Prämiengestaltung, die dafür Sorge trägt, dass Männer und Frauen (über den Prämienbestandteil B) gleichermaßen an der Finanzierung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt beteiligt werden. Gleichzeitig erhalten die Versicherungsunternehmen für Männer und Frauen risikogerechte Prämien. Die erwarteten Kosten für Schwangerschaft und Geburt werden zwar nicht mehr bei der Kalkulation des Tarifs der Frauen berücksichtigt, jedoch wird für das Versicherungsunternehmen für jede versicherte Frau ein Ausgleichsanspruch in Höhe der Differenz generiert, der sich aus einer vollkostendeckenden Tarifierung und einer Tarifierung auf Basis der Kosten ohne Schwangerschaft und Geburt ergibt.

Prinzipiell lässt sich der hier geschilderte Finanzausgleich auch verwenden, um Risikoselektion nach Einführung von Unisex-Tarifen zu unterbinden. Die Grundprämie wird in diesem Fall auf Basis der Kopfschäden für Männer kalkuliert. Die Differenz, die sich zu den Frauenprämien ergibt, wird als Zuschlag entsprechend auf beide Geschlechter umgelegt.

Wenn damit auch das Problem der Risikoselektion gebannt werden kann, gilt dies für adverse Selektion nicht in gleichem Maße. Hier besteht daher noch Spielraum, um dem durch begleitende gesetzgeberische Maßnahmen, wie die Festlegung von Mindestversicherungsumfängen und womöglich sogar der Einführung einer Versicherungspflicht, weiter entgegenzuwirken.

Literatur

- AIM (2003). *Die Gegenseitigkeitsgesellschaften in Europa*: AIM.
- Akerlof, G. A. (1970). The market for lemons: Qualitative uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500.
- Alber, J. & Bernardi-Schenkluhn, B. (1992). *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*. Frankfurt: Campus.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, (53), 5: 941-973.
- Arrow, K. J. (1968): The Economics of Moral Hazard: Further Comment. *American Economic Review*, (58): 537-539.
- Assurances, C. E. d. (2000). *Health insurance in Europe: 1998 data, CEA ECO, 12 July 2000*. Paris: CEA.
- Bocognano, A., Couffinhal, A., Dumesnil, S. & Grignon, M. (2000). *Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France*. Paris: CREDES.
- Böhm, K., Cordes, M., Forster, T. & Krah, K. (2004). *Krankheitskosten 2002*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bohn, K. (1980). *Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung*. Schriftenreihe Angewandte Versicherungsmathematik, Heft 11. Karlsruhe: VVW.
- Bohn, K. (1991). PKV: Lebenslanger Partner. *Versicherungskaufmann*, 38(7), 27-30.
- Breyer, F. & Kifmann, M. (2001). *Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW Diskussionspapier*. Konstanz.
- Breyer, F. & Zweifel, P. (1999). *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer.
- Buchmüller, T. C. & Couffinhal, A. (2004). *Private Health Insurance in France*. Paris: OECD.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001). *Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht. Forschungsbericht 16/01*. Bern: BSV.
- Centraal Planbureau (2004). *CPB Memorandum. Verzekerde Selectie?* Den Haag: CPB.
- Christiansen, T., Lauridsen, J. & Kamper-Jørgensen, F. (2002). *Demand for private health insurance and demand for health care by privately and non-privately insured in Denmark*. Odense: Institute of Public Health, Health Economics Research Unit, University of Southern Denmark.
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*. Paris: OECD.
- Colombo, F. & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. Paris: OECD.
- Deutscher Bundestag (1996). *Gutachten der unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. Drucksache 13/4945*.
- DJB (Deutscher Juristinnenbund) (2004): Einführung von Unisex-Tarifen in der privaten Versicherungswirtschaft. Stellungnahmen anlässlich eines Gesprächs mit der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 4. Februar 2004 in Berlin. Ms.

- Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan. *New England Journal of Medicine*, 650-658 und 709-720.
- Farny, D. (1995). *Versicherungsbetriebslehre*. Karlsruhe: VVW.
- Greß, S., Okma, K. G. H. & Wasem, J. (2002). *Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries - Market Outcomes and Policy Implications. Diskussionspapier 01/2002*. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Helmich, C. (2000). *Die Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Dissertation*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Höppner, K., Greß, S., Rothgang, H., Wasem, J. (2005). *Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland. ZeS-Arbeitspapier*. Universität Bremen. In Erscheinung.
- IGES, Lauterbach, K. & Wasem, J. (2004). *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht*.
- Irish Government. (2004). *Private health insurance in Ireland*. Retrieved 3.11.2004, from the World Wide Web: www.oasis.gov.ie
- Jacobs, K., Reschke, P., Cassel, D. & Wasem, J. (2001). *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003). *Bericht der Kommission*: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (2004). *Abschlussbericht vom 19.4.2004*.
- König, C. & Zoike, E. (2004). Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter - Sind Frauen wirklich teurer? *Die BKK*, 10, 445-448.
- Körner, M. (2004). *"Riesterrente und Eichelförderung" und geschlechtereinheitliche Tarife*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Lauterbach, K. & Wille, E. (2001). *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich: Sofortprogramm "Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter der Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag von VdAK, AEV, AOK-BV und IKK-BV. Abschlussbericht*. Köln, Mannheim.
- Luft, H. S. (1982). Health maintenance organizations and the rationing of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60, 268-306.
- Meyer, U. (2001). *Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen. Arbeitspapier*.
- Ministerium für Arbeit Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1993). *Leistungen nach dem Geschlecht - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung mit Daten eines Modellversuches in der gesetzlichen Krankenversicherung*.
- Ministry of Health (1999). *Health care in Denmark*. Copenhagen: Ministry of Health.
- Mirrlees, J. A. (1999). The Theory of Moral Hazard and Unobservable Behaviour: Part I. *Review of Economic Studies* (66): 3-21.
- Mossialos, E. & Thomson, S. (2002). *Voluntary Health Insurance in the European Union: Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission*. London: School of Economics and Political Science.

- Müller, H. (1995). *Versicherungsbinnenmarkt - Die europäische Integration im Versicherungswesen*. München: Beck.
- Nell, M. (1963). *Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen von Versicherungsnehmern*. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft.
- Newhouse, J. P. & the Insurance Experiment Group (1993). *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge: Harvard University Press.
- Newhouse, J. P. (1996). Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*, 34, 1236-1263.
- OECD (2003). *OECD Health Data 2000*.
- Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review* (58): 531-537
- Pauly, M. V. (1984). Is cream skimming a problem for the competitive medical market? *Journal of Health Economics*, 3, 87-95.
- PKV-Verband (2003). *Die private Krankenversicherung - Rechenschaftsbericht 2003*. Köln.
- Riedel, O. & Münch, C. (2004). *Zur Bedeutung der sekundären Prämiendifferenzierung bei Unisex-Tarifen in der Krankenversicherung*. Technical Report 2/2004. Gießen: Universität Gießen.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik*. Bern: Hans-Huber-Verlag.
- Rothgang, Heinz (2001): Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung? *Sozialer Fortschritt*, Heft 5: 121-126.
- Rothgang, Heinz / Cacace, Mirella / Thompson, Theresa (2004): *Harnessing Competition, Protecting Solidarity. A Comparison of Health Care Markets in the United States, Germany and Great Britain*. Paper presented at the 16th annual meeting of the Society for the Advancement of Socio-Economics (SASE), Washington DC.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J. E. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90, 629-649.
- Roussel, P. (2003). *La mutualité en France: un panorama économique en 2000*: DREES, Etudes et Résultats, No. 170.
- Rürup, B. & Gruescu, S. (2003). *Nachhaltige Familienpolitik im Interesse einer aktiven Bevölkerungsentwicklung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Frauen, Senioren, Familie, Jugend*.
- Sandier, S. & Ulmann, P. (2001). *Voluntary health insurance in France: a study for the European Commission*. Paris: ARgSES / CNAM.
- Schaper, K. (1979). Zur Kritik des Moral Hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Sozialer Fortschritt* (28): 178-183
- Schmähl, W. & Rothgang, H. (2004): Familie und Pflegeversicherung: Verfassungsrechtlicher Handlungsbedarf, Handlungsmöglichkeiten und ein Gestaltungsvorschlag. *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 53. Jg., Heft 2, 181-191.
- Schmidt, S. (2004). *Die Folgen der europäischen Integration für die Bundesrepublik Deutschland: Wandel durch Verflechtung*. Köln: MPI.
- Schramm, P. (2004). *Neue PKV-Sterbetafel 2004*. <http://www.pkv-gutachter.de/themen/PKV-Sterbetafel.html>

- Spence, M. A. (1973). Job Market Signaling. *Quarterly Journal of Economics*(87), 355-374.
- Spycher, S. (2000). *Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung, Forschungsbericht 3/00*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Spycher, S. (2005). *Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz - eine Auslegeordnung*. Bern: BASS.
- Stiglitz, J. E. (2001). *Information and the change in paradigm in economics. Prize lecture, anlässlich der Verleihung des Nobelpreises*. Unpublished manuscript.
- SVR (2004). *Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*.
- Van Barneveld, E. M., Lamers, L. M., Van Vliet, R. C. J. A. & Van de Ven, W. P. M. M. (2001). Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency. *Journal of Health Economics*, 20(2), 147-168.
- Van de Ven, W. P. M. M. & Ellis, R. P. (2000). Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Amsterdam: Elsevier.
- Van de Ven, W. P. M. M. & Van Vliet, R. C. J. A. (1992). How can we prevent cream skimming in a competitive health market? In P. Zweifel & H. E. Frech (Eds.), *Health Economics Worldwide* (pp. 23-46). Dordrecht: Kluwer.
- Van de Ven, W. P. M. M., Van Vliet, R. C. J. A., Schut, F. T. & Van Barneveld, E. M. (2000). Access to Coverage for High-Risks in a Competitive Individual Health Insurance Market: Via Premium Rate Restrictions or Risk-Adjusted Premium Subsidies? *Journal of Health Economics*, 19(3), 311-339.
- Van Vliet, R. C. J. A. (2000). A statistical Analysis of Mandatory Pooling Across Health Insurance. *Journal of Risk & Insurance*, 67(2), 197 - 217.
- VdAK & AEV (2003). *Risikostrukturausgleich 2001/2002 - Zahlen, Fakten, Hintergründe*. Siegburg.
- Vektis (2001). *Financierung van de Zorg in 2000, Jaarboek 2000*. Zeist: Vektis.
- Verband der privaten Krankenversicherung (2002). *Zahlenbericht 2001/2002*. Köln: PKV-Verband.
- Verband der privaten Krankenversicherung (2003). *Die private Krankenversicherung - Rechenschaftsbericht 2003*. Köln: PKV-Verband.
- Verband der privaten Krankenversicherung (ohne Jahrgang). *PKV-Info: Private Kranken- und Pflegeversicherung als Alternative für Studenten*. Köln: PKV-Verband.
- VHI Healthcare (2003). Einführung des Risikoausgleichs in Irland. *aims*, 19, 8-9.
- Vrangbæk, K. (2001). *Voluntary health insurance in Denmark: a study for the European Commission*. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Wasem, J. & Greß, S. (2004): *Geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Kurzwertung für das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung. Ms.

Anhang: Kopfschäden sonstiger Versicherten nach Tarifen

Abb. A1.1: Ambulanttarif und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, hoher Selbstbehalt

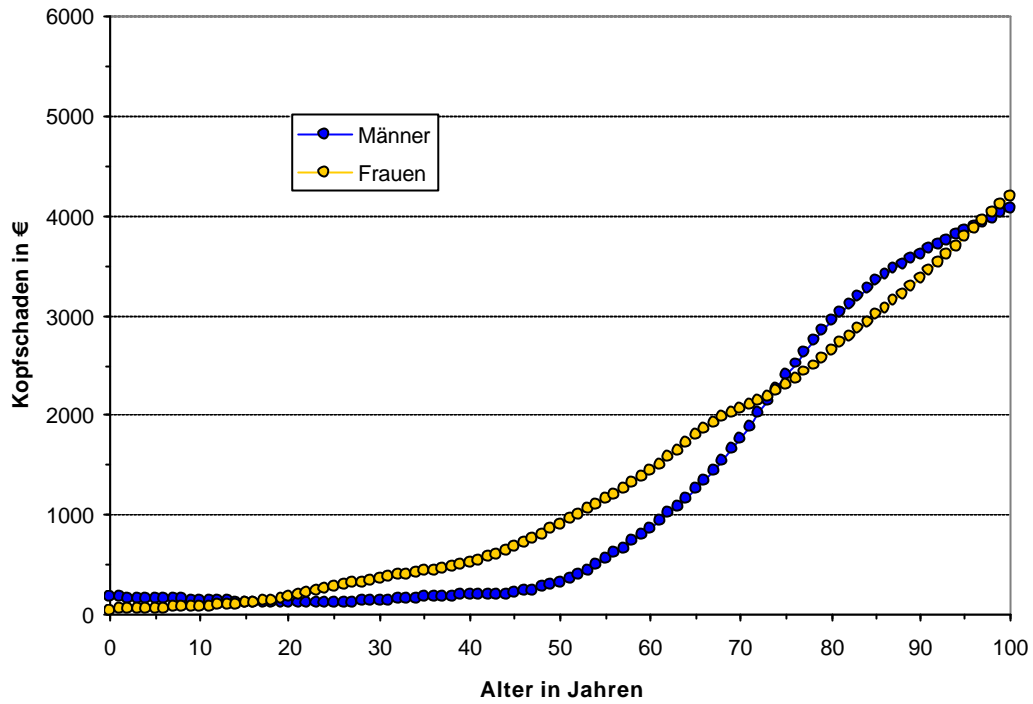


Abb. A1.2: Stationärtarif und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, hoher Selbstbehalt

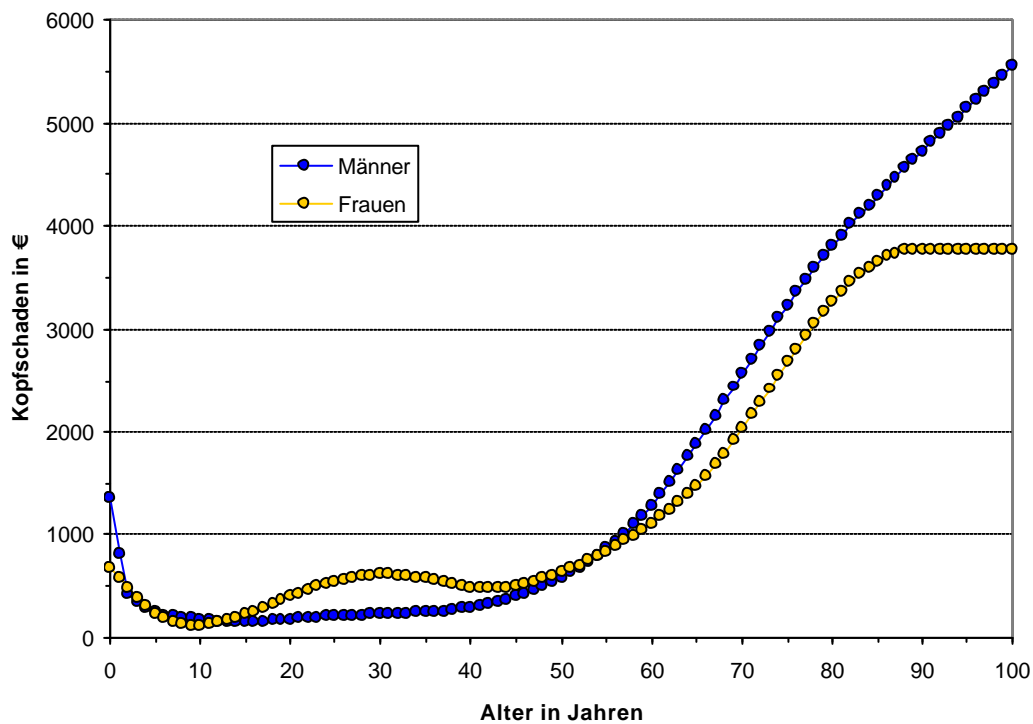


Abb. A1.3: Zahnbehandlung und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, hoher Selbstbehalt

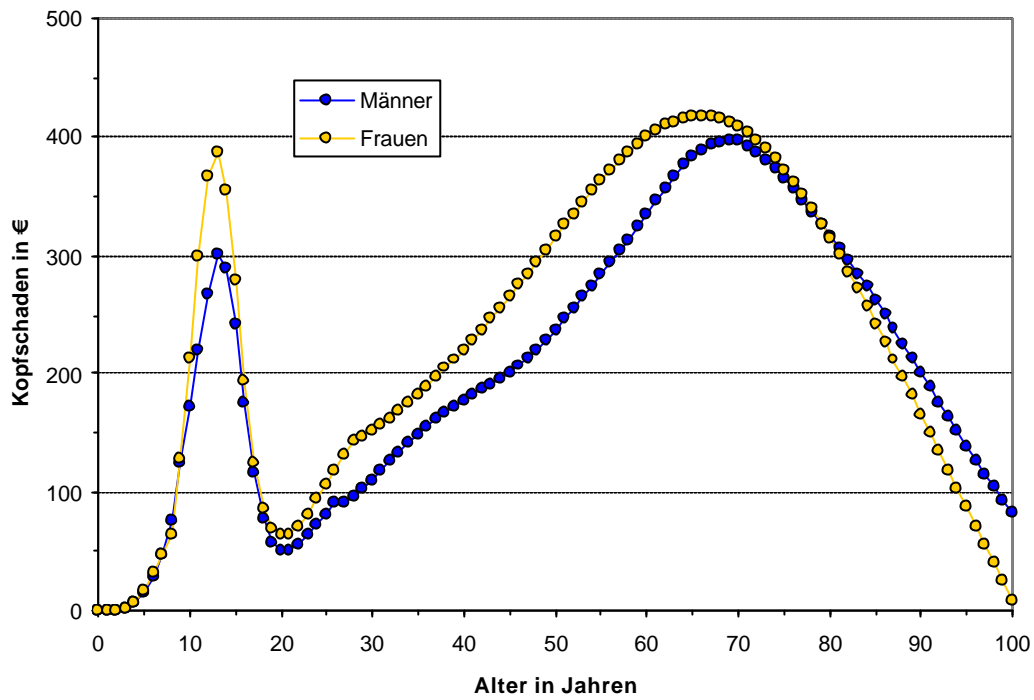


Abb. A1.4: Ambulanttarif und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, niedriger Selbstbehalt

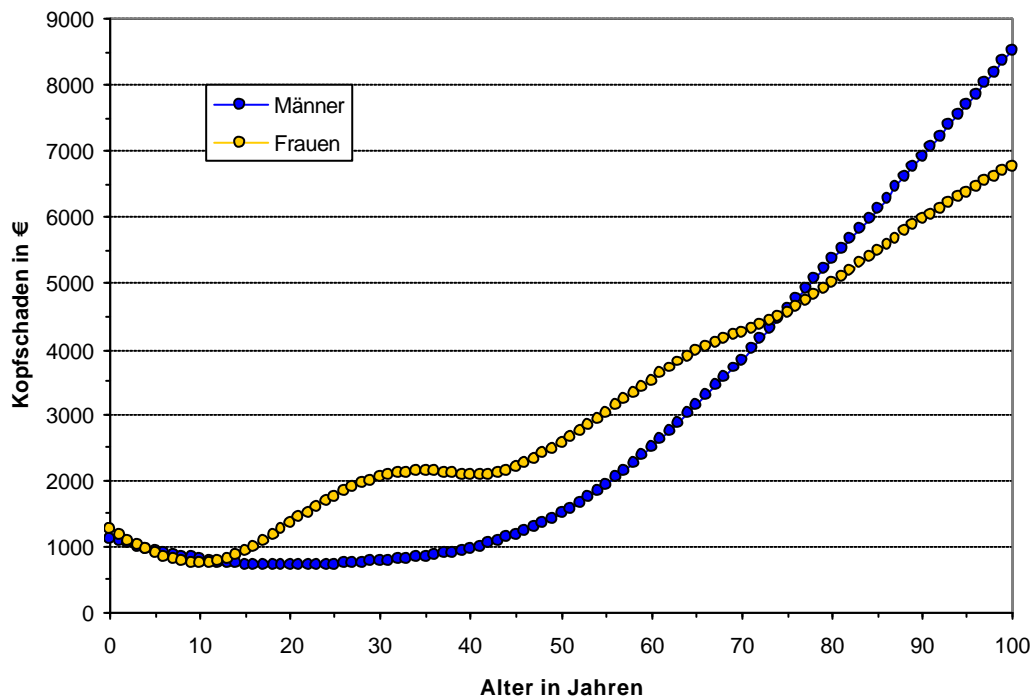


Abb. A1.5: Stationärтариф und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, niedriger Selbstbehalt

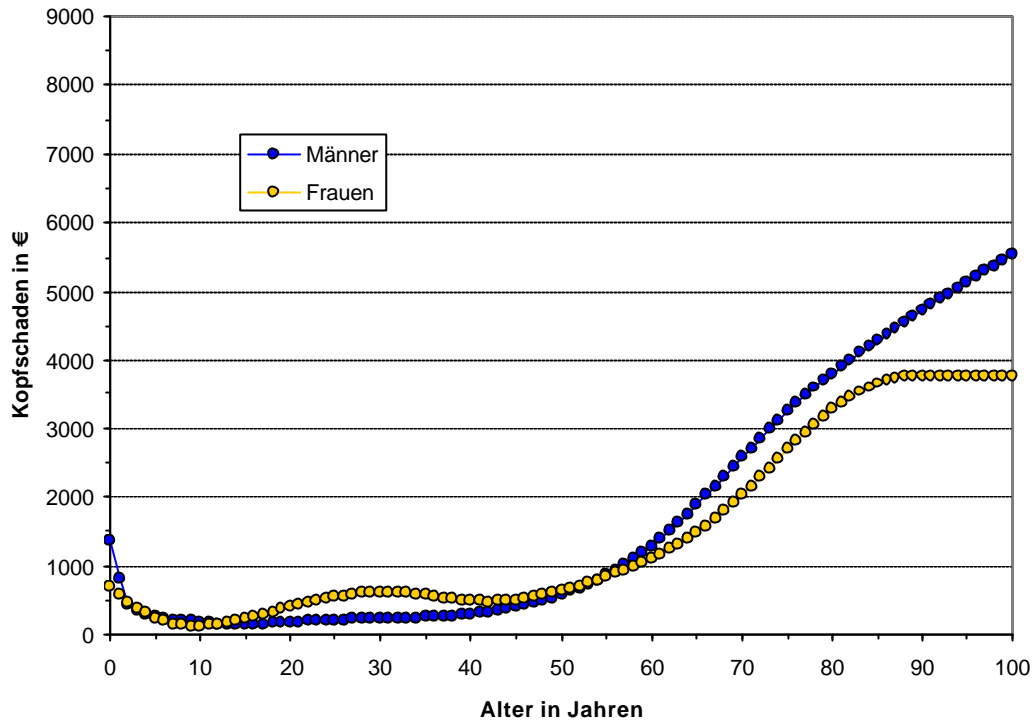


Abb. A1.6: Zahnbehandlung und nach Geschlecht – sonstige Versicherte, niedriger Selbstbehalt

