



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

Unisex-Tarife in der Krankenversicherung – Folgen für die deutsche private Krankenversicherung und das Reformkonzept der Bürgerprivatversicherung

Christine Arentz

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 02/2013

(Juli 2013)

Unisex-Tarife in der Krankenversicherung – Folgen für die deutsche private Krankenversicherung und das Reformkonzept der Bürgerprivatversicherung

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einführung | 3 |
| 1 Auswirkungen von Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung (PKV) | 3 |
| 1.1 Auswirkungen aus theoretischer Sicht | 4 |
| 1.2 Reaktionen der PKV in der Praxis | 7 |
| 2 Auswirkungen von Unisex-Tarifen im Reformmodell der Bürgerprivatversicherung..... | 9 |
| 3 Fazit | 13 |
| Literaturverzeichnis | 15 |

Autorenkontakt:

Dipl.-Volkswirtin Christine Arentz
christine.arentz@wiso.uni-koeln.de
Telefon: +49 221 4705354
Telefax: +49 221 4705350

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln
Pohligstraße 1 – 50969 Köln

Einführung

In einer Grundsatzentscheidung hat der Europäische Gerichtshof am 1. März 2011 (AZ: C-236/09) festgelegt, dass Versicherungen ab dem 21.12.2012 nur noch Unisextarife anbieten dürfen. Das Urteil nimmt hierbei Bezug auf die Gleichstellungsrichtlinie 2004/113/EG zur Gleichstellung von Mann und Frau beim Zugang zu Gütern und Dienstleistung. Das Urteil des EuGH ist juristisch umstritten (Gerken und Sohn, 2011), da die Definition von Diskriminierung fragwürdig erscheint. So wurde in der bisherigen Rechtsprechung Diskriminierung als Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte angesehen. Auf die Versicherungswirtschaft bezogen war daher eine Differenzierung der Prämien dann nicht ausgeschlossen, wenn die Prämienunterschiede auf versicherungsmathematischen Unterschieden beruhten, etwa unterschiedliche Lebensdauer zwischen Mann und Frau, und die Versicherer dies auch nachweisen konnten (Busch und Pimpertz, 2012, S. 40). Das Urteil weicht von dieser ursprünglichen Position ab und erfordert nun die Gleichbehandlung auch offensichtlicher statistischer Unterschiede.

Im deutschen Krankenversicherungssystem ist diese neue Auslegung der Anti-Diskriminierungs-Richtlinie nur für den privaten Krankenversicherungssektor relevant. Die Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt unabhängig von Risikofaktoren über lohn- bzw. rentenabhängige Beiträge. Auch bei den Wahltarifen sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, geschlechtsunabhängige Beiträge zu kalkulieren.

Der vorliegende Artikel konzentriert sich daher in einem ersten Schritt auf die Auswirkungen von Unisex-Tarifen auf die Private Krankenversicherung in Deutschland. Das vom Institut für Wirtschaftspolitik entwickelte Reformmodell der Bürgerprivatversicherung stützt sich ebenfalls auf private Krankenversicherungen. Daher wird in einem zweiten Schritt auch analysiert, ob und inwiefern durch den Zwang zu Unisex-Tarifen Probleme für das Reformkonzept entstehen können.

1 Auswirkungen von Unisex-Tarifen in der privaten Krankenversicherung (PKV)

Durch die Unisex-Richtlinie sind private Krankenversicherungen verpflichtet, gleiche Prämien für Männer und Frauen zu erheben. Bisher hatten die privaten Krankenversicherungen das Geschlecht als Risikofaktor bei der Prämienberechnung berücksichtigt, weil Frauen im Durchschnitt eine höhere Leistungsanspruchnahme über den Lebenszyklus erwarten ließen. Als Gründe für die höhere Leistungsanspruchnahme der Frauen wurden ihre längere Lebenserwartung und damit der längere Leistungsbezug sowie die Kosten für Schwangerschaft und Geburt angeführt (Dörfler und Wende, 2010, S. 18). Die Kosten für Schwanger-

schaft und Geburt wurden allerdings schon vor der Unisex-Richtlinie auf beide Geschlechter umgelegt. Dies wurde durch eine Richtlinie der EU Kommission (2004/113/EG) erzwungen, nach der eine Schlechterstellung von Frauen aufgrund von Schwanger- und Mutterschaft verboten wurde. Auch nach der Aufteilung dieser Kosten auf Männer und Frauen mussten letztere jedoch bei Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages höhere Prämien bezahlen als Männer.

1.1 Auswirkungen aus theoretischer Sicht

Aus ökonomischer Sicht kann die neue Unisex-Richtlinie zu adverser Selektion¹ seitens der (potentiellen) Versicherten und Risikoselektion seitens der Versicherungen führen (siehe auch Glaeske und Rothgang, 2005). Die Gefahr adverser Selektion entsteht, weil das Differenzierungsverbot die Anreize für Individuen verändert, eine Versicherung abzuschließen. Wenn Versicherungen nur Durchschnittsprämien erheben dürfen, sind diese für Männer im Verhältnis zu ihrem Risiko zu hoch, so dass sie sich tendenziell gegen eine Versicherung entscheiden; Frauen, deren Prämien im Vergleich zu ihrem Risiko bzw. zu den erwarteten Kosten zu gering sind, werden dagegen tendenziell eine Versicherung abschließen. Im Ergebnis werden sich in den Versicherungskollektiven im Durchschnitt mehr Frauen, also höhere Risiken mit entsprechend hohen Kosten wiederfinden, so dass die Versicherungsprämien in der Folge ansteigen müssen. Durch diesen Prozess wird der Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages für Männer noch unattraktiver, so dass im Extremfall nur Frauen eine Versicherung abschließen, während die Männer unversichert bleiben (adverse Selektion). In diesem Fall zahlen Frauen Prämien, die ihrem Risiko entsprechen.

Wie die Versicherungen auf das Differenzierungsverbot reagieren, hängt von den gewählten Regulierungsoptionen ab, die die Einführung von Unisex-Tarifen begleiten (vgl. auch Riedel und Münch, 2005, S. 466). Werden Unisex-Tarife von einem Kontrahierungszwang flankiert, so dass alle Versicherungen Versicherte unabhängig von ihrem Geschlecht aufnehmen müssen, werden Versicherungen Strategien zur Risikoselektion entwickeln. Eine Strategie könnte bspw. darin bestehen, das Marketing bewusst auf die Anwerbung von Männern auszurichten und den Vertrieb dazu anzuhalten, Frauen eher von einem Versicherungsvertrag abzuraten. Durch die Suche nach geeigneten Selektionsstrategien entstehen zusätzliche Kosten, die sich in den Prämien widerspiegeln werden. Die Versicherungen werden so lange in Risikoselektion investieren, bis der Vorteil durch eine bessere Versichertenstruktur kompensiert wird. Dabei kann sich keine Versicherung dieser Entwicklung entziehen, denn ohne Risikoselektionsbemühungen besteht die Gefahr, dass die Versichertenstruktur vom Durchschnitt abweicht, damit höhere Kosten verursacht und höhere Prämien erhoben werden müssen. Dies wiederum würde zu einem Wettbewerbsnachteil für diese Versicherungen füh-

¹ Das Phänomen der adversen Selektion wurde erstmals von Akerlof (1970) beschrieben.

ren. In der Konsequenz werden die Prämien überall steigen, da Ressourcen für die Entwicklung von Risikoselektionsstrategien eingesetzt werden. Gesamtwirtschaftlich entstehen hierdurch Wohlfahrtsverluste, weil diese Ressourcen nicht anderweitig eingesetzt werden können.

Werden Unisex-Tarife dagegen ohne Kontrahierungszwang eingeführt, könnte es im Extremfall dazu kommen, dass Versicherungen ausschließlich Männer versichern, so dass die Prämien ihrem Risiko entsprechen (Riedel und Münch, 2005, S. 466). Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Vorgehen aus juristischer Sicht überhaupt möglich wäre. Wahrscheinlicher ist es daher, dass Versicherungen ihre Möglichkeiten in der Gestaltung von Versicherungsverträgen erweitern und dies in beiden Varianten, also mit und ohne Kontrahierungszwang. Bei Kontrahierungszwang sind die Versicherungen gezwungen, nach Wegen zu suchen, die möglichen Verluste zu minimieren. Ohne Kontrahierungszwang können die Versicherungen dagegen abwägen, ob sie ausschließlich das geringere Risiko, in diesem Fall Männer, versichern wollen oder ob sie durch geeignete Vertragsgestaltungen bzw. Geschäftsstrategien mit beiden Geschlechtern Gewinne erzielen können. Ohne Kontrahierungszwang kann die Versicherung also frei entscheiden, ob sich die Kosten, die durch die Investition in Selektionsstrategien ergeben, durch mögliche Gewinne kompensieren lassen oder ob sich eine Konzentration auf die risikoarmen Versicherten allein eher lohnt.

Eine mögliche Strategie wäre, neue Gruppentarife zu entwickeln, die eine mittelbare Differenzierung nach Geschlecht erlauben und damit der heutigen Trennung nach Geschlechtern gleichkommt (Busch und Pimpertz, 2012, S. 45). Dies könnte bspw. durch die Differenzierung nach bestimmten Verhaltensmerkmalen geschehen, die bisher durch das Geschlecht approximiert wurden. Ebenso denkbar wären bestimmte Formen der sekundären Prämien-differenzierung, wie die gezielte Nutzung von Beitragsrückerstattungen, die so ausgestaltet sind, dass der Grad der Subventionierung, den die Männer in Unisex-Tarifen für die Frauen leisten müssen, abnimmt oder bestenfalls völlig verschwindet (vgl. zu den Möglichkeiten sekundärer Prämien-differenzierung bei Unisex-Tarifen Riedel und Münch, 2005). In beiden Fällen könnte der Abschluss einer Versicherung auch für Männer weiterhin lohnend sein. Trotzdem ist mit steigenden Prämien zu rechnen, weil die Versicherungen zunächst Kosten aufwenden müssen, um Strategien zu entwickeln, die zu einem ausgewogenen Risikopool führen.

Unisex-Tarife stellen aus Sicht der privaten Krankenversicherung nicht nur ein Problem bei Neukunden dar, auch bei Bestandskunden führt die Pflicht zur Erhebung einheitlicher Prämien zu Schwierigkeiten für die einzelnen Tarifkollektive (Eekhoff und Arentz, 2013, S. 109): Männer haben einen Anreiz, aus den für sie teureren Unisextarifen in günstigere Altтарife zu wechseln. Da bei Tarifwechseln durchschnittliche Altersrückstellungen übertragen werden,

führt dies zu Nachteilen für das abgebende Kollektiv. Die Rückstellung, die den Männern mitgegeben wird, ist im Vergleich zu ihrem Risiko zu hoch, so dass die verbleibenden Rückstellungen für das Kollektiv zu gering ausfallen. In der Folge müssen im abgebenden Kollektiv die Prämien angehoben werden. Das aufnehmende Tarifkollektiv profitiert hingegen von solchen Wechseln. Der Gesetzgeber hat auf diese Gefahr reagiert, indem er Wechsel von Unisex-Tarifen in Bi-Sex-Tarife ausgeschlossen hat.² Ein Wechsel aus den Bi-Sex-Tarifen in Unisex-Tarife ist hingegen durchaus möglich. Hier besteht für Frauen ein starker Anreiz, aus den Alttarifen in die Unisex-Tarifwelt zu wechseln, wenn die Unisex-Prämien erheblich günstiger sind.

Die Gefahr der adversen Selektion sowie von Risikoselektionsanreizen besteht nur, wenn das Geschlecht tatsächlich ein relevanter, ausgabenwirksamer Faktor ist und das Verbot einer Differenzierung nach dem Geschlecht daher entsprechend negative Auswirkungen mit sich bringt. In der Wissenschaft wird mitunter bezweifelt, dass Frauen grundsätzlich über den Lebenszyklus hinweg ein höheres Krankheitskostenrisiko als Männer haben. Glaeske und Rothgang (2005) gehen in ihrer Untersuchung anhand von BKK-Daten davon aus, dass Frauen bei Herausrechnung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt keine grundsätzlich höheren Ausgaben verursachen als Männer. Ab dem dritten und vierten Lebensjahrzehnt gleichen sich die Leistungsausgaben deutlich an, bei späterem Versicherungsbeginn wären für Männer sogar deutlich höhere Kopfschäden zu verzeichnen, so dass sich ohne Schwangerschaft und Geburtskosten über den Lebenszyklus hinweg keine großen Kostenunterschiede ergeben dürften. In diesem Fall sollte eine Versicherung, die eine Prämie für eine lebenslange Absicherung kalkuliert, auch ohne Unisex-Vorschrift keine großen Prämienunterschiede zwischen Mann und Frau ansetzen. In der Folge dürfte es durch die Neuregelung der Unisex-Tarife wenn überhaupt nur zu geringen zusätzlichen Risikoselektionsanreizen für die Versicherungen kommen, da die Kosten für Schwangerschaft und Geburt bereits vor der Einführung von Unisex-Tarifen auf beide Geschlechter umgelegt wurden.

Dörfler und Wende (2010) führen ihre Untersuchung zu möglichen geschlechtsspezifischen Kostenunterschieden anhand von PKV-Daten durch und kommen zunächst zu ähnlichen Ergebnissen: Frauen weisen im gesamten Erwerbsalter und hier insbesondere in den Jahren, in denen die Fertilität am höchsten ist, deutlich höhere Kosten als Männer auf. In der Rentenphase verursachen dagegen Männer höhere Ausgaben als Frauen. Abhängig vom Eintrittsalter ergäben sich also für Frauen höhere Prämien bis etwa 51 Jahre, danach müssten Männer höhere Prämien entrichten.

² Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften vom 24.4.2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil 1 Nr. 20.

Bei der Simulation von Dörfler und Wende (2010) hat die längere Lebenserwartung von Frauen nur einen marginalen Effekt auf die Prämien. Deutlichere Unterschiede ergeben sich durch die Kosten für Schwangerschaft und Geburt. In ihrer Untersuchung stellen die Autoren jedoch fest, dass Frauen auch bei Herausrechnung der Kosten für Schwangerschaft und Geburt und bei Unterstellung gleicher Lebenserwartung immer noch ein deutlich höheres Kopfschadensprofil als Männer aufweisen. Dies ist auf eine signifikant unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen. Dabei sind diese Unterschiede in der Inanspruchnahme nicht ausschließlich das Ergebnis des Geschlechts, sondern resultieren aus unterschiedlichen Verhaltensweisen und psycho-sozialen Faktoren. Das Geschlecht dient hier also nur als Proxy für die Versicherungen, weil eine Korrelation zwischen dem Geschlecht und bspw. bestimmten gesundheitsförderndem oder –schädlichem Verhalten besteht. Theoretisch könnten verhaltensbedingte Ausgabenvariationen durch Abfrage anderer Indikatoren als dem Geschlecht erfasst werden. Dies schlägt auch die EU-Kommission vor, um eine differenziertere Risikoabschätzung zu erreichen.

In der Praxis wäre dies jedoch für die Versicherungen mit hohen Kosten verbunden, da diese möglichen Indikatoren schwerer zu erfassen und zu kontrollieren sind. Zudem wären Indikatoren, die die unterschiedlichen Verhaltensweisen und andere kostenrelevante Faktoren gut abbilden (wie bspw. Rauchverhalten, Beruf, Wohnregion) im Vergleich zum Risikomerkmal Geschlecht nicht zwangsläufig über den ganzen Versicherungsverlauf stabil (Dörfler und Wende, 2010, S. 37-38; siehe auch Oxera, 2011, S. 8).

Können diese Indikatoren nicht ohne Weiteres eine ähnliche Berücksichtigung der Kostenunterschiede und damit eine Prämiendifferenzierung erreichen wie bisher das Proxy Geschlecht, ergeben sich aus dem Verbot der Differenzierung nach Geschlecht weiterhin die Probleme der adversen Selektion und der Risikoselektionsanreize für die Versicherungen. Abgesehen von dieser Tatsache wird der gesamte Prozess zu höheren Prämien führen, da die kostenträchtigeren Risikoeinschätzung auf die Prämien umgelegt würde.

1.2 Reaktionen der PKV in der Praxis

In der Praxis haben die privaten Versicherungen in einem ersten Schritt damit reagiert, bei der Kalkulation der Unisextarife nicht auf den Durchschnitt der bisherigen Männer- und Frauen-Prämien abzuheben, sondern erhebliche Risikozuschläge einzuberechnen. Die Prämien bewegen sich in der privaten Krankenversicherung nahe oder sogar über dem alten Niveau, das Frauen zu zahlen hatten (Krohn, 2013). Begründet wurde dies mit dem Vorsichtsprinzip: da die Versicherungen nicht wissen können, wie sich die Versichertenkollektive in Zukunft zusammensetzen, müssen sie Prämienzuschläge erheben, um mögliche höhere Kosten durch ungünstigere Durchmischungen in den Versicherungskollektiven finanzieren zu können. Eine Durchschnittsprämie wäre nur dann zu rechtfertigen gewesen, wenn das Ge-

schlechterverhältnis konstant bliebe (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2013, S. 5).³ Davon ist aber in der PKV nicht auszugehen: Es besteht zwar eine grundsätzliche Versicherungspflicht für alle Personen in Deutschland, jedoch bedeutet dies für eine einzelne PKV bzw. für das PKV-System im Ganzen keine automatische Durchmischung der Geschlechter bei Neuversicherungsanträgen. Dies hängt damit zusammen, dass ein Großteil der Versicherten zwangsweise in der GKV versichert ist und nur ein kleiner Teil der Bevölkerung freiwillig entscheiden kann, ob er eine private Vollversicherung abschließt oder nicht. Bei Unisex-Tarifen in der PKV kann es dazu kommen, dass Versicherte, die eine grundsätzliche Wechselmöglichkeit in die PKV hätten, diese nicht wahrnehmen, sondern in der GKV verbleiben, weil die Unisex-Tarife in der PKV für Männer zu keiner wesentlich geringeren Gesamtprämienbelastung im Vergleich zur GKV führen. Umgekehrt könnten sich mehr Frauen für den Wechsel in die PKV entscheiden. Für die einzelnen PKVen besteht zudem kein Kontrahierungszwang, so dass sie nicht alle Versicherten unabhängig von Geschlecht und anderen Risikofaktoren annehmen müssen. Außerdem besteht kein Ausgleichsmechanismus zwischen den Versicherungen, der eine ungünstige Geschlechterdurchmischung bei einzelnen Versicherungen kompensieren würde. Im Ergebnis müssen die Versicherungen mit der Gefahr adverser Selektion und somit einer unausgewogeneren Risikodurchmischung rechnen, d.h. mit Kollektiven in der der Anteil an Frauen höher ist als bisher und dies insbesondere dann, wenn die Unisex-Prämien für Frauen im Vergleich zu den Bi-Sextarifen erheblich günstiger sind (Busch und Pimpertz, 2012). In diesem Fall besteht wie oben erwähnt zusätzlich die Gefahr, dass viele weibliche Bestandsversicherte in die günstigere Unisex-Welt wechseln. Ob Versicherungen in Zukunft durch stärkere Risikoselektionsstrategien eine ungünstige Risikodurchmischung vermeiden und damit die Effekte adverser Selektion abmildern können, bleibt abzuwarten.

Im Ergebnis hat die Unisex-Richtlinie damit nicht erreicht, was ihre ursprüngliche Intention war, nämlich die Entlastung von weiblichen Versicherungsnehmern. Aufgrund der negativen Effekte, die durch adverse Selektion weiterhin bestehen bleiben, dürfte dieser Trend anhalten. Entweder die Versicherungen entwickeln noch Tarife, die nach Merkmalen gruppiert sind, die eine mittelbare Geschlechtertrennung erlauben oder die Männer bleiben dem privaten Krankenversicherungsmarkt fern. In beiden Fällen müssen die Frauen auf eine Subventionierung ihrer Prämien durch Männer verzichten und werden entsprechend Prämien bezahlen, die ihrem erwarteten Krankheitskostenrisiko entsprechen.

³ Als zusätzlicher Grund für die Prämiensteigerungen wurden Leistungsverbesserungen genannt (Verband der privaten Krankenversicherung (2013), S.4).

2 Auswirkungen von Unisex-Tarifen im Reformmodell der Bürgerprivatversicherung

Wie in Kapitel 1 analysiert, führt die Einführung von Unisex-Tarifen im heutigen privaten Krankenversicherungssystem zu Problemen adverser Selektion und zu Risikoselektionsanreizen für die privaten Krankenversicherungen. Es stellt sich daher die Frage, ob das Reformkonzept der Bürgerprivatversicherung, das die Absicherung von Krankheitskostenrisiken für alle Bürger in einem vollständig privaten Krankenversicherungssystem vorsieht, ebenfalls negativ von dieser Regulierung betroffen sein könnte.

Nach dem Reformkonzept arbeiten die privaten Krankenversicherungen analog zur heutigen PKV auf Basis risikoäquivalenter Bepreisung von Krankheitskostenrisiken. Diese Risikoäquivalenz wird durch die Kombination von kohorteneinheitlichen Durchschnittsprämien und individuell risikoadjustierten Altersrückstellungen erreicht. Im Gegensatz zum heutigen System der privaten Krankenversicherungen wird jedoch durch die Übertragung individueller Altersrückstellungen ermöglicht, dass jeder Versicherte unabhängig von seinem Risiko nachteilsfrei die Versicherung wechseln kann. Hohe Risiken erhalten hohe Altersrückstellungen, niedrige Risiken erhalten eine geringere Altersrückstellung beim Wechsel der Versicherung. Für die aufnehmende Versicherung ergibt sich dadurch eine Nivellierung des Kostenrisikos. Dadurch kann eine gleich effiziente Versicherung dem Versicherten die gleiche Prämie anbieten wie seine Ursprungsversicherung, auch wenn der Versicherungsnehmer sich während der Vertragslaufzeit als hohes Risiko herausgestellt hat. Denn in der Summe von Prämie und risikoadjustierter Altersrückstellung erhält die Krankenversicherung ein risikoäquivalentes Entgelt für jeden Versicherten. In der Folge entsteht ein Wettbewerb zwischen den Versicherungen um die bestmögliche Versorgung aller Versicherten unabhängig von deren Risiko. Ein administrativ teurer und kostenträchtiger Risikostrukturausgleich ist nicht mehr notwendig (ausführlich zum Konzept der Bürgerprivatversicherung siehe auch Eekhoff et al., 2008; Arentz et al., 2012).

Die Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein solches System erfordert die Ausstattung der gesetzlichen Krankenkassen mit Altersrückstellungen. Dies kann durch die Umwandlung der in der gesetzlichen Krankenkasse bestehenden impliziten Schuld in eine explizite Staatsschuld geschehen (ausführlich zum Umstellungskonzept siehe Arentz et al., 2009). Die Altersrückstellungen werden den Kassen dann nach Festlegung einer kohorteneinheitlichen Prämie durch ein Auktionsverfahren zugeteilt (ausführlich hierzu Zimmermann, 2007).

Daher haben Unisex-Regelungen bei diesem Umstellungskonzept keinerlei Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Systems: Männer und Frauen werden zu einheitlichen Prämien versichert und ihre Altersrückstellungen entsprechend angepasst. Sind bei Frauen ge-

nerell höhere Leistungsausgaben über den Lebenszyklus zu erwarten, werden für Frauen ceteris paribus höhere Altersrückstellungen zugeteilt.

Das Problem der Risikoselektion stellt sich nicht, weil die Versicherungen für alle Versicherten unabhängig von ihrem Geschlecht oder anderen Risikomerkmale ein risikoäquivalentes Entgelt erhalten, das sich aus einer kohorteneinheitlichen Prämie und einer individuell risikoadjustierten Altersrückstellung zusammensetzt.

Das Problem der adversen Selektion ist wirksam ausgeschlossen, weil zum einen eine generelle Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung besteht, die mindestens den gesetzlich festgelegten Mindestleistungskatalog umfasst. Auch bei Versicherungsverwechslungen können die Männer keinen Vorteil aus ihren im Vergleich zu den Frauen ceteris paribus niedrigeren Krankheitskostenrisikos ziehen. Im Vergleich zu der kohorteneinheitlichen Prämie erhalten sie eine niedrigere Altersrückstellung als Frauen bei einem Wechsel.

Aus der Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bürgerprivatversicherung folgen durch die Unisex-Tarife also keine Probleme für die Funktionsfähigkeit des Reformmodells. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob Krankenversicherungen beim erstmaligen Abschluss eines Versicherungsvertrages ab Geburt zu kohorteneinheitlichen Prämien einen Anreiz zur Risikoselektion haben könnten. Im Ursprungskonzept der Bürgerprivatversicherung war vorgesehen, dass alle ungeborenen Kinder analog zur heutigen Regelung in der PKV zu Durchschnittsprämien aufgenommen werden müssen und zwar unabhängig davon, ob diese Kinder ein im Vergleich zum Durchschnitt höheres Risiko aufweisen oder nicht. Im Ergebnis besteht für die Versicherungen ein Kontrahierungszwang zu Durchschnittsprämien, was dazu führen könnte, dass sie versuchen, hohe Risiken zu vermeiden.

Die Frage, ob diese Regelung Risikoselektionsbemühungen seitens der Versicherungen auslösen könnte, erstreckt sich indes nicht nur auf das Risikomerkmale Geschlecht, sondern auf sämtliche andere Risikofaktoren, die zu Abweichungen vom Kohortendurchschnitt führen könnten. Diese Faktoren können heute noch sehr viel leichter als früher durch vorgeburtliche Gentests erfasst werden (zu den Auswirkungen von Gentests in der Krankenversicherung siehe auch Arentz, 2012). Die folgende Analyse führt daher über die alleinige Analyse der Unisex-Regelung hinaus.

Eine Möglichkeit, Risikoselektion zu vermeiden, bestünde darin, den Versicherungen abweichend zur heutigen Regelung in der PKV zu erlauben, risikoäquivalente Prämien auch bei Neugeborenen zu erheben. Um eine finanzielle Überforderung durch hohe Prämienzahlungen für die Eltern bzw. später für das selbst zahlende Individuum zu vermeiden, wäre gleich-

zeitig zwingend der Abschluss einer Prämienänderungsversicherung⁴ vorzuschreiben. Da die vorgeburtliche Diagnostik heute auch schon ohne Gentests ausreichend zuverlässig das Geschlecht, etwaige Fehlbildungen oder Krankheitsrisiken durch normale Ultraschalluntersuchungen prognostizieren kann, müsste diese Prämienänderungsversicherung alle vorgeburtlichen Diagnostikmethoden umfassen und damit verpflichtend bei Eintritt einer Schwangerschaft abzuschließen. In einem solchen regulatorischen Szenario dürften die Krankenversicherungen bei erkennbaren und nachgewiesenen Vorerkrankungen des ungeborenen Kindes Prämien differenzieren vornehmen. Das Kind würde demnach nicht zur kohorteneinheitlichen Prämie versichert, sondern zu einer Prämie, die seinem Risiko angepasst ist. Für die Differenz zwischen kohorteneinheitlicher Prämie und der Prämie mit Risikozuschlägen käme dann die Prämienänderungsversicherung auf.

Die Pflicht zum Abschluss der Prämienänderungsversicherung ist zum einen nötig, um die Gesellschaft vor Freifahrerverhalten zu schützen. Wenn Prämien, die einen Unterstützungsbedarf bei den Eltern auslösen, von der Gesellschaft getragen werden, könnte sich ansonsten der Anreiz für einige Individuen ergeben, auf den Abschluss einer Prämienänderungsversicherung zu verzichten und im Notfall auf gesellschaftliche Unterstützung zurückzugreifen.

Zum anderen schützt die Pflicht zum Abschluss der Prämienänderungsversicherung die Prämienänderungsversicherungen vor adverser Selektion. Ohne Verpflichtung würden sich vermehrt Versicherte mit genetischen Vorerkrankungen und damit hohem Risiko, ein genetisch vorbelastetes Kind zur Welt zu bringen, für eine Absicherung des Prämienänderungsrisikos entscheiden. Genetisch nicht vorbelastete Eltern hätten hingegen wenig Anreiz, eine solche Versicherung abzuschließen. In der Folge würden sich nur schlechte Risiken im Pool der Prämienänderungsversicherung widerfinden mit entsprechend hohen Prämien. Im Extremfall würde keine Versicherung solche Verträge mehr anbieten. Die Pflicht zur Absicherung der Prämienänderung für alle werdenden Eltern führt dagegen zu einer ausgewogenen Risikodurchmischung für die Prämienänderungsversicherung.

Krankenversicherungswechsel wären auch in einem parallelen System aus Kranken- und Prämienänderungsversicherung möglich. Wenn der ursprünglich von der abgebenden Versicherung gewählte Prämienaufschlag, der von der Prämienänderungsversicherung über die gesamte Lebensdauer des versicherten Kindes auszugleichen ist, nicht dem Kalkül der neuen Versicherung entspricht, wird sie höhere Altersrückstellungen fordern, um den Versicherten zur kohorteneinheitlichen Prämie aufnehmen zu können. In diesem Fall kann der Versicherte entscheiden, ob er etwaige Prämienaufschläge bei einem Wechsel übernehmen möchte oder nicht. Dies ist kein Unterschied zu der Situation ohne Prämienänderungsversi-

⁴ Die Idee der Prämienänderungsversicherung geht auf Tabarrok (1994) zurück.

cherung, bei der unterschiedliche Krankenversicherungen zu unterschiedlichen Kosteneinschätzungen kommen können.

Die Kombination aus Prämienänderungsversicherung und Krankenversicherung weist in der Praxis jedoch auch Nachteile auf, da die parallele Existenz beider zu Moral Hazard führen kann. Eventuelle Prämienabweichungen vom Kohortendurchschnitt müssten zum einen eindeutig auf den Gentest bzw. die vorgeburtliche Diagnostik zurückzuführen sein. Zum anderen müsste die Höhe des Prämienzuschlags für die Prämienänderungsversicherung objektiv überprüfbar sein. Ohne diese Voraussetzungen bestünde ansonsten die Gefahr, dass die Krankenversicherung mit dem Versicherten einen Vertrag zulasten der Prämienänderungsversicherung eingehen (Arentz, 2012, S. 17).

Ein weiteres praktisches Problem besteht in der Einhaltung des verpflichtenden Abschlusses einer Prämienänderungsversicherung. Es müsste durchsetzbar sein, dass nicht nur Ärzte und Anbieter gendiagnostischer Verfahren einer Untersuchung erst zustimmen, wenn eine Versicherungspolice vorgelegt wird, sondern dass alle Anbieter weltweit dieser Bedingungen nachkommen. Dies dürfte in der Realität kaum durchzusetzen sein. Wenn diese Bedingung jedoch nicht erfüllt ist, besteht für die Versicherungen die Gefahr der adversen Selektion: Wenn Individuen erst einen Gentest oder andere risikorelevante Untersuchungen durchführen können, bevor sie eine Prämienänderungsversicherung abschließen, werden nur schlechte Risiken eine solche Versicherung abschließen. Die guten Risiken werden hingegen davon Abstand nehmen, weil sie davon ausgehen können, dass sie eine geringe Krankenversicherungsprämie erhalten können (ähnlich Parker, 2003).

Aufgrund der praktischen Probleme der vorgenannten Lösung bietet es sich an, die schon heute in der PKV praktizierte Regel, Kinder grundsätzlich zur kohorteneinheitlichen Prämie aufzunehmen, auch in der Bürgerprivatversicherung fortzuführen. Im Ergebnis wären auch dies Unisex-Tarife. Allerdings resultiert diese Regelung faktisch in einem Kontrahierungszwang mit möglichen Risikoselektionsanreizen für die Versicherungen. So könnten genetisch vorbelastete Frauen / Männer trotz ausreichender Altersrückstellungen für ihr individuelles Risiko im gebärfähigen Alter zu schlechten Risiken werden, da die Versicherung fürchten muss, ein genetisch vorbelastetes Kind zu einheitlichen Prämien versichern zu müssen. Eine Lösung ergäbe sich hier nur dadurch, dass das Risiko, überdurchschnittlich kranke Kinder zu zeugen, bereits in den individuellen Altersrückstellungen der Erwachsenen berücksichtigt wird.

Fraglich bleibt, ob dieses Risiko für die Versicherungen hinreichend kalkulierbar und damit entsprechend bepreisbar ist. In die Kalkulation müsste mit einbezogen werden, wie wahrscheinlich die entsprechend vorbelasteten Versicherten Kinder bekommen und welche ne-

gativen genetischen Variationen bei diesen Kindern auftreten können. Hierzu müsste jedoch auch das genetische Profil des jeweiligen Partners herangezogen werden. Ist dieser bei einer anderen Versicherung versichert, dürften diese Informationen kaum zu erhalten sein.

In der Praxis könnte diesen Schwierigkeiten am besten mit pauschalen Zuschlägen auf die Kohortenprämien entsprochen werden. Der pauschale Zuschlag spiegelt das durchschnittliche Risiko wider, das der Versicherung dadurch entsteht, dass sie die Kinder dieser Kohorte zu Pauschalprämien versichern muss, unabhängig von deren Risiko. Kristallisieren sich während der Vertragslaufzeit bei einzelnen Versicherten besondere Risiken heraus, wird wie gewohnt die Altersrückstellung angepasst. Die Prämien differieren weiterhin nicht. Wechsel sind dann auch für risikobehaftete Versicherte mit einer entsprechend erhöhten Wahrscheinlichkeit, genetisch vorbelastete Kinder zur Welt zu bringen, ohne Prämienaufschläge möglich.

De facto handelt es sich hier dann um eine krankensicherungsinterne Prämienänderungsversicherung, die durch die Anpassung der Altersrückstellungen an das individuelle Krankheitskostenrisiko erreicht wird.

3 Fazit

Die erzwungene Einführung von Unisex-Tarifen in der privaten Versicherungswirtschaft hat zumindest in der privaten Krankenversicherung nicht die vom Gesetzgeber intendierten Folgen gehabt: die Prämien für die Frauen sind nicht deutlich gesunken, sondern bewegen sich eher auf dem alten Niveau, das die Frauen vor Einführung der Unisex-Tarife gezahlt haben. Als „Kollateralschaden“ sind die Prämien für Männer deutlich angestiegen. Da diese Prämien für Männer im Vergleich zu ihrem Risiko zu hoch sind, ist anzunehmen, dass sich weniger Männer, wenn sie die Wahl zwischen einer Absicherung in der GKV oder in der PKV haben, für die private Krankenversicherung entscheiden werden. Durch die ungünstigere Risikomischung der Versicherungskollektive wird es in der Folge zu einer noch stärkeren Annäherung der Prämien an das ursprüngliche Frauen-Niveau kommen. Zudem werden die Prämien aufgrund der Ausweichreaktion der Versicherer steigen.

Im Konzept der Bürgerprivatversicherung haben die Unisex-Tarife indes geringe Auswirkungen. Bei einer Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bürgerprivatversicherung erfolgt die Zuteilung von Altersrückstellungen bei kohorteneinheitlichen Prämien. Um dem höheren Krankheitskostenrisiko von Frauen gerecht zu werden, erhalten Versicherungen bei gleicher Prämie höhere Altersrückstellungen für Frauen. Auch bei Versicherungswechseln ergeben sich durch die risikoäquivalente Adjustierung der Altersrückstellungen keine Probleme. Bei Erstabschluss neuer Kohorten werden die Versicherungen ver-

pflichtet, Kinder zur kohorteneinheitlichen Prämien, also unabhängig von Geschlecht und anderen Risikofaktoren zu versichern. Mögliche Anreize zu Risikoselektion werden durch die Berücksichtigung dieses Faktors bei den Elternkohorten unterbunden.

Literaturverzeichnis

- Akerlof, G. A. (1970): The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *The Quarterly Journal of Economics* 84, S.488–500.
- Arentz, C. (2012): Auswirkungen von Gentests in der Krankenversicherung. www.iwp.uni-koeln.de/DE/Publikationen/dp/OWIWO_DP_04_2012.pdf. Abruf 20.07.2013
- Arentz, C., J. Eekhoff und S. Kochskämper (2012): Private health insurance: a role model for European health systems, *The European Journal of Health Economics* 13, S. 615–621.
- Arentz, O., C. Wolfgramm und S. Kochskämper (2009): In Zukunft kapitalgedeckt - Umstellung der europäischen Gesundheitssysteme auf eine nachhaltige und effiziente Finanzierung, in: W. Gellner (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften*, 1. Auflage, Nomos Verl.-Ges. Baden-Baden, S. 235–247.
- Busch, B. und J. Pimpertz (2012): EU-Sozialpolitik: Einflüsse auf die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland, Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH, Köln.
- Dörfler, J. und S. Wende (2010): Ursachen geschlechtsspezifischer Kostenunterschiede in der Privaten Krankenversicherung: Eine empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen des AGG, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 99, S.17–39.
- Eekhoff, J., V. Bünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel (2008): *Bürgerprivatversicherung. Ein neuer Weg im Gesundheitswesen*, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Eekhoff, J. und C. Arentz (2013): Zur Zukunft der PKV: Probleme und Perspektiven, *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 18, S. 106–110.
- Gerken, L. und K.-D. Sohn (2011): Gleichbehandlung durch Diskriminierung. http://www.cep.eu/fileadmin/user_upload/Kurzanalysen/Standpunkt_Unisex-Urteil/cepStandpunkt_Gleichbehandlung_durch_Diskriminierung.pdf. Abruf 21. Januar 2013.
- Glaeske, G. und H. Rothgang (2005): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht. Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gutachten-krankenversicherungen-geschlecht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Abruf 8.1. 2013.
- Krohn, P. (2013): Laute Kritik an Unisex-Kalkulation, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 10, S. 21.
- Oxera (2011): The impact of a ban on the use of gender in insurance. Online verfügbar unter <http://www.oxera.com/Publications/Reports/2011/The-impact-of-a-ban-on-the-use-of-gender.aspx>, Abruf 23.07.2013.
- Parker, R. (2003): Genetic insurance is not a solution to genetic testing problems. <http://www.futurepundit.com/archives/001726.html>. Abruf 29.7.2013.
- Riedel, O. und C. Münch (2005): Zur Bedeutung der sekundären Prämiendifferenzierung bei Unisex-Tarifen in der Krankenversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 94, S. 457–478.
- Schünemann, W. (2009): "Allgemeine Gleichbehandlung" im Versicherungswesen? in: C. Brömmelmeyer, H. Heiss, U. Meyer, D. Rückle, H.-P. Schwintowski und A. Wallrabenstein (Hrsg.): *Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz ; Private Krankenversicherung und Gesundheitsreform ; Schwachstellen der VVG-Reform. Beiträge zur 17. Wissenschaftstagung des Bundes der Versicherten und zum 1. Workshop "Junge Versicherungswissenschaft"*, 1. Auflage, Nomos. Baden-Baden, S. 29–51.

Tabarrok, A. (1994): Genetic testing: an economic and contractarian analysis, *Journal of Health Economics* 13, S.75–91.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2013): Alles neu. Die Versicherungsunternehmen haben die Unisex-Tarife pünktlich eingeführt. PKVPublic, Ausgabe 1, Februar 2013. S. 4-7. Köln.

Zimmermann, A. (2007): Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Status quo und Perspektiven der Ausgestaltung, Institut für Wirtschaftspolitik, Köln.