

# Beitragsentwicklung in der PKV

---

Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand  
und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren

Aktualisierung und Erweiterung 2020

STUDIEN  
BERICHT

---

# Beitragsentwicklung in der PKV

---

Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand  
und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren  
Aktualisierung und Erweiterung 2020

Martin Albrecht  
Monika Sander  
Susanne Hildebrandt

mit Unterstützung durch  
Wiebke Wichtrup

**Ergebnisbericht**

für die Debeka

Berlin, Oktober 2020

---

## **Autoren**

**Dr. Martin Albrecht**  
**Susanne Hildebrandt**  
**Dr. Monika Sander**  
IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Hintergrund und Ziel der Studie</b>	<b>11</b>
1.1	Die Entwicklung der PKV-Beiträge im gesundheitspolitischen Kontext	11
1.2	Hintergrund: IGES-Studie 2017	13
1.3	Ziel und Gegenstand der vorliegenden Studie	15
<b>2.</b>	<b>Beschreibung der Datengrundlage</b>	<b>16</b>
<b>3.</b>	<b>Beschreibung der Grundgesamtheit</b>	<b>20</b>
3.1	Status: Beihilfe vs. Nicht-Beihilfe	20
3.2	Alters- und Geschlechtsstruktur	22
3.3	Eintrittsalter	26
3.4	Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags	27
3.5	Umfang des Versicherungsschutzes	30
3.5.1	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID)	31
3.5.2	Erstattungsprozentsatz für stationäre und ambulante Leistungen	33
3.5.3	Zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter, Beihilfeergänzungstarif und Risikozuschlag	35
3.6	Absolute Selbstbehalte	36
3.7	Beitragsnachlässe aus Zuschreibungsmitteln	36
3.8	Beitragsnachlässe aus der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter	36
3.9	Kalkulatorischer Rechnungszins	37
<b>4.</b>	<b>Deskriptive Analysen der Prämienentwicklung</b>	<b>38</b>
4.1	Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2020	38
4.2	Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum	45
<b>5.</b>	<b>Fokusgruppen für die weiteren Analysen</b>	<b>49</b>
5.1	Einteilung der Versicherten in drei „Status-Gruppen“	49
5.2	Identifikation von Fokusgruppen	51
5.2.1	Endogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen	52
5.2.2	Exogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen	59
5.2.3	Kennzeichnung einer sprunghaften Beitragsentwicklung	63
5.2.4	Kombinierte Betrachtung der Fokusgruppen	66
5.2.5	Einfluss des gesetzlichen Beitragszuschlags auf die Prämienentwicklung	67
<b>6.</b>	<b>Merkmale der Versicherten in den Fokusgruppen</b>	<b>70</b>
6.1	Einzelbetrachtung der Merkmale	71
6.1.1	Geschlecht	71
6.1.2	Alter	74
6.1.3	Eintrittsalter	76
6.1.4	Umfang des Versicherungsschutzes	78
6.1.5	Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes	83

---

---

6.1.6	Veränderungen des absoluten Selbstbehalts	86
6.1.7	Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes	89
6.1.8	Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags	92
6.1.9	Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter	94
6.1.10	Veränderung des Risikozuschlags	96
<b>6.2</b>	<b>Häufigkeit von Merkmalskombinationen</b>	<b>99</b>
<b>6.3</b>	<b>Multivariate Analysen</b>	<b>104</b>
<b>7.</b>	<b>Fazit und Schlussfolgerungen</b>	<b>110</b>
7.1	Erkenntnisgewinn der Untersuchung	110
7.2	Voraussetzungen für eine gleichmäßigere Beitragsentwicklung	115
<b>8.</b>	<b>Zusatzauswertung: Ergänzung der Jahre 2021/2022</b>	<b>118</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>127</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>5</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>7</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>10</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2018	13
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der Datenstruktur	18
Abbildung 3:	Beschreibung des 27-stelligen Versicherungsschutztyps	19
Abbildung 4:	Verteilung der selbständigen Versicherten nach Alter, 2020	21
Abbildung 5:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Status, 2000, 2010 und 2020	23
Abbildung 6:	Verteilung der Versicherten nach Alter und Status, 2000	25
Abbildung 7:	Verteilung der Versicherten nach Eintrittsalter und Status, 2000	27
Abbildung 8:	Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags sowie nach Geschlecht und Status, 2000	29
Abbildung 9:	Kategorisierung der Versicherungsschutz-Identifikationsnummer	31
Abbildung 10:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes sowie nach Geschlecht und Status, 2000 und 2020	33
Abbildung 11:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2020	40
Abbildung 12:	Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2020	41
Abbildung 13:	Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2020	44
Abbildung 14:	Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2001-2020	46
Abbildung 15:	Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2001-2020	47
Abbildung 16:	Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2001-2020	48

---

---

Abbildung 17:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 1	54
Abbildung 18:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 2	55
Abbildung 19:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 3	56
Abbildung 20:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (endogener Maßstab)	57
Abbildung 21:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (exogener Maßstab)	60
Abbildung 22:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen im Zeitraum 2000-2020	65
Abbildung 23:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppen 2 und/oder 3	66
Abbildung 24:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppe 2 und gleichzeitig Fokusgruppe 3	67
Abbildung 25:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2022	120
Abbildung 26:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2022	121
Abbildung 27:	Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2022	122
Abbildung 28:	Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2000-2022	124
Abbildung 29:	Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2000-2022	125

---

**Tabellen**

Tabelle 1:	Anzahl und Anteil der Versicherten nach Status im Zeitvergleich	20
Tabelle 2:	Verteilung der Versicherten nach Anzahl der Statuswechsel insgesamt sowie der Wechsel zwischen Beihilfe und Nicht-Beihilfe im Beobachtungszeitraum	22
Tabelle 3:	Durchschnittliches Alter der Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht, 2000 und 2020	24
Tabelle 4:	Durchschnittliches Eintrittsalter in die Versicherung nach Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten und nach Geschlecht	26
Tabelle 5:	Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes für Beihilfeversicherte, 2000	34
Tabelle 6:	Verteilung der Beihilfeversicherten nach Clustern des ambulanten und stationären Erstattungssatzes, 2000 und 2020	35
Tabelle 7:	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2020)	38
Tabelle 8:	Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2020	42
Tabelle 9:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien, 2000-2020	49
Tabelle 10:	Einteilung der Grundgesamtheit in „Status-Gruppen“	50
Tabelle 11:	Zusammensetzung der Status-Gruppe 3 („Statuswechsler“)	51
Tabelle 12:	Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (2000-2020)	53
Tabelle 13:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (endogener Maßstab)	58
Tabelle 14:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (exogener Maßstab)	62
Tabelle 15:	Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)	64
Tabelle 16:	Schätzung des Einflusses des GBZ auf die Zuordnung der Versicherten zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)	69

---

---

Tabelle 17:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020	73
Tabelle 18:	Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020	75
Tabelle 19:	Durchschnittliches Eintrittsalter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen	77
Tabelle 20:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020	79
Tabelle 21:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2000	81
Tabelle 22:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Versicherungsschutzumfangs, Status-Gruppen und Fokusgruppen	84
Tabelle 23:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des absoluten Selbstbehalts sowie nach Status-Gruppen und Fokusgruppen	87
Tabelle 24:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Erstattungssatzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen	90
Tabelle 25:	Verteilung der Versicherten (unter 60 Jahren im Jahr 2000) nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen	93
Tabelle 26:	Verteilung der Versicherten nach zusätzlicher Beitragsermäßigung im Alter (BBM), Status-Gruppen und Fokusgruppen	95
Tabelle 27:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Risikozuschlags, Status-Gruppen und Fokusgruppen	97
Tabelle 28:	Häufige Kombinationen der untersuchten Versichertenmerkmale nach Status-Gruppen für Versicherte der Fokusgruppe 2 und/ oder der Fokusgruppe 3	100
Tabelle 29:	Zugehörigkeit der Versicherten ohne eines der ausgewählten Merkmale zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)	103
Tabelle 30:	Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen	106
Tabelle 31:	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2022)	119

---

Tabelle 32:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit, 2000-2020 und 2000-2022	123
Tabelle 33:	Anzahl und Anteil der Versicherten in Fokusgruppe 1 und Fokusgruppe 3 (insgesamt und nach Status-Gruppe), 2000-2020 sowie 2000-2022	126

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
BBM	zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter
CDU	Christlich-Demokratische Union
CSU	Christlich-Soziale Union
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBZ	Gesetzlicher Beitragszuschlag
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VEG	GKV-Versichertenentlastungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
KOMV	Kommission für ein modernes Vergütungssystem
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschland
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VSID	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

---

## 1. Hintergrund und Ziel der Studie

### 1.1 Die Entwicklung der PKV-Beiträge im gesundheitspolitischen Kontext

Beitragssteigerungen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) sind ein stetig wiederkehrendes Thema der medialen Berichterstattung über das Gesundheitswesen. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang üblicherweise die Höhe und die Sprunghaftigkeit von Beitragsanhebungen in Verbindung mit dem Umstand, dass es insbesondere für ältere Versicherte nur eingeschränkt möglich ist, den finanziellen Mehrbelastungen durch Tarif- bzw. Anbieterwechsel auszuweichen.

Versicherer und Versicherte gehen in der PKV nämlich eine langfristige Verbindung ein: Die Versicherer dürfen eine unter die Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) fallende Krankenversicherung nicht kündigen (§ 206 Abs. 1 VVG) und verzichten während der gesamten Vertragslaufzeit darauf, aufgrund dauerhafter Verschlechterungen des individuellen Gesundheitszustandes die Prämie zu erhöhen. Der Versicherte kann im Gegenzug die Alterungsrückstellungen, die aus seinen Prämienzahlungen gebildet wurden, bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens nicht oder nur teilweise mitnehmen bzw. muss dort mit dem Aufbau von Alterungsrückstellungen (teilweise) neu beginnen. Dadurch soll langfristig ein ausgewogenes Verhältnis aus hohen und niedrigen Krankheitsrisiken erreicht bzw. erhalten werden.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von versicherungstechnischen Risiken, die für sich genommen ein Versichertenkollektiv gleichermaßen betreffen, beispielsweise ein Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung, ausgabentreibender medizinischer Fortschritt oder dauerhaft verschlechterte Möglichkeiten, die Mittel aus den Alterungsrückstellungen zinsbringend anzulegen. Solche Entwicklungen führen dann regelmäßig dazu, dass die Beiträge für alle Versicherten eines Kollektivs steigen. Das genaue Ausmaß einer Beitragsanpassung hängt nicht nur vom aktuellen Tarif der Versicherten sowie ihrem Eintritts- und dem erreichten Alter ab, sondern auch von ihrer individuellen Vertragshistorie. Da Wechsel in Tarife anderer Anbieter erneute Gesundheitsprüfungen und den Neuaufbau von Alterungsrückstellungen erfordern, sind sie insbesondere für ältere Versicherte häufig prohibitiv teuer. Folglich werden Prämiensteigerungen in der PKV schon seit längerem primär als Problem älterer Versicherter diskutiert.<sup>1</sup>

Beitragssteigerungen in der PKV bilden auch ein zentrales Argument in der gesundheitspolitischen Diskussion über die Frage, ob bzw. wie die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und PKV überwunden werden soll. Befürworter einer Bürgerversicherung sehen starke

---

<sup>1</sup> Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1996).

Beitragssprünge in der PKV als Indiz für grundsätzliche Defizite des Geschäftsmodells.<sup>2</sup> Sie kritisieren, dass die PKV insbesondere Personen mit hohen Einkünften und guter Gesundheit ermögliche, sich dem GKV-Solidarsystem zu entziehen, und sehen daher keine Veranlassung, durch gesetzliche Änderungen die Rahmenbedingungen der PKV zu verbessern.

Die PKV hat in jüngerer Zeit mehrfach gefordert, die Kalkulationsvorschriften mit dem Ziel anzupassen, die Beitragsentwicklung zu verstetigen und Beitragssprünge zu vermeiden.<sup>3</sup> Die Bundesregierung hat diesbezüglich keine Maßnahmen ergriffen oder geplant; der Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode enthält mit Blick auf die PKV keinerlei Reformvorhaben.<sup>4</sup>

In welchem Ausmaß Versicherte in der PKV von Prämiensteigerungen bzw. -sprüngen betroffen sind, lässt sich nur unzureichend feststellen. Die bisherige Diskussion darüber ist durch lückenhafte Evidenz gekennzeichnet. Üblicherweise sind Aussagen hierzu Momentaufnahmen einzelner Jahre bzw. basieren auf Querschnittsbetrachtungen, hochaggregierten Daten oder lediglich groben Schätzungen oder Einzelfällen. Eine wesentliche Ursache hierfür sind fehlende öffentlich zugängliche Datengrundlagen, denn in der PKV ist auch die Tarifgestaltung Gegenstand des Wettbewerbs.

Die Betrachtung hochaggregierter Daten verdeutlicht bereits, dass Beitragsveränderungen über längere Zeiträume bewertet werden sollten (Abbildung 1). Das am stärksten aggregierte Maß der Beitragsentwicklung in der PKV sind die Beitragseinnahmen je krankheitskostenvollversicherter Person. Diese Pro-Kopf-Beitragseinnahmen haben sich im Zeitraum 1997 bis 2018 um jahresdurchschnittlich 3,1 % erhöht. In demselben Zeitraum stiegen die Beitragseinnahmen je versicherter Person in der GKV um 2,9 % p. a. Dabei haben die PKV-Beiträge in den letzten zehn Jahren insgesamt aber deutlich schwächer zugenommen als die GKV-Beiträge, und zwar seit dem Jahr 2008 um 2,3 % p. a. gegenüber 3,5 % p. a. in der GKV. Für diese kürzere Zeitperiode fallen die vergleichsweise beitragsstabilen Jahre 2013 bis 2015 relativ stärker ins Gewicht.

---

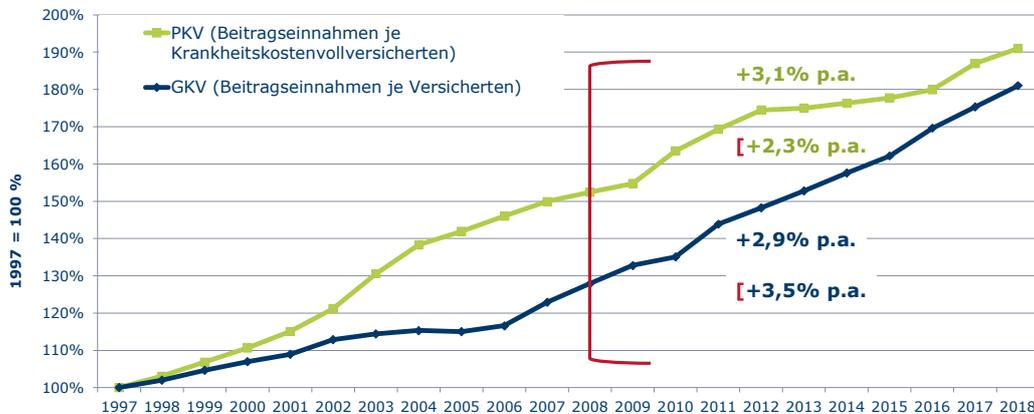
<sup>2</sup> Vgl. Kunz A (2017), Mihm A (2016b).

<sup>3</sup> Vgl. z. B. Verband der Privaten Krankenversicherung (2019).

<sup>4</sup> Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode vom 12. März 2018. Erwähnung findet allein die Reformbedürftigkeit der Honorar- bzw. Gebührenordnungen für Ärzte in der GKV und in der PKV (EBM, GOÄ), mit der die Berufung einer wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) begründet wurde. Diese hat im Januar 2020 ihren Abschlussbericht vorgelegt.

---

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2018



Quelle: IGES auf Basis KJ1-/KM6-Statistik, PKV-Zahlenberichte (1997-2018)

Diese hochaggregierten Kennzahlen erlauben allerdings nur eine allererste Näherung an die o. g. Fragestellung. Die Beitragsentwicklung in der GKV bildet aus gesundheitspolitischer Perspektive zweifellos die nächstliegende Vergleichsgröße zur Beurteilung der Beitragsentwicklung in der PKV. Bestehende systematische Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV schränken einen solchen Vergleich jedoch ein. Insbesondere in der PKV kommt hinzu, dass sich hinter der Durchschnittsbetrachtung eine große Heterogenität individueller Beitragsentwicklungen verbergen kann, nicht nur zwischen den PKV-Unternehmen, sondern vielmehr noch zwischen unterschiedlichen Tarifen und auch innerhalb derselben Tarife.

## 1.2 Hintergrund: IGES-Studie 2017

Transparenz über die Unterschiede individueller Beitragsentwicklungen besteht lediglich im Hinblick auf die Höhe der Beiträge für Neuzugänge in die PKV und damit auch deren Entwicklungen, insoweit es sich um Neuversicherte ohne Vorerkrankungen handelt, die individuelle Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse erforderlich machen. Informationen über die Veränderung der Beiträge für Bestandsversicherte sind entweder hochaggregiert oder beruhen auf freiwilligen Angaben einer Auswahl von PKV-Unternehmen.<sup>5</sup> Insbesondere fehlt die aus Sicht der Versicherten entscheidende zeitliche Längsschnittperspektive. Viele Fragen zur

<sup>5</sup> Beispiele hierfür sind der map-Report („Rating Private Krankenversicherung“) oder Analysen von Rating-Agenturen (z. B. Assekurata 2016). Hierin finden sich Angaben zu durchschnittlichen prozentualen Beitragsveränderungen für typisierte Beispiele bzw. differenziert nach Beihilfe und Nicht-Beihilfe.

Beitragsentwicklung in der PKV lassen sich damit empirisch kaum valide beantworten oder nur indirekt untersuchen.<sup>6</sup>

Aus diesem Grund hatte die Debeka Krankenversicherung das IGES Institut bereits im Jahr 2016 mit einer Studie zur Entwicklung von Beiträgen in der PKV beauftragt, deren Ergebnisse im Jahr 2017 vorlagen.<sup>7</sup> Ziel der Studie war es, auf empirischer Basis die Beitragsentwicklung in der PKV über einen längeren Zeitraum für Bestandsversicherte im zeitlichen Längsschnitt darzustellen und nachvollziehbar zu machen. Schwerpunkt der Untersuchung war dabei, Ausmaß und Ursachen hoher bzw. sprunghaft steigender Beitragsbelastungen im Versichertenbestand zu ermitteln.

Ein aktueller Anlass der Studie war, dass es im Jahr 2017 – nach einer mehrjährigen Phase mit weitgehend moderaten Erhöhungen – wieder relativ starke Prämiensteigerungen gab, die einen Großteil der privat Versicherten betrafen. Wesentliche Ursachen hierfür waren in erster Linie nachholende Beitragsanpassungen für die Kosten des medizinischen Fortschritts der Vorjahre, denn das Versicherungsaufsichtsgesetz sieht Beitragsanpassungen nur dann vor, wenn der Unterschied zwischen erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten in einem Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreitet. Sofern nicht in den allgemeinen Versicherungsbedingungen ein geringerer Prozentsatz (in aller Regel 5 %) vorgesehen ist, liegt dieser Schwellenwert für die kalkulierten Versicherungsleistungen bei 10 % (vgl. § 155 VAG Absatz 3 und 4). Hinzu kamen Absenkungen der eingerechneten Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten und das dauerhaft niedrige Zinsniveau, mit der Konsequenz, dass c. p. mehr Beitragsgelder für die Rückstellungsbildung erforderlich sind.<sup>8</sup>

Das IGES Institut konnte für seine Analysen eine für Studienzwecke einzigartige Datengrundlage nutzen, welche die individuelle Beitragsentwicklung von über 700.000 privat Krankenversicherten über einen Zeitraum von 20 Jahren umfasste. Mit der Studie konnte differenziert herausgearbeitet werden, in welchem Ausmaß Versicherte mit langer Versicherungszugehörigkeit von starken und/oder sprunghaften Beitragsänderungen betroffen waren und welche Einflussfaktoren dabei eine besondere Rolle spielten.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Beitragssteigerungen für Beihilfeversicherte überwiegend deutlich weniger stark ausgeprägt waren als für abhängig Beschäftigte, Selbständige und Status-Wechsler, wobei insbesondere für die Nicht-Beihilfeversicherten die Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags einen Teil

---

<sup>6</sup> Beispiele hierfür sind die Auswertung von Befragungsdaten (vgl. Grabka 2006) oder die Analyse der zeitlichen Entwicklung von Neuversichertenprämien in Tarifen mit unterschiedlichem „Marktalter“ (vgl. Albrecht et al. 2010).

<sup>7</sup> Albrecht M, Hildebrandt S, Sander M (2017).

<sup>8</sup> Vgl. § 155 VAG sowie beispielhaft für die Medienberichterstattung Mihm A (2016a); Sommerfeldt N, Zschäpitz H (2016).

---

der Steigerungen erklärt. Darüber hinaus verdeutlichte die mehrjährige Betrachtung der Beitragsentwicklung im zeitlichen Längsschnitt das Potenzial, durch Anpassung regulatorischer bzw. gesetzlichen Vorgaben („auslösende Faktoren“), die Beitragsentwicklung über die Zeit stärker zu glätten.

Die Studie umfasste die Beitragsentwicklung der Studienpopulation im Zeitraum 1995 bis 2015. Aufgrund relativ starker Beitragssteigerungen im Jahr 2017 wurde die Studie durch eine Zusatzauswertung für den Zeitraum 1997 bis 2017 ergänzt.

### **1.3 Ziel und Gegenstand der vorliegenden Studie**

Im Jahr 2021 wird es nach mehreren Jahren mit relativ stabilen Beiträgen wieder stärkere Beitragsanhebungen geben, u. a. aufgrund einer notwendigen deutlichen Herabsetzung des Rechnungszinses.

Vor diesem Hintergrund hat das IGES Institut im Auftrag der Debeka Krankenversicherung die Studie aus dem Jahr 2017 aktualisiert und erweitert. Die Analysen zur langfristigen Entwicklung der Beiträge von Versicherten wurden für den Zeitraum der Jahre 2000 bis 2020 durchgeführt. Die Aktualisierung der Studie soll – angesichts der bevorstehenden Beitragsanpassungen im Jahr 2021 – dazu beitragen, die öffentliche Diskussion über Ausmaß und Ursachen des Problems hoher bzw. sprunghaft steigender Beitragsbelastungen im Versichertenbestand auf empirischer Basis zu versachlichen. Darüber hinaus sollen die Studienergebnisse eine Diskussionsgrundlage für regulatorische Ansatzpunkte liefern, um eine stärkere zeitliche Glättung der Beitragsanpassungen für Bestandsversicherte in der PKV zu ermöglichen.

Gegenstand der Studie ist erneut, Ausmaß und Ursachen hoher bzw. sprunghaft steigender Beitragsbelastungen im Versichertenbestand zu ermitteln. Es werden hierzu zunächst drei Ursachenkomplexe unterschieden: Beitragssteigerungen können resultieren aus

- ◆ Beitragsanpassungen durch den Versicherer infolge einer Anpassung der aktuellen Rechnungsgrundlagen an die tatsächliche Entwicklung der Versicherungsleistungen und anderer Einflussgrößen;
- ◆ gesetzlichen oder regulatorischen Maßnahmen (z. B. Einführung des gesetzlichen 10 %-Zuschlags);
- ◆ dem individuellen Wahlverhalten oder Veränderungen der individuellen Lebensumstände der Versicherten (z. B. Tarifwechsel, Veränderungen des Beihilfeanspruchs).

In Bezug auf die Ursachen liegt der Fokus auf möglichen versichertenindividuellen Faktoren, die in der öffentlichen Diskussion weniger Beachtung finden, da ihre Untersuchung Längsschnittdaten voraussetzt. Die in der vorliegenden Studie betrachteten Beitragsentwicklungen enthalten auch die Beitragsanpassungen des Versicherers sowie die Effekte gesetzlicher Maßnahmen auf die Beitragskalkulation bzw.

-anpassung. Ziel der Analyse ist es zu klären, welchen Anteil insbesondere versichertenindividuelle Faktoren an den beobachtbaren Beitragsveränderungen haben.

Die empirische Grundlage der Untersuchung bilden Beitrags- und Tarifdaten des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. für sämtliche Krankheitskostenvollversicherte mit ununterbrochener Versicherungszugehörigkeit über einen Zeitraum von 20 Jahren. Konkret werden auf dieser Basis folgende Fragen untersucht:

- ◆ Wie war die Beitragsentwicklung in der Gruppe der mind. 20 Jahre lang vollversicherten Personen? Welches Spektrum an Beitragsveränderungen gab es?
- ◆ Welche Versichertengruppen waren in welchem Ausmaß im Beobachtungszeitraum von 2000 bis 2020 von überproportionalen Beitragssteigerungen bzw. Beitragsprüngen betroffen? Welche Versichertengruppen hatten sehr geringe Beitragssteigerungen oder gar -senkungen?
- ◆ Welche Faktoren haben zu den jeweiligen Beitragsentwicklungen maßgeblich beigetragen? Wann und warum gab es starke Beitragserhöhungen im Zeitverlauf? Welche Ursachen von starken Beitragserhöhungen waren in welcher Häufigkeit ausschlaggebend?

In Erweiterung der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2017 wurden unter den potenziellen Einflussfaktoren insbesondere Veränderungen des Rechnungszinses vertiefend analysiert. Zudem standen für die Auswertungen zusätzliche Informationen, wie beispielsweise die absolute Höhe des Risikozuschlags, die Höhe des gesetzlichen Beitragszuschlags (GBZ) und der Beitragsnachlass aus dem GBZ sowie die Beitragsnachlässe aus Zuschreibungsmitteln und den Beitragsentlastungskomponenten zur Verfügung.

Obwohl die Debeka Krankenversicherung mit einem Anteil von mehr als einem Viertel aller krankheitskostenvollversicherten Personen der mit deutlichem Abstand größte private Krankenversicherer in Deutschland ist, können die Ergebnisse der vorliegenden Studie nur begrenzt als repräsentativ für die gesamte PKV angesehen werden. So hat die Debeka einen überproportionalen Anteil an beihilfeberechtigten Versicherten und verzichtet im Unterschied zu vielen anderen Versicherern auf eine ausgeprägte Tarifvielfalt. Dennoch leistet die Studie einen Beitrag zur weitergehenden empirischen Fundierung und damit zur Objektivierung der gesundheitspolitischen Diskussion über die Beitragsentwicklung in der PKV. Sie ermöglicht zudem, gesetzgeberische oder regulatorische Handlungsoptionen zu identifizieren bzw. zu bewerten.

## 2. Beschreibung der Datengrundlage

Für die vorliegende Studie wurden neben Versichertenstamminformationen (z. B. Geburtsjahr, Alter) Daten zum Versicherungsumfang, zur Höhe der gezahlten Versicherungsprämien sowie zu verschiedenen Prämiennachlässen (GBZ-Nachlass,

Nachlass aus Zuschreibungsmitteln, Nachlass aus der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter) auf Ebene einzelner Versicherter der Debeka für den Zeitraum 2000 bis 2020 ausgewertet. Die **Versichertenpopulation** („Grundgesamtheit“) für die Untersuchung wurde anhand der folgenden Kriterien ausgewählt:

- ◆ Mindestalter von 21 Jahren im Jahr 2000 (d. h. Geburtsjahrgang 1979 oder früher) und
- ◆ Vollversicherung über den gesamten Analysezeitraum (jeweils zum Stichtag 1. Januar eines jeden Jahres<sup>9</sup>).

Personen mit Unterbrechungen ihres Krankenversicherungsschutzes – auch in Form von Anwartschaften (z. B. bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten) – zählten nicht zur Grundgesamtheit. Auch eine Versicherung in (Hochschul-) Ausbildungstarifen wurde nicht als Vollversicherung gewertet. Des Weiteren wurden Pflegegeld- und Tagegeldtarife, Sterbegeldtarife und Auslandsreiseversicherungen nicht berücksichtigt.

Auf der Grundlage dieser Selektionskriterien waren pseudonymisierte Versicherungsverläufe von 795.567 versicherten Personen verfügbar. Die Grundgesamtheit für die vorliegende Studie umfasst damit 32,4 % aller Krankheitskostenvollversicherten bzw. 50,6 % aller vollbeitragspflichtigen Versicherten der Debeka im Jahr 2020.

Die **Datenstruktur** hat die Form eines sog. balancierten Panels („balanced panel data“), d. h., für jeden Versicherten liegen alle Variablen für alle Beobachtungszeitpunkte vor. Die Variablen gliedern sich in sog. „Versichertenstammdaten“, deren Ausprägungen für die einzelnen Versicherten im Beobachtungszeitraum konstant sind („zeitkonstante Variablen“), sowie Variablen, deren Ausprägungen sich für den einzelnen Versicherten im Zeitverlauf verändern können und die daher für jedes Jahr des Beobachtungszeitraumes (jeweils zum Auswertungstichtag am 1. Januar) enthalten sind („zeitabhängige Variablen“) (Abbildung 2).

---

<sup>9</sup> Da die Daten der Versicherten für den vorliegenden Datensatz in jedem Jahr an einem bestimmten Stichtag (1. Januar) selektiert wurden, werden evtl. unterjährige Veränderungen im Versichertenstatus oder der Beitragshöhe im Datensatz nicht abgebildet.

---

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Datenstruktur



Quelle: IGES

Die **Versichertenstammdaten** umfassen die folgenden zeitkonstanten Variablen:

- ◆ Identifikationsnummer der versicherten Person (Personen ID)
- ◆ Geburtsjahr
- ◆ Geschlecht
- ◆ Kennzeichen über die Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags (10 %-Zuschlag)
- ◆ Jahr des Versicherungsbeginns

Des Weiteren enthält der Datensatz die folgenden **zeitabhängige Variablen**:

- ◆ Versicherungsschutztyp
- ◆ Status des Versicherten (Beihilfeversicherte, Selbständige, Arbeitnehmer und sonstige Versicherte)

sowie Höhe der/des

- ◆ monatlichen Prämie in Euro
- ◆ (absoluten) Selbstbehalts in Euro
- ◆ monatlichen gesetzlichen Beitragszuschlags in Euro
- ◆ Risikozuschlags in Euro
- ◆ Beitragsnachlasses aus dem GBZ in Euro
- ◆ Beitragsnachlasses aus Zuschreibungsmitteln in Euro

- ◆ Beitragsnachlasses aus Beitragsentlastungskomponenten in Euro

Der **Versicherungsschutztyp** ist eine 27-stellige Ziffernfolge, die verschiedene Informationen enthält (Abbildung 3):

- ◆ Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID)
- ◆ Erstattungsprozentsatz für ambulante und stationäre Leistungen sowie für Wahlleistungen (Ergänzungstarif) für Beihilfeversicherte
- ◆ Höhe der Beitragsermäßigung im Alter in Euro (bei Abschluss der Zusatzoption „modifizierte Beitragszahlung“)
- ◆ Tarifnummer des Beihilfeergänzungstarifs
- ◆ Risikoprozentsatz / Risikozuschlag

Abbildung 3: Beschreibung des 27-stelligen Versicherungsschutztyps

Versicherungsschutz-Typ						
20029000	050	035	000	0000	453	020
<b>Ziffer 1-8</b>	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer VSID (wesentliche Informationen bezüglich <b>Leistungsumfang</b> )					
<b>Ziffer 9-11</b>	<b>Erstattungsprozentsatz</b> ambulante (Beihilfe)					
<b>Ziffer 12-14</b>	Erstattungsprozentsatz stationär (Beihilfe)					
<b>Ziffer 15-17</b>	(zusätzl.) Erstattungsprozentsatz Wahlleistungen (Ergänzungstarif)					
<b>Ziffer 18-21</b>	Höhe der <b>Beitragsermäßigung im Alter</b> in Euro (ganzzahlig) (bei Abschluss Zusatzoption "modifizierte Beitragszahlung")					
<b>Ziffer 22-24</b>	Tarifnummer <b>Beihilfeergänzungstarif</b>					
<b>Ziffer 25-27</b>	Risikoprozentsatz ( <b>Risikozuschlag</b> )					

Quelle: IGES

Die Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID) enthält wesentliche Informationen zum versicherten Leistungsumfang (u. a. Erstattungssätze für die verschiedenen Leistungsbereiche, GOÄ/GOZ-Beschränkung, Wahlleistungen, absolute Selbstbehalte, Obergrenzen für Erstattungen). Insgesamt können 72 verschiedene VSID-Nummern unterschieden werden (vgl. hierzu auch Kapitel 3.5.1).

Hinsichtlich des **Versichertenstatus** ist eine Unterscheidung möglich zwischen

- ◆ Beihilfeversicherten,
- ◆ Selbständigen sowie

- ◆ Arbeitnehmern und sonstigen Versicherten (v. a. Familienangehörige, Rentner).

Selbständige wurden anhand der Existenz einer Krankentagegeldversicherung als Teil des Versicherungsumfangs identifiziert, die eine Lohnfortzahlung auch bei Arbeitsunfähigkeitsfällen mit einer Dauer von weniger als sechs Wochen gewährt (vgl. dazu auch Kapitel 3.1).

### 3. Beschreibung der Grundgesamtheit

#### 3.1 Status: Beihilfe vs. Nicht-Beihilfe

Von den insgesamt 795.567 Versicherten in der Grundgesamtheit war im Jahr 2020 der überwiegende Anteil (89,9 %, n = 714.996) beihilfeversichert (Tabelle 1). Der Anteil der Beihilfeversicherten ist damit im Vergleich zum Gesamtbestand der Debeka (knapp 84 %) überrepräsentiert. Unter den Nicht-Beihilfeversicherten machten Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (z. B. Familienangehörige von Nicht-Beihilfeversicherten) mit rd. 9,7 % (n = 76.788) den größeren Anteil aus; der Anteil der Selbständigen betrug nur ca. 0,5 % (n = 3.783).

Tabelle 1: Anzahl und Anteil der Versicherten nach Status im Zeitvergleich

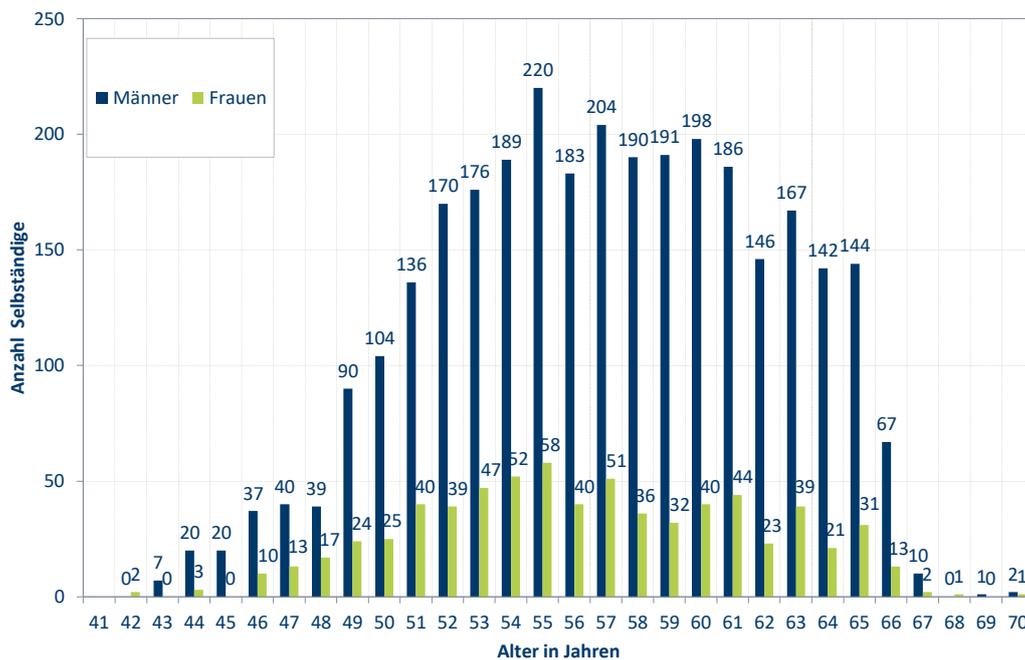
	2000		2010		2020	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Beihilfeversicherte	716.313	90,0%	715.039	89,9%	714.996	89,9%
Nicht-Beihilfeversicherte	79.254	10,0%	80.528	10,1%	80.571	10,1%
davon:						
Selbständige	5.572	0,7%	5.073	0,6%	3.783	0,5%
Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (v.a. Familienangehörige, Rentner)	73.682	9,3%	75.455	9,5%	76.788	9,7%
<b>Insgesamt</b>	<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>	<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>	<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Status „selbständig“ über das Bestehen einer Krankentagegeldversicherung mit Leistungszusage innerhalb der ersten sechs Wochen zugewiesen wurde (vgl. Kapitel 2), was tendenziell zu einer Unterfassung der tatsächlich Selbständigen führen kann, beispielsweise falls Selbständige auf eine Krankentagegeldversicherung verzichtet oder diese bei einem anderen Versicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Darüber hinaus werden mit diesem Vorgehen Selbständige im Rentenalter nicht erfasst, da diese sich dann nicht mehr gegen Lohnausfälle bei Arbeitsunfähigkeit versichern müssen, somit im Datensatz nicht mehr als Selbständige markiert werden und daher

dort in die Gruppe der Arbeitnehmer und sonstige Versicherte fallen. Dies zeigt sich deutlich an der Verteilung der Selbständigen nach Alter: Ab dem Alter von 55 Jahren geht die Anzahl der Versicherten mit dem Status „selbständig“ im Datensatz tendenziell zurück und in der Altersgruppe der über 66-Jährigen gibt es im Datensatz nur noch 17 Personen mit einem Selbständigen-Status (Abbildung 4). Bei den folgenden Beschreibungen der Charakteristika der Grundgesamtheit wird daher die Gruppe der Nicht-Beihilfeversicherten nicht weitergehend unterteilt.

Abbildung 4: Verteilung der selbständigen Versicherten nach Alter, 2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Innerhalb der mit der Grundgesamtheit erfassten Gruppe von Versicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit gab es im Beobachtungszeitraum, insbesondere im Zeitraum von 2000 bis 2002, teilweise Statuswechsel. Infolgedessen lag die Anzahl der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit am Ende des Betrachtungszeitraums etwas höher als zu Beginn und die Anzahl der Beihilfeversicherten demnach niedriger. Wegen der insgesamt deutlich geringeren Anzahl der Nicht-Beihilfeversicherten war der Anstieg ihres prozentualen Anteils mit 1,7 % stärker als der Rückgang bei den Beihilfeversicherten mit 0,2 %. Dies bedeutet,

dass im Beobachtungszeitraum mehr Versicherte vom Status „beihilfeversichert“ zum Status „nicht-beihilfeversichert“ wechselten als umgekehrt.

Im Beobachtungszeitraum wechselten lediglich rd. 2,8 % (n = 22.459) der Versicherten mindestens einmal ihren Status, d. h., sie wechselten entweder zwischen einer Beihilfeversicherung, einem Status als „Arbeitnehmer und sonstige Versicherte“ oder einem Status als „Selbständige“ (Tabelle 2). Die meisten Versicherten wechselten dabei lediglich einmal den Status, Mehrfachwechsel betrafen nur 0,9 % (n = 7.204) der Versicherten. Zwischen einer Beihilfe- und einer Nichtbeihilfeversicherung wechselten rd. 2,4 % (n = 19.009) der Versicherten.

Tabelle 2: Verteilung der Versicherten nach Anzahl der Statuswechsel insgesamt sowie der Wechsel zwischen Beihilfe und Nicht-Beihilfe im Beobachtungszeitraum

Anzahl Statuswechsel insg.	Anzahl Versicherte	Anteil	Anzahl Wechsel zw. Beihilfe u. Nicht-Beihilfe	Anzahl Versicherte	Anteil
0	773.108	97,2%	0	776.558	97,6%
1	15.255	1,9%	1	12.393	1,6%
2	6.332	0,8%	2	5.829	0,7%
3	496	0,1%	3	430	0,1%
4	299	<0,0%	4	283	<0,0%
5	43	<0,0%	5	40	<0,0%
6	26	<0,0%	6	26	<0,0%
7	4	<0,0%	7	4	<0,0%
8	3	<0,0%	8	3	<0,0%
9	0	0,0%	9	0	0,0%
10	1	<0,0%	10	1	<0,0%
	<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>		<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

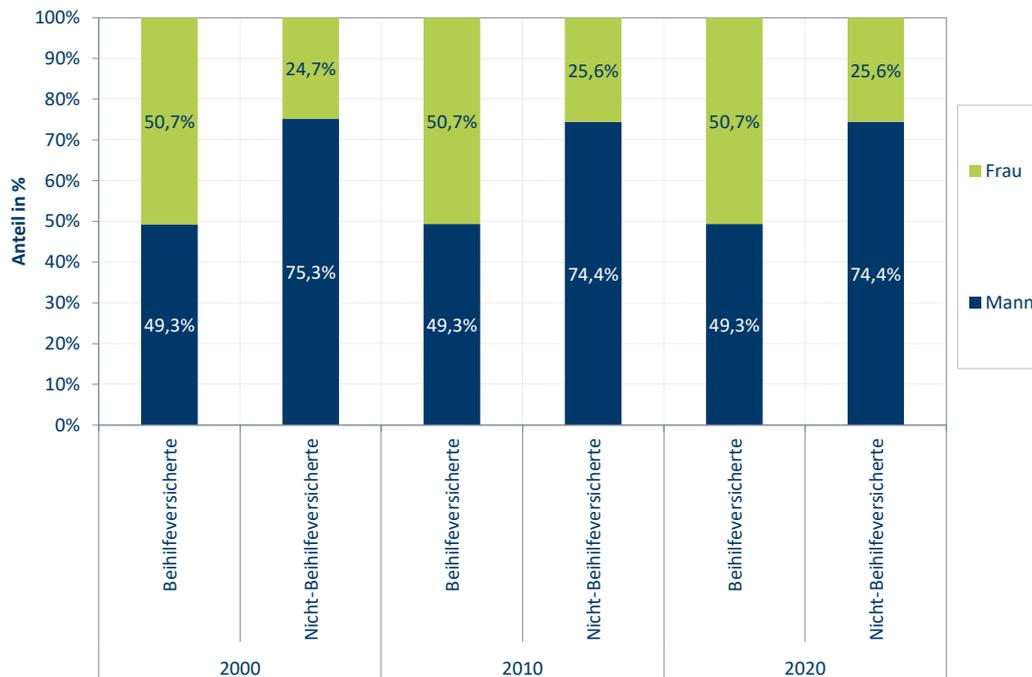
### 3.2 Alters- und Geschlechtsstruktur

Die Geschlechterverteilung bei den Beihilfeversicherten war im gesamten Beobachtungszeitraum mit einem Männeranteil von rd. 49,3 % nahezu ausgeglichen (Abbildung 5). Unter den Nicht-Beihilfeversicherten befanden sich dagegen deutlich mehr Männer als Frauen (2020: 74,4 % vs. 25,6 %).

Der Anteil der Frauen bei den Nicht-Beihilfeversicherten hat im Beobachtungszeitraum leicht zugenommen von rd. 24,7 % im Jahr 2000 auf rd. 25,6 % im Jahr 2020.

Frauen wechselten offenbar häufiger als Männer vom Beihilfe zum Nicht-Beihilfe-Status. Mögliche Gründe dafür könnten beispielsweise die Wiederaufnahme einer eigenen Beschäftigung im Anschluss an Erziehungszeiten und mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder eine Ehescheidung sein.

Abbildung 5: Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Status, 2000, 2010 und 2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Beihilfeversicherten waren mit rd. 47,0 Jahren im Jahr 2000 durchschnittlich rund 3,5 Jahre älter als die Nicht-Beihilfeversicherten (Tabelle 3). Ein möglicher Erklärungsfaktor hierfür ist, dass die Debeka erst seit dem Jahr 1977 eine Nicht-Beihilfeversicherung anbietet. Beihilfeversicherte Männer waren durchschnittlich rund 1,7 Jahre älter als beihilfeversicherte Frauen (47,9 Jahre vs. 46,2 Jahre), bei den Nicht-Beihilfeversicherten waren die Frauen durchschnittlich rund 0,2 Jahre älter. Aufgrund der balancierten Panel-Struktur der Daten nimmt das durchschnittliche Alter im Beobachtungszeitraum um 20 Jahre zu.<sup>10</sup>

Tabelle 3: Durchschnittliches Alter der Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht, 2000 und 2020

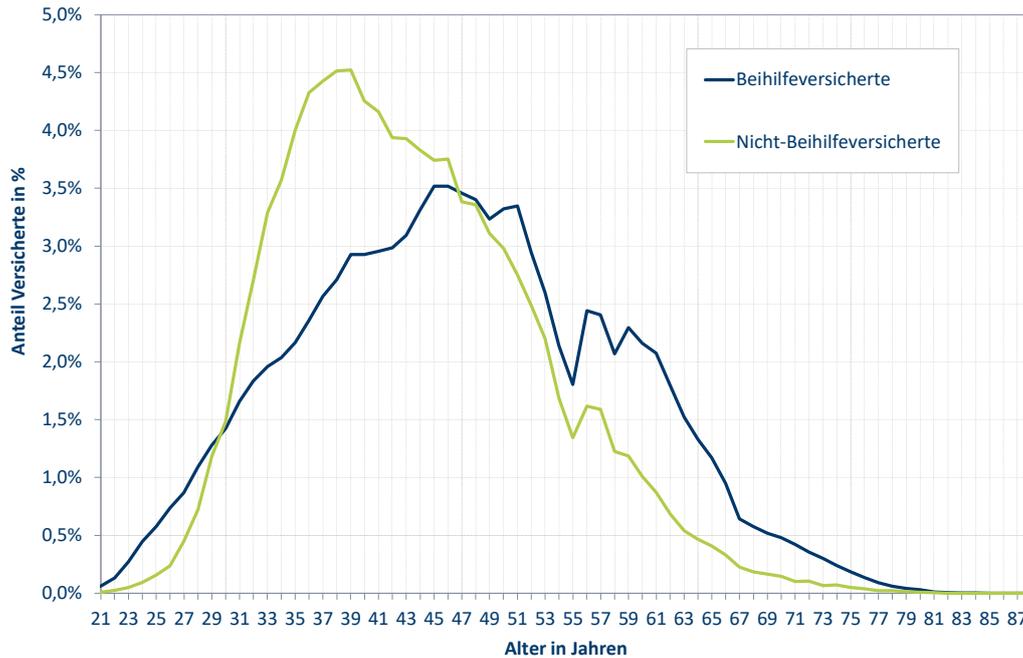
	2000		2020	
	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte
Männer	47,9	43,5	67,9	63,5
Frauen	46,2	43,7	66,2	63,7
<b>insgesamt</b>	<b>47,0</b>	<b>43,5</b>	<b>67,0</b>	<b>63,4</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

<sup>10</sup> Die geringen Abweichungen von genau 20 Jahren ergeben sich durch den Wechsel der Versicherten zwischen Beihilfe- und Nicht-Beihilfe.

Aufgrund der Selektionskriterien der Daten (vgl. Kapitel 2) war im Jahr 2000 die jüngste Person 21 Jahre alt (Abbildung 6). Die älteste Person war im Jahr 2000 schon 89 Jahre alt. Rund 70 % der Beihilfeversicherten waren im Jahr 2000 zwischen 30 und 55 Jahren, bei den Nicht-Beihilfeversicherten fielen sogar rd. 86 % in diese Altersgruppe.

Abbildung 6: Verteilung der Versicherten nach Alter und Status, 2000



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 3.3 Eintrittsalter

Nicht-Beihilfeversicherte waren bei Versicherungsbeginn mit rund 32,8 Jahren durchschnittlich rund 2,6 Jahre älter als Beihilfeversicherte (Tabelle 4). Bei den Nicht-Beihilfeversicherten hatten Frauen ein etwas höheres Eintrittsalter (+0,7), bei den Beihilfeversicherten hatten Männer ein etwas höheres durchschnittliches Eintrittsalter (+0,8 Jahre).

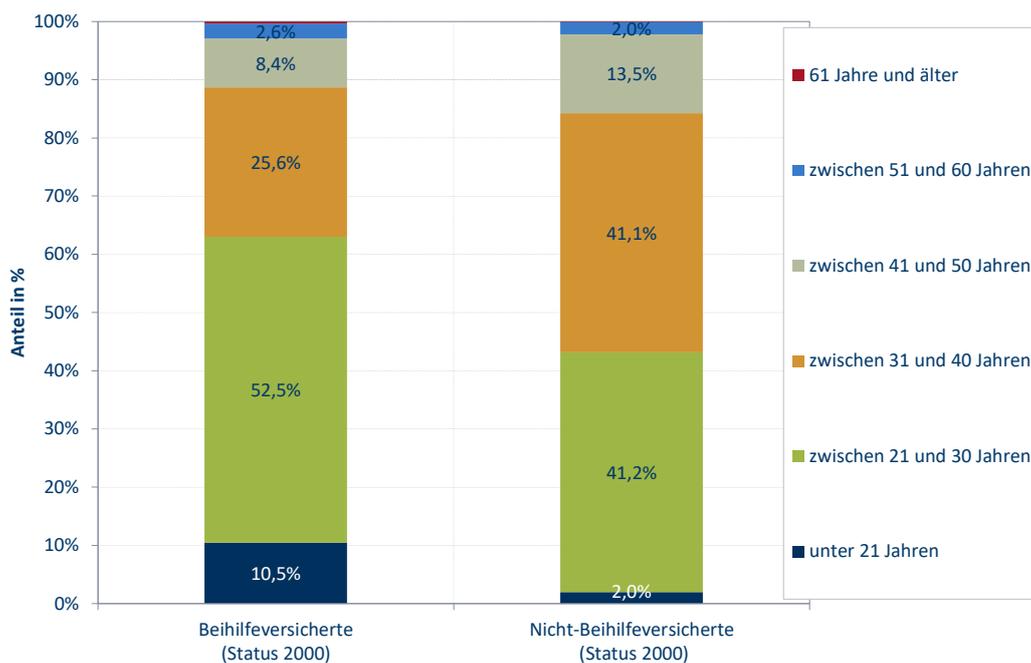
Tabelle 4: Durchschnittliches Eintrittsalter in die Versicherung nach Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten und nach Geschlecht

	<b>Beihilfeversicherte (Status 2000)</b>	<b>Nicht-Beihilfeversicherte (Status 2000)</b>
Männer	30,2	32,8
Frauen	29,4	33,5
<b>insgesamt</b>	<b>29,8</b>	<b>33,0</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Mehr als drei Viertel der Versicherten hatten ein Eintrittsalter zwischen 21 und 40 Jahren (Abbildung 7). Beihilfeversicherte weisen insbesondere einen höheren Anteil von Versicherten auf, die im Alter von unter 21 Jahren beigetreten sind (10,5 % im Vergleich zu 2,0 %). Bei der Interpretation der vergleichsweise hohen Eintrittsalter sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen entspricht für alle Versicherte, die bereits vor dem Jahr 1988 versichert waren, das Eintrittsalter dem Alter des Eintritts in die Krankheitskostenvollversicherung – eine eventuelle Versicherungszeit in Ausbildungstarifen wurde nicht berücksichtigt. Zum anderen wurde für alle Personen, die vor dem Jahr 2000 im Rahmen der freien Heilfürsorge (z. B. bei der Polizei oder Bundeswehr) versichert waren, das Eintrittsalter auf das Alter bei Wegfall der freien Heilfürsorge angesetzt. Ein weiterer möglicher Grund für ein vergleichsweise hohes Eintrittsalter von Beihilfeversicherten ist die Aufgabe einer sozialversicherungspflichtigen (Teilzeit-)Beschäftigung von Personen mit beihilfeberechtigten Ehepartnern und die darauffolgende Aufnahme in die Beihilfeversicherung.

Abbildung 7: Verteilung der Versicherten nach Eintrittsalter und Status, 2000



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 3.4 Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags

Zum Jahresbeginn 2000 wurde vom Gesetzgeber der sog. gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) eingeführt (§ 12 Abs. 4a Versicherungsaufsichtsgesetz alte Fassung bzw. § 149 VAG). Dieser soll der Milderung von Beitragsanpassungen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr dienen und ist für alle Neukunden im Alter von 21 bis 60

Jahre verpflichtend. Der Zuschlag beträgt 10 % auf den Krankenversicherungsbeitrag (ambulante, stationäre sowie Zahn-Leistungen) und wird zwischen dem 21. und 60. Lebensjahr von jedem Versicherten erhoben. Die Mittel aus dem Beitragszuschlag werden individuell in einer Rückstellung angesammelt. Die Mittel aus dieser Rückstellung werden dann ab dem vollendeten 65. Lebensjahr der Versicherten dafür eingesetzt, höhere Beitragszahlungen infolge von Prämien erhöhungen zu verhindern oder zumindest abzumildern. Ab dem 80. Lebensjahr erlaubt das Gesetz sogar Beitragssenkungen, sofern zu diesem Zeitpunkt noch ausreichend Mittel vorhanden sind.

Für Versicherte, die schon vor dem 1. Januar 2000 versichert waren, wurde der Zuschlag über fünf Jahre verteilt in 2 %-Schritten eingeführt, beginnend mit dem Jahr 2001. Darüber hinaus konnten diese „Bestandsversicherten“ der Vereinbarung des Zuschlags widersprechen.

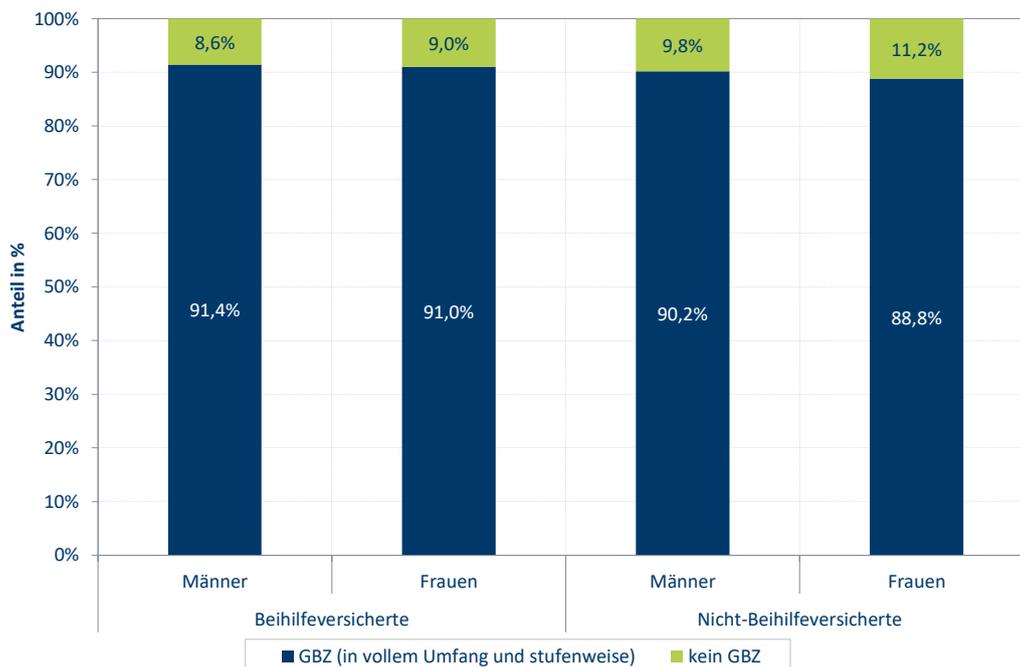
#### **Anzahl und Anteil der Versicherten mit GBZ**

Versicherte, die im Jahr 2000 bereits 60 Jahre alt waren, konnten den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht wählen, da dieser nur bis zur Vollendung des 60. Lebensjahrs des Versicherten erhoben wird. Dies betraf rund 14,1 % (n = 112.708) der Versicherten im Datensatz.

---

Von den Versicherten, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, haben – mit Ausnahme der nicht-beihilfeversicherten Frauen – mehr als 90 % den gesetzlichen Beitragszuschlag gewählt bzw. diesem nicht widersprochen (Abbildung 8). Für die Versicherten mit GBZ trat dieser fast ausschließlich stufenweise in Kraft, lediglich ein Anteil von unter einem Prozent der Versicherten zahlte von Beginn an den GBZ in voller Höhe von 10 %.

Abbildung 8: Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags sowie nach Geschlecht und Status, 2000



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Dargestellt sind lediglich die Personen, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, n = 682.859.

Im Jahr 2020 lag die durchschnittliche Zahlungsdauer des GBZ bei den Personen im Alter von über 65 Jahren bei rd. 6,9 Jahren. Nur in Einzelfällen lag die GBZ-Zahlungsdauer im Analysezeitraum bei den über 65-Jährigen bei mehr als 13 Jahren.

### Höhe des GBZ

Im Jahr 2001 erhöhte der GBZ die Monatsprämie der Versicherten, die einen GBZ bezahlt haben, um durchschnittlich rd. 2,39 Euro. Das Minimum der GBZ-Zahlung lag bei 0,13 Euro, das Maximum bei 41,56 Euro.

Im Jahr 2020 wurde von allen Versicherten mit GBZ-Zahlung der volle 10 %-Zuschlag bezahlt. Dieser betrug durchschnittlich 19,16 Euro. Das Minimum lag bei 3,68 Euro, das Maximum bei 71,25 Euro.

### **Nachlass aus dem GBZ**

Im Jahr 2006 konnten Versicherte erstmalig Beitragsnachlässe aus dem GBZ erhalten. In der Grundgesamtheit war dies für 16.369 Versicherte der Fall. Dies sind nahezu alle Personen, die einen GBZ vereinbart haben und im Jahr 2006 mindestens 65 Jahre alt sind. Bezogen auf alle Personen im Alter von mindestens 65 Jahre betrug der Anteil der Personen mit einem Nachlass aus dem GBZ rd. 12,6 %. Der Mittelwert der monatlichen Prämienminderung betrug 0,20 Euro (Minimum: 0,01 Euro, Maximum: 2,48 Euro). Die Summe der Beitragsnachlässe aus dem GBZ für die 16.369 Versicherten betrug 3.320 Euro pro Monat des Jahres 2006. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Versicherten mit einem GBZ-Nachlass im Jahr 2006 aufgrund des kurzen Zeitraums seit der Einführung der GBZ-Zahlung nur eine sehr geringe Anzahl an Jahren hatten, in denen der GBZ gezahlt wurde und in denen damit Rückstellungen gebildet werden konnten.

Im Jahr 2020 erhielten bereits 227.451 Versicherte einen Beitragsnachlass aus dem GBZ. Dies sind rd. 73 % der Personen, die einen GBZ vereinbart haben und im Jahr 2020 mindestens 65 Jahre alt sind. Bezogen auf alle Personen im Alter von mindestens 65 Jahren lag der Anteil der Versicherten mit einem GBZ-Nachlass bei rd. 51 %. Die monatliche Prämienminderung betrug im Mittel 5,14 Euro (Minimum: 0,10 Euro, Maximum: 48,58 Euro). Die Gesamtsumme der Beitragsnachlässe aus dem GBZ für die Versicherten in der Stichprobe lag bei knapp 1,17 Millionen Euro im Monat.

### **3.5 Umfang des Versicherungsschutzes**

Der Umfang des von den Versicherten der Grundgesamtheit gewählten Versicherungsschutzes wird anhand des sog. „Versicherungsschutztyps“ dargestellt. Hierbei handelt es sich um eine primär versicherungstechnische Systematik, um Unterschiede des Versicherungsschutzes zu beschreiben. Der „Versicherungsschutztyp“ wird durch eine 27-stellige Ziffernfolge abgebildet, die sieben unterschiedliche Variablen enthält (vgl. dazu auch Abbildung 3):

1. Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (und damit wesentliche Informationen zum Leistungsumfang),
  2. Erstattungsprozentsatz für ambulante Leistungen (Beihilfe),
  3. Erstattungsprozentsatz für stationäre Leistungen (Beihilfe),
  4. (zusätzlicher) Erstattungsprozentsatz für Wahlleistungen (Ergänzungstarif),
  5. Höhe der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter in Euro (ganzzahlig) (bei Abschluss der Zusatzoption „modifizierte Beitragszahlung“),
  6. Tarifnummer des Beihilfeergänzungstarifs,
  7. Risikoprozentsatz (Risikozuschlag).
-

Diese Variablen haben jeweils eine Bandbreite unterschiedlicher Ausprägungen und können – zumindest theoretisch – beliebig kombiniert werden, was zu einer Vielzahl an Ausprägungsmöglichkeiten für den Versicherungsschutztyp führt.

Im Jahr 2020 gab es insgesamt 3.557 unterschiedliche Ausprägungen des Versicherungsschutztyps, bei den Beihilfeversicherten waren es 2.230. Ursachen der Vielfalt waren insbesondere unterschiedliche Ausprägungen der Höhe der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter (160 Ausprägungen zwischen 0 Euro und 695 Euro) sowie unterschiedliche Risikozuschläge (25 Ausprägungen zwischen 0 % und 200 %).

Für die Analyse der Einflussfaktoren der Prämienentwicklung ist relevant, ob sich der Versicherungsschutztyp verändert hat und vor allem in welchen Bestandteilen. Daher wurde der Versicherungsschutztyp für die weiteren Analysen in seine Einzelkomponenten zerlegt. Diese Einzelkomponenten wurden zusätzlich zusammengefasst bzw. geclustert.

### 3.5.1 Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID)

Die Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID) enthält detaillierte Informationen zum Leistungsumfang. Jede VSID steht für eine bestimmte Kombination von Leistungen sowie dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz. Für die weiteren Analysen wurde die VSID in drei Kategorien eingeteilt, die sich insbesondere hinsichtlich der (stationären) Wahlleistungen sowie der Versicherung eines Einbett- oder Zweibettzimmers unterscheiden (Abbildung 9):

- ◆ sehr umfangreiche Leistungen (Einbettzimmer und stationäre Wahlleistungen),
- ◆ umfangreiche Leistungen (Zweibettzimmer und stationäre Wahlleistungen),
- ◆ weniger umfangreiche Leistungen (keine stationären Wahlleistungen).

Die Einteilung in diese drei Kategorien orientiert sich stark an den Tarifen der Debeka. Hinsichtlich der Tarifangebote anderer PKV-Unternehmen wäre ggf. eine stärkere Diversifikation zu berücksichtigen.

Abbildung 9: Kategorisierung der Versicherungsschutz-Identifikationsnummer



Quelle: IGES

Mit der Ausnahme von vier VSID konnten alle eindeutig einer der drei Kategorien zugeordnet werden. Bei den vier Ausnahmefällen ist zwar eine stationäre privatärztliche Behandlung enthalten, allerdings keine gesonderte Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer. Diese vier VSID wurden in Abstimmung mit der Debeka einem „umfangreichen Versicherungsschutz“ zugeordnet.

Insgesamt wurde somit knapp jede fünfte VSID (n = 14) der Kategorie „sehr umfangreiche Leistungen“ und rd. 46 % (n = 33) der Kategorie der „umfangreichen Leistungen“ zugeordnet. 25 VSID (rd. 35 %) fielen in die Kategorie der „weniger umfangreichen Leistungen“.

Gemäß dieser Einteilung hatten 97,0 % der männlichen und weiblichen Beihilfeversicherten im Jahr 2000 einen „umfangreichen“ Versicherungsschutz (Abbildung 10).<sup>11</sup> Von den Nicht-Beihilfeversicherten verfügten dagegen rd. 80,2 % der Männer und rd. 70,6 % der Frauen über einen „sehr umfangreichen“ Versicherungsschutz.

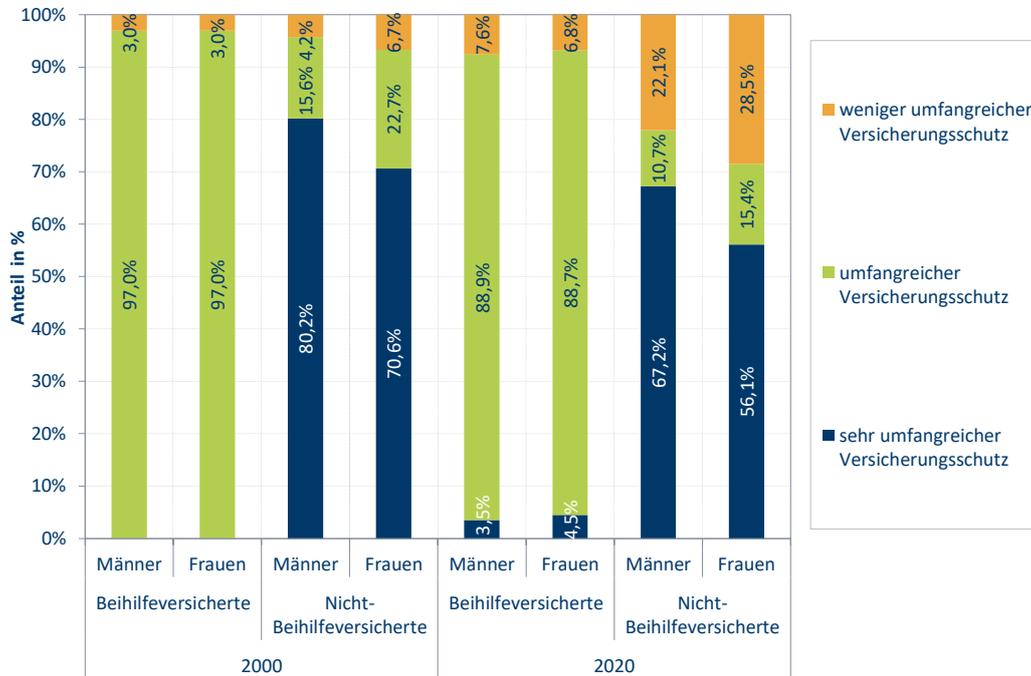
Im Beobachtungszeitraum hat sich der Anteil der Versicherten mit einem „weniger umfangreichen Versicherungsschutz“ deutlich erhöht, insbesondere bei den Nicht-Beihilfeversicherten. Mehr als jeder fünfte nicht-beihilfeversicherte Mann und rund 29 % der nicht-beihilfeversicherten Frauen hatten im Jahr 2020 einen „weniger umfangreichen“ Versicherungsschutz. Ein Grund für die Zunahme der beihilfeversicherten Personen mit einem „weniger umfangreichen“ Versicherungsschutz ist ein Wegfall bzw. eine Kürzung der Kostenerstattung durch die Beihilfe bei Wahlleistungen. Der Versicherte musste sich dabei entscheiden, ob er den Versicherungsschutz um den von der Beihilfe nicht (mehr) getragenen Teil erhöhte oder den Versicherungsschutz auf das Beihilfeniveau absenkte.

---

<sup>11</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass es vor Einführung der Unisex-Tarife im Jahr 2012 keinen „sehr umfangreichen“ Beihilfeversicherungsschutz bei der Debeka gab. Bei Wunsch eines Beihilfeversicherten, die Kosten eines Einbettzimmers bei stationärem Aufenthalt abzuschließen, riet die Debeka stets zu einer Absicherung über Krankenhaustagegeld, welches dann im Versicherungsfall flexibel eingesetzt werden konnte.

---

Abbildung 10: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes sowie nach Geschlecht und Status, 2000 und 2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 3.5.2 Erstattungsprozentsatz für stationäre und ambulante Leistungen

Die Ziffern 9-14 des Versicherungsschutztyps enthalten den Erstattungsprozentsatz für stationäre und ambulante Leistungen der Beihilfeversicherten. Im Jahr 2000 kamen bei den Versicherten 34 verschiedene Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes vor, wobei die beiden Kombinationen „30 % ambulant und 30 % stationär“ bzw. „50 % ambulant und 50 % stationär“ von zusammen knapp 93 % der Beihilfeversicherten gewählt wurden, um einen hundertprozentigen Versicherungsschutzumfang zu erreichen (Tabelle 5). Knapp zwei Drittel aller Kombinationen sind Einzelfälle, die jeweils weniger als 100 Versicherte betrafen.

Tabelle 5: Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes für Beihilfeversicherte, 2000

ambulant	Erstattungsprozentsatz																			
	stationär																			
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	95	100	
20		0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
25		13	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
30		0	1.927	38	0	304.688	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	306.653
35		0	0	6.571	0	0	694	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.265
40		0	0	28	9.937	0	0	1.733	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11.698
45		0	0	13	0	8.698	0	0	829	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.540
50		0	0	104	0	0	20.329	738	0	359.257	0	0	0	0	0	0	0	0	0	380.428
55		0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
60		0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	10
65		0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
70		0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	432	0	0	0	0	0	442
75		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	13	0	0	0	0	15
80		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	15	0	0	0	24
85		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	3	0	0	18
90		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	40
95		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	1	0	16
100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87	0	0	87
		13	1.927	6.775	9.964	313.386	21.023	2.473	837	359.271	10	4	9	447	53	30	90	1	0	716.313

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Auf der Grundlage dieser Auswertungen wurden für die weiteren Analysen die möglichen Kombinationen in fünf Kategorien eingeteilt (Tabelle 6). Im Zeitverlauf ist der Anteil der Versicherten, die sowohl stationär als auch ambulant einen Erstattungsprozentsatz von 30 % hatten, um rd. 22,6 Prozentpunkte gestiegen. Ein wesentlicher Erklärungsfaktor hierfür ist die – aufgrund der Panelstruktur der Stichprobe – Zunahme der Versicherten im Rentenalter, in dem sich für viele Beihilfeberechtigte der Beihilfebemessungssatz auf 70 % erhöht.

Tabelle 6: Verteilung der Beihilfeversicherten nach Clustern des ambulanten und stationären Erstattungssatzes, 2000 und 2020

	2000		2020	
	Anzahl Versicherte	Anteil	Anzahl Versicherte	Anteil
ambulant ≤ 30% und stationär < 30%	2.026	0,3%	706	0,1%
ambulant und stationär = 30%	304.688	42,5%	465.753	65,1%
ambulant > 30% ... ≤ 50% und stationär < 50%	49.674	6,9%	53.940	7,5%
ambulant und stationär = 50%	359.257	50,1%	194.287	27,2%
ambulant > 50%	668	0,1%	310	0,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 3.5.3 Zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter, Beihilfeergänzungstarif und Risikozuschlag

Im Jahr 2020 hatten rund 3,0 % (n = 23.942) der Versicherten die Zusatzoption „modifizierte Beitragszahlung“ für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter (vgl. dazu auch Kapitel 3.8) abgeschlossen. Dabei unterschieden sich die Anteile der Versicherten mit dieser Zusatzoption stark zwischen Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten: Während bei den Beihilfeversicherten lediglich rd. 1,3 % (n = 9.300) der Versicherten eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen hatten, betrug der entsprechende Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten rd. 18,2 % (n = 14.642).

Mit rd. 87,9 % (n = 628.699) hatte die große Mehrheit der Beihilfeversicherten im Jahr 2020 einen Beihilfeergänzungstarif abgeschlossen. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist damit der Anteil der Versicherten mit einem Beihilfeergänzungstarif um rd. drei Prozentpunkte gestiegen.

Für rund 4,9 % (n = 38.872) der Versicherten enthielt die Beitragszahlung im Jahr 2020 einen Risikozuschlag. Der Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten war dabei mit rd. 3,0 % (n = 2.432) im Vergleich zu rd. 5,1 % (n = 36.440) bei den Beihilfeversicherten geringer. Für alle Versicherte mit einem Risikozuschlag im Jahr 2020 lag

dieser im Mittel bei rund 32,5 % (Median: 30 %). Für 1 % der Versicherten mit Risikozuschlag betrug dieser maximal 5 %, für 99 % von ihnen maximal 80 %.

### 3.6 Absolute Selbstbehalte

Die Beihilfe-Tarife der Debeka sehen keinen absoluten Selbstbehalt vor. Für Nicht-Beihilfeversicherte wurden Tarife mit einem absoluten Selbstbehalt erst im Jahr 1996 eingeführt.

Im Jahr 2000 hatten lediglich 492 (rd. 0,6 %) der Nicht-Beihilfeversicherten einen absoluten Selbstbehalt; dieser Anteil stieg leicht auf rd. 2,8 % (n = 2.261) im Jahr 2020.<sup>12</sup> Die Höhe des absoluten Selbstbehaltes lag im Jahr 2020 zwischen 300 Euro und 1.340 Euro.

### 3.7 Beitragsnachlässe aus Zuschreibungsmitteln

In der PKV werden die Tarife mit einem Rechnungszins kalkuliert, der die Kapitalerträge auf die gebildete Alterungsrückstellung berücksichtigt. Erwirtschaftet das Unternehmen mehr Zinserträge als der Rechnungszins vorsieht, werden 90 % dieser Mehrerträge nach der gesetzlichen Vorgabe (§ 150 VAG) den Versicherten jährlich direkt gutgeschrieben und in einer Rückstellung individuell angesammelt. Diese Mittel werden zur Begrenzung von notwendigen Beitragserhöhungen ab Vollendung des 65. Lebensjahres und ggf. zur Beitragssenkung ab Vollendung des 80. Lebensjahres eingesetzt.

Im Jahr 2000 erhielt rd. jeder zehnte Versicherte (n = 81.253) einen Nachlass aus Zuschreibungsmitteln. Der Mittelwert lag bei rd. 1,70 Euro monatlich (Minimum: 0,05 Euro, Maximum: 72,25 Euro). Insgesamt wurden in diesem Jahr die Beiträge der Versicherten der Analysepopulation durch die Verwendung von Zuschreibungsmitteln monatlich in einem Umfang von rd. 138.000 Euro gemindert.

Im Jahr 2020 erhielt knapp die Hälfte der Versicherten (n = 392.516) einen Nachlass aus Zuschreibungsmitteln. Der Mittelwert lag bei rd. 18,20 Euro monatlich (Minimum: 0,01 Euro, Maximum: 755,01 Euro). Insgesamt wurden den Versicherten der Analysepopulation in diesem Jahr Beitragsnachlässe in Höhe von mehr als 7,1 Millionen Euro monatlich gewährt.

### 3.8 Beitragsnachlässe aus der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter

Neben den gesetzlichen Maßnahmen zur Verstetigung der Beitragsentwicklung im Alter (GBZ, Zinsüberschussbeteiligung) existieren zusätzliche individuelle Angebote der Versicherungsunternehmen. So können die Versicherten der Debeka eine

---

<sup>12</sup> Dagegen sind prozentuale Selbstbehalte bei der Debeka weit verbreitet, fast alle Nicht-Beihilfeversicherten hatten im Jahr 2020 einen Tarif mit (begrenztem) prozentualem Selbstbehalt im ambulanten Bereich abgeschlossen.

modifizierte Beitragszahlung für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter (BBM) vereinbaren. Hierfür entrichten sie für die gesamte Versicherungsdauer einen zusätzlichen Beitragsanteil, mit dem für sie eine Beitragssenkung – i. d. R. ab Vollendung des 65. Lebensjahres – finanziert wird. Eine BBM kann nach Vollendung des 20. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres vereinbart werden.

Im Jahr 2020 erhielten rd. 1 % der Versicherten der Analysepopulation einen Beitragsnachlass aus der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter. Dieser betrug im Mittelwert 117,30 Euro (Minimum: 5,00 Euro, Maximum: 573,13 Euro) und erreichte eine Gesamtsumme von mehr als 940.000 Euro monatlich.

### 3.9 Kalkulatorischer Rechnungszins

Der Rechnungszins gehört zu den Kalkulationsgrundlagen eines Tarifes und kann nur im Rahmen einer Prämienanpassung verändert werden. Im Zeitraum von 2000 bis 2012 lag der kalkulatorische Rechnungszins des Versicherungsschutzes für alle Versicherten der Stichprobe bei 3,5 %. Im Jahr 2013 lag der Zinssatz für die große Mehrheit weiterhin bei 3,5 % und bei ganz wenigen Versicherten bei 2,75 %.<sup>13</sup> Im Jahr 2016 wurde der Zinssatz bei rd. 2,6 % der Versicherten auf 3,3 % abgesenkt. Im Jahr 2017 fand schließlich eine Anpassung für die große Mehrheit der Versicherten statt: Für rd. 98 % der Versicherten wurde der Zinssatz auf 3,2 % abgesenkt.

---

<sup>13</sup> Dies steht im Zusammenhang mit der Einführung der Unisex-Tarife im Jahr 2013. Den (in der Stichprobe nicht enthaltenen) Neuzugängen werden seitdem nur noch diese Tarife angeboten. Allerdings können Bestandsversicherte aus Bisex-Tarifen in Unisex-Tarife wechseln.

---

## 4. Deskriptive Analysen der Prämienentwicklung

Die folgenden Darstellungen der Beitragsentwicklung beziehen sich ausschließlich auf die beschriebene Grundgesamtheit der insgesamt 795.567 Versicherten. Diese Versicherten wurden allein nach dem Kriterium einer ununterbrochenen Zugehörigkeit in der Krankheitskostenvollversicherung im Zeitraum 2000 bis 2020 (in Verbindung mit dem Mindestalter von 21 Jahren zu Beginn dieses Zeitraums) ausgewählt. Sie stellen somit weder ein Tarifkollektiv dar, noch entsprechen die für sie bzw. ihre Teilgruppen ermittelten durchschnittlichen Prämienhöhen den „Preisen“ für die in dieser Zeit vertriebenen Versicherungsprodukte.

### 4.1 Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2020

Im Jahr 2020 betrug die durchschnittliche monatliche Prämie für beihilfeversicherte Männer rd. 196 Euro, für beihilfeversicherte Frauen lag die monatliche Prämie mit rd. 208 Euro durchschnittlich um rd. 12 Euro höher (Tabelle 7).<sup>14</sup>

Für nicht-beihilfeversicherte Männer betrug die durchschnittliche monatliche Prämie im Jahr 2020 rd. 452 Euro, für Frauen lag sie mit rd. 504 Euro um ca. 52 Euro höher.

Tabelle 7: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2020)

Altersgruppe	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
41-50 Jahre	178 €	197 €	402 €	478 €
51-60 Jahre	217 €	234 €	472 €	525 €
61-70 Jahre	197 €	207 €	448 €	495 €
71-80 Jahre	181 €	191 €	427 €	491 €
≥ 81 Jahre	194 €	194 €	452 €	508 €
<b>Insgesamt</b>	<b>196 €</b>	<b>208 €</b>	<b>452 €</b>	<b>504 €</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die nicht-beihilfeversicherten Männer zahlten somit nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka im Jahr 2020 durchschnittlich etwa 5 Euro

<sup>14</sup> Im Folgenden handelt es sich immer um die Monatsprämien in voller Höhe. Bei den Beihilfeversicherten entspricht dies dem tatsächlichen Zahlungsbetrag unter Berücksichtigung des Beihilfe-Erstattungssatzes, bei den Nicht-Beihilfeversicherten bleiben ggf. von Arbeitgebern oder Rentenversicherungsträgern gezahlte Zuschüsse unberücksichtigt.

weniger als ein GKV-Mitglied mit einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen monatlich für seine Krankenversicherung zu zahlen hatte (rd. 457 Euro).<sup>15</sup> Die nicht-beihilfeversicherten Frauen zahlten hingegen nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka durchschnittlich rd. 47 Euro mehr als GKV-Mitglieder mit durchschnittlichem Bruttoeinkommen.

Insoweit es sich nicht um geringfügig Beschäftigte oder um nicht erwerbstätige Personen handelt, hätten die Nicht-Beihilfeversicherten der Debeka in der GKV überwiegend den Höchstbeitrag zu zahlen.<sup>16</sup> Im Jahr 2020 betrug dieser 736 Euro monatlich und lag damit rd. 62,8 % höher als die durchschnittliche monatliche Prämie eines nicht-beihilfeversicherten Mannes und um rd. 46,0 % höher als die durchschnittliche monatliche Prämie einer nicht-beihilfeversicherten Frau nach jeweils mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka.

Dieser Vergleich der GKV- und PKV-Beiträge ist allerdings mit einigen Einschränkungen verbunden: Auf der einen Seite wurden Unterschiede im Leistungsumfang nicht berücksichtigt, auf der anderen Seite können in der GKV nicht erwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden.

---

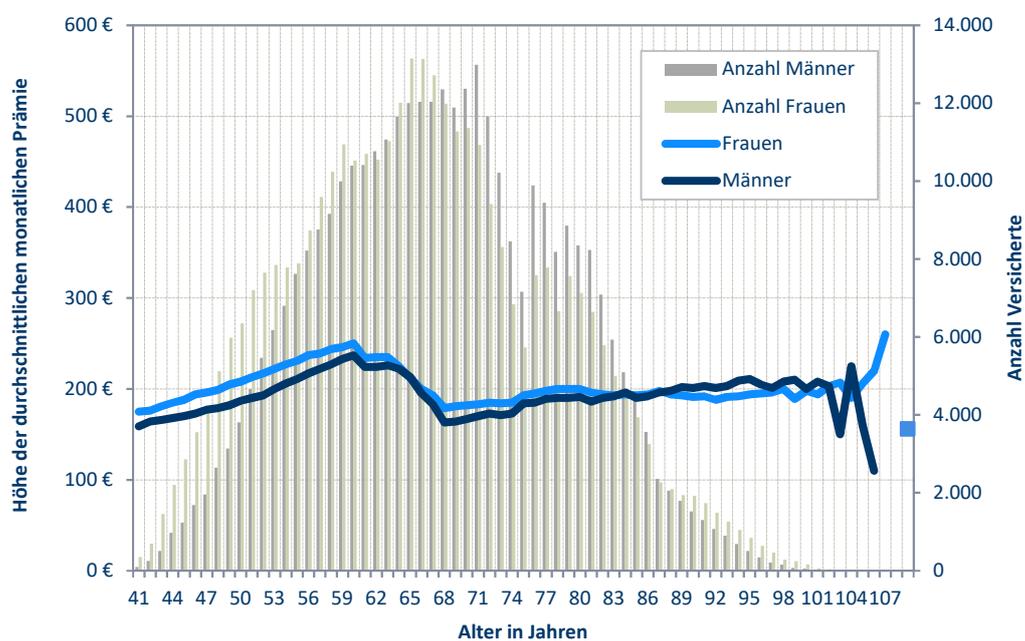
<sup>15</sup> Grundlage sind die Bruttolöhne und -gehälter monatlich je Arbeitnehmer gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für das erste und zweite Quartal 2020. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung Vierteljahresergebnisse, 2. Vierteljahr 2020, Fachserie 18, Reihe 1.2, Wiesbaden.

<sup>16</sup> Dies gilt für Arbeitnehmer, auf die der Großteil der Nicht-Beihilfeversicherten entfällt (vgl. Tabelle 1); für hauptberuflich Selbständige hat sich die Beitragsbemessung seit Jahresbeginn 2019 verändert. Bis dahin hatten sie als freiwillig gesetzlich Versicherte – außer beim Nachweis niedrigerer Einnahmen – den GKV-Höchstbeitrag zu zahlen. Zudem durften ihre Beiträge eine Mindestgrenze nicht unterschreiten. Infolge des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) entspricht die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der hauptberuflich Selbständigen nicht mehr im Regelfall der Beitragsbemessungsgrenze; zudem wurden die Mindestbeiträge deutlich herabgesetzt (vgl. § 240 Abs. 4 SGB V).

---

Das Altersprofil der durchschnittlichen Monatsprämien für Beihilfeversicherte mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt im Jahr 2020 bis zu den 60-Jährigen einen leichten Anstieg, anschließend bis zu den 68-Jährigen eine kontinuierlich Absenkung und ab den 69-Jährigen wieder einen leichten Anstieg (Abbildung 11). Wegen der vergleichsweise schwachen Besetzung der Altersgruppen ab ca. 95 Jahren ist das altersbezogene Beitragsprofil für diese Altersbereiche nur sehr begrenzt aussagekräftig.

Abbildung 11: Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2020



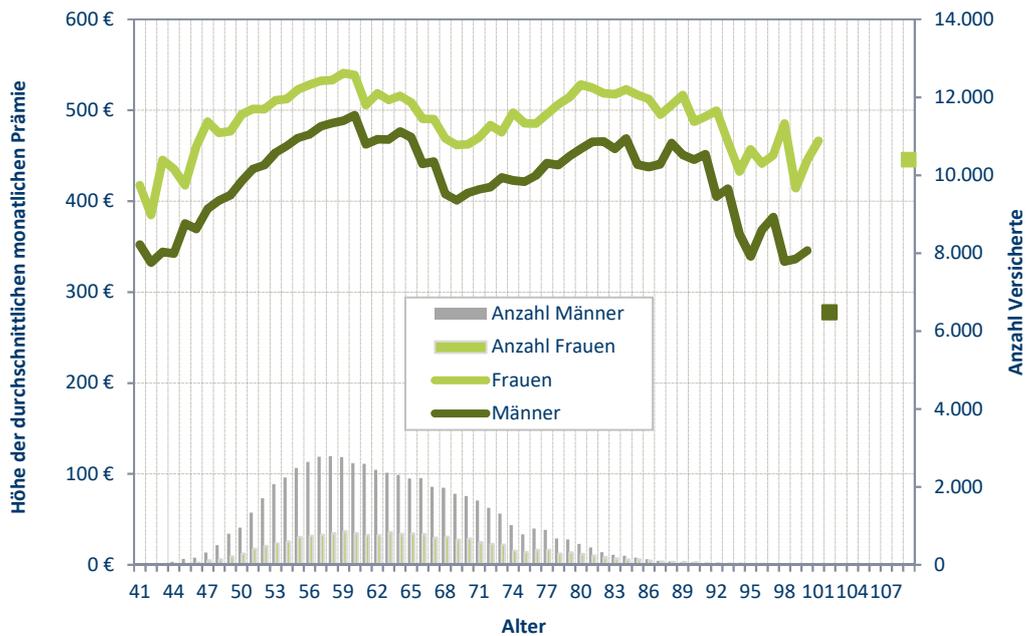
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

Bei den Nicht-Beihilfeversicherten mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt sich ein ähnliches Altersprofil im Jahr 2020: Bis zu den 60-Jährigen steigen die durchschnittlichen monatlichen Prämien leicht an, danach sinken sie tendenziell bis zu den 70-Jährigen, um dann ab den 71-Jährigen wieder leicht

anzusteigen (Abbildung 12). Im Vergleich zu den Beihilfeversicherten sind die Altersgruppen der Nicht-Beihilfeversicherten alle deutlich schwächer besetzt. Insbesondere ab dem Alter von 80 Jahren sind die Besetzungszahlen sehr gering.

Abbildung 12: Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

Die Spannweite der Monatsprämien über alle Altersgruppen lag im Jahr 2020 zwischen 0 Euro und 778 Euro für Beihilfeversicherte und zwischen 0 Euro und 1.246 Euro für Nicht-Beihilfeversicherte (Tabelle 8).

Tabelle 8: Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2020

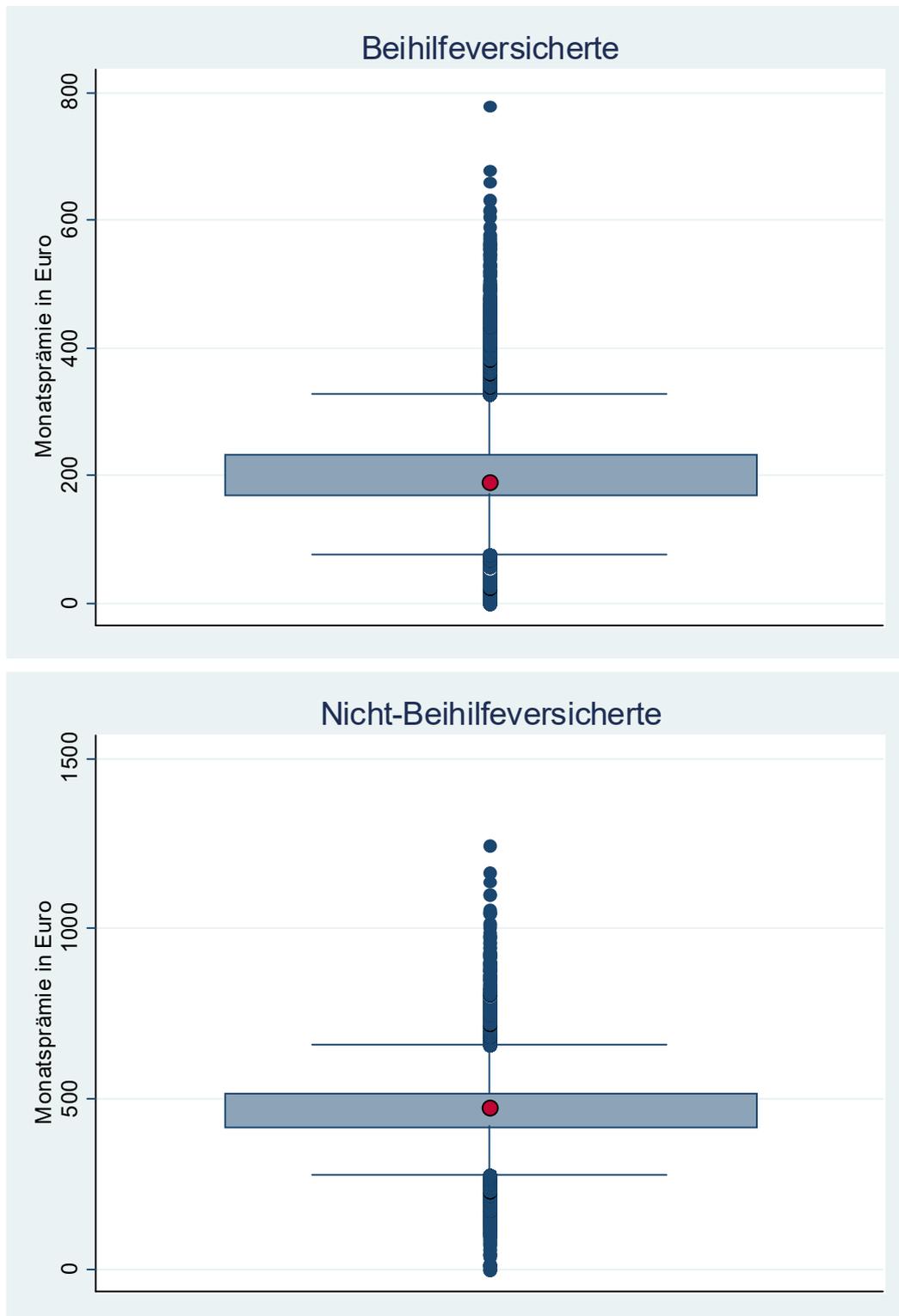
Altersgruppe	Männer				Frauen			
	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte		Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
41-50 Jahre	55 €	384 €	172 €	727 €	39 €	445 €	236 €	772 €
51-60 Jahre	40 €	577 €	189 €	1.048 €	65 €	565 €	248 €	988 €
61-70 Jahre	24 €	574 €	106 €	971 €	31 €	632 €	163 €	1.164 €
71-80 Jahre	26 €	778 €	85 €	1.003 €	32 €	606 €	192 €	1.246 €
≥ 81 Jahre	0 €	615 €	0 €	1.010 €	0 €	572 €	0 €	1.137 €
<b>insgesamt</b>	<b>0 €</b>	<b>778 €</b>	<b>0 €</b>	<b>1.048 €</b>	<b>0 €</b>	<b>632 €</b>	<b>0 €</b>	<b>1.246 €</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Diese Extremwerte betrafen jedoch nur Einzelfälle (Abbildung 13). Rund 97,9 % (n = 699.981) der Beihilfeversicherten zahlten im Jahr 2020 eine Monatsprämie zwischen 100 Euro und 300 Euro. Bei den Nicht-Beihilfeversicherten betrug der Anteil derer, die eine Monatsprämie zwischen 300 Euro und 600 Euro entrichteten, rund 88,7 % (n = 71.466).

---

Abbildung 13: Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka  
Anmerkung: Der rote Kreis markiert den Median.

**Beschreibung von Extremfällen 1 –****Versicherte mit einer monatlichen Prämie von 0 Euro**

Versicherte mit einer Prämie von 0 Euro waren durch folgende Merkmale im Jahr 2020 gekennzeichnet:

- ◆ hohes Alter (> 82 Jahre)
- ◆ Versicherungszugehörigkeit zwischen 26 und 60 Jahren
- ◆ monatliche Prämiennachlässe aus Zuschreibungsmitteln zwischen 43 Euro und 565 Euro

Des Weiteren galten im Beobachtungszeitraum für die meisten dieser Versicherten folgende Merkmale:

- ◆ Absenkung des Leistungsumfangs
- ◆ Zugewinn der Beihilfe

## 4.2 Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum

Die durchschnittliche Prämienveränderung lag im Beobachtungszeitraum für die im jeweiligen Jahr Beihilfeversicherten zwischen -1,4 % im Jahr 2016 und 11,6 % im Jahr 2003 (Abbildung 14). In den einzelnen Berichtsjahren variierten die durchschnittlichen Prämienveränderungen erheblich. Ein Muster ist hierbei nicht zu erkennen. In zwei Beobachtungsjahren gab es für die Beihilfeversicherten durchschnittlich Prämiensteigerungen über zehn Prozent und in drei weiteren Jahren über fünf Prozent, in neun Beobachtungsjahren kam es dagegen durchschnittlich zu geringen Prämienenkungen und in zwei Beobachtungsjahren gab es durchschnittliche Prämiensteigerungen in Höhe von unter einem Prozent. Diese bereits bei einer Durchschnittsbetrachtung sichtbaren Schwankungen der Prämienentwicklung stehen teilweise im Zusammenhang mit den aufsichtsrechtlichen Vorschriften, denen die Versicherungsunternehmen unterliegen.<sup>17</sup>

Mit einer Ausnahme im Beobachtungszeitraum waren die durchschnittlichen jährlichen Prämiensteigerungen für die im jeweiligen Jahr Nicht-Beihilfeversicherten höher als für Beihilfeversicherte. Die Prämiensteigerungen betragen für Nicht-Beihilfeversicherte durchschnittlich zwischen 0,5 % und 14,9 %. Eine durchschnittliche Prämiensteigerung von über zehn Prozent kam in fünf und von über fünf Prozent in weiteren zwei Beobachtungsjahren vor, unter einem Prozent lag die durchschnittliche Prämiensteigerung in acht Beobachtungsjahren.

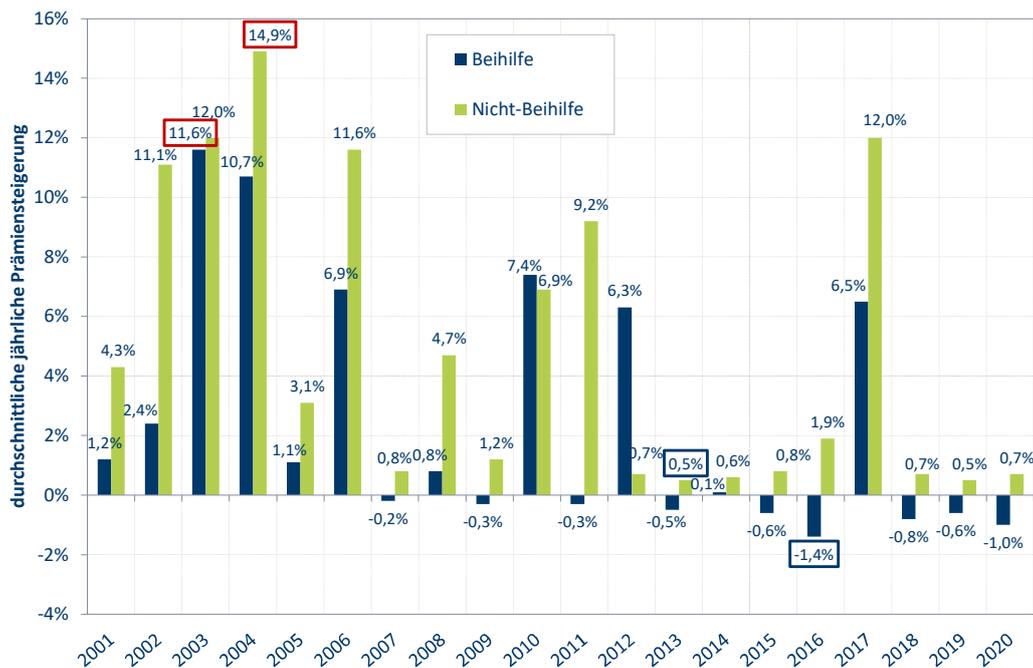
Bei der dargestellten Prämienentwicklung ist zu berücksichtigen, dass sie den prämienerhöhenden Effekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags enthält (vgl. dazu auch Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.5). Diesem über mehrere Jahre verteil-

---

<sup>17</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen zur Rolle der auslösenden Faktoren in Kapitel 7.2.

ten prämienerhöhenden Effekt stehen jedoch erwartete spätere Beitragsentlastungen des gesetzlichen Beitragszuschlags im Alter gegenüber, die in der dargestellten Entwicklung nicht bzw. nicht vollständig enthalten sind.

Abbildung 14: Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2001-2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

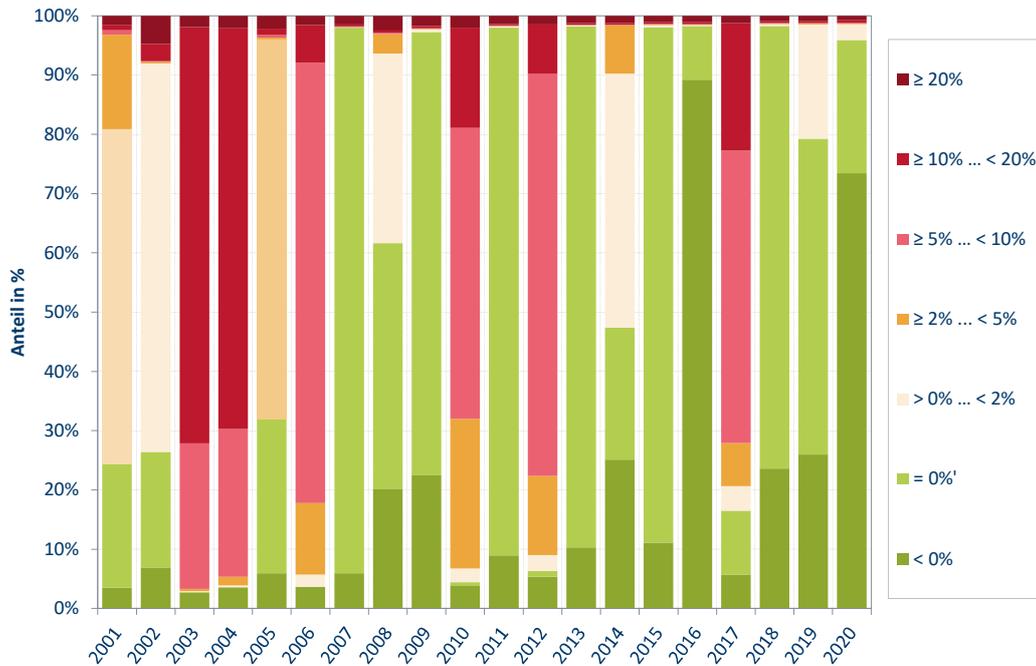
Anmerkung: Die Veränderung bezieht sich jeweils auf den Zeitraum vom 2. Januar bis zum 1. Januar des darauffolgenden Jahres, d. h. beispielsweise die Werte für das Jahr 2001 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2000 bis zum 1. Januar 2001.

Die nachfolgenden Darstellungen illustrieren, welche Anteile der Versicherten in den einzelnen Jahren von welchen Prämienänderungen (nach prozentualen Größenklassen) betroffen waren: Die Farben variieren dabei von dunkelgrün = „Prämienenkung“ über hellgrün bis rot und dunkelrot = „Prämiensteigerungen um mind. 20 %“ (Abbildung 15 und Abbildung 16).

In den Beobachtungsjahren 2003 und 2004 erhöhten sich für einen Großteil der Beihilfeversicherten die Prämien zwischen 10 % und 20 % (Abbildung 15). In den vier Beobachtungsjahren 2006, 2010, 2012 und 2017 lagen die Prämiensteigerungen für die Mehrheit der Beihilfeversicherten zwischen fünf und zehn Prozent. In sieben Beobachtungsjahren änderte sich die Prämie für die Mehrheit der Versicherten nicht. In allen Beobachtungsjahren gab es stets einen kleinen Anteil von Personen, die von Prämiensteigerungen über 20 % betroffen waren, aber immer auch Beihilfeversicherte, deren Prämie sanken. In sieben Beobachtungsjahren lag der Anteil letzterer bei über 20 % der Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit,

in zwei Beobachtungsjahren gab es sogar für über 70 % der Beihilfeversicherten eine Prämienreduktion.

Abbildung 15: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2001-2020

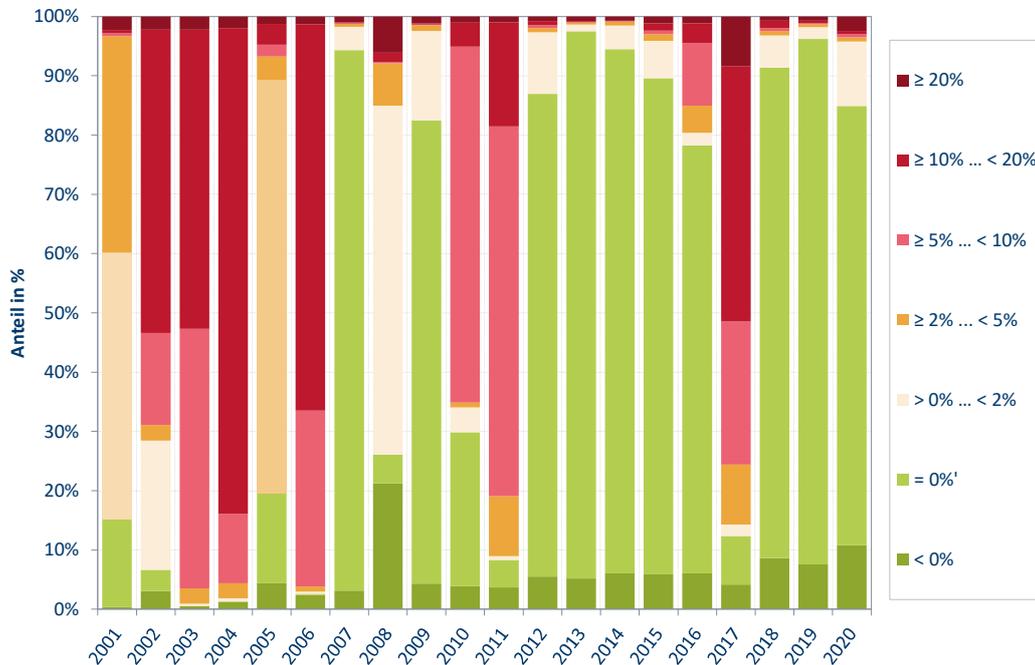


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die Veränderung bezieht sich jeweils auf den Zeitraum vom 2. Januar bis zum 1. Januar des darauffolgenden Jahres, d. h. beispielsweise die Werte für das Jahr 2001 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2000 bis zum 1. Januar 2001.

Für die Nicht-Beihilfeversicherten stiegen in fünf Jahren des Beobachtungszeitraums die Prämien mehrheitlich zwischen 10 % und 20 % bzw. über 20 %, in weiteren zwei Beobachtungsjahren mehrheitlich zwischen 5 % und 10 % (Abbildung 16). In zehn Beobachtungsjahren änderte sich die Prämie für die Mehrheit der Nicht-Beihilfeversicherten nicht. Auch bei den Nicht-Beihilfeversicherten gab es in allen Jahren einen vergleichsweise geringen Anteil an Versicherten mit Prämiensteigerungen über 20 % bzw. mit einem Rückgang der Prämie. Im Jahr 2008 traf letzteres auf mehr als jeden fünften Nicht-Beihilfeversicherten zu.

Abbildung 16: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2001-2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die Veränderung bezieht sich jeweils auf den Zeitraum vom 2. Januar bis zum 1. Januar des darauffolgenden Jahres, d. h. beispielsweise die Werte für das Jahr 2001 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2000 bis zum 1. Januar 2001.

Sowohl bei den Beihilfeversicherten als auch bei den Nicht-Beihilfeversicherten zeigt sich für den gesamten Beobachtungszeitraum, dass die Versicherten mit sehr hohen prozentualen Prämiensteigerungen ( $\geq 20\%$ ) zuvor im Median geringere monatliche Prämien zahlten als Versicherte, deren Prämien vergleichsweise geringer zunahmen.

Dafür, dass bei Prämien erhöhungen die prozentual stärksten Anhebungen die Versicherten betreffen, die zuvor im Durchschnitt geringere Prämien gezahlt haben, kann es unterschiedliche Gründe geben. Ein wesentlicher Grund können Unterschiede im Ausmaß der Bildung von Alterungsrückstellungen sein. So ist eine häufige Konstellation unter den Versicherten mit starken prozentualen Prämiensteigerungen, dass das geringe vorherige Prämienniveau aus der Anrechnung von im Vergleich zum Leistungsniveau überproportional hohen Alterungsrückstellungen resultiert. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass zu Beginn der Versicherungshistorie Alterungsrückstellungen auf einem höheren Leistungsniveau gebildet wurden, bevor später der Versicherungsumfang reduziert wurde. Darüber hinaus können Prämien erhöhungen in der Vergangenheit in unterschiedlichem Ausmaß durch Limitierungsmaßnahmen (z. B. aus Zuschreibungen oder dem GBZ) reduziert

worden sein. Als Konsequenz ergeben sich rechnerisch zwar ähnliche absolute Prämienhöhungen für Versicherte, die zum Zeitpunkt der Erhöhung einen ähnlichen Leistungsumfang versichert haben. Für die Versicherten aber, die aufgrund höherer Alterungsrückstellungen oder höherer Nachlässe aus Limitierungsmaßnahmen in der Vergangenheit ein geringeres Prämienniveau erreicht hatten, resultiert dann rechnerisch eine deutlich höhere prozentuale Prämienanpassung.

Die mittlere jährliche Prämienveränderung im gesamten Beobachtungszeitraum betrug für alle Versicherten rd. 2,2 % (Tabelle 9). Werden lediglich die letzten fünf Jahre betrachtet, lag die mittlere Veränderung bei nur rd. 0,4 % p. a. Am unteren Rand, d. h. für die 1 % der Versicherten mit den geringsten Prämienanpassungsbelastungen, sanken die Prämien um 1,5 % p. a. oder mehr. Am oberen Rand, für die 1 % der Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämienanpassungsbelastungen, erhöhten sich die Prämien um jahresdurchschnittlich 6,8 % oder mehr. Dabei nimmt diese Varianz erwartungsgemäß deutlich zu, je kürzer man den zurückliegenden Zeitraum vom Jahr 2020 aus betrachtet wählt: So reichte das Spektrum der jahresdurchschnittlichen Prämienveränderungen innerhalb der letzten fünf Jahre von -9,8 % bis +12,3 %.

Tabelle 9: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien, 2000-2020

Zeitraum	Mittelwert	1 %-Perzentil	99 %-Perzentil
20 Jahre	2,2%	-1,5%	6,8%
10 Jahre	0,5%	-5,9%	7,2%
5 Jahre	0,4%	-9,8%	12,3%

Quelle: IGES aus Basis von Daten der Debeka

## 5. Fokusgruppen für die weiteren Analysen

### 5.1 Einteilung der Versicherten in drei „Status-Gruppen“

Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen haben bereits gezeigt, dass der Status der Versicherten (Beihilfe, Nicht-Beihilfe) ein zentrales Unterscheidungsmerkmal für Prämienhöhe und -entwicklung ist. Für die vertiefenden Analysen der Ursachen hoher Prämiensteigerungen sollte zusätzlich ein Fokus auf den Einfluss von Statuswechseln gelegt werden. Aus diesem Grund wurde die Grundgesamtheit vorab in drei „Status-Gruppen“ eingeteilt:

1. Status-Gruppe 1 „durchgehend beihilfeversichert“  
umfasst Personen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum durchgehend beihilfeversichert waren.
2. Status-Gruppe 2 „durchgehend Arbeitnehmer oder durchgehend selbständig“

umfasst Personen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum entweder durchgängig einen „Arbeitnehmer oder sonstigen Status“ oder durchgängig einen Status als Selbständige aufwiesen. Zusätzlich wurden zu dieser Gruppe auch die Versicherten gezählt, die bis zum Alter von 54 Jahren durchgängig den Status „selbständig“ hatten und ab dem Alter von 55 Jahren einmalig von „selbständig“ zu „Arbeitnehmer und sonstige Versicherte“ wechselten. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass dieser „Statuswechsel“ vermutlich in den meisten Fällen lediglich auf der Kündigung einer Krankentagegeldversicherung bei Eintritt in das Rentenalter basiert (vgl. zur Identifikation der Selbständigen im Datensatz Kapitel 3).

### 3. Status-Gruppe 3 „Statuswechsler“

umfasst Personen, die im Beobachtungszeitraum mindestens einmal ihren Status gewechselt haben. Nicht enthalten sind allerdings die Versicherten, die bis zum Alter von 54 Jahren durchgängig den Status „selbständig“ hatten und ab dem Alter von 55 Jahren einmalig von „selbständig“ zu „Arbeitnehmer und sonstige Versicherte“ wechselten (vgl. Status-Gruppe 2).

Anhand dieser Definition zählte mit rund 88,4% (n = 703.616) die große Mehrheit der Versicherten der Grundgesamtheit zur Status-Gruppe 1 („durchgehend beihilfeversichert“), rund 8,8 % (n = 70.300) zur Status-Gruppe 2 („durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig“) und rd. 2,7 % (n = 21.651) zur Status-Gruppe 3 der „Statuswechsler“ (Tabelle 10).

Tabelle 10: Einteilung der Grundgesamtheit in „Status-Gruppen“

Gruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	<b>beihilfeversichert</b> durchgehend	703.616	88,4%
2	<b>Arbeitnehmer</b> durchgehend <b>selbständig</b> durchgehend bis Alter 55 (danach Wechsel in sonstigen Status)	70.300	8,8%
3	<b>Statuswechsler</b> - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	21.651	2,7%
		<b>795.567</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Status-Gruppe 3 umfasst unterschiedliche Arten des Statuswechsels und ist daher sehr heterogen. Sie lässt sich weitergehend differenzieren, insbesondere nach „Gewinn“ vs. „Verlust“ eines Beihilfeanspruchs sowie nach einmaligem vs. mehrmaligem Wechsel zwischen selbständiger Tätigkeit, abhängiger Beschäftigung bzw. sonstigem Status und Beihilfe (Tabelle 11). Der größte Anteil entfiel dabei mit rund einem Drittel (n = 7.204) auf die Gruppe der Versicherten, die im Beobachtungszeitraum mehrfach den Status wechselten sowie auf die Versicherten mit einem einmaligen Zugewinn der Beihilfe (31,6 %, n = 6.842).

Tabelle 11: Zusammensetzung der Status-Gruppe 3 („Statuswechsler“)

Untergruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	einmaliger <b>Zugewinn</b> der <b>Beihilfe</b>	6.842	31,6%
2	einmaliger <b>Verlust</b> der <b>Beihilfe</b>	5.551	25,6%
3	Wechsel zwischen „ <b>selbständig</b> “ und <b>sonstigem Status</b>	2.054	9,5%
4	Mehrfachwechsler - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe und / oder - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	7.204	33,3 %
		<b>21.651</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Heterogenität dieser Status-Gruppe zeigt sich auch in den folgenden Ergebnisauswertungen. So führt ein Zugewinn der Beihilfe im Beobachtungszeitraum ceteris paribus zu einer Beitragsentlastung, während der Verlust der Beihilfe starke Prämien erhöhungen zur Folge hat. Dagegen bewirkt der Wechsel zwischen „selbständig“ und sonstigem Status bzw. dem Status als Arbeitnehmer aus Sicht der Debeka keinen Beitragsunterschied. Aus Sicht der Versicherungsnehmer ist aber ein solcher Wechsel mit Veränderungen der Beitragsbelastungen verbunden, weil Selbständige ihre Beiträge vollständig selbst zahlen, während Arbeitnehmer Beitragszuschüsse ihrer Arbeitgeber erhalten.

## 5.2 Identifikation von Fokusgruppen

Für die weiteren Analysen ist zu definieren, was unter starken oder sprunghaften Beitragssteigerungen verstanden werden soll. Um diejenigen Versicherten mit derartigen Beitragsentwicklungen (im Folgenden „Fokusgruppen“ genannt) in der Grundgesamtheit abzugrenzen, wurden drei unterschiedliche Referenzmaßstäbe herangezogen:

- ♦ Als **endogener Referenzmaßstab** zur Kennzeichnung eines starken Beitragsanstiegs wurde die Grundgesamtheit – jeweils separat für die drei Statusgruppen – nach der Höhe der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienveränderung im Beobachtungszeitraum 2000-2020 sortiert und in drei ungefähr gleich große Gruppen eingeteilt. Der Fokus liegt hier auf den Versicherten, deren jahresdurchschnittliche prozentuale Prämiensteigerung das mittlere Drittel um einen bestimmten Schwellenwert überschreitet (→ „**Fokusgruppe 1**“).
- ♦ Als **exogener Referenzmaßstab** zur Kennzeichnung eines starken Beitragsanstiegs wurde die jahresdurchschnittliche absolute Änderung des monatlichen GKV-Höchstbeitrags im Beobachtungszeitraum (11,84 Euro

p. a.) verwendet.<sup>18</sup> Diesen Beitrag hätten abhängig Beschäftigte und hauptberuflich Selbständige, die beitragspflichtige Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze beziehen, als freiwillige Mitglieder in der GKV regulär zu entrichten. Der Fokus liegt hier auf den Versicherten der Grundgesamtheit, deren monatliche Prämien im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um deutlich mehr als 11,84 Euro p. a. gestiegen sind (+10 % bzw. 13,03 Euro) (→ „**Fokusgruppe 2**“).

- ◆ Kriterien zur Kennzeichnung einer **sprunghaften Beitragsentwicklung** sind die Anzahl von Prämienerrhöhungen um mindestens 10 % sowie um mindestens 20 % im Beobachtungszeitraum (→ „**Fokusgruppe 3**“).

Das im Folgenden beschriebene Vorgehen zur konkreten Abgrenzung der Fokusgruppen wurde von den Studienautoren entwickelt, um eine aussagekräftige und nachvollziehbare Charakterisierung „starker“ bzw. „sprunghafter“ Beitragsveränderungen zu erreichen. Ein allgemein etablierter objektiver Maßstab existiert hierfür jedoch nicht. Andere Abgrenzungen bzw. Schwellenwerte sind ebenfalls vorstellbar und würden die Anzahl der Versicherten, die in eine Fokusgruppe fallen, verändern.

### 5.2.1 Endogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen

Die Fokusgruppe 1 wurde anhand der Terzile der prozentualen Prämiensteigerung in drei Schritten abgegrenzt:

1. Berechnung der Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämiensteigerung im Beobachtungszeitraum (2000-2020) separat für alle drei Status-Gruppen,
2. Ermittlung der „Breite“ des mittleren Drittels in Prozentpunkten (Interterzilabstand) für jede Status-Gruppe,
3. Festlegung der „Fokusgruppe 1“ jeweils als Teilmenge der Versicherten, deren durchschnittliche Prämiensteigerungen das zweite Terzil zuzüglich einer aus dem Interterzilabstand abgeleiteten Marge übersteigen.

Die Ermittlung der Terzile im ersten Schritt ergab für das erste Drittel Mittelwerte der jahresdurchschnittlichen Prämienänderungen zwischen -2,8 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) und 1,4 % für die Versicherten der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) (Tabelle 12). Im oberen Drittel variierte der Mittelwert der jahresdurchschnittlichen Prämienänderungen zwischen 3,8 % für die Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) und 7,5 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler).

---

<sup>18</sup> Zugrunde gelegt wurde der jeweilige allgemeine Beitragssatz des Jahres inklusive dem zusätzlichen Beitragssatz gem. § 241a SGB V (alte Fassung) für die Jahre 2005 bis 2014 und ohne Berücksichtigung krankenkassenindividueller Zusatzbeiträge bzw. exklusive dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V seit dem Jahr 2015.

---

Tabelle 12: Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (2000-2020)

Terzile	Anzahl	Mittelwert	Std.abw.	Min	Max
<b>Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert)</b>					
unteres Drittel	234.542	0,4%	0,8%	-100,0% <sup>19</sup>	1,4%
mittleres Drittel	234.542	2,0%	0,4%	1,4%	2,6%
oberes Drittel	234.542	3,8%	1,1%	2,6%	11,6%
<b>Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)</b>					
unteres Drittel	23.434	1,4%	1,9%	-100,0%	2,7%
mittleres Drittel	23.434	3,5%	0,5%	2,7%	4,2%
oberes Drittel	23.434	4,9%	0,7%	4,2%	10,6%
<b>Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)</b>					
unteres Drittel	7.217	-2,8%	5,4%	-100,0%	0,4%
mittleres Drittel	7.217	2,5%	1,3%	0,4%	4,9%
oberes Drittel	7.217	7,5%	1,5%	4,9%	14,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Der Vergleich der Standardabweichungen in den Dritteln zwischen den drei Status-Gruppen zeigt bereits eine stärkere Streuung der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienveränderungen unter den Status-Wechslern (Gruppe 3), die durch die nachfolgenden Histogramm-Darstellungen illustriert wird (Abbildung 17 bis Abbildung 19). Entsprechend ist auch die Differenz zwischen dem Minimum und dem Maximum der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienveränderungen für Status-Gruppe 3 am größten (28,6 Prozentpunkte gegenüber 23 Prozentpunkten für Status-Gruppe 1 und 20,3 Prozentpunkte für Status-Gruppe 2).

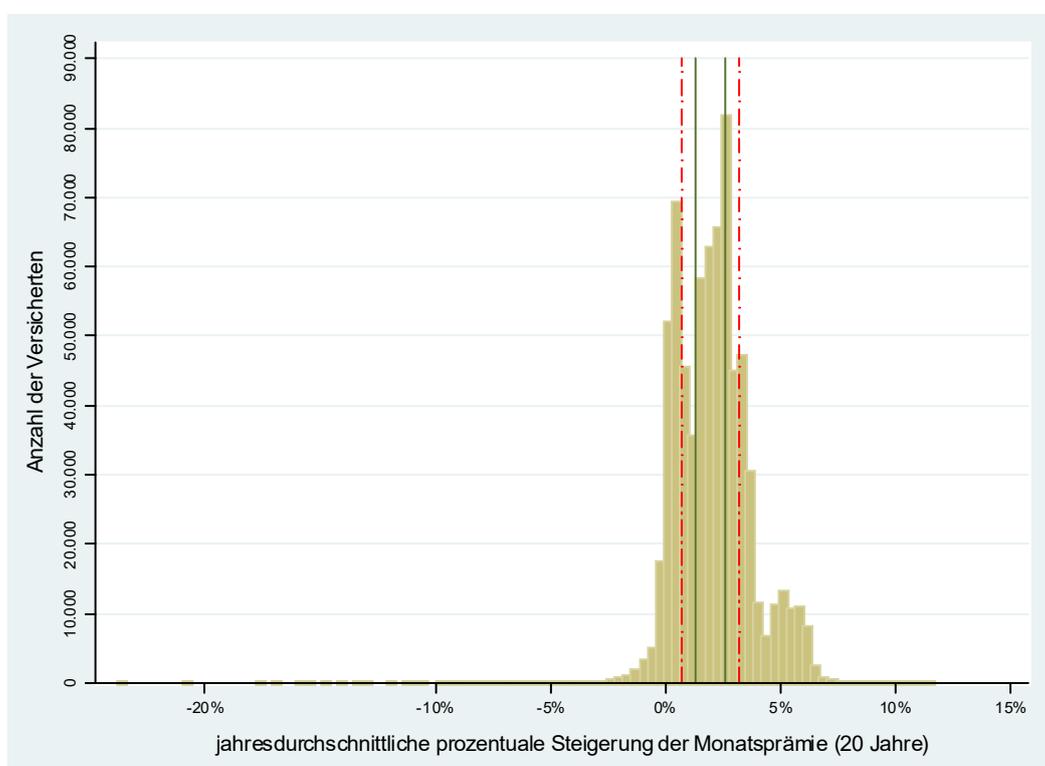
Bei allen drei Status-Gruppen sind die Verteilungen in den oberen Dritteln rechtschief. Das heißt, ein großer Teil der Versicherten, die dem oberen Drittel zugeordnet wurden, hatten jahresdurchschnittliche prozentuale Beitragssteigerungen in einer Höhe, die relativ dicht an der Grenze zum mittleren Drittel lag. Dies trifft insbesondere auf die Gruppe 2 der durchgehend abhängig Beschäftigten bzw. Selbständigen zu (Abbildung 18).

Mit der endogenen Abgrenzung hoher Beitragssteigerungen soll ein Randbereich definiert werden, der durch Distanz zum mittleren Drittel gekennzeichnet ist. Die Größe der Distanz, die gewählt wird, um „starke“ Beitragssteigerungen zu kennzeichnen, ist letztlich normativ festzulegen. Im Folgenden wird für die Definition

<sup>19</sup> Dieser Extremfall tritt ein, wenn ein Versicherter im Zeitverlauf keine Prämie mehr bezahlen muss (Prämienhöhe: 0 Euro) (vgl. dazu auch „Beschreibung von Extremfällen 1“).

der Fokusgruppe 1 als Distanz die Hälfte (das 0,5-fache) der Prozentwerte-Spanne des mittleren Drittels gewählt (in Abbildung 17 bis Abbildung 19 jeweils die obere bzw. rechte gestrichelte rote Linie). Von den Versicherten in den oberen Dritteln zählen demnach diejenigen Versicherten zur Fokusgruppe, deren jahresdurchschnittlichen prozentualen Beitragssteigerungen oberhalb dieser Grenzwerte liegen. Entsprechend der Endogenität des Referenzmaßstabes führt die gleiche Distanz zum mittleren Drittel für die drei Status-Gruppen aufgrund der unterschiedlichen Interterzilabstände jeweils zu anderen Grenzwerten.

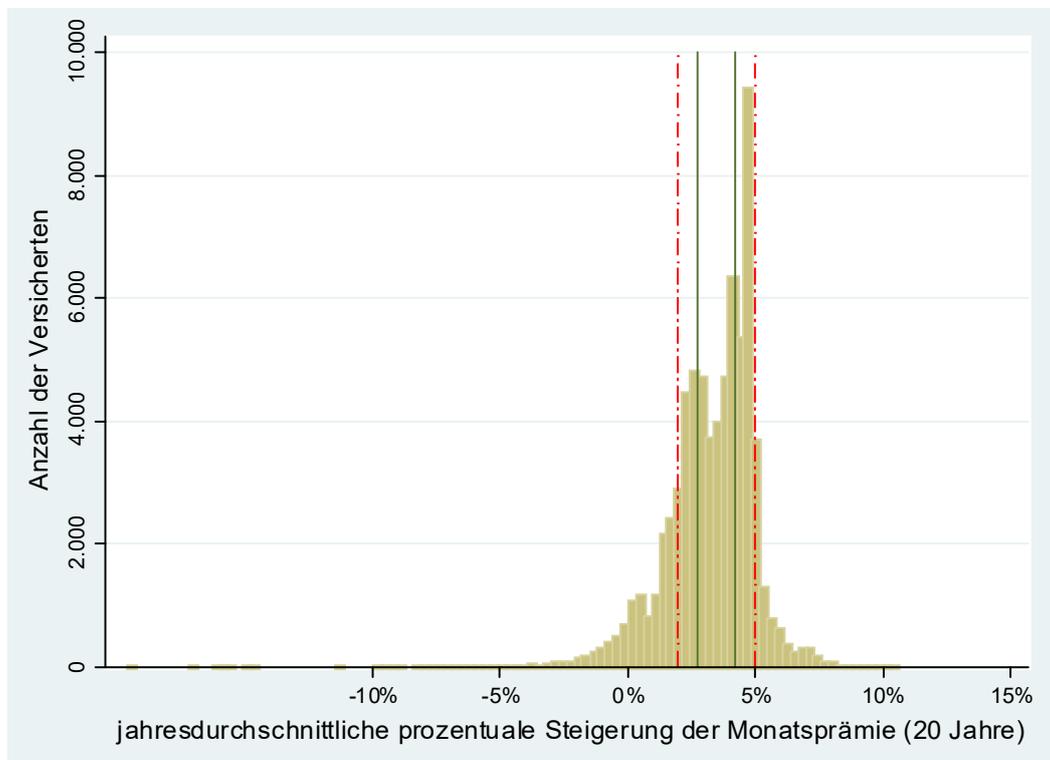
Abbildung 17: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 1



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Rechte gestrichelte rote Linie kennzeichnet Schwellenwert zur Abgrenzung von Fokusgruppe 1 (drittes Terzil zuzüglich des 0,5-fachen des Interterzilabstandes).

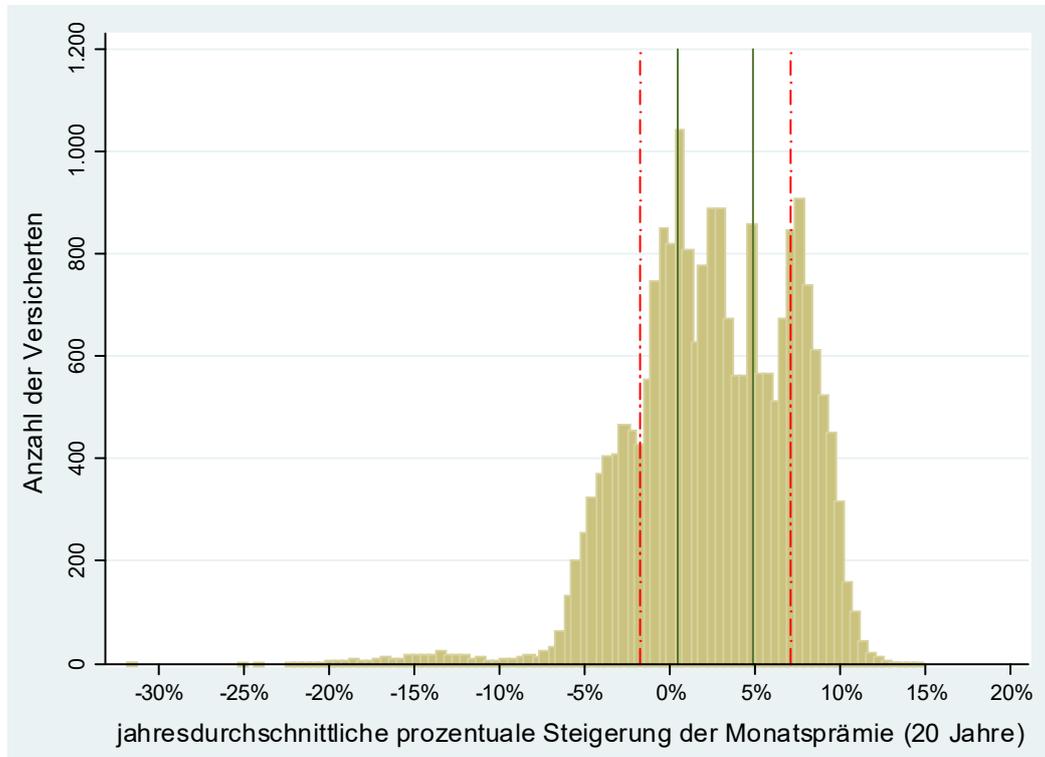
Abbildung 18: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 2



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Rechte gestrichelte rote Linie kennzeichnet Schwellenwert zur Abgrenzung von Fokusgruppe 1 (drittes Terzil zuzüglich des 0,5-fachen des Interterzilabstandes).

Abbildung 19: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2000-2020 für die Versicherten der Status-Gruppe 3

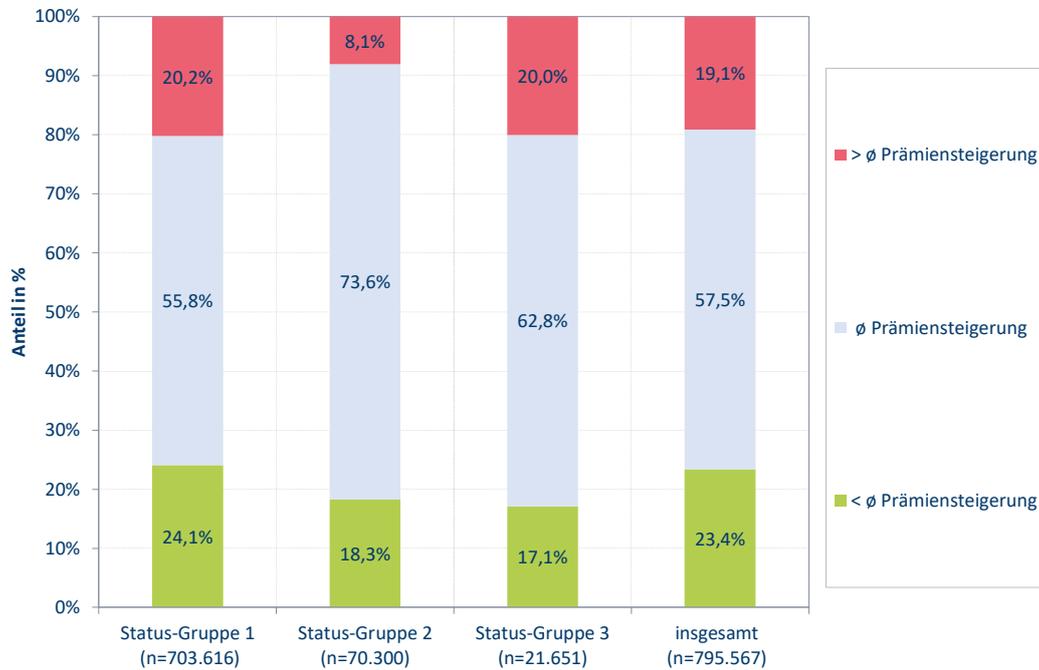


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Rechte gestrichelte rote Linie kennzeichnet Schwellenwert zur Abgrenzung von Fokusgruppe 1 (drittes Terzil zuzüglich des 0,5-fachen des Interterzilabstandes).

Nach der gewählten endogenen Definition der Fokusgruppe – das 0,5-fache des Interterzilabstandes als Schwellenwert im oberen Drittel – hatten 20,2 % der Beihilfeversicherten (Status-Gruppe 1), 8,1 % der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten (Status-Gruppe 2) und 20,0 % der Status-Wechsler (Status-Gruppe 3) starke durchschnittliche Beitragserhöhungen im Zeitraum 2000-2020 (Abbildung 20). Da die Beihilfeversicherten die zahlenmäßig stärkste Status-Gruppe bilden, liegt der durchschnittliche Anteil der Versicherten mit starken Beitragssteigerungen über alle Status-Gruppen mit 19,1 % relativ dicht an dem Wert für Status-Gruppe 1.

Abbildung 20: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (endogener Maßstab)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Wahl des 0,5-fachen des Interterzilabstandes als Schwellenwert im oberen Drittel lässt sich, wie eingangs erwähnt, nicht objektiv begründen, sondern wird lediglich definitorisch festgelegt. Daher werden in einer Sensitivitätsbetrachtung ergänzend auch die Anteilswerte bei alternativen Setzungen des Schwellenwertes ausgewiesen, nämlich für das 0,25-fache und für das 0,75-fache des Interterzilabstandes (Tabelle 13).

Tabelle 13: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (endogener Maßstab)

	< Ø Prämiensteigerung		Ø Prämiensteigerung		> Ø Prämiensteigerung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Abweichung um das 0,25-fache des Interterzilabstandes</b>						
Gruppe 1 (n = 703.616)	202.509	28,8%	330.484	47,0%	170.623	24,2%
Gruppe 2 (n = 70.300)	17.544	25,0%	36.436	51,8%	16.320	23,2%
Gruppe 3 (n = 21.651)	5.152	23,8%	10.637	49,1%	5.862	27,1%
<b>insgesamt (n = 795.567)</b>	<b>225.205</b>	<b>28,3%</b>	<b>377.557</b>	<b>47,5%</b>	<b>192.805</b>	<b>24,2%<sup>1</sup></b>
<b>Abweichung um das 0,5-fache des Interterzilabstandes</b>					<b>Fokusgruppe 1</b>	
Gruppe 1 (n = 703.616)	169.228	24,1%	392.288	55,8%	142.100	20,2%
Gruppe 2 (n = 70.300)	12.872	18,3%	51.757	73,6%	5.671	8,1%
Gruppe 3 (n = 21.651)	3.704	17,1%	13.607	62,8%	4.340	20,0%
<b>insgesamt (n = 795.567)</b>	<b>185.804</b>	<b>23,4%</b>	<b>457.652</b>	<b>57,5%</b>	<b>152.111</b>	<b>19,1%</b>
<b>Abweichung um das 0,75-fache des Interterzilabstandes</b>						
Gruppe 1 (n = 703.616)	103.637	14,7%	499.034	70,9%	100.945	14,3%
Gruppe 2 (n = 70.300)	9.620	13,7%	57.203	81,4%	3.477	4,9%
Gruppe 3 (n = 21.651)	2.658	12,3%	16.676	77,0%	2.317	10,7%
<b>insgesamt (n = 795.567)</b>	<b>115.915</b>	<b>14,6%</b>	<b>572.913</b>	<b>72,0%</b>	<b>106.739</b>	<b>13,4%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Wird der Schwellenwert in den oberen Dritteln mit dem jeweils 0,25-fachen des Interterzilabstandes geringer angesetzt, so erhöhen sich die Anteile der Versicherten, die der Fokusgruppe zugeordnet werden. Relativ am stärksten erhöht sich der Anteil für Status-Gruppe 2 der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten, der sich auf 12,7 % in etwa verdoppelt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass von allen Status-Gruppen der Anteil der Versicherten im oberen

Drittel im Bereich zwischen dem 0,25- und dem 0,5-fachen des Interterzilabstands vom zweiten Terzil aus gerechnet in Status-Gruppe 2 am höchsten ist, so dass der Anteilszuwachs der Fokusgruppe am stärksten ausfällt. Auch der Fokusgruppenanteil in Gruppe 3 der Status-Wechsler erhöht sich auf 25,9 % verhältnismäßig stark infolge des geringeren Schwellenwertes. Unter den durchgehend Beihilfeversicherten steigt der Fokusgruppenanteil auf 22,6 %.

Spiegelbildlich verhält es sich, wenn der Schwellenwert höher beim 0,75-fachen des Interterzilabstandes angesetzt wird: Als Konsequenz zählten noch 12,4 % der durchgehend Beihilfeversicherten, nur noch 2,1 % der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten und 7,4 % der Status-Wechsler zur jeweiligen Fokusgruppe.

#### **Beschreibung von Extremfällen 2 –**

**Versicherte mit den höchsten durchschnittlichen prozentualen Prämiensteigerungen im Beobachtungszeitraum (Monatsprämie: mind. +13 % durchschnittlich p. a.)**

Auf die Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämiensteigerungen trafen folgende Merkmale im Beobachtungszeitraum zu:

- ◆ Verlust der Beihilfe im Alter von unter 60 Jahren
- ◆ kein Risikozuschlag

Die meisten Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämiensteigerungen hatten zudem:

- ◆ überdurchschnittlich hohes Eintrittsalter in die Versicherung
- ◆ Erhöhung des Leistungsumfangs der Versicherung

#### **5.2.2 Exogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen**

Als exogener Referenzmaßstab für die jährlichen Prämienänderungen wurde die jahresdurchschnittliche absolute Änderung des monatlichen GKV-Höchstbeitrags im Beobachtungszeitraum (11,84 Euro p. a.) herangezogen. Zur Abgrenzung der Fokusgruppe wurde um diesen Referenzwert ein Toleranzbereich von +/-10 % gelegt. Die Grundgesamtheit der Versicherten wurde auf dieser Basis in drei Gruppen eingeteilt:

- ◆ Versicherte, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um **mehr als 10 % unter** dem des GKV-Höchstbeitrags lag,
- ◆ Versicherte, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich **maximal 10 % unter oder über** dem des GKV-Höchstbeitrags lag,

- ◆ Versicherte, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um **mehr als 10 % über** dem des GKV-Höchstbeitrags lag (= **Fokusgruppe 2**).

Gemäß der gewählten Abgrenzung sind rund 4,0 % (n = 31.676) der Versicherten der Grundgesamtheit der Fokusgruppe 2 zuzuordnen, d. h., gemäß dem exogenen absoluten Referenzmaßstab ist der Anteil der Versicherten mit hohen durchschnittlichen Prämiensteigerungen im Betrachtungszeitraum deutlich geringer als gemäß dem endogenen prozentualen Maßstab auf Basis der Terzile (Abbildung 21); dies gilt für alle drei der dargestellten Varianten des gewählten Interterzilabstands. Der mit 4,0 % vergleichsweise geringe Fokusgruppenanteil für die Grundgesamtheit ist maßgeblich auf die Status-Gruppe 1 der Beihilfeversicherten zurückzuführen, zu der der Großteil der Versicherten zählt. Unter den Beihilfeversicherten liegt der Fokusgruppenanteil nach dem exogenen Referenzmaßstab (Fokusgruppe 2) mit lediglich rd. 0,05 % (n = 330) relativ niedrig. Dies wiederum wird durch das im Vergleich zu den Nicht-Beihilfeversicherten generell geringere (absolute) Beitragsniveau von Beihilfeversicherten erklärt. Im Gegensatz dazu ergeben sich gemäß dem exogenen absoluten Maßstab deutlich höhere Fokusgruppen-Anteile in der Status-Gruppe 2 (33,9 %) und der Status-Gruppe 3 (34,6 %) im Vergleich zum endogenen prozentualen Maßstab.

Abbildung 21: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (exogener Maßstab)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Prämiensteigerungen enthalten den Effekt des gesetzlichen Beitragszuschlags.

Der 10 %-Toleranzbereich zur Abgrenzung relativ starker Beitragssteigerungen gemäß dem exogenen Maßstab entspricht – ähnlich dem Vorgehen beim endogenen Referenzmaßstab – einer normativen Festlegung. Daher soll hier ebenfalls eine Sensitivitätsbetrachtung ermöglicht werden, indem ergänzend die Fokusgruppenanteile für alternative Schwellenwerte (5 % und 15 %) ermittelt wurden (Tabelle 14). Demnach führt eine schärfere Definition, bei der die Abgrenzung bei einer Abweichung von nur max. 5 % vom jahresdurchschnittlichen Anstieg des GKV-Höchstbeitrags verläuft, dazu, dass der Beitragsanstieg von knapp der Hälfte (anstatt rund einem Drittel) der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten als stark definiert würde. Dagegen ändert die schärfere Definition den entsprechenden Anteilswert unter den Status-Wechsler\*innen nur geringfügig. Bei einer weniger scharfen Definition mit einem Schwellenwert von 15 % Abweichung sinkt der Anteil der Versicherten mit als stark eingestuften Beitragserhöhungen in der Status-Gruppe 2 auf ca. 28 %.

---

Tabelle 14: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2000-2020 (exogener Maßstab)

Status	Prämien­erhöhung < GKV-Max- Schwellenwert		Prämien­erhöhung = GKV-Max- Schwellenwert		Prämien­erhöhung > GKV-Max- Schwellenwert	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	- 5 %		+ / - 5 %		+ 5 %	
Gruppe 1 (n = 703.616)	701.939	99,8%	1.103	0,2%	574	0,1%
Gruppe 2 (n = 70.300)	32.033	45,6%	3.230	4,6%	35.037	49,8%
Gruppe 3 (n = 21.651)	13.125	60,6%	395	1,8%	8.131	37,6%
insgesamt (n = 795.567)	747.097	93,9%	4.728	0,6%	43.742	5,5%
	- 10 %		+ / - 10 %		+ 10 % (Fokusgruppe 2)	
Gruppe 1 (n = 703.616)	700.837	99,6%	2.449	0,3%	330	0,0%
Gruppe 2 (n = 70.300)	28.621	40,7%	17.827	25,4%	23.852	33,9%
Gruppe 3 (n = 21.651)	12.915	59,7%	1.242	5,7%	7.494	34,6%
insgesamt (n = 795.567)	742.373	93,3%	21.518	2,7%	31.676	4,0%
	- 15 %		+ / - 15 %		+ 15 %	
Gruppe 1 (n = 703.616)	698.860	99,3%	4.544	0,6%	212	0,0%
Gruppe 2 (n = 70.300)	27.294	38,8%	23.234	33,0%	19.772	28,1%
Gruppe 3 (n = 21.651)	12.734	58,8%	1.803	8,3%	7.114	32,9%
insgesamt (n = 795.567)	738.888	92,9%	29.581	3,7%	27.098	3,4%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Der Schwellenwert „GKV-Max + 10 %“ wurde für die Abgrenzung der Fokusgruppe 2 ausgewählt.

Bei Betrachtung der Fokusgruppe 2 ist zu berücksichtigen, dass während des Beobachtungszeitraums der gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) für Personen bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres eingeführt wurde (vgl. dazu auch Kapitel 3.4). Damit einher geht einerseits eine unmittelbar beitragssteigernde Wirkung, andererseits sind die späteren beitragsstabilisierenden Wirkungen bzw. beitrags-senkenden Wirkungen des gesetzlichen Beitragszuschlags ab dem Alter von 65 bzw. 80 Jahren in der Datengrundlage nicht bzw. nur sehr begrenzt abgebildet (vgl. hierzu Kapitel 5.2.5).

**Beschreibung von Extremfällen 3 –**

**Versicherte mit den höchsten durchschnittlichen absoluten Prämiensteigerungen im Beobachtungszeitraum (Monatsprämie: mind. + 47 Euro durchschnittlich p. a.)**

Auf die Versicherten mit den höchsten absoluten Prämiensteigerungen trafen folgende Merkmale im Beobachtungszeitraum zu:

- ◆ Verlust der Beihilfe im Alter von über 60 Jahren
- ◆ Risikozuschlag

Die meisten Versicherten mit den höchsten absoluten Prämiensteigerungen hatten zudem:

- ◆ überdurchschnittlich hohes Eintrittsalter in die Versicherung
- ◆ Erhöhung des Leistungsumfangs der Versicherung

**5.2.3 Kennzeichnung einer sprunghaften Beitragsentwicklung**

Eine dritte Fokusgruppe wurde anhand des Merkmals einer sprunghaften Beitragsentwicklung gebildet. Kriterium einer solchen sprunghaften Beitragsentwicklung ist die Anzahl von Prämienerrhöhungen um mindestens zehn Prozent im Beobachtungszeitraum.

In einem ersten Schritt wurde ausgezählt, wie viele Versicherte im Beobachtungszeitraum wie häufig eine Prämienerrhöhung von mindestens 5 %, 10 %, 15 % und 20 % hatten (Tabelle 15). Nur bei 89 Versicherten der Grundgesamtheit erhöhten sich die Prämien in jedem einzelnen Jahr um weniger als 5 % und bei rd. 12,4 % (n = 98.401) der Versicherten gab es in keinem der Jahre einen Prämienanstieg um 10 % oder mehr. Knapp ein Drittel (rd. 27,4 %, n = 217.893) der Versicherten hatte mindestens in einem der Jahre eine Prämienerrhöhung um mindestens 20 %.

Tabelle 15: Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)

Anzahl Prämien- erhöhungen	Anzahl Versicherte mit Prämienerrhöhung			
	≥ 5%	≥ 10%	≥15%	≥ 20%
0	89	98.401	482.369	577.674
1	1.146	118.285	200.624	171.974
2	9.947	226.245	82.418	39.625
3	38.723	143.147	24.243	5.738
4	147.530	114.949	4.835	503
5	217.846	73.670	935	51
6	244.063	18.545	132	2
7	115.735	2.131	11	
8	16.829	182		
9	3.249	12		
10	392			
11	17			
12	1			
	Σ 795.567	Σ 795.567	Σ 795.567	Σ 795.567

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die rote Markierung kennzeichnet die Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung).

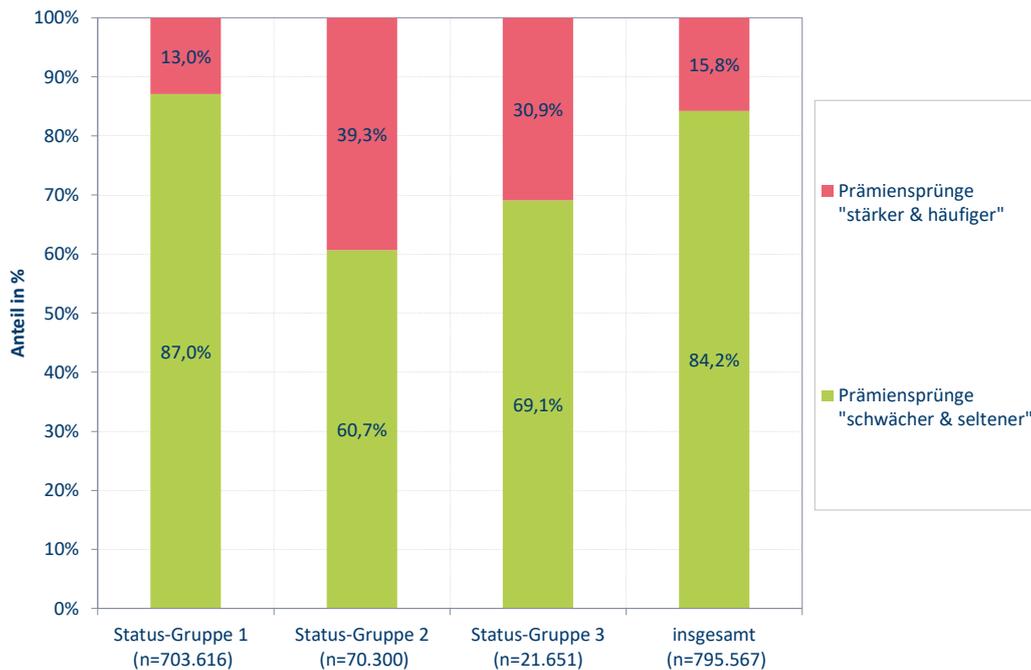
In einem zweiten Schritt wurde definiert, welche Kombinationen aus Stärke der Prämienerrhöhung und Anzahl dieser Erhöhungen Auswahlkriterien für die Fokusgruppe 3 sind. Hierfür wurde zunächst festgelegt, dass Prämienerrhöhungen von mindestens 10 % als Prämienerrsprünge gelten sollen. Als eine sprunghafte Beitragsentwicklung gilt, wenn Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 10 % im Beobachtungszeitraum 2000 bis 2020 in mindestens fünf oder, im Fall von Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 20 %, in mindestens zwei dieser Jahre stattfanden. Das heißt, die Fokusgruppe 3 umfasst Versicherte der Grundgesamtheit mit

- ◆ mindestens fünf Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 10 % oder
- ◆ mindestens zwei Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 20 %.

Im dritten Schritt wurde ausgezählt, wie viele Versicherte mindestens eine der genannten Kategorien erfüllen (rot gefärbte Bereiche) und damit zur Fokusgruppe 3 zählen. Insgesamt hatten gemäß dieser Abgrenzung knapp 16 % der Versicherte (n = 125.488) eine sprunghafte Beitragsentwicklung im Zeitraum 2000 bis 2020.

Die Versicherten mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Status-Gruppen: In der Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten zählten rd. 13 % zur Fokusgruppe 3, in den Status-Gruppen 2 und 3 dagegen lagen die Anteile bei 39,3 % bzw. 30,9 % (Abbildung 22).

Abbildung 22: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen im Zeitraum 2000-2020



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Kategorie „Prämien sprünge ,stärker & häufiger““ entspricht Fokusgruppe 3.

Bei einer Betrachtung dieser Fokusgruppe ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die ermittelte Häufigkeit von Beitrags sprünge auch die beitragssteigernden Effekte enthält, die aus der Einführung des GBZ durch den Gesetzgeber während des Beobachtungszeitraums resultierten und die viele Versicherte betrafen (vgl. dazu Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.5).

#### Beschreibung von Extremfällen 4 –

##### Versicherte mit den höchsten prozentualen Prämien sprünge im Beobachtungszeitraum (Prämien sprünge von mind. 800 %)

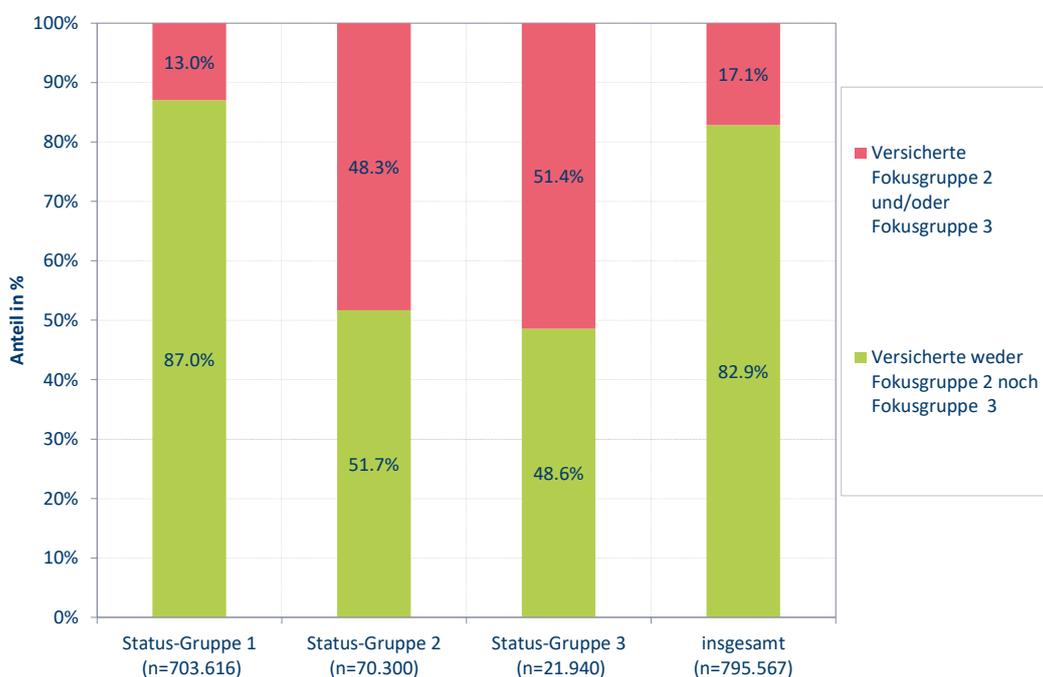
Die höchsten prozentualen Prämien sprünge im Beobachtungszeitraum standen mit folgenden Merkmalen im Zusammenhang:

- ◆ Verlust der Beihilfe
- ◆ unterdurchschnittliches Prämien niveau vor dem Jahr des Beihilfeverlusts

### 5.2.4 Kombinierte Betrachtung der Fokusgruppen

Insgesamt sind rd. 17,1 % (n = 136.302) der Versicherten der Grundgesamtheit der Fokusgruppe 2 (gemäß exogenem Maßstab hohe Prämiensteigerung) und/oder der Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung) zuzuordnen (Abbildung 23). Am häufigsten betroffen waren die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler) – in dieser Gruppe zählten rund 51,4 % (n = 12.824) der Versicherten entweder zur Fokusgruppe 2 und/oder zur Fokusgruppe 3.

Abbildung 23: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppen 2 und/oder 3



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Von den 4,0 % der Versicherten in Fokusgruppe 2 (vgl. Abbildung 21) zählten 2,6 Prozentpunkte gleichzeitig auch zur Fokusgruppe 3 (Abbildung 24). Insgesamt betrachtet war mit 2,6 % (n = 20.862) aber nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Versicherten der Grundgesamtheit im Beobachtungszeitraum von sowohl durchschnittlich starken als auch sprunghaften Beitragssteigerungen betroffen. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass nur einzelne Versicherte in der großen Gruppe der Beihilfeversicherten in die Fokusgruppe 2 fielen. Unter den Arbeitnehmern, Selbständigen und Statuswechslern (Status-Gruppen 2 und 3) lag der Anteil der Versicherten mit sowohl relativ starker als auch sprunghafter Beitragssteigerung hingegen mit 25,0 % bzw. 14,1 % deutlich höher.

Abbildung 24: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppe 2 und gleichzeitig Fokusgruppe 3



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 5.2.5 Einfluss des gesetzlichen Beitragszuschlags auf die Prämienentwicklung

Der gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) in Höhe von 10 % des Bruttobeitrags wurde zum 1. Januar 2000 für den Neuzugang verpflichtend eingeführt. Der Zuschlag ist mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt, bis zum Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, zu zahlen. Für Bestandskunden wurde der Zuschlag ab dem 1. Januar 2001 in 2 %-Schritten über fünf Jahre hinweg eingeführt. Daneben bestand einmalig das Recht, dem Zuschlag zu widersprechen. Die Mittel aus dem gesetzlichen Zuschlag dienen der Beitragsentlastung im Alter und sind ab dem Alter von 65 Jahren zur Minderung des Mehrbeitrags im Zuge von Beitragsanpassungen und ab dem Alter von 80 Jahren auch zur Beitragsenkung einzusetzen.<sup>20</sup>

Da der „Sondereffekt“ der schrittweisen Einführung einmalig in den Jahren 2001 bis 2005 auftrat, sind Schlussfolgerungen aus den vorigen Analyseergebnissen für die zukünftige Beitragsentwicklung in der PKV nur beschränkt möglich. Darüber hinaus ist der positive Effekt des gesetzlichen Beitragszuschlags in Form der oben beschriebenen Verwendung für eine Beitragsentlastung im Alter nicht bzw. nur sehr beschränkt in der Datengrundlage abgebildet.

<sup>20</sup> Aktuell ist die Zahlung bzw. Verwendung der Mittel aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag in § 149 und § 150 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) geregelt.

Daher wurde in einer Sensitivätsbetrachtung ergänzend ermittelt, wie sich die zuvor ermittelten Fokusgruppenanteile verändern, wenn der Sondereffekt der Einführung des gesetzlichen Zuschlags auf die Beitragsentwicklung nicht einbezogen wird. Zu diesem Zweck wurden für die Simulation 1 die Fokusgruppen mit einer um den GBZ-Zahlbetrag verringerten Prämie berechnet, in der Simulation 2 wurde die Prämie zusätzlich um den Nachlass aus dem GBZ korrigiert.

Die Ergebnisse der Sensitivätsbetrachtung zeigen, dass infolge eines Ausklammerns des Sondereffekts die Fokusgruppenanteile erwartungsgemäß geringer ausfallen – mit Ausnahme des endogenen Referenzmaßstabes (Tabelle 16). Insbesondere unter den durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten der Status-Gruppe 2 reduzieren sich die Fokusgruppenanteile sehr deutlich. So verringert sich der hohe Anteil der Versicherten der Status-Gruppe 2, die nach dem exogenen Maßstab starke Beitragssteigerungen hatten (Fokusgruppe 2), von 33,9 % auf 14,1 %, wenn man den Sondereffekt des gesetzlichen Beitragszuschlags ausblendet. Noch stärker ist der Rückgang des Anteils der durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung (von 39,3 % auf 10,5 %). Bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) reduzieren sich die Fokusgruppenanteile vor allem im Hinblick auf sprunghafte Beitragsentwicklungen (Fokusgruppe 3 für sich genommen oder in Kombination mit Fokusgruppe 2).

Berücksichtigt man bei der GBZ-Simulation zusätzlich die Beitragsnachlässe (Simulation 2), dann fallen die Veränderungen der Anteile in den Fokusgruppen geringfügig schwächer aus als bei einer reinen Korrektur um die GBZ-Zahlung. Der beitragsentlastende Effekt des GBZ kann unter den Bestandsversicherten der hier betrachteten Analysepopulation noch nicht seine volle Wirkung erreichen, da die durchschnittliche GBZ-Zahlungsdauer vergleichsweise gering ist. Versicherte, mit einer längeren Zahlungsdauer sind bislang noch nicht in einem Alter, in dem sie einen GBZ-Nachlass erhalten.

Tabelle 16: Schätzung des Einflusses des GBZ auf die Zuordnung der Versicherten zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)

	Status Quo (mit GBZ)		Simulation 1*		Simulation 2**	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Fokusgruppe 1 (endogener Referenzmaßstab)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	142.100	20,2%	144.109	20,5%	139.580	19,8%
Status-Gruppe 2 n=70.300	5.671	8,1%	5.110	7,3%	5.477	7,8%
Status-Gruppe 3 n=21.651	4.340	20,0%	4.516	20,9%	4.521	20,9%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>152.111</b>	<b>19,1%</b>	<b>153.753</b>	<b>19,3%</b>	<b>149.578</b>	<b>18,8%</b>
<b>Fokusgruppe 2 (exogener Referenzmaßstab)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	330	0,0%	264	0,0%	267	0,0%
Status-Gruppe 2 n=70.300	23.852	33,9%	9.922	14,1%	10.234	14,6%
Status-Gruppe 3 n=21.651	7.494	34,6%	6.724	31,1%	6.820	31,5%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>31.676</b>	<b>4,0%</b>	<b>16.910</b>	<b>2,1%</b>	<b>17.321</b>	<b>2,2%</b>
<b>Fokusgruppe 3 (Sprünge)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	91.138	13,0%	83.858	11,9%	83.878	11,9%
Status-Gruppe 2 n=70.300	27.657	39,3%	7.395	10,5%	7.487	10,7%
Status-Gruppe 3 n=21.651	6.693	30,9%	5.115	23,6%	5.146	23,8%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>125.488</b>	<b>15,8%</b>	<b>96.368</b>	<b>12,1%</b>	<b>96.511</b>	<b>12,1%</b>
<b>Fokusgruppe 2 und / oder Fokusgruppe 3</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	91.225	13,0%	83.940	11,9%	83.962	11,9%
Status-Gruppe 2 n=70.300	33.943	48,3%	13.696	19,9%	14.206	20,2%

	Status Quo (mit GBZ)		Simulation 1*		Simulation 2**	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Status-Gruppe 3 n=21.651	11.134	51,4%	9.708	44,8%	9.792	45,2%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>136.302</b>	<b>17,1%</b>	<b>107.617</b>	<b>13,5%</b>	<b>107.960</b>	<b>13,6%</b>
<b>Fokusgruppe 2 und Fokusgruppe 3</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	243	0,0%	182	0,0%	183	0,0%
Status-Gruppe 2 n=70.300	17.566	25,0%	3.348	4,8%	3.515	5,0%
Status-Gruppe 3 n=21.651	3.053	14,1%	2.131	9,8%	2.174	10,0%
<b>insgesamt, n=795.567</b>	<b>20.862</b>	<b>2,6%</b>	<b>5.661</b>	<b>0,7%</b>	<b>5.872</b>	<b>0,7%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkungen: \* ohne GBZ-Zahlbetrag; \*\* ohne GBZ-Zahlbetrag und ohne Nachlässe aus dem GBZ

## 6. Merkmale der Versicherten in den Fokusgruppen

Nachfolgend wird dargestellt, wie häufig bestimmte Merkmale der Versicherten bzw. ihrer Versichertenhistorien mit – gemäß den hier verwendeten Definitionen – starken und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen einhergehen. Zu diesem Zweck werden die Häufigkeiten dieser Merkmale in den drei Fokusgruppen, differenziert nach Status-Gruppen, ausgewiesen.

Die zugrundeliegende Frage ist, welche versichertenindividuellen Faktoren im Zusammenhang damit auftreten, dass Versicherte

- ◆ eine **überdurchschnittliche Prämiensteigerung** (Fokusgruppe 1, vgl. Kapitel 5.2.1) und / oder
- ◆ eine absolute jahresdurchschnittliche **Steigerung der Monatsprämie von mehr als 10 % über 11,84 Euro p. a.** (entspricht der absoluten jahresdurchschnittlichen Steigerung des GKV-Höchstbeitrags im Beobachtungszeitraum) (Fokusgruppe 2, vgl. Kapitel 5.2.2) und / oder
- ◆ eine **sprunghafte Beitragsentwicklung** (Fokusgruppe 3, vgl. Kapitel 5.2.3) hatten.

Nachfolgend werden die Häufigkeitsverteilungen für das Vorliegen eines bestimmten Merkmals und die Zugehörigkeit zu einer Fokusgruppe dargestellt. Hierbei werden folgende Merkmale für die einzelnen Status-Gruppen und Fokusgruppen betrachtet:

- ◆ Geschlecht,
- ◆ Alter,
- ◆ Eintrittsalter (Alter bei Versicherungsbeginn),
- ◆ Umfang des Versicherungsschutzes,
- ◆ Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes,
- ◆ Veränderungen des absoluten Selbstbehalts,
- ◆ Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes (Beihilfeversicherung),
- ◆ Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags,
- ◆ Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter,
- ◆ Veränderungen des Risikozuschlags.

Die einzelnen Merkmale werden im Folgenden zunächst separat betrachtet. Treten mit einem bestimmten Merkmal andere Merkmale gehäuft auf, so kann der Effekt in dieser deskriptiven Einzelbetrachtung nicht isoliert werden. Daher wurde in Kapitel 6.3 zusätzlich eine multivariate Analyse durchgeführt.

Aus den nachfolgenden Häufigkeitsverteilungen der o. a. Merkmale im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu den Status- bzw. Fokusgruppen kann nicht direkt auf kausale Wirkungszusammenhänge geschlossen werden.

## 6.1 Einzelbetrachtung der Merkmale

### 6.1.1 Geschlecht

Männliche Versicherte aller drei Status-Gruppen waren überproportional häufig in den Fokusgruppen vertreten (Tabelle 17).

In der Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) waren Männer mit einem Anteil von 29,2 % (n = 101.650) in der Fokusgruppe 1 (überdurchschnittliche Prämiensteigerung im Beobachtungszeitraum) vertreten im Vergleich zu einem Gesamtwert von 20,2 %. Auch in der Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung) waren Männer überproportional vertreten (Männer: 20,6 %, insgesamt: 13 %).

In der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) waren Männer in der Fokusgruppe 2 und der Fokusgruppe 3 überproportional vertreten.

In der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) entfielen auf die Männer lediglich in der Fokusgruppe 3 überproportionale Anteile (Männer: 44,3 %, insgesamt: 30,9 %).

Damit waren die Unterschiede in der Fokusgruppe 3 für die Status-Gruppe 3 deutlich stärker ausgeprägt als in den anderen Status-Gruppen.

---

Tabelle 17: Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020

Geschlecht	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
Männer	23,7% n=82.586	47,1% n=163.804	29,2% n=101.650	15,3% n=8.261	75,4% n=40.813	9,3% n=5.059	14,9% n=1.536	65,3% n=6.743	19,8% n=2.048
Frauen	24,4% n=86.642	64,3% n=228.484	11,4% n=40.450	28,5% n=4.611	67,7% n=10.944	3,8% n=612	19,1% n=2.168	60,6% n=6.864	20,2% n=2.292
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
Männer	99,6% n=346.484	0,4% n=1.340	0,1% n=216	38,4% n=20.762	24,4% n=13.216	37,2% n=20.155	54,8% n=5.656	8,7% n=895	36,6% n=3.776
Frauen	99,7% n=354.353	0,3% n=1.109	0,0% n=114	48,6% n=7.859	28,5% n=4.611	22,9% n=3.697	64,1% n=7.259	3,1% n=347	32,8% n=3.718
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
Männer	79,4% n=276.186		20,6% n=71.854	50,5% n=27.348		49,5% n=26.785	55,7% n=5.754		44,3% n=4.573
Frauen	94,6% n=336.292		5,4% n=19.284	94,6% n=15.295		5,4% n=872	81,3% n=9.204		18,7% n=2.120
insgesamt	87,0% n=612.478		13,0% n=91.138	60,7% n=42.643		39,3% n=27.657	69,1% n=14.958		30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### **6.1.2 Alter**

Versicherte in den Fokusgruppen, d. h. mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen, waren – bis auf wenige Ausnahmen – durchschnittlich jünger als die übrigen Versicherten (Tabelle 18). Dies gilt für alle Status-Gruppen gleichermaßen, wobei die Unterschiede in der Status-Gruppe 2 vergleichsweise hoch waren (z. B. Fokusgruppe 1: 57,7 Jahre im Vergleich zu 61,7 Jahre bzw. 73,1 Jahre).

Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass die Versicherten, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, den gesetzlichen Beitragszuschlag bzw. einen Zuschlag für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter zahlen. Diese Zuschläge, die in einem höheren Alter zu einer Verminderung der Prämiensteigerungen führen, bedeuteten für die Versicherten der Grundgesamtheit, die im Jahr 2001 jünger als 60 Jahre alt waren und dem GBZ nicht widersprachen, in den Jahren 2001 bis 2005 erst einmal – ceteris paribus – höhere Prämiensteigerungen (vgl. dazu Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.5).

---

Tabelle 18: Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020

Alter	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø
Ø Alter	70,7 n=169.228	68,2 n=392.288	59,6 n=142.100	73,1 n=12.872	61,7 n=51.757	57,7 n=5.671	71,5 n=3.704	62,5 n=13.607	63,5 n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
Ø Alter	67,1 n=700.837	60,5 n=2.449	61,6 n=330	70,1 n=28.621	60,9 n=17.827	57,4 n=23.852	64,9 n=12.915	61,4 n=1.242	63,6 n=7.494
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
Ø Alter	67,7 n=612.478		62,7 n=91.138	67,2 n=42.643		57,7 n=27.657	65,8 n=14.958		60,7 n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 6.1.3 Eintrittsalter

Bis auf wenige Ausnahmen hatten Versicherte in den Fokusgruppen, d. h. mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen, ein durchschnittlich geringeres Eintrittsalter als die übrigen Versicherten (Tabelle 19). Die Unterschiede waren allerdings vergleichsweise gering; die größten Unterschiede im Eintrittsalter waren für die Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) im Hinblick auf Beitragssprünge (Fokusgruppe 3) sowie im Hinblick auf den endogenen Maßstab (Fokusgruppe 1) zu finden: Versicherte mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung hatten ein um durchschnittlich rund fünf Jahre geringeres Alter bei Versicherungsbeginn (30 Jahre vs. 35 Jahre); in der Fokusgruppe 1 lag der Unterschied im Eintrittsalter zwischen Versicherten mit einer unterdurchschnittlichen und Versicherten mit einer überdurchschnittlichen Prämienentwicklung bei 5,3 Jahren (32,3 im Vergleich zu 37,6 Jahren).

Wie schon beim Merkmal „Alter“ (vgl. Kapitel 6.1.2) könnte ein möglicher Erklärungsansatz hierfür sein, dass die Versicherten, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, den gesetzlichen Beitragszuschlag bzw. einen Zuschlag für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter zahlen.

---

Tabelle 19: Durchschnittliches Eintrittsalter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen

Eintrittsalter	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
∅ Eintrittsalter	30,4 n=169.228	30,5 n=392.288	27,0 n=142.100	37,6 n=12.872	32,0 n=51.757	32,3 n=5.671	33,2 n=3.704	30,6 n=13.607	30,2 n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
∅ Eintrittsalter	29,8 n=700.837	30,9 n=2.449	32,2 n=330	35,7 n=28.621	31,8 n=17.827	30,8 n=23.852	30,9 n=12.915	31,6 n=1.242	30,9 n=7.494
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
∅ Eintrittsalter	30,2 n=612.478		27,1 n=91.138	35,0 n=42.643		30,0 n=27.657	31,6 n=14.958		29,6 n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

#### 6.1.4 Umfang des Versicherungsschutzes

Versicherte aller Status-Gruppen mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz im Jahr 2020 waren zu einem höheren Anteil in den Fokusgruppen vertreten, d. h. sie hatten relativ hohe und/oder sprunghafte Beitragssteigerungen (Tabelle 20). Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede innerhalb der Status-Gruppe 1: Von den Beihilfeversicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz hatten 46,7 % starke Beitragssteigerungen gemäß dem endogenen Maßstab (Fokusgruppe 1), von den Versicherten mit umfangreichen bzw. weniger umfangreichen Versicherungsschutz aber nur 19,1 % bzw. 19,4 %. Von den Beihilfeversicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz entfielen 28,8 % auf die Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung), im Vergleich zu rd. 12 % bei den Beihilfeversicherten mit einem umfangreichen bzw. weniger umfangreichen Leistungsumfang im Jahr 2020.

Bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) waren dagegen sowohl die Versicherten mit einem sehr umfangreichen als auch die Versicherten mit einem weniger umfangreichen Leistungsumfang überproportional häufig in den Fokusgruppen vertreten.

Grundsätzlich ist bei der Betrachtung des Versicherungsumfangs im Jahr 2020 zu berücksichtigen, dass die Versicherten teilweise erst während des Beobachtungszeitraums ihren Versicherungsschutz erhöht haben.

Betrachtet man die Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes im Jahr 2000 sowie nach Fokus- und Status-Gruppen (Tabelle 21) findet sich kein überproportionaler Anteil der Versicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsumfang in den Fokusgruppen – mit Ausnahme des Anteils der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) in Fokusgruppe 2.<sup>21</sup> Allerdings sind bei dieser Betrachtung – spiegelbildlich zu obiger Betrachtung des Versicherungsschutzes im Jahr 2020 – auch diejenigen Versicherten enthalten, die während des Beobachtungszeitraums ihren Versicherungsumfang abgesenkt haben.

---

<sup>21</sup> Wobei der Anteil der Status-Gruppe 2 in Fokusgruppe 2 weniger als fünf Prozentpunkte über dem Gesamtanteilswert liegt.

---

Tabelle 20: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2020

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅
sehr umfangreich	1,8% n=494	51,4% n=13.787	46,7% n=12.527	8,3% n=3.943	85,6% n=40.558	6,1% n=2.866	8,0% n=491	59,4% n=3.641	32,6% n=1.998
umfangreich	24,3% n=152.008	56,6% n=354.742	19,1% n=119.654	20,4% n=1.701	71,4% n=5.944	8,2% n=679	28,6% n=2.844	64,3% n=6.390	7,0% n=697
weniger umfangreich	33,2% n=16.726	47,1% n=23.759	19,7% n=9.919	49,5% n=7.228	36,0% n=5.255	14,6% n=2.126	6,6% n=369	64,0% n=3.576	29,4% n=1.645
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
sehr umfangreich	98,0% n=26.265	1,8% n=486	0,2% n=57	25,3% n=11.967	30,8% n=14.603	43,9% n=20.797	31,7% n=1.941	10,7% n=656	57,6% n=3.533
umfangreich	99,7% n=624.253	0,3% n=1.896	0,0% n=255	61,3% n=5.103	24,8% n=2.061	13,9% n=1.160	88,4% n=8.781	1,1% n=113	10,4% n=1.037
weniger umfangreich	99,8% n=50.319	0,1% n=67	0,0% n=18	79,1% n=11.551	8,0% n=1.163	13,0% n=1.895	39,2% n=2.193	8,5% n=473	52,3% n=2.924
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494

Versicherungs- schutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	Sprünge → nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
sehr umfangreich	71,2% n=19.100	28,8% n=7.708	55,4% n=26.251	44,6% n=21.116	63,1% n=3.866	36,9% n=2.264
umfangreich	87,7% n=549.075	12,3% n=77.329	71,8% n=5.973	28,2% n=2.351	75,8% n=7.528	24,2% n=2.403
weniger umfangreich	87,9% n=44.303	12,1% n=6.101	71,3% n=10.419	28,7% n=4.190	63,8% n=3.564	36,2% n=2.026
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.138	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=14.958	30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Tabelle 21: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2000

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
sehr umfangreich	82,7% n=43	17,3% n=9	0,0% n=0	17,3% n=9.522	77,9% n=42.857	4,7% n=2.605	37,8% n=2.528	62,2% n=4.166	0,0% n=0
umfangreich	24,0% n=163.998	55,8% n=380.613	20,2% n=137.656	24,2% n=2.936	58,1% n=7.044	17,6% n=2.134	7,3% n=1.021	62,9% n=8.790	29,8% n=4.166
weniger umfangreich	24,4% n=5.187	54,8% n=11.666	20,9% n=4.444	12,9% n=414	58,0% n=1.856	29,1% n=932	15,8% n=155	66,4% n=651	17,8% n=174
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,4% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
sehr umfangreich	100,0% n=52	0,0% n=0	0,0% n=0	35,9% n=19.752	26,8% n=14.733	37,3% n=20.499	76,7% n=5.133	9,9% n=662	13,4% n=899
umfangreich	99,6% n=679.584	0,3% n=2.367	0,0% n=316	57,1% n=6.917	21,7% n=2.630	21,2% n=2.567	51,1% n=7.141	3,6% n=503	45,3% n=6.333
weniger umfangreich	99,5% n=21.201	0,4% n=82	0,1% n=14	61,0% n=1.952	14,5% n=464	24,5% n=786	65,4% n=641	7,9% n=77	26,7% n=262
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494

Versicherungs- schutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Sprünge →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
		nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
sehr umfangreich	100,0% n=52	0,0% n=0	58,1% n=31.943	41,9% n=23.041	71,7% n=4.800	28,3% n=1.1894	
umfangreich	86,9% n=593.173	13,1% n=89.094	69,5% n=8.421	30,5% n=3.693	67,8% n=9.479	32,2% n=4.498	
weniger umfangreich	90,4% n=19.253	9,6% n=2.044	71,2% n=2.279	28,8% n=923	69,3% n=679	30,7% n=301	
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.138	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=14.958	30,9% n=6.693	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### **6.1.5 Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes**

Versicherte aller drei Status-Gruppen, die im Laufe des Beobachtungszeitraumes den Umfang ihres Versicherungsschutzes erhöht haben, waren überdurchschnittlich häufig in den Fokusgruppen vertreten, d. h. sie hatten relativ hohe und/oder sprunghafte Beitragssteigerungen (Tabelle 22).

Zu berücksichtigen ist, dass insgesamt nur ein vergleichsweise geringer Anteil der hier betrachteten Grundgesamtheit der Versicherten im Zeitverlauf den Versicherungsschutz erhöht hat (insgesamt 4,0 %, n = 32.199).

Ein etwas höherer Anteil der Versicherten hat dagegen im Beobachtungszeitraum den Umfang des Versicherungsschutzes reduziert (6,3 %, n = 49.940). Diese waren überdurchschnittlich häufig in der Gruppe der Versicherten mit unterdurchschnittlichen Prämiensteigerungen und in der Gruppe der Versicherten ohne sprunghafte Beitragsentwicklung.

---

Tabelle 22: Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Versicherungsschutzumfangs, Status-Gruppen und Fokusgruppen

Veränderung Versicherungs- schutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
	endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅
keine Veränderung	24,4%	56,7%	18,9%	10,3%	82,8%	6,9%	17,8%	68,7%	13,5%
	n=157.081	n=364.857	n=121.912	n=5.904	n=47.473	n=3.965	n=1.050	n=4.049	n=799
Erhöhung	1,7%	50,9%	47,4%	5,5%	51,6%	42,9%	3,5%	41,5%	54,9%
	n=475	n=14.255	n=13.263	n=39	n=367	n=305	n=124	n=1.451	n=1.920
Absenkung	37,7%	41,3%	21,0%	59,1%	31,8%	9,1%	27,5%	54,2%	18,3%
	n=11.536	n=12.632	n=6.406	n=6.851	n=3.681	n=1.055	n=2.139	n=4.218	n=1.422
„Springer“	11,3%	45,4%	43,3%	17,0%	51,3%	31,7%	8,7%	86,8%	4,4%
	n=136	n=544	n=519	n=78	n=236	n=146	n=391	n=3.889	n=199
insgesamt	24,1%	55,8%	20,2%	18,3%	73,6%	8,1%	17,1%	62,8%	20,0%
	n=169.228	n=392.288	n=142.100	n=12.875	n=51.757	n=5.671	n=3.704	n=13.607	n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
keine Veränderung	99,7%	0,3%	0,0%	32,3%	29,4%	38,3%	56,4%	12,4%	31,2%
	n=641.759	n=1.844	n=247	n=18.533	n=16.875	n=21.934	n=3.324	n=733	n=1.841
Erhöhung	97,9%	1,9%	0,2%	24,2%	12,0%	63,9%	25,8%	0,7%	73,4%
	n=27.407	n=522	n=64	n=172	n=85	n=454	n=903	n=26	n=2.566
Absenkung	99,8%	0,2%	0,0%	82,5%	6,6%	10,9%	62,9%	4,2%	32,9%
	n=30.505	n=55	n=14	n=9.724	n=777	n=1.286	n=4.893	n=325	n=2.566
„Springer“	97,2%	2,3%	0,4%	41,7%	19,6%	38,7%	84,7%	3,5%	11,7%
	n=1.166	n=28	n=5	n=192	n=90	n=178	n=3.795	n=158	n=526
insgesamt	99,6%	0,3%	0,0%	40,7%	25,4%	33,9%	59,7%	5,7%	34,6%
	n=70.837	n=2.449	n=330	n=28.621	n=17.827	n=23.852	n=12.915	n=1.242	n=7.494

Veränderung Versicherungs- schutz  Sprünge →	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
keine Veränderung	87,9% n=565.772	12,1% n=78.078	58,6% n=33.631	41,4% n=23.711	68,9% n=4.062	31,1% n=1.836
Erhöhung	71,1% n=19.905	28,9% n=8.088	65,1% n=463	34,9% n=248	70,2% n=2.452	29,8% n=1.043
Absenkung	85,1% n=26.031	14,9% n=4.543	70,8% n=8.346	29,2% n=3.441	72,0% n=5.603	28,0% n=2.176
„Springer“	64,2% n=87,0	35,8% n=429	44,1% n=203	55,9% n=257	63,4% n=2.841	36,6% n=1.638
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.138	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=14.958	30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 6.1.6 Veränderungen des absoluten Selbstbehalts

Nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Nicht-Beihilfeversicherten hatte im Beobachtungszeitraum einen absoluten Selbstbehalt (vgl. dazu auch Kapitel 3.6). Insgesamt haben 1.883 Versicherte im Zeitverlauf den Selbstbehalt erhöht, sowohl in Form individuell gewählter Erhöhungen des Selbstbehaltes als auch in Form von Anpassungen bei den Selbstbehaltstarifen im Zuge von Beitragsanpassungen. Weitere 1.108 Versicherte wurden als „Springer“ gekennzeichnet, da sich die Höhe ihres absoluten Selbstbehaltes im Beobachtungszeitraum sowohl nach oben als auch nach unten veränderte. Dies beinhaltet auch Versicherte, die den Selbstbehalt nicht kontinuierlich gewählt haben. Bei 94 Versicherten wurde der Selbstbehalt im Beobachtungszeitraum gesenkt.

Versicherte der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) mit Erhöhung des absoluten Selbstbehalts im Beobachtungszeitraum hatten gemäß der endogenen Kategorisierung überdurchschnittlich häufig nur relativ schwache Prämiensteigerungen (51,4 % vs. 18,3 % für Status-Gruppe 2 insgesamt). Dies gilt noch mehr gemäß der exogenen Kategorisierung der Prämienentwicklung (81,2 % vs. 40,7 % für Status-Gruppe 2 insgesamt) (Tabelle 23). Dagegen war die Häufigkeit sprunghafter Beitragsentwicklungen unter den Versicherten der Status-Gruppe 2 mit Erhöhung des absoluten Selbstbehalts im Beobachtungszeitraum nicht geringer.

Für Versicherte der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) zeigt sich jedoch insgesamt ein gegenteiliger Effekt: Versicherte dieser Status-Gruppe, die im Beobachtungszeitraum den Selbstbehalt erhöht haben, waren überdurchschnittlich häufig in der Gruppe der Versicherten mit überdurchschnittlichen Prämiensteigerungen vertreten.

Tabelle 23: Verteilung der Versicherten nach Veränderung des absoluten Selbstbehalts sowie nach Status-Gruppen und Fokusgruppen

absoluter Selbstbehalt	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
kein Selbstbehalt	24,0% n=167.678	55,7% n=388.795	20,3% n=141.309	17,1% n=11.499	74,9% n=50.191	8,0% n=5.362	17,3% n=3.503	62,8% n=12.741	20,0% n=4.055
konstanter Selbstbehalt	26,6% n=1.550	59,9% n=3.493	13,6% n=791	41,7% n=504	53,1% n=642	5,1% n=62	41,0% n=126	50,5% n=155	8,5% n=26
Erhöhung				51,4% n=700	43,0% n=586	5,6% n=77	0,4% n=2	59,0% n=307	40,6% n=211
Absenkung				8,5% n=4	48,9% n=23	42,6% n=20	29,8% n=14	70,2% n=33	
Springer				26,2% n=165	50,0% n=315	23,8% n=150	12,3% n=59	77,6% n=371	10,0% n=48
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
kein Selbstbehalt	99,6% n=695.006	0,4% n=2.447	0,0% n=329	39,3% n=26.339	25,9% n=17.342	34,9% n=23.371	59,9% n=12.156	5,7% n=1.164	34,4% n=6.979
konstanter Selbstbehalt	99,9% n=5.831	0,0% n=2	0,0% n=1	74,2% n=896	12,1% n=146	13,7% n=166	76,2% n=234	4,9% n=15	18,9% n=58
Erhöhung				81,2% n=1.107	13,4% n=183	5,4% n=73	22,5% n=117	8,3% n=43	69,2% n=360
Absenkung				29,8% n=14	6,4% n=3	63,8% n=30	87,2% n=41	4,3% n=2	8,5% n=4

Springer			42,1% n=265	24,3% n=153	33,7% n=212	76,8% n=367	3,8% n=18	19,5% n=93	
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494
<b>absoluter Selbstbehalt</b>	<b>Status-Gruppe 1 (Beihilfe)</b>		<b>Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)</b>		<b>Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)</b>				
	<b>Fokusgruppen</b>		<b>Fokusgruppen</b>		<b>Fokusgruppen</b>				
<b>Sprünge →</b>	<b>nicht sprunghaft</b>	<b>3: sprunghaft</b>	<b>nicht sprunghaft</b>	<b>3: sprunghaft</b>	<b>nicht sprunghaft</b>	<b>3: sprunghaft</b>	<b>nicht sprunghaft</b>	<b>3: sprunghaft</b>	
kein Selbstbehalt	87,1% n=608.057	12,9% n=89.725	60,6% n=40.654	39,4% n=26.398	69,4% n=14.080	30,6% n=6.219			
konstanter Selbstbehalt	75,8% n=4.421	24,2% n=1.413	65,2% n=788	34,8% n=420	68,4% n=210	31,6% n=97			
Erhöhung			64,6% n=880	35,4% n=483	64,4% n=335	35,6% n=185			
Absenkung			59,6% n=28	40,4% n=19	74,5% n=35	25,5% n=12			
Springer			46,5% n=293	53,5% n=337	62,3% n=298	37,7% n=180			
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.138	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=14.958	30,9% n=6.693			

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 6.1.7 Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes

Beihilfeversicherte der Status-Gruppe 1 und der Status-Gruppe 3, deren Erstattungsprozentsatz während des Analysezeitraums mindestens einmal erhöht wurde, sind überproportional häufig in den Fokusgruppen 1 und 2 (starke Beitragssteigerungen nach dem hier verwendeten endogenen bzw. exogenen Maßstab) vertreten (Tabelle 24). In Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten waren auch diejenigen Versicherten mit mehrfachen Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes („Springer“) relativ häufiger den beiden Fokusgruppen zuzuordnen als im Durchschnitt aller Versicherter der Status-Gruppe 1 in den Fokusgruppen.

Von der Status-Gruppe 3 hatte die Mehrheit der Versicherten, bei denen es zu einer Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes kam, einmalig den Beihilfe-Status verloren.

Versicherte mit einer Absenkung des Erstattungsprozentsatzes hatten überproportional häufig nur relativ schwache Beitragserhöhungen.

Eine Erhöhung sowie mehrfache Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes gingen auch mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung einher, besonders ausgeprägt in Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten, weniger stark für die Status-Gruppe 3 der Statuswechsler.

Tabelle 24: Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Erstattungssatzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen

Veränderung Erstattungs-pro- zentsatz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
	endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅
keine Veränderung	4,6% n=15.791	78,1% n=265.988	17,3% n=58.751	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	0,4% n=12	96,7% n=2.751	2,9% n=83
Erhöhung	0,0% n=14	2,5% n=1.324	97,5% n=52.242				0,0% n=1	38,5% n=2.377	61,5% n=3.795
Absenkung	68,1% n=146.816	31,0% n=66.831	0,9% n=1.960				62,3% n=3.109	37,7% n=1.879	
„Springer“	7,0% n=6.607	61,9% n=58.145	31,0% n=29.147				7,6% n=582	86,3% n=6.600	6,0% n=462
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
keine Veränderung	99,9% n=340.246	0,1% n=236	0,0% n=48	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	38,1% n=1.083	27,1% n=771	34,9% n=992
Erhöhung	96,1% n=51.506	3,4% n=1.834	0,4% n=240				4,0% n=250	5,5% n=340	90,4% n=5.583
Absenkung	100,0% n=215.601	0,0% n=5	0,0% n=1				100,0% n=4.987	0,0% n=1	
„Springer“	99,6% n=93.484	0,4% n=374	0,0% n=41				86,3% n=6.595	1,7% n=130	12,0% n=919
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494

Veränderung Erstattungs-pro- zentsatz  Sprünge →	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
keine Veränderung	93,4% n=318.007	6,6% n=22.523	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	53,2% n=1.513	46,8% n=1.333
Erhöhung	63,5% n=34.041	36,5% n=19.539			68,4% n=4.220	31,6% n=1.953
Absenkung	94,5% n=203.658	5,5% n=11.949			87,3% n=4.355	12,7% n=633
„Springer“	60,5% n=56.772	39,5% n=37.127			63,7% n=4.870	36,3% n=2.774
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.138	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=14.958	30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### **6.1.8 Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags**

Versicherte aller Status-Gruppen, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren und die den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht gewählt haben, zählten überproportional häufig zu den Gruppen mit relativ geringen, nicht sprunghaften Prämiensteigerungen (Tabelle 25).

---

Tabelle 25: Verteilung der Versicherten (unter 60 Jahren im Jahr 2000) nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen

GBZ	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
mit GBZ	23,9% n=129.918	52,2% n=284.004	23,9% n=129.682	14,8% n=8.870	76,6% n=45.750	8,6% n=5.135	15,2% n=2.817	64,1% n=11.845	20,7% n=3.822
ohne GBZ	20,0% n=10.459	57,5% n=30.148	22,5% n=11.781	14,8% n=996	77,2% n=5.181	8,0% n=534	15,4% n=295	67,6% n=1.295	17,1% n=327
insgesamt	20,0% n=140.377	44,6% n=314.152	20,1% n=141.463	14,0% n=9.866	72,4% n=50.931	8,1% n=5.669	14,4% n=3.112	60,7% n=13.140	19,2% n=4.149
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
mit GBZ	99,5% n=541.015	0,4% n=2.282	0,1% n=307	37,6% n=22.471	24,5% n=14.669	37,8% n=22.615	13,0% n=10.958	16,7% n=1.027	6,6% n=6.499
ohne GBZ	99,7% n=52.225	0,3% n=145	0,0% n=18	35,7% n=2.398	46,1% n=3.094	18,2% n=1.219	60,5% n=1.159	9,8% n=188	29,7% n=570
insgesamt	84,3% n=593.240	0,3% n=2.427	0,0% n=325	35,4% n=24.869	25,3% n=17.763	33,9% n=23.834	56,0% n=12.117	5,6% n=1.215	32,6% n=7.069
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
mit GBZ	84,8% n=460.972		15,2% n=82.632	55,3% n=33.059		44,7% n=26.696	66,6% n=12.313		33,4% n=6.171
ohne GBZ	84,3% n=44.178		15,7% n=8.210	85,9% n=5.763		14,1% n=948	76,7% n=1.470		23,3% n=447
insgesamt	84,3% n=550.150		15,7% n=90.842	58,4% n=38.822		41,6% n=27.644	67,6% n=13.783		32,4% n=6.618

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### **6.1.9 Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter**

Versicherte, die eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter vereinbart haben (BBM, vgl. Kapitel 3.8), sind überproportional häufig in den Fokusgruppen zu finden (Tabelle 26). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die BBM eine dynamische Erhöhungskomponente enthält.<sup>22</sup> Bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) waren die Versicherten mit Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter in Fokusgruppe 1 weniger dominant vertreten.

---

<sup>22</sup> Alle drei Jahre wird der Umfang der vereinbarten Beitragssenkung jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % erhöht (entsprechend erhöht sich der Beitrag), sofern die versicherte Person keinen Widerspruch einlegt und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

---

Tabelle 26: Verteilung der Versicherten nach zusätzlicher Beitragsermäßigung im Alter (BBM), Status-Gruppen und Fokusgruppen

BBM	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	< Ø	Ø	Fokusgruppen			Fokusgruppen		
			1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø
mit BBM	30,3% n=4.331	43,1% n=6.163	26,7% n=3.816	22,5% n=3.415	55,4% n=8.392	22,1% n=3.348	13,4% n=252	64,4% n=1.211	22,1% n=416
ohne BBM	23,9% n=164.897	56,0% n=386.125	20,1% n=138.284	17,1% n=9.457	78,6% n=43.65	4,2% n=2.323	17,5% n=3.452	62,7% n=12.396	19,8% n=3.924
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
mit BBM	98,2% n=14.050	1,6% n=226	0,2% n=34	36,1% n=5.468	2,8% n=197	57,0% n=8.645	50,7% n=953	4,2% n=78	45,1% n=848
ohne BBM	99,6% n=686.787	0,3% n=2.224	0,0% n=296	42,0% n=23.153	35,5% n=13.499	27,6% n=15.207	60,5% n=11.962	5,9% n=1.164	33,6% n=6.646
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	30,4% n=13.696	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
mit BBM	78,7% n=11.269		21,3% n=3.041	50,8% n=7.704		49,2% n=7.451	55,6% n=1.044		44,4% n=835
ohne BBM	87,2% n=601.209		12,8% n=88.097	63,4% n=34.939		36,6% n=20.206	70,4% n=13.914		29,6% n=5.858
insgesamt	87,0% n=612.478		13,0% n=91.138	60,7% n=42.643		39,3% n=27.657	69,1% n=14.958		30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### 6.1.10 Veränderung des Risikozuschlags

Für Teile des Versichertenkollektivs enthält der Beitrag einen Risikozuschlag. Grundsätzlich besteht aber die Möglichkeit, dass der ursprünglich vereinbarte Risikozuschlag entfällt. Die Versicherten in den Status-Gruppen lassen sich folglich unterteilen in Versicherte ohne Risikozuschlag im gesamten Beobachtungszeitraum und in Versicherte, die irgendwann im Beobachtungszeitraum einen Risikozuschlag hatten (Tabelle 27). Für die Gruppe der Versicherten mit Risikozuschlag wurden als zusätzliche Untergruppe diejenigen betrachtet, bei denen innerhalb des Beobachtungszeitraums der Risikozuschlag entfiel und die daher im Jahr 2020 keinen Risikozuschlag mehr hatten.

- ◆ Die Versicherten **ohne Risikozuschlag** während des Gesamtzeitraums waren – schon weil sie mit Abstand die jeweils größte Gruppe darstellen – in etwa proportional in den Fokusgruppen vertreten.
- ◆ Versicherte **mit Risikozuschlag** hatten nach dem exogenen Maßstab (Fokusgruppe 2) im Vergleich zu Versicherten ohne bzw. mit Verlust des Risikozuschlags überproportional häufig starke Beitragssteigerungen. Nach dem endogenen (prozentualen) Maßstab waren starke Beitragssteigerungen hingegen für Versicherte mit Risikozuschlag nicht relativ häufiger gegenüber den Versicherten ohne bzw. mit Verlust des Risikozuschlags.
- ◆ Unter den durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten der Status-Gruppe 2 sowie teilweise auch unter den durchgehend Beihilfeversicherten der Status-Gruppe 1 ging der **Wegfall des Risikozuschlags** mit vergleichsweise geringen Beitragssteigerungen einher.

Im Hinblick auf die Sprunghaftigkeit der Beitragsentwicklung zeigen sich keine Auffälligkeiten der Häufigkeitsverteilung in Bezug auf das Merkmal Risikozuschlag.

---

Tabelle 27: Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Risikozuschlags, Status-Gruppen und Fokusgruppen

Risikozuschlag	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)			
	endogen →	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
		< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
kein Risikozuschlag	24,1% n=158.437	55,6% n=365.744	20,3% n=133.521	17,8% n=11.650	74,2% n=48.636	8,0% n=5.275	17,2% n=3.471	62,7% n=12.661	20,1% n=4.051	
Risikozuschlag	23,5% n=10.7911	57,8% n=26.544	18,7% n=8.579	25,8% n=1.222	65,9% n=3.121	8,4% n=396	15,9% n=233	64,4% n=946	19,7% n=289	
davon: Wegfall Risikozuschlag	31,7% n=3.124	54,0% n=5.315	14,3% n=1.412	31,1% n=817	62,6% n=1.647	6,3% n=166	18,4% n=141	61,7% n=474	19,9% n=153	
insgesamt	24,1% n=169.228	55,8% n=392.288	20,2% n=142.100	18,3% n=12.872	73,6% n=51.757	8,1% n=5.671	17,1% n=3.704	62,8% n=13.607	20,0% n=4.340	
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
kein Risikozuschlag	99,8% n=656.634	0,1% n=983	0,0% n=85	40,2% n=26.337	26,0% n=17.022	33,9% n=22.202	60,0% n=12.118	5,8% n=1.175	34,1% n=6.890	
Risikozuschlag	96,3% n=44.203	3,2% n=1.466	0,5% n=245	48,2% n=2.284	17,0% n=805	34,8% n=1.650	54,3% n=797	4,6% n=67	41,1% n=604	
davon: Wegfall Risikozuschlag	99,8% n=9.833	0,2% n=17	0,0% n=1	65,0% n=1.709	21,1% n=554	14,0% n=367	52,0% n=399	6,8% n=52	41,3% n=317	
insgesamt	99,6% n=700.837	0,3% n=2.449	0,0% n=330	40,7% n=28.621	25,4% n=17.827	33,9% n=23.852	59,7% n=12.915	5,7% n=1.242	34,6% n=7.494	

Veränderung Risikozuschlag  Sprünge →	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
kein Risikozuschlag	87,1% n=572.680	12,9% n=85.022	60,4% n=39.600	39,6% n=25.961	69,0% n=13.930	31,0% n=6.253
Risikozuschlag	86,7% n=39.798	13,3% n=6.116	64,2% n=3.043	35,8% n=1.696	70,0% n=1.028	30,0% n=440
davon: Wegfall Risikozuschlag	80,6% n=7.935	19,4% n=1.916	63,8% n=1.677	36,2% n=953	68,4% n=525	31,6% n=243
insgesamt	87,0% n=612.478	13,0% n=91.478	60,7% n=42.643	39,3% n=27.657	69,1% n=6.693	30,9% n=6.693

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

## 6.2 Häufigkeit von Merkmalskombinationen

Die vorangegangenen Darstellungen haben gezeigt, mit welchen Häufigkeiten relativ hohe bzw. sprunghafte Prämiensteigerungen mit jeweils einzelnen versichertenindividuellen Faktoren bzw. Merkmalen einhergehen. Ausgangspunkt für die folgende Betrachtung ist der Umstand, dass ein Versicherter mehrere Merkmalsausprägungen aufweisen kann, die in Kombination noch häufiger mit relativ hohen bzw. sprunghaften Prämiensteigerungen auftreten. Daher wurde ermittelt, wie viele Versicherte mindestens eine der relevanten Merkmalsausprägungen hatten und welche Kombinationen von Merkmalsausprägungen in welcher Häufigkeit zu beobachten sind.

Für eine deskriptive Gesamtbetrachtung der Kombinationen verschiedener Faktoren wurden zum einen die Versicherten ausgewählt, die zur Fokusgruppe 2 (hohe Prämiensteigerungen gemäß exogenem Maßstab) und / oder zur Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung) gehörten (vgl. dazu auch Abbildung 23). Zum anderen wurden auf Basis der oben dargestellten Ergebnisse die Faktoren ausgewählt, die in den Fokusgruppen gehäuft auftraten:

- ◆ sehr umfangreicher Leistungsumfang im Jahr 2020
- ◆ Erhöhung des Leistungsumfangs im Beobachtungszeitraum
- ◆ Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes im Beobachtungszeitraum oder eine gleichzeitige Erhöhung und Absenkung im Beobachtungszeitraum „Springer“
- ◆ Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter im Beobachtungszeitraum
- ◆ Risikozuschlag im Beobachtungszeitraum

Der GBZ wurde nicht als Faktor berücksichtigt, da – mit Ausnahme der nicht-beihilfeversicherten Frauen – mehr als 90 % der Versicherten, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, den GBZ vereinbart hatten.

Insgesamt wies der überwiegende Teil der Versicherten, die zur Fokusgruppe 2 und / oder zur Fokusgruppe 3 gehörten, mindestens eine dieser Merkmalsausprägungen auf (Tabelle 28). In der – zahlenmäßig größten – Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) war es mit etwas mehr als zwei Dritteln (68,9 %, n = 62.861) ein deutlich geringerer Anteil als in den Status-Gruppen 2 (84,9 %) und Status-Gruppe 3 (91,9 %) (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig bzw. Statuswechsler). Das heißt, nur rd. 15 % der Versicherten in Status-Gruppe 2 und nur rd. 8 % der Versicherten in Status-Gruppe 3, die entweder zur Fokusgruppe 2 und / oder zur Fokusgruppe 3 gehörten, wiesen keinen der oben genannten Faktoren auf.

In der **Status-Gruppe 1** der durchgehend Beihilfeversicherten hatten rd. 31,1 % (n = 28.364) der Versicherten in der Fokusgruppe 2 und/oder Fokusgruppe 3 keine

der relevanten Merkmalsausprägungen (im Vergleich zu rd. 76,5 % der durchgehend Beihilfeversicherten, die weder zur Fokusgruppe 2 noch zur Fokusgruppe 3 gehörten). Mehr als die Hälfte der durchgehend Beihilfeversicherten, die zur Fokusgruppe 2 und / oder zur Fokusgruppe 3 zählten, hatten im Laufe des Beobachtungszeitraumes eine Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes – im Vergleich zu lediglich rd. 13 % der Versicherten dieser Status-Gruppe, die weder zur Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3 zählten. Mit Ausnahme des Risikozuschlags waren auch die anderen Kombinationen der Faktoren bei den durchgehend Beihilfeversicherten mit Fokusgruppenzugehörigkeit häufiger vertreten als bei den Versicherten ohne Fokusgruppenzugehörigkeit.

Für die **Status-Gruppe 2** (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) zeigte sich insbesondere, dass die Kombination aus einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz und der Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter (inklusive damit verbundener Dynamikerhöhungen) unter den Versicherten der Fokusgruppen mit rd. 21 % häufiger war als unter den Versicherten, die zu keiner der beiden Fokusgruppen gehörten (5,4 %).

Für die **Status-Gruppe 3** der Statuswechsler zeigt sich, dass insbesondere eine Kombination der Merkmale Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs sowie ein sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020 unter den Versicherten der Fokusgruppen 2 und/oder 3 häufiger waren (20,3 % im Vergleich zu 3,6 %).

Im Ergebnis zeigt sich für alle Status-Gruppen, dass von den betrachteten versichertenindividuellen Faktoren eine Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes (auch in Kombination mit anderen Faktoren) sowie ein sehr umfangreicher Leistungsumfang im Jahr 2020 (ebenso in Kombination mit anderen Faktoren) in den Fokusgruppen 2 und 3 – teilweise deutlich – häufiger vorkam. Somit gehen relativ hohe bzw. sprunghafte Prämienentwicklungen bei großen Teilen der Versicherten mit einem relativ hohen Niveau bzw. einer Erhöhung des Niveaus der im betrachteten Zeitraum zusätzlich vereinbarten Versicherungsleistungen einher.

Tabelle 28: Häufige Kombinationen der untersuchten Versichertenmerkmale nach Status-Gruppen für Versicherte der Fokusgruppe 2 und/oder der Fokusgruppe 3

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
<b>Status-Gruppe 1</b> (durchgehend beihilfeversichert)		
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	52,1 % (n = 47.554)	12,9 % (n = 79.018)
kein Faktor	31,1 % (n = 28.364)	76,5 % (n = 468.517)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr	5,0 % (n = 4.542)	0,9 % (n = 5.355)

<b>Kombinationen der Faktoren</b>	<b>Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3</b>	<b>Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3</b>
umfangreicher Leistungsumfang 2020		
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag	3,0 % (n = 2.706)	0,7 % (n = 4.525)
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	2,8 % (n = 2.593)	2,0 % (n = 12.384)
Risikozuschlag	1,8 % (n = 1.612)	4,8 % (n = 29.557)
Risikozuschlag, Beitragsermäßigung im Alter	1,0 % (n = 906)	0,7 % (n = 4.234)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Beitragsermäßigung im Alter	0,9 % (n = 779)	0,2 % (n = 955)
Beitragsermäßigung im Alter	0,7 % (n = 602)	0,8 % (n = 5.105)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag, Beitragsermäßigung im Alter	0,6 % (n = 510)	
Erhöhung des Leistungsumfangs		0,1 % (n = 772)
<b>Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)</b>		
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	50,2 % (n = 17.053)	49,0 % (n = 17.811)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Beitragsermäßigung im Alter	21,1 % (n = 7.171)	5,4 % (n = 1.964)
kein Faktor	15,1 % (n = 5.124)	34,3 % (n = 12.481)
Beitragsermäßigung im Alter	4,8 % (n = 1.639)	4,5 % (n = 1.652)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Beitragsermäßigung im Alter, Risi- kzuschlag	2,5 % (n = 859)	2,1 % (n = 766)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Risikozuschlag	2,2 % (n = 761)	0,9 % (n = 330)
Risikozuschlag, Beitragsermäßigung im Alter	1,3 % (n = 426)	1,5 % (n = 530)
Risikozuschlag	1,2 % (n = 415)	1,7 %, (n = 607)
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	0,9 % (n = 319)	0,5 % (n = 180)
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Beitragsermäßigung im Alter	0,3 % (n = 93)	0,1 % (n = 19)

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
<b>Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)</b>		
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	45,5 % (n = 5.066)	36,6 % (n = 3.845)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	20,3 % (n = 2.259)	3,6 % (n = 377)
kein Faktor	8,1 % (n = 899)	34,9 % (n = 3.675)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	6,3 % (n = 706)	9,4 % (n = 987)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020	4,0 % (n = 446)	2,3 % (n = 244)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag	2,5 % (n = 279)	2,0 % (n = 208)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Beitragsermäßigung im Alter	2,1 % (n = 234)	
Beitragsermäßigung im Alter	1,7 % (n = 194)	2,6 % (n = 269)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2020, Beitragsermäßigung im Alter	1,7 % (n = 186)	
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Beitragsermäßigung im Alter	1,7 % (n = 185)	
Risikozuschlag		15, % (n = 161)
Erhöhung des Leistungsumfangs		1,5 % (n = 159)
Beitragsermäßigung im Alter, Risiko- zuschlag		1,2 % (n = 124)

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Aufgeführt sind jeweils die TOP 10 der Kombinationen der Faktoren.

Zusätzlich wurde für die Versicherten, auf die keine der hier betrachteten Merkmalsausprägungen zutrifft, untersucht, wie viele von ihnen durch die drei Fokusgruppen erfasst werden und welchen Anteil diese Versicherten jeweils an den Fokusgruppenmitgliedern insgesamt haben (Tabelle 29).

Von den Versicherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen zählen rund 10,2 % zur Fokusgruppe 1. Damit haben sie einen Anteil von rund 35 % aller Versicherten der Fokusgruppe 1. In die Fokusgruppe 2 fallen lediglich 0,4 % der Versi-

cherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen; dies entspricht einem Anteil von rund 5,8 % an alle Versicherten der Fokusgruppe 2, und der Fokusgruppe 3 sind 6,5 % der Versicherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen zuzuordnen, was einem Anteil von rund 26,8 % entspricht.

Tabelle 29: Zugehörigkeit der Versicherten ohne eines der ausgewählten Merkmale zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)

	alle Versicherte		Versicherte ohne Merkmal			
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anteil*	
<b>Fokusgruppe 1 (endogener Referenzmaßstab)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	142.100	20,2%	Status-Gruppe 1 n=496.882	51.324	10,3%	36,1%
Status-Gruppe 2 n=70.300	5.671	8,1%	Status-Gruppe 2 n=17.605	1.826	10,4%	32,2%
Status-Gruppe 3 n=21.651	4.340	20,0%	Status-Gruppe 3 n=4.574	40	0,9%	0,9%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>152.111</b>	<b>19,1%</b>	<b>insgesamt n=519.060</b>	<b>53.190</b>	<b>10,2%</b>	<b>35,0%</b>
<b>Fokusgruppe 2 (exogener Referenzmaßstab)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	330	0,0%	Status-Gruppe 1 n=496.882	12	0,0%	3,6%
Status-Gruppe 2 n=70.300	23.852	33,9%	Status-Gruppe 2 n=17.605	1.671	9,5%	7,0%
Status-Gruppe 3 n=21.651	7.494	34,6%	Status-Gruppe 3 n=4.574	157	3,4%	2,1%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>31.676</b>	<b>4,0%</b>	<b>insgesamt n=519.060</b>	<b>1.840</b>	<b>0,4%</b>	<b>5,8%</b>
<b>Fokusgruppe 3 (Sprünge)</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	91.138	13,0%	Status-Gruppe 1 n=496.882	28.353	5,7%	31,1%
Status-Gruppe 2 n=70.300	27.657	39,3%	Status-Gruppe 2 n=17.605	4.474	25,4%	16,2%
Status-Gruppe 3 n=21.651	6.693	30,9%	Status-Gruppe 3 n=4.574	842	18,4%	12,6%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>125.488</b>	<b>15,8%</b>	<b>insgesamt n=519.060</b>	<b>33.669</b>	<b>6,5%</b>	<b>26,8%</b>

	alle Versicherte		Versicherte ohne Merkmal			
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anteil*	
<b>Fokusgruppe 2 und / oder Fokusgruppe 3</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	91.225	13,0%	Status-Gruppe 1 n=496.882	<b>28.364</b>	<b>5,7%</b>	<b>31,1%</b>
Status-Gruppe 2 n=70.300	33.943	48,3%	Status-Gruppe 2 n=17.605	<b>5.124</b>	<b>29,1%</b>	<b>15,1%</b>
Status-Gruppe 3 n=21.651	11.134	51,4%	Status-Gruppe 3 n=4.574	899	19,7%	8,1%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>136.302</b>	<b>17,1%</b>	<b>insgesamt n=519.060</b>	<b>34.387</b>	<b>6,6%</b>	<b>25,2%</b>
<b>Fokusgruppe 2 und Fokusgruppe 3</b>						
Status-Gruppe 1 n=703.616	243	0,0%	Status-Gruppe 1 n=496.882	1	0,0%	0,4%
Status-Gruppe 2 n=70.300	17.566	25,0%	Status-Gruppe 2 n=17.605	1.021	5,8%	5,8%
Status-Gruppe 3 n=21.651	3.053	14,1%	Status-Gruppe 3 n=4.574	100	2,2%	3,3%
<b>insgesamt, n=795.567</b>	<b>20.862</b>	<b>2,6%</b>	<b>insgesamt n=519.060</b>	<b>1.122</b>	<b>0,2%</b>	<b>5,4%</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: \* Anteil der Versicherten ohne Merkmale in der jeweiligen Fokusgruppe an allen Versicherten in der jeweiligen Fokusgruppe

### 6.3 Multivariate Analysen

In den vorangegangenen deskriptiven Analysen wurden einzelne Faktoren oder bestimmte Kombinationen dieser Faktoren jeweils separat betrachtet. In einer multivariaten Analyse wurde zusätzlich der Zusammenhang zwischen den jährlichen Prämienänderungen der Versicherten und den verschiedenen Faktoren unter gleichzeitiger Kontrolle der jeweils anderen Faktoren ermittelt. Zusätzlich wurden in das Modell noch weitere Variablen, insbesondere der Zinssatz, die Nachlässe aus dem GBZ, den Zuschreibungsmitteln, den Beitragsentlastungskomponenten sowie Höhe des Erstattungsprozentsatzes aufgenommen.

Die Struktur der verfügbaren Daten erlaubt die Schätzung eines linearen Paneldatenmodells der folgenden Form:

$$y_{it} = x_{it}\beta + \alpha_i + u_{it}, \quad i=1,\dots, n; t= 2001, \dots, 2020$$

Dabei stellt  $y$  die Ausprägungen der abhängigen Variable (d. h. Prämienänderung in %) für den Versicherten  $i$  zum Zeitpunkt  $t$  dar. Der Vektor  $x$  enthält die Ausprägungen der erklärenden bzw. der unabhängigen Variablen. Die Terme  $u_{it}$  und  $\alpha_i$  enthalten Faktoren, die nicht im Datensatz zur Verfügung stehen bzw. nicht beobachtet werden können. Während  $u_{it}$  über die Individuen und über die Zeit variiert, ist der Term  $\alpha_i$  für jedes Individuum konstant über die Zeit und stellt die „unbeobachtete Heterogenität“ zwischen den Individuen dar.

Das Modell wurde separat für die einzelnen Status-Gruppen geschätzt (Tabelle 30). Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der Regressionsanalyse weitgehend die Ergebnisse der vorherigen deskriptiven Auswertungen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Erhöhung bzw. Absenkung des Versicherungsumfangs sowie eine Erhöhung oder Absenkung des Erstattungsprozentsatzes den weitaus größten Effekt auf die Prämienänderungen haben im Vergleich zu den anderen Faktoren.

---

Tabelle 30: Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.
Geschlecht (Dummy, männlich = 0)	-0.725***	0.002	-1.033***	0.011	-0.291***	0.082
Alter in Jahren	-0.027***	0.000	-0.099***	0.001	-0.015**	0.005
Eintrittsalter in Jahren	-0.004***	0.000	0.013***	0.001	0.012*	0.006
sehr umfangreicher Versicherungsschutz	-3.127***	0.026	-0.292***	0.014	-3.966***	0.138
umfangreicher Versicherungsschutz	Referenz		Referenz		Referenz	0.14
weniger umfangreicher Versicherungsschutz	-0.502***	0.005	-0.158***	0.019	-4.001***	
Erhöhung des Versicherungsschutzes	16.102***	0.028	45.451***	0.163	35.87***	0.352
Absenkung des Versicherungsschutzes	-12.690***	0.023	-22.927***	0.052	-14.713***	0.284
Beitragsermäßigung im Alter	0.448***	0.011	0.693***	0.013	0.484**	0.18
gesetzlicher Beitragszuschlag	0.386***	0.003	0.255***	0.014	-0.066	0.115
Beihilfeergänzungstarif	-0.162***	0.003	n/a		-0.238	0.164
Erstattungssatz			n/a			
ambulant <= 30%, stationär < 30%	Referenz				Referenz	
ambulant und stationär 30%	-0.316***	0.024			-1.358	0.874
ambulant > 30% & <= 50%, stationär < 50%	-0.819***	0.024			-2.435*	0.888
ambulant und stationär 50%	-0.48***	0.024			-2.289*	0.876
ambulant > 50%	-0.214***	0.053			3.484***	0.886
Erhöhung des Erstattungssatzes	54.511***	0.01	n/a		132.262***	0.268

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.
Absenkung des Erstattungssatzes	-33.723***	0.007	n/a		-54.103***	0.25
Risikozuschlag	0.1***	0.005	0.146***	0.026	0.447*	0.209
absoluter Selbstbehalt	-0.149***	0.012	-0,647	0.023	-0.999***	0.161
selbständig (Dummy)	n/a		0.412***	0.021	0.245*	0.124
kalkulatorischer Rechnungszins	-3.327***	0.043	-15.39***	0.083	-10.5***	0.408
Nachlass aus dem GBZ	-0.196***	0.001	-0.038***	0.001	-0.034*	0.014
Nachlass aus Zuschreibungsmitteln	-0.021***	0.000	0.002***	0.000	-0.059***	0.004
Nachlass aus den Beitragsentlastungs- komponenten	-0.069***	0.000	-0.04***	0.000	-0.044***	0.004
Jahr 2001	2.08***	0.015	4.713***	0.043	3.631***	0.307
Jahr 2002	3.251***	0.015	12.005***	0.043	6.985***	0.306
Jahr 2003	12.4***	0.015	13.06***	0.043	14.259***	0.304
Jahr 2004	11.797***	0.015	16.676***	0.043	14.729***	0.303
Jahr 2005	2.075***	0.015	5.088***	0.043	4.378***	0.301
Jahr 2006	7.844***	0.015	13.845***	0.043	11.209***	0.3
Jahr 2007	0.657***	0.015	3.221***	0.042	3.047***	0.299
Jahr 2008	1.742***	0.015	7.637***	0.042	5.155***	0.298

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.
Jahr 2009	0.508***	0.015	3.56***	0.042	3.371***	0.3
Jahr 2010	8.325***	0.015	9.905***	0.042	9.429***	0.296
Jahr 2011	0.728***	0.015	12.126***	0.042	7.717***	0.295
Jahr 2012	7.558***	0.015	3.819***	0.042	6.633***	0.294
Jahr 2013	0.816***	0.015	3.749***	0.042	3.39***	0.292
Jahr 2014	1.478***	0.015	3.877***	0.042	4.029***	0.288
Jahr 2015	0.862***	0.015	4.302***	0.042	3.334***	0.285
Jahr 2016	0.118***	0.015	4.586***	0.039	3.862***	0.275
Jahr 2017	7.411***	0.007	11.796***	0.03	9.359***	0.245
Jahr 2018	0.09***	0.007	-0.133***	0.03	1.34***	0.245
Jahr 2019	0.26***	0.007	-0.207***	0.03	1.558***	0.244
Jahr 2020	Referenz					
Konstante	13.067***	0.141	55.081***	0.267	35.048***	1.607
Anzahl der Versicherten	703.616		70.300		21.651	
Anzahl der Beobachtungen	14.072.320		1.405.999		433.019	
R <sup>2</sup> „within“	83,8 %		49,6 %		59,8 %	

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.	Koeffizient	Std.abw.
R <sup>2</sup> „between“	81,9 %		59,0 %		40,7 %	
R <sup>2</sup> „overall“	83,8 %		50,0 %		59,1 %	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkungen: Random-effects Modell, abhängige Variable: jährliche Prämienänderung in %,  
Signifikanzniveau: \*\*\* p < 0.01, \*\*p < 0.05, \* p < 0,1

## 7. Fazit und Schlussfolgerungen

Hohe und sprunghafte Beitragserhöhungen in der PKV sind immer wieder Thema der öffentlichen Diskussion und gesundheitspolitischer Debatten über den Reformbedarf in der Krankenversicherung.

Die Kritik an hohen Prämiensteigerungen stützt sich häufig auf Momentaufnahmen einzelner Jahre oder auf Einzelfallbetrachtungen. Für eine umfassende Beurteilung der Beitragsentwicklung in der PKV fehlt es jedoch an Evidenz. Insbesondere fehlt es an längerfristigen Betrachtungen der Beitragsentwicklung von Versicherten im zeitlichen Längsschnitt.

Aus diesem Grund hatte das IGES Institut im Auftrag der Debeka Krankenversicherung bereits im Jahr 2017 eine Analyse der Entwicklung von Beiträgen in der PKV vorgelegt, wofür eine für Studienzwecke bis dahin einzigartige Datenbasis zu mehreren Hundertausenden individueller Beitragsentwicklungen über zwei Jahrzehnte genutzt werden konnte.

Angesichts der für das Jahr 2021 erwarteten stärkeren Beitragserhöhungen hat das IGES Institut im Auftrag der Debeka Krankenversicherung die Studie aus dem Jahr 2017 nun aktualisiert und erweitert. Hierfür stand erneut ein umfassender Datensatz der Debeka Krankenversicherung zur Verfügung, der es ermöglichte, die individuelle Beitragsentwicklung von fast 800 Tausend privat Krankenversicherten über einen Zeitraum von 20 Jahren (2000 bis 2020) auszuwerten. Auch wenn die Debeka – trotz ihrer Marktgröße – wegen ihres überdurchschnittlich hohen Anteils Beihilfeversicherter nur eingeschränkt repräsentativ für die gesamte PKV ist, kann die vorliegende Studie damit einen Beitrag zur weitergehenden empirischen Fundierung und damit zur Objektivierung der gesundheitspolitischen Diskussion über die Beitragsentwicklung in der PKV leisten.

### 7.1 Erkenntnisgewinn der Untersuchung

Konkret konnten auf dieser Datengrundlage das Spektrum an Beitragsveränderungen im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2020 ermittelt sowie Versichertengruppen beschrieben werden, die von stärkeren oder sprunghaften Beitragsentwicklungen betroffen waren. Insbesondere wurde untersucht, welche der potentiell relevanten Einflussfaktoren im Zusammenhang hiermit gehäuft beobachtet werden konnten. Dabei richteten sich Analysen primär auf die Frage, welche der in der öffentlichen Diskussion bislang weniger beachteten versichertenindividuellen Faktoren zusammen mit den beobachtbaren Beitragsveränderungen auftraten. Hierbei handelt es sich neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem um Faktoren, die aus individuellem Wahlverhalten resultieren. Die Wahlentscheidungen können dabei unmittelbar den Krankenversicherungsschutz betreffen (z. B. Umfang des Versicherungsschutzes, Selbstbehalte) oder mittelbar (z. B. abhängige Beschäftigung vs. selbständige berufliche Tätigkeit). Bei weiteren versichertenindividuellen Faktoren bestehen zumindest teilweise individuelle Wahloptionen; beispielsweise

---

können für das Eintrittsalter sowohl die Erfüllung sozialrechtlicher Voraussetzungen als auch die individuelle Wahlentscheidung für eine private Krankenversicherung relevant sein.

Während im öffentlichen Fokus häufig die durch die Versicherungsunternehmen durchgeführten Beitragsanpassungen stehen, sind die im Rahmen dieser Studie betrachteten Beitragsentwicklungen deutlich umfassender: Sie nehmen die Beitragsveränderungen vollständig in den Blick und beziehen damit insbesondere auch versichertenindividuelle Einflussfaktoren ein. Insoweit diese Einflussfaktoren an Präferenzen orientierte Wahlentscheidungen widerspiegeln, sind die hierauf zurückzuführenden Beitragsveränderungen aus Sicht der Versicherungsnehmer zunächst unkritisch. Die aktuelle Analyse bezieht in Erweiterung der Vorgängerstudie darüber hinaus zusätzliche Einflussfaktoren ein, darunter insbesondere die individuellen GBZ-Zahlungen und -Nachlässe sowie Veränderungen des Rechnungszinses, die nicht versichertenindividuellen Wahlentscheidungen unterliegen.

Die Basis der Analysen bildete eine Grundgesamtheit von fast 800 Tausend Versicherten, davon mehr als 700 Tsd. Beihilfeversicherte (rd. 90 %), ca. 76,8 Tsd. Arbeitnehmer, deren Angehörige und Rentner (9,7 %) sowie etwa 3,8 Tsd. Selbständige im Jahr 2020, die mind. seit dem Jahr 2000 ununterbrochen bei der Debeka versichert waren. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ◆ Die Altersprofile der durchschnittlichen Monatsprämien zeigen für das Jahr 2020 ein Absinken des Prämienverlaufs im Altersbereich zwischen 60 und 70 Jahren und allenfalls moderate Zunahmen danach. Dies gilt sowohl für Beihilfe- als auch für Nicht-Beihilfeversicherte.
  - ◆ Am unteren Rand, d. h. für die 1 % der Versicherten mit den geringsten Prämienanpassungsbelastungen, sanken die Prämien um 1,5 % p. a. oder mehr. Am oberen Rand, für die 1 % der Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämienanpassungsbelastungen, erhöhten sich die Prämien um jahresdurchschnittlich 6,8 % oder mehr.
  - ◆ Die Beiträge des Drittels der Versicherten mit den stärksten jahresdurchschnittlichen Prämiensteigerungen erhöhten sich in diesem Zeitraum um 3,8 % p. a. für die durchgehend Beihilfeversicherten, um 4,9 % p. a. für die durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten und um 7,5 % p. a. für die Versicherten, die ihren Status im Beobachtungszeitraum veränderten. Bei der letztgenannten Gruppe ist zu berücksichtigen, dass bei Wechseln aus einem beihilfekonformen Versicherungsschutz heraus (die in der Regel mit hohen Beitragssteigerungen verbunden sind) in den meisten Fällen Arbeitgeberzuschüsse zum Krankenversicherungsbeitrag die individuelle Mehrbelastung der Versicherten zum Teil ausgleichen können. Im Drittel der Versicherten mit den geringsten jahresdurchschnittlichen Prämienveränderungen sanken hingegen die Beiträge für die Status-Wechsler um durchschnittlich 2,8 % p. a. Für
-

die durchgehend Beihilfeversicherten betrug der Beitragsanstieg im unteren Drittel durchschnittlich 0,4 % p. a., für die Arbeitnehmer und Selbständigen 1,4 % p. a.

- ♦ Als Versicherte mit relativ starken Beitragssteigerungen wurden jeweils diejenigen im oberen Drittel definiert, deren jahresdurchschnittlicher prozentualer Prämienanstieg die Grenze zum mittleren Drittel um die Hälfte von dessen Breite (in Prozentpunkten) überschreitet. Gemäß dieser Abgrenzung waren unter den durchgehend Beihilfeversicherten sowie den Status-Wechslern rd. 20 % und unter den durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten lediglich rd. 8 % von überdurchschnittlichen Beitragssteigerungen betroffen.
- ♦ Zieht man hingegen die Erhöhung des GKV-Höchstbeitrags in demselben Zeitraum als exogenen Referenzmaßstab heran, liegt der Ausgangswert zur Abgrenzung der Stärke von Beitragsveränderungen bei einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs der Monatsprämie um 11,84 Euro. Als Versicherte mit einem absolut starken Beitragsanstieg wurden nun jeweils diejenigen definiert, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um mehr als 10 % über dem des GKV-Höchstbeitrags lag. Gemäß dieser Abgrenzung waren deutlich mehr, nämlich knapp 34 %, der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten von starken Beitragssteigerungen betroffen. Ähnlich hoch war erneut der Anteil der Status-Wechsler mit knapp 35 %. Aufgrund ihres systematisch geringeren Prämienniveaus hatten die Beihilfeversicherten nach diesem am GKV-Höchstbeitrag orientierten Maßstab dagegen nur in Ausnahmefällen starke Beitragssteigerungen (0,05 %).
- ♦ Knapp jeder sechste Versicherte in der Grundgesamtheit hatte im Zeitraum 2000 bis 2020 eine sprunghafte Beitragsentwicklung, d. h. entweder mindestens zwei jährliche Beitragserhöhungen um  $\geq 20$  % oder mindestens fünf Beitragserhöhungen um  $\geq 10$  %. Von den Arbeitnehmern und Selbständigen hatten ca. 39 % eine sprunghafte Beitragsentwicklung gemäß diesen Kriterien – und damit verhältnismäßig deutlich mehr als in der Grundgesamtheit. Etwas darunter lag der entsprechende Anteil unter den Status-Wechslern (rd. 31 %), während nur knapp 13 % der Beihilfeversicherten von sprunghaften Beitragsveränderungen betroffen waren.

Als mögliche versichertenindividuelle Einflussfaktoren der Beitragsentwicklung wurde eine Reihe von Merkmalen untersucht: neben Alter und Geschlecht das Eintrittsalter, der Umfang des Versicherungsschutzes und seine Veränderung, Veränderungen von Selbstbehalten und Erstattungsprozentsätzen (bei Beihilfeversicherten), die Wahl des gesetzlichen Beitragszuschlags (Wahloption bestand im Jahr 2000 nur für die Bestandsversicherten), Wahl einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter und Risikozuschläge. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ◆ Versicherte mit – gemessen an der Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags – überdurchschnittlichen Prämiensteigerungen und/oder sprunghafter Beitragsentwicklung hatten relativ häufig eine Kombination aus einem sehr umfangreichen Leistungsumfang, einer Erhöhung des Leistungsumfangs, einer Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes oder einer zusätzlich vereinbarten Beitragsermäßigung im Alter. Somit spiegeln relativ hohe bzw. sprunghafte Prämienentwicklungen bei größeren Teilen der Versicherten einerseits eine Art „Investition“ in eine Dämpfung der Beitragsentwicklung im Alter (gesetzlicher Beitragszuschlag), andererseits gehen sie mit einem relativ hohen Niveau bzw. einer Erhöhung des im betrachteten Zeitraum zusätzlich vereinbarten Niveaus der Versicherungsleistungen einher.
  - ◆ Die Mehrheit der Versicherten, die zu den Fokusgruppen zählen, weisen Merkmalsausprägungen auf, die im Rahmen dieser Analyse als mögliche Erklärungsfaktoren für starke oder sprunghafte Beitragserhöhungen betrachtet werden. Von den Versicherten der Fokusgruppe 2 weisen knapp 6 % keine der betrachteten Merkmalsausprägungen auf, von den Versicherten der Fokusgruppe 3 sind es sogar knapp 27 %. Das heißt, für mehr als ein Viertel der Versicherten mit starken Prämien sprüngen lassen sich diese nicht durch versichertenindividuelle Faktoren erklären. Insbesondere für diese Gruppe von Versicherten wären demnach regulatorische Anpassungen potenziell hilfreich, die eine stärkere und gleichmäßigere zeitliche Verteilung von Beitragsanpassungen ermöglichen (vgl. nachfolgendes Kapitel 7.2).
  - ◆ Eine multivariate Analyse bestätigte, dass eine Erhöhung bzw. Absenkung des Versicherungsumfangs sowie eine Erhöhung oder Absenkung des Erstattungsprozentsatzes (bei Beihilfeversicherten) von den untersuchten Faktoren den weitaus stärksten Effekt auf die Prämienänderungen hatten.
  - ◆ Auch zeigt die multivariate Analyse, dass die Nachlässe aus dem GBZ, aus den Zuschreibungsmitteln sowie aus den Beitragsentlastungskomponenten einen mindernden Effekt auf die Beitragssteigerung haben. Lediglich der Effekt für den Nachlass aus Zuschreibungsmitteln für die Statusgruppe 2 hat ein positives Vorzeichen, d. h., je höher ein Nachlass aus Zuschreibungsmitteln, desto höher sind durchschnittlich auch die Prämiensteigerungen. Dieser statistische Zusammenhang ist nicht kausal zu interpretieren, denn er kann z. B. darauf beruhen, dass die Nachlässe aus Zuschreibungsmitteln gerade in den Fällen mit starken Prämien erhöhungen eingesetzt wurden, um diese abzumildern. Alternativ können Nachlässe das Prämienniveau so stark senken, dass absolut betrachtet moderate Anhebungen prozentual relativ hoch ausfallen. So zeigen die deskriptiven Analysen, dass sehr starke prozentuale Prämien erhöhungen mit im Durchschnitt vergleichsweise geringen vorherigen Prämienhöhen einhergehen.
-

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Beiträge der überwiegenden Mehrheit der Beihilfeversicherten – nicht zuletzt aufgrund des geringeren Versicherungsumfangs, den sie in der PKV abzuschließen haben, – langfristig in Relation zum GKV-Höchstbeitrag nicht stark gestiegen sind. Unter den Arbeitnehmern, Selbständigen und Statuswechslern waren die durchschnittlichen Beitragssteigerungen hingegen für etwas mehr als ein Drittel deutlich (d. h. um mind. 10 %) höher als der Anstieg des Höchstbeitrags in der GKV. Auch sprunghafte Beitragsentwicklungen waren unter ihnen stärker verbreitet (s. o.). Bei einem Viertel der Arbeitnehmer und Selbständigen unter den Versicherten und bei 14 % der Statuswechsler war die Beitragsentwicklung sowohl durch deutliche Steigerungen als auch durch Sprunghaftigkeit geprägt.

Zu berücksichtigen ist außerdem der Sondereffekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags ab dem Jahr 2001, dessen beitragsdämpfende Wirkungen sich in der hier verwendeten Datengrundlage noch nicht in vollem Umfang entfalten konnte. Blendet man diesen Sondereffekt aus, reduziert sich insbesondere der Anteil der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten, für die sich nach der angewandten Definition (im Verhältnis zum GKV-Höchstbeitrag) starke Beitragssteigerungen feststellen lassen, auf knapp 15 %. Eine sprunghafte Beitragsentwicklung betraf – nach Abzug des Sondereffekts – noch knapp 11 % dieser Versicherten. Nur noch knapp 5 % der Arbeitnehmer und Selbständigen hatten bei dieser Betrachtung sowohl starke als auch sprunghafte Beitragserhöhungen.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die individuellen Ausgestaltungen des Versicherungsschutzes bei Eintritt und die Veränderungen im Zeitverlauf die Prämienentwicklung maßgeblich beeinflussen. Pauschale Aussagen über die Beitragsentwicklung in der PKV, in denen diese individuell unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Beitragsentwicklung keine Berücksichtigung finden, erscheinen vor diesem Hintergrund fragwürdig.

Dass sich die Prämienentwicklungen individuell sehr unterschiedlich gestalten, illustriert auch folgende Betrachtung: Die Gruppe der langfristig Versicherten umfasst knapp 800 Tsd. Versichertenhistorien. Im Jahr 2000 gab es (ohne Berücksichtigung von Nachkommastellen) 533 verschiedene Prämienhöhen, d. h. im Durchschnitt hatten ca. 1.493 Versicherte dieselbe Prämie. Im Jahr 2020 gab es 904 verschiedene Prämienhöhen, d. h. im Durchschnitt hatten noch ca. 880 Versicherte eine identische Prämie – trotz der relativ geringen Tarifvielfalt der Debeka.

Für eine weitere Verbesserung der Evidenzlage zur Beitragsentwicklung in der PKV wäre es hilfreich, wenn diese oder ähnliche Analysen auf einer breiteren empirischen Grundlage durchgeführt werden könnten, die Versichertendaten mehrerer PKV-Unternehmen umfassen.

Dennoch lassen sich bereits aus der vorliegenden Studie einige grundlegende Erkenntnisse ableiten:

- ◆ Für die große Gruppe der Beihilfeversicherten sind Prämiensteigerungen – gemessen an den hier gewählten Kriterien – nicht stark ausgeprägt,

wenn keine individuellen Erhöhungen des Versicherungsschutzes oder des Erstattungssatzes hinzukommen. Letzteres betraf jedoch nur vergleichsweise wenige Personen.

- ◆ Die Älteren unter den langfristig Versicherten zahlen absolut keine höheren Prämien als die Jüngeren – obwohl der gesetzliche Beitragszuschlag hier noch keine Wirkung entfaltet.
- ◆ In größerem Umfang von überdurchschnittlichen oder sprunghaften Beitragserhöhungen waren abhängig Beschäftigte, Selbständige und Status-Wechsler betroffen. Dabei gilt zu beachten, dass ein nicht unwesentlicher Teil dieser Beitragssteigerungen auf den Sondereffekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags zurückzuführen ist, der die spätere Beitragsbelastung im Alter mindern soll.

## 7.2 Voraussetzungen für eine gleichmäßigere Beitragsentwicklung

Eine wesentliche Funktion von Versicherung ist die Einkommensglättung über die Zeit. Durch eine Krankenversicherung soll typischerweise vermieden werden, dass die Kosten von Krankheit zu temporären, u. U. aber auch existenzbedrohenden Schwankungen der finanziellen Mittel von Haushalten führen. Eine durch Krankheitsrisiken schwankende Entwicklung des erwarteten Einkommens wird durch Abschluss einer Versicherung gegen planbare Einkommensabflüsse in Form von kontinuierlichen Beitragszahlungen getauscht, die zu keiner finanziellen Überforderung führen. Diese Glättungsfunktion der Versicherung wird jedoch durch sich in ihrer Höhe sprunghaft und nicht planbar verändernde Beitragszahlungen gestört.

Die Darstellungen der Versichertenanteile nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Zeitverlauf verdeutlichen, dass das vorhandene Potenzial an Glättung der Beitragsbelastungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird.

Ein zentrales Hemmnis für eine stärkere Glättung der Beitragsentwicklung ist regulatorischer Art: Die Versicherungsunternehmen können die Prämien nur unter bestimmten Voraussetzungen anpassen, die einige für die erforderliche Beitragshöhe mitentscheidende Faktoren nicht einbeziehen.

- ◆ Nach § 155 Abs. 3 VAG ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, mindestens jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen und diese Gegenüberstellung der Aufsichtsbehörde und einem unabhängigen Treuhänder vorzulegen. Berechnet wird dabei der sogenannte „*auslösende Faktor Leistung*“, der anzeigt, um wie viel Prozent die erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen abweichen. Ergibt sich eine Abweichung von 10 % oder mehr, müssen alle Rechnungsgrundlagen überprüft und gegebenenfalls mit Zustimmung des Treuhänders neu festgelegt werden, insofern die Ab-

weichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist. In den Tarifbedingungen kann eine geringere Schwelle z. B. von 5 % festgelegt werden, wovon in aller Regel Gebrauch gemacht wird.

- ◆ Ähnliches gilt für die Überprüfung der kalkulatorisch angesetzten Sterbewahrscheinlichkeiten („*auslösender Faktor Sterblichkeit*“). Auch hier hat das Versicherungsunternehmen nach § 155 Abs. 4 VAG für jeden Tarif jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 %, hat das Unternehmen alle Rechnungsgrundlagen dieses Tarifs zu überprüfen und gegebenenfalls mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Die Überprüfung der kalkulatorisch angesetzten Sterbewahrscheinlichkeit schreibt das VAG erst seit Anfang des Jahres 2008 vor. Bis dahin war es den Versicherungsunternehmen nicht möglich, nur aufgrund veränderter Sterbetafeln die Prämien anzupassen, wenn der „auslösende Faktor Leistung“ nicht „angeschlagen“ hatte. Mit dieser Neuregelung können größere Beitragssprünge, die in der Vergangenheit auftraten, wenn die Kopfschäden und die Sterbetafel gleichzeitig ausgetauscht werden mussten, teilweise vermieden werden. Der auslösende Faktor Sterblichkeit hat in der Praxis allerdings inzwischen eine geringere Bedeutung, da sich die Lebenserwartung nur langsam ändert und eine Abweichung von mehr als 5 % erst nach mehreren Jahren eintritt.

Die o. a. Regulierungen bewirken nun, dass Änderungen der Rechnungsgrundlagen „zeitlich geklumpt“ umgesetzt werden. Eigentlich erforderliche Anpassungen aufgrund der regulatorisch nicht berücksichtigten Faktoren können immer nur dann „nachholend“ vorgenommen werden, wenn die berücksichtigten Faktoren Beitragsanpassungen „auslösen“.<sup>23</sup>

Aktuell beeinflussen zusätzlich die Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt den Rechnungszins als eine der Rechnungsgrundlagen. Das mittlerweile über mehrere Jahre andauernde sehr geringe Zinsniveau hätte in vielen Tarifen bereits eine Absenkung des Rechnungszinssatzes erfordert. Veränderungen der Nettoverzinsung zählen jedoch nach wie vor nicht zu den „auslösenden Faktoren“. Für die Prämie des Einzelnen kann das bedeuten, dass zusätzlich zu einer Erhöhung wegen veränderter Leistungsausgaben eine Erhöhung aufgrund einer Rechnungszinssenkung und einer gestiegenen Lebenserwartung in entsprechend höherem Umfang umzusetzen ist.

Veränderungen des erforderlichen Rechnungszinses im VAG zusätzlich als auslösenden Faktor zu berücksichtigen, wäre somit ein weiterer Schritt, um zukünftigen Beitragssprüngen für privat Versicherte entgegenzuwirken. Aus Sicht des Versicherten und zur tatsächlichen Verstetigung der Prämienentwicklung wäre es allerdings noch sinnvoller, über die Betrachtung der einzelnen Rechnungsgrundlagen

---

<sup>23</sup> Der PKV-Verband hat mehrfach auf diese Ursache von Beitragssprüngen hingewiesen, zuletzt in seinem Rechenschaftsbericht 2018/19.

hinaus auch die kumulierte Wirkung veränderter Rechnungsgrundlagen auf den Beitrag zu bewerten und die Berechtigung zu einer Prämienüberprüfung und -anpassung hiervon abhängig zu machen.

---

## 8. Zusatzauswertung: Ergänzung der Jahre 2021/2022

Im Rahmen einer Zusatzauswertung wurde die Beitragsentwicklung der Analysepopulation unter Einbezug der Jahre 2021 und 2022 analysiert, d. h. für den Zeitraum 2000-2022. Im Jahr 2021 wird es eine Beitragsanpassung geben; diese wird für den überwiegenden Teil der Nicht-Beihilfeversicherten auf zwei Jahre gestreckt, da angesichts der wirtschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Entwicklung der Erwerbseinkommen (durch Kurzarbeit oder Betriebsschließungen) damit zu rechnen ist, dass die Beitragserhöhungen vor allem für Selbständige und Arbeitnehmer zu finanziellen Härten führen können. Ein Grund für die teilweise deutlichen Prämiensteigerungen ist die Absenkung des kalkulatorischen Rechnungszinses für die überwiegende Mehrheit der Versicherten.

Die für die Analyse zugrunde gelegten Prämien wurden nach dem Wissensstand Mitte Oktober 2020 berechnet. Es handelt sich dabei um die voraussichtlichen Prämien unter der Annahme, dass sich der Status und der Versicherungsschutz der Versicherten nicht mehr verändern wird.<sup>24</sup> Insofern handelt es sich um eine hypothetische Analysepopulation.

### Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2022

Im Jahr 2022 beträgt die durchschnittliche monatliche Prämie für beihilfeversicherte Männer, die mindestens seit dem Jahr 2000 ununterbrochen bei der Debeka versichert sind, rd. 234 Euro und ist damit durchschnittlich um rd. 38 Euro höher als im Jahr 2020. Für beihilfeversicherte Frauen mit einer mindestens 20-jährigen Versicherungsdauer liegt die monatliche Prämie durchschnittlich bei rd. 239 Euro und damit im Mittel um rd. 31 Euro höher als im Jahr 2020 (Tabelle 31).<sup>25</sup>

Für Nicht-Beihilfeversicherte beträgt die durchschnittliche monatliche Prämie im Jahr 2022 rd. 563 Euro; damit liegt sie für Männer um rund 111 Euro und für Frauen um rund 59 Euro über dem durchschnittlichen Wert des Jahres 2020.

---

<sup>24</sup> Etwas mehr als 5.600 Versicherte sind inzwischen durch Tod oder aus anderen Gründen aus der Vollversicherung ausgeschieden, so dass sich die Analysepopulation im Vergleich zu der für den Zeitraum 2000 bis 2020 untersuchten Analysepopulation entsprechend verkleinert hat.

<sup>25</sup> Im Folgenden handelt es sich immer um die Monatsprämien in voller Höhe. Bei den Beihilfeversicherten entspricht dies dem tatsächlichen Zahlbetrag unter Berücksichtigung des Beihilfe-Erstattungssatzes, bei den Nicht-Beihilfeversicherten bleiben ggf. von Arbeitgebern oder Rentenversicherungsträgern gezahlte Zuschüsse unberücksichtigt.

---

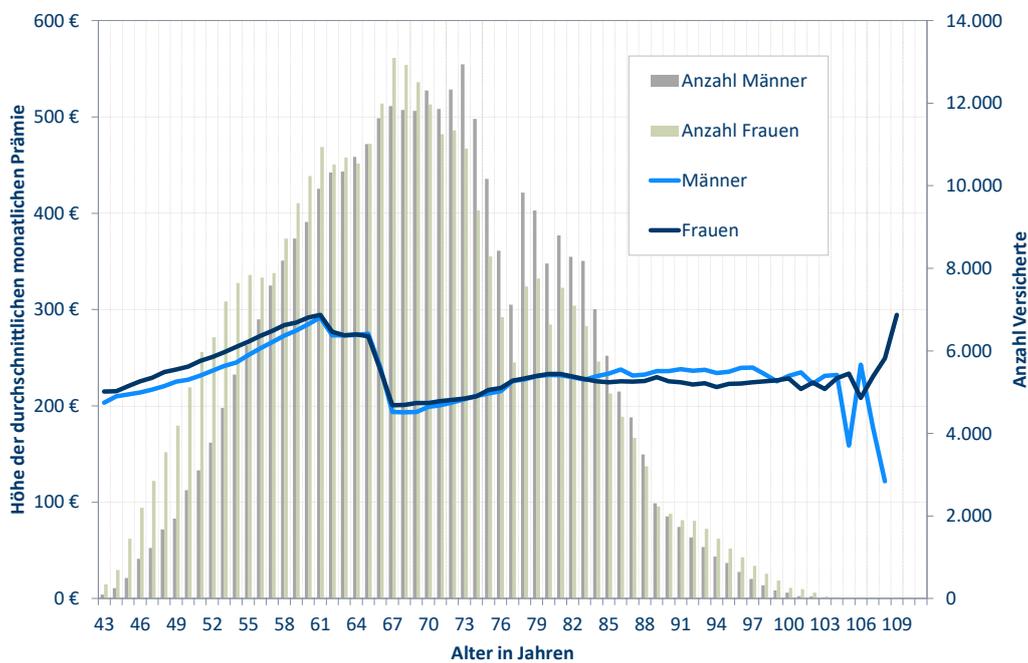
Tabelle 31: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2022)

Altersgruppe	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
41-50 Jahre	221 €	233 €	501 €	539 €
51-60 Jahre	262 €	272 €	589 €	597 €
61-70 Jahre	238 €	241 €	559 €	554 €
71-80 Jahre	215 €	216 €	539 €	546 €
≥ 81 Jahre	232 €	227 €	552 €	551 €
<b>insgesamt</b>	<b>234 €</b>	<b>239 €</b>	<b>563 €</b>	<b>563 €</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Das Altersprofil der durchschnittlichen Monatsprämien für Beihilfeversicherte mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt im Jahr 2022 – analog zu dem Altersprofil im Jahr 2020 (Abbildung 11) – bis zu den 60-Jährigen einen leichten Anstieg, anschließend bis zu den 68-Jährigen eine kontinuierlich Absenkung und ab den 69-Jährigen wieder einen leichten Anstieg (Abbildung 25). Wegen der vergleichsweise schwachen Besetzung der Altersgruppen ab ca. 100 Jahren ist das altersbezogene Beitragsprofil für diese Altersbereiche nur sehr begrenzt aussagekräftig.

Abbildung 25: Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2022



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

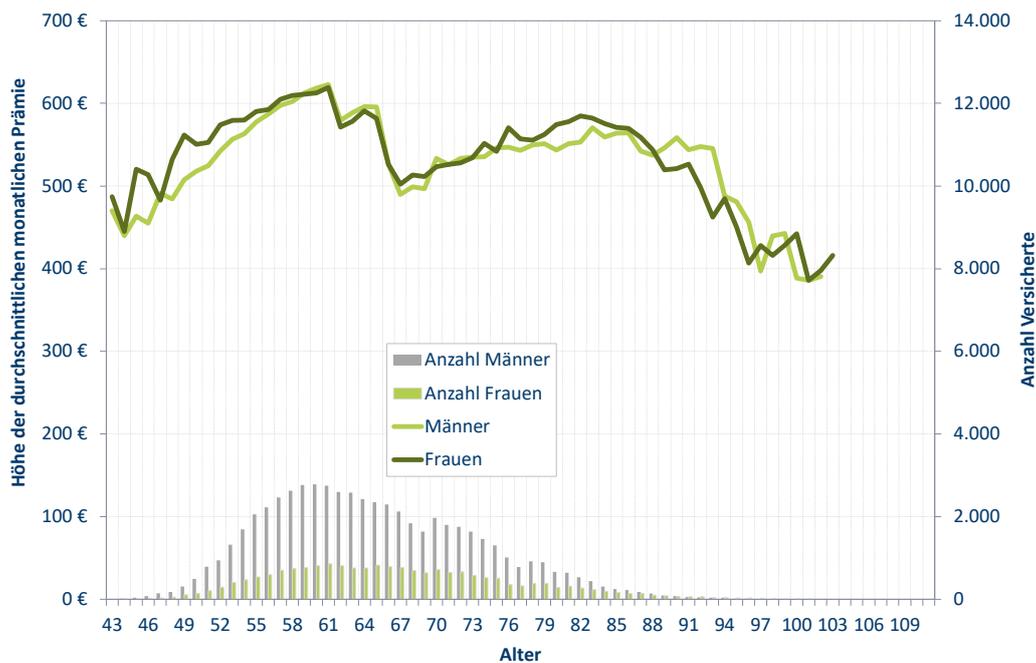
Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

Bei den Nicht-Beihilfeversicherten mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt sich ein ähnliches Altersprofil im Jahr 2022: Bis zu den 60-Jährigen steigen die durchschnittlichen monatlichen Prämien leicht an, danach sinken sie tendenziell bis zu den 70-Jährigen, um dann ab den 71-Jährigen wieder leicht anzusteigen (Abbildung 27). Im Vergleich zu den Beihilfeversicherten sind die Altersgruppen der Nicht-Beihilfeversicherten alle deutlich schwächer besetzt. Insbesondere ab dem Alter von 80 Jahren sind die Besetzungszahlen sehr gering.

Im Jahr 2020 lagen die durchschnittlichen monatlichen Prämien der Frauen für jede Altersgruppe über der durchschnittlichen Prämie der Männer (vgl. dazu auch

Abbildung 12). Dies hat sich nun durch die Beitragsanpassung aus dem Jahr 2021 verändert: Die durchschnittlichen Prämien von Männern und Frauen unterschieden sich nicht mehr systematisch.

Abbildung 26: Durchschnittliche monatliche Prämien für die Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2022



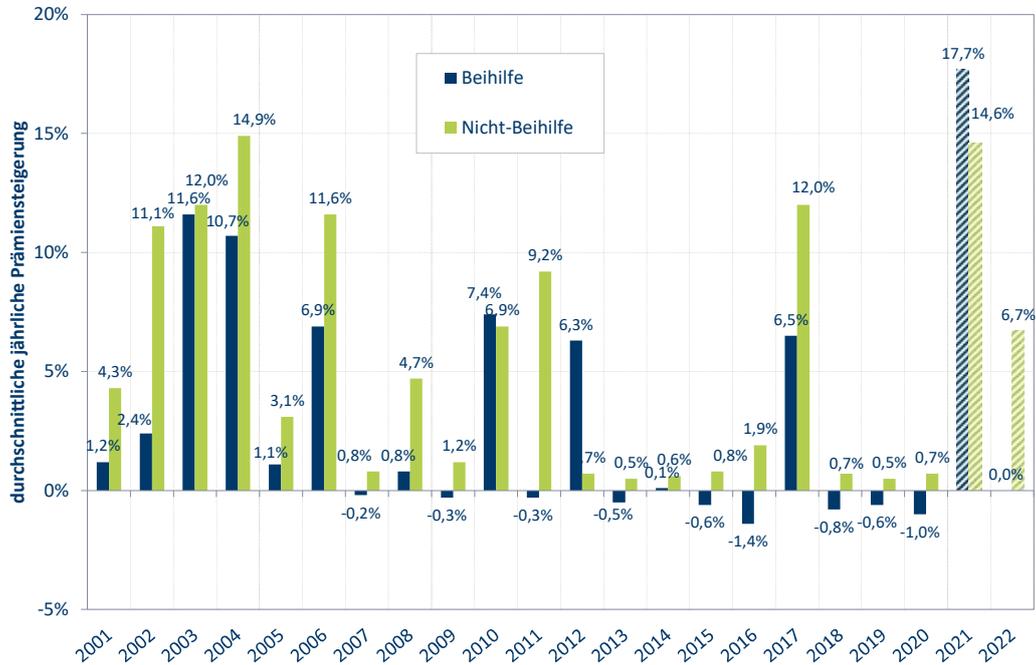
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka  
 Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

### Entwicklung der Prämien im Zeitraum 2000 bis 2022

Für die Beihilfeversicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit werden im Jahr 2021 die Prämien um durchschnittlich 17,7 % steigen (Abbildung 27). Dies ist für die Beihilfeversicherten im Beobachtungszeitraum mit Abstand der stärkste durchschnittliche Prämienanstieg – der letzte Anstieg im zweistelligen Bereich war im Jahr 2004 mit 10,7 %.

Bei den Nicht-Beihilfeversicherten wird – wie oben beschrieben – die Prämienanpassung des Jahres 2021 für einen großen Anteil der Versicherten auf zwei Jahre verteilt: Im Jahr 2021 wird dies zu einer durchschnittlichen Prämiensteigerung von 14,6 % und im Jahr 2022 von 6,7 % führen. Werden beide Jahre zusammengenommen, handelt es sich auch bei den Nicht-Beihilfeversicherten um den stärksten Prämienanstieg im Beobachtungszeitraum.

Abbildung 27: Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2022



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

Durch den Vergleich der jahresdurchschnittlichen Veränderungen der Prämien kann geschätzt werden, welchen Effekt die Beitragsveränderungen der zusätzlichen Jahre 2021 und 2022 auf die langfristige Beitragsentwicklung haben. Bei einer Betrachtung des Zeitraums von 20 (bzw. 22) Jahren zeigt sich, dass sich durch diese zusätzlichen zwei Jahre mit hohen Prämiensteigerungen die jahresdurchschnittliche Prämienveränderung von 2,2 % auf 2,8 % erhöht. Insbesondere für den kürzeren Zeitabschnitt von 5 bis 7 Jahren zeigt sich ein deutlicher jahresdurchschnittlicher Anstieg der Prämien von 0,4 % (2015-2020) auf 2,7 % (2015-2022).

Tabelle 32: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit, 2000-2020 und 2000-2022

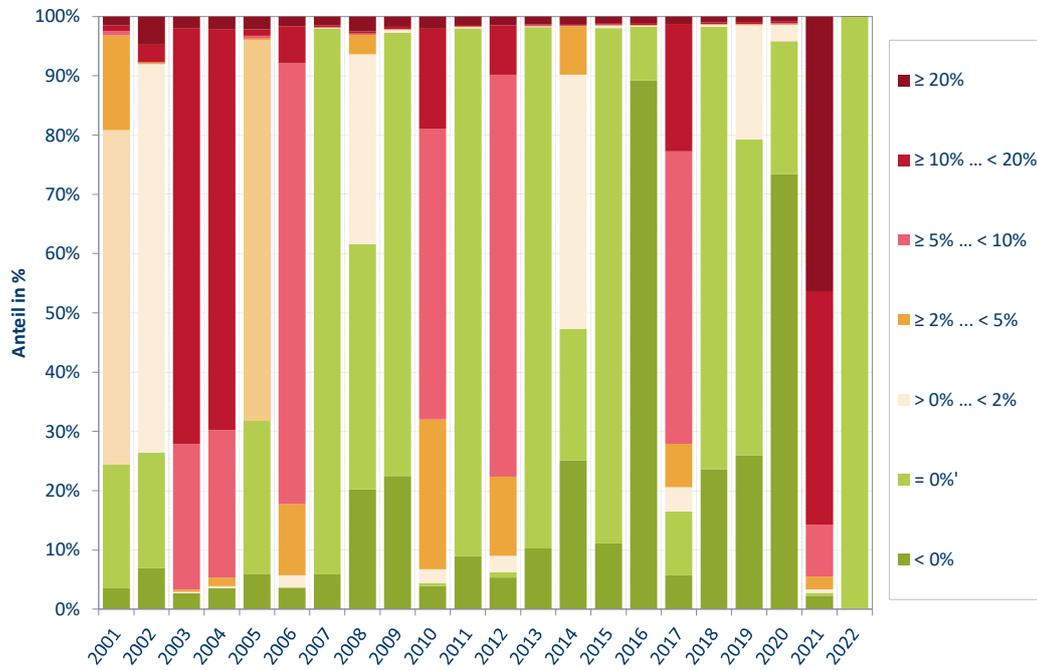
Zeitraum	Mittelwert	1 %-Perzentil	99 %-Perzentil
<b>2000-2020</b> (n = 795.567)			
20 Jahre	2,2%	-1,5%	6,8%
10 Jahre	0,5%	-5,9%	7,2%
5 Jahre	0,4%	-9,8%	12,3%
<b>2000-2022</b> (n = 789.892)			
22 Jahre	2,8%	-0,6%	7,0%
12 Jahre	1,8%	-3,7%	7,8%
7 Jahre	2,7%	-5,5%	11,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die folgende Darstellung zeigt die Anteile der Beihilfeversicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit nach Ausmaß der Prämienänderungen (prozentuale Größenklassen) in den einzelnen Jahren (Abbildung 28). Im Jahr 2021 werden rund 46 % der Beihilfeversicherten von Prämiensteigerungen von mindestens 20 % und weitere 39 % von Prämiensteigerungen zwischen 10 % und 20 % betroffen sein. In den Jahren 2000 bis 2020 waren lediglich – mit einer Ausnahme im Jahr 2002 (5 %) – jeweils rund 1 % oder 2 % der Beihilfeversicherten von sehr hohen Prämiensteigerungen ( $\geq 20$  %) betroffen.

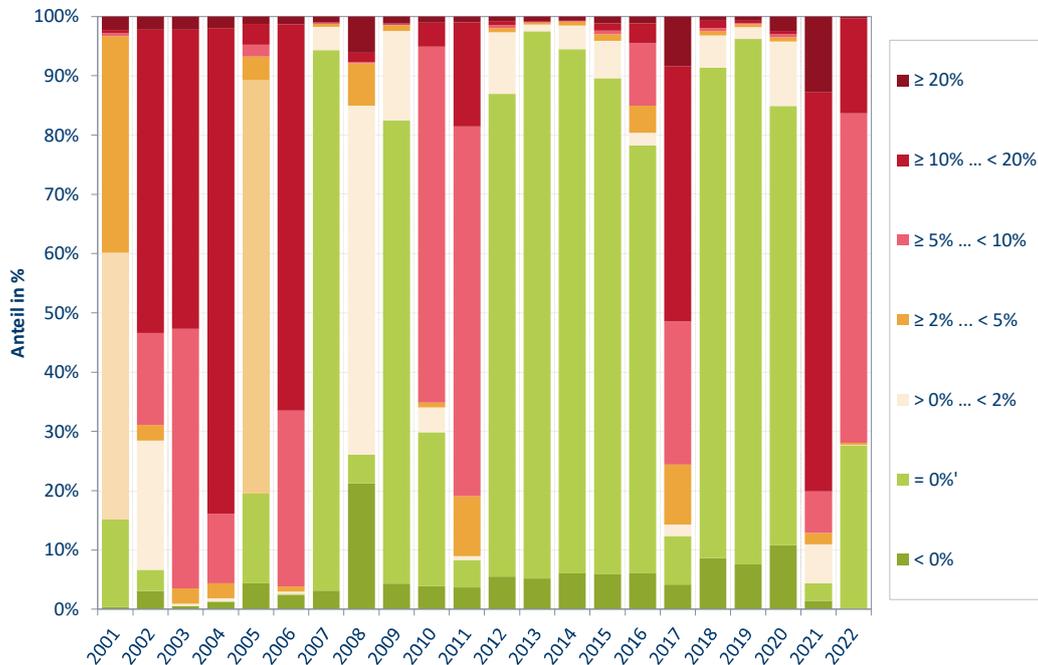
Qualitativ gilt dasselbe auch für die Nicht-Beihilfeversicherten (Abbildung 29): Im Jahr 2021 werden rund 13 % von ihnen – und damit der im Beobachtungszeitraum höchste Anteil – von sehr hohen Prämiensteigerungen ( $\geq 20$  %) betroffen sein, für mehr als zwei Drittel der Versicherten (67 %) ergeben sich Prämiensteigerungen zwischen 10 % und 20 %.

Abbildung 28: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2000-2022



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Abbildung 29: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2000-2022



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

### Darstellung der Fokusgruppen

Wird der Zeitraum von 2000 bis 2022 betrachtet, dann zählen rund 10,8 % der Versicherten zur Fokusgruppe 1 (Tabelle 33). Der Anteil sinkt damit im Vergleich zum Zeitraum 2000 bis 2020, da sich bei diesem endogenen Referenzmaßstab die Grenzen der Zugehörigkeit zur Fokusgruppe mit der Beitragsanpassung des Jahres 2021 verschieben.

Deutlicher wird die Auswirkung der Prämienhöhung bei Betrachtung der Fokusgruppe 3: Der Anteil der Versicherten in der Fokusgruppe mit starken Beitragsprüngen steigt insgesamt von 15,8 % auf 30,8 %. Nicht berücksichtigt ist dabei der Einfluss des GBZ: Für den Beobachtungszeitraum 2000 bis 2020 wurde anhand einer Simulation gezeigt, dass sich – nach Abzug dieses Sondereffektes des GBZ – der Anteil der Versicherten, insbesondere bei den durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten, bei dem sich sprunghafte Beitragssteigerungen feststellen lassen, reduziert (vgl. dazu auch Kapitel 5.2.5).

Auswirkungen der Prämienveränderungen der Jahre 2021 und 2022 auf die Größe und Zusammensetzung der Fokusgruppe 2 können nicht ermittelt werden, da der GKV-Höchstbeitrag zur Bestimmung des Referenzmaßstabes für diese Jahre nicht bekannt ist.

Tabelle 33: Anzahl und Anteil der Versicherten in Fokusgruppe 1 und Fokusgruppe 3 (insgesamt und nach Status-Gruppe), 2000-2020 sowie 2000-2022

	2000-2020		2000-2022		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
<b>Fokusgruppe 1 (endogener Referenzmaßstab)</b>					
Status-Gruppe 1 n=703.616	142.100	20,2%	Status-Gruppe 1 n=699.371	78.963	11,3%
Status-Gruppe 2 n=70.300	5.671	8,1%	Status-Gruppe 2 n=69.016	2.574	3,7%
Status-Gruppe 3 n=21.651	4.340	20,0%	Status-Gruppe 3 n=21.505	3.381	15,7%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>152.111</b>	<b>19,1%</b>	<b>insgesamt n=789.892</b>	<b>84.918</b>	<b>10,8%</b>
<b>Fokusgruppe 3 (Sprünge)</b>					
Status-Gruppe 1 n=703.616	91.138	13,0%	Status-Gruppe 1 n=699.371	193.604	27,7%
Status-Gruppe 2 n=70.300	27.657	39,3%	Status-Gruppe 2 n=69.016	39.057	56,6%
Status-Gruppe 3 n=21.651	6.693	30,9%	Status-Gruppe 3 n=21.505	10.953	50,9%
<b>insgesamt n=795.567</b>	<b>125.488</b>	<b>15,8%</b>	<b>insgesamt n=789.892</b>	<b>243.614</b>	<b>30,8 %</b>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

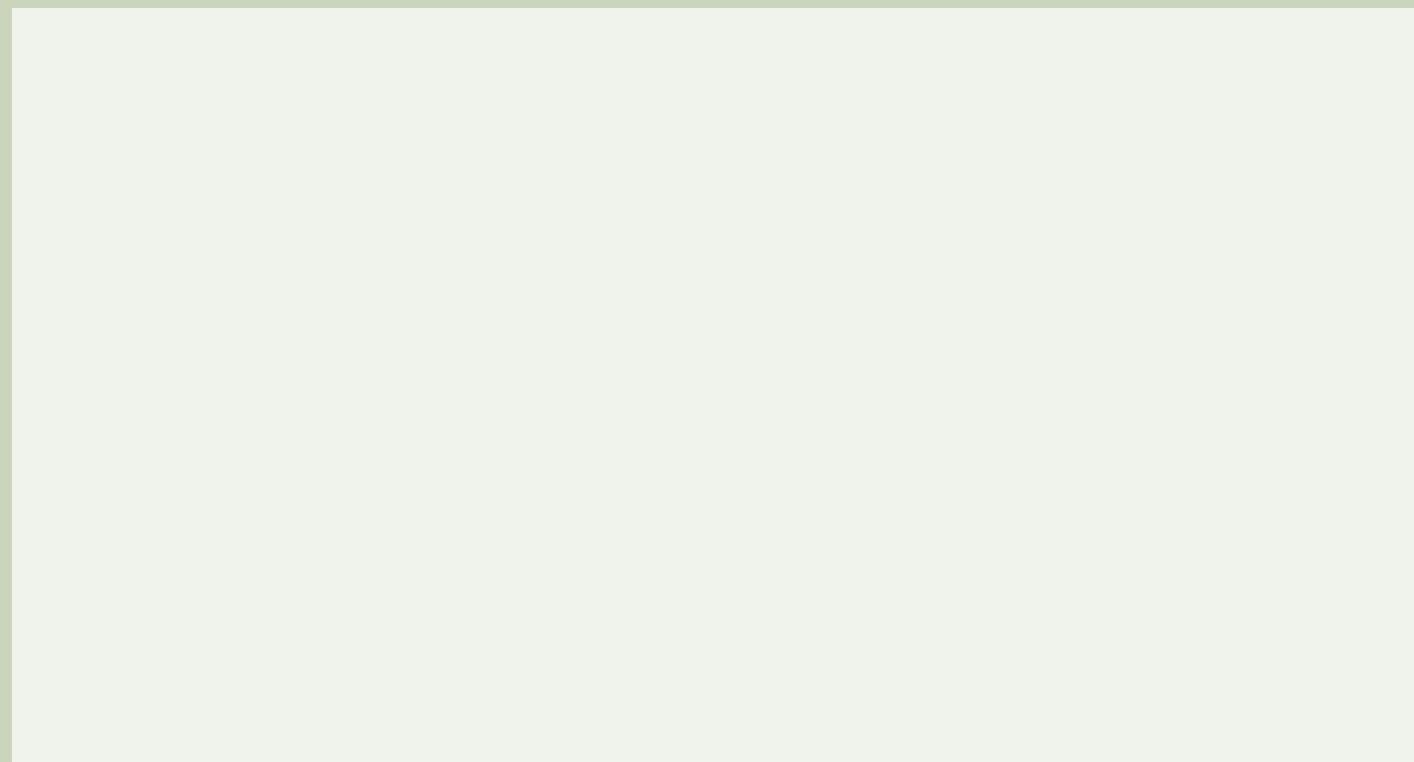
## Literaturverzeichnis

- Albrecht et al. (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Schlussbericht, Berlin.
- Albrecht M, Hildebrandt S, Sander M (2017): Beitragsentwicklung in der PKV, Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren im Auftrag der Debeka Krankenversicherung, Berlin.
- Assekurata (2016): Marktausblick zur privaten Krankenversicherung 2016/2017, Köln.
- Grabka M (2006): Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP, in: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hg) (2006): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?, Bonn.
- Kunz A (2017): Beitragsschock für Privatversicherte, Die Welt vom 02.12.2017, S. 17
- Mihm A (2016a): Beitragsschock für privat Krankenversicherte, F.A.Z. vom 29.09.2016, S. 15.
- Mihm A (2016b): Opposition sieht PKV „am Ende“, F.A.Z. vom 30.09.2016, S. 23.
- Sommerfeldt N, Zschäpitz H (2016): Historischer Prämienchock, Die Welt vom 30.09.2016, S. 13.
- Statistisches Bundesamt (2020): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung Vierteljahresergebnisse, 2. Vierteljahr 2020, Fachserie 18, Reihe 1.2, Wiesbaden.
- Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (1996): Gutachten, Deutscher Bundestag Drucksache 13/4945 vom 18.06.1996.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2019): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2018/19, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (versch. Jahre): Zahlenberichte.
-

---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)