

Beitragsentwicklung in der PKV

Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und
ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren

Ergebnisse für den Zeitraum 2003 bis 2023



STUDIEN
BERICHT

Beitragsentwicklung in der PKV

Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und
ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren

Ergebnisse für den Zeitraum 2003 bis 2023

Martin Albrecht
Monika Sander
Susanne Hildebrandt

Unter Mitarbeit von
Enyo Azamati

Ergebnisbericht

für die Debeka Krankenversicherung

Berlin, Oktober 2023

Autoren

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

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Studie	11
1.1	Die Entwicklung der PKV-Beiträge im gesundheitspolitischen Kontext	11
1.2	Hintergrund: IGES-Studien 2017 und 2020	13
1.3	Ziel und Gegenstand der vorliegenden Studie	15
2.	Beschreibung der Datengrundlage	17
3.	Beschreibung der Grundgesamtheit	20
3.1	Status: Beihilfe vs. Nicht-Beihilfe	20
3.2	Alters- und Geschlechtsstruktur	23
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	37
3.9	Kalkulatorischer Rechnungszins	37
4.	Deskriptive Analysen der Prämienentwicklung	38
4.1	Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2023	38
4.2	Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum	44
5.	Fokusgruppen für die weiteren Analysen	48
5.1	Einteilung der Versicherten in drei „Status-Gruppen“	48
5.2	Identifikation von Fokusgruppen	50
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
6.	Merkmale der Versicherten in den Fokusgruppen	67
6.1	Einzelbetrachtung der Merkmale	68
6.1.1	Geschlecht	68
6.1.2	Alter	71
6.1.3	Eintrittsalter	73
6.1.4	Umfang des Versicherungsschutzes	75
6.1.5	Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes	80
6.1.6	Veränderungen des absoluten Selbstbehalts	83
6.1.7	Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes	86

6.1.8	Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags	89
6.1.9	Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter	91
6.1.10	Veränderung des Risikozuschlags	93
6.2	Häufigkeit von Merkmalskombinationen	96
6.3	Multivariate Analysen	101
7.	Fazit und Schlussfolgerungen	107
7.1	Erkenntnisgewinn der Untersuchung	107
7.2	Voraussetzungen für eine gleichmäßigere Beitragsentwicklung	112
8.	Zusatzauswertung: Ergänzung des Jahres 2024	114
	Literaturverzeichnis	123
	Abbildungen	5
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	10

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2022	13
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der Datenstruktur	18
Abbildung 3:	Beschreibung des 27-stelligen Versicherungsschutztyps	19
Abbildung 4:	Verteilung der selbständigen Versicherten nach Alter, 2023	21
Abbildung 5:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Status, 2003, 2013 und 2023	23
Abbildung 6:	Verteilung der Versicherten nach Alter und Status, 2003	25
Abbildung 7:	Verteilung der Versicherten nach Eintrittsalter und Status, 2003	27
Abbildung 8:	Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags sowie nach Geschlecht und Status, 2003	29
Abbildung 9:	Kategorisierung der Versicherungsschutz-Identifikationsnummer	31
Abbildung 10:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes sowie nach Geschlecht und Status, 2003 und 2023	33
Abbildung 11:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2023	40
Abbildung 12:	Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2023	41
Abbildung 13:	Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2023	43
Abbildung 14:	Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2004-2023	45
Abbildung 15:	Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2004-2023	46
Abbildung 16:	Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2004-2023	47

Abbildung 17:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 1	54
Abbildung 18:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 2	55
Abbildung 19:	Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 3	56
Abbildung 20:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (endogener Maßstab)	57
Abbildung 21:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (exogener Maßstab)	60
Abbildung 22:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen im Zeitraum 2003-2023	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, 2024	116
Abbildung 26:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2024	117
Abbildung 27:	Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2005-2024	118
Abbildung 28:	Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2005-2024	120
Abbildung 29:	Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2005-2024	121

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, 2003 und 2023	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, 2003	34
Tabelle 6:	Verteilung der Beihilfeversicherten nach Clustern des ambulanten und stationären Erstattungssatzes, 2003 und 2023	35
Tabelle 7:	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2023)	38
Tabelle 8:	Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2023	42
Tabelle 9:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien, 2003-2023	48
Tabelle 10:	Einteilung der Grundgesamtheit in „Status-Gruppen“	49
Tabelle 11:	Zusammensetzung der Status-Gruppe 3 („Statuswechsler“)	50
Tabelle 12:	Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (2003-2023)	53
Tabelle 13:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (endogener Maßstab)	58
Tabelle 14:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (exogener Maßstab)	62
Tabelle 15:	Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)	64
Tabelle 16:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023	70

Tabelle 17:	Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023	72
Tabelle 18:	Durchschnittliches Eintrittsalter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen	74
Tabelle 19:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023	76
Tabelle 20:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2003	78
Tabelle 21:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Versicherungsschutzumfangs, Status-Gruppen und Fokusgruppen	81
Tabelle 22:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des absoluten Selbstbehalts sowie nach Status-Gruppen und Fokusgruppen	84
Tabelle 23:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Erstattungssatzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen	87
Tabelle 24:	Verteilung der Versicherten (unter 63 Jahren im Jahr 2003) nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen	90
Tabelle 25:	Verteilung der Versicherten nach zusätzlicher Beitragsermäßigung im Alter (BBM), Status-Gruppen und Fokusgruppen	92
Tabelle 26:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Risikozuschlags, Status-Gruppen und Fokusgruppen	94
Tabelle 27:	Häufige Kombinationen der untersuchten Versichertenmerkmale nach Status-Gruppen für Versicherte der Fokusgruppe 2 und/oder der Fokusgruppe 3	97
Tabelle 28:	Zugehörigkeit der Versicherten ohne eines der ausgewählten Merkmale zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)	100
Tabelle 29:	Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen	103
Tabelle 30:	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2024)	115
Tabelle 31:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit, 2003-2023 und 2004-2024	119

Tabelle 32: Anzahl und Anteil der Versicherten in Fokusgruppe 1 und Fokusgruppe 3 (insgesamt und nach Status-Gruppe), 2003-2023 sowie 2004-2024 122

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
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. Zudem kommt es aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens bei älteren Bestandsversicherten zu überproportional hoch ausfallenden Beitragsanpassungen. Folglich werden Prämiensteigerungen in der PKV schon seit längerem primär als Problem älterer Versicherter diskutiert.¹

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

¹ Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1996).

Beitragssprünge in der PKV als Indiz für grundsätzliche Defizite des Geschäftsmodells.² 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.³ Die Bundesregierung hat diesbezüglich keine Maßnahmen ergriffen oder geplant; der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode enthält mit Blick auf die PKV keinerlei Reformvorhaben.⁴

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.

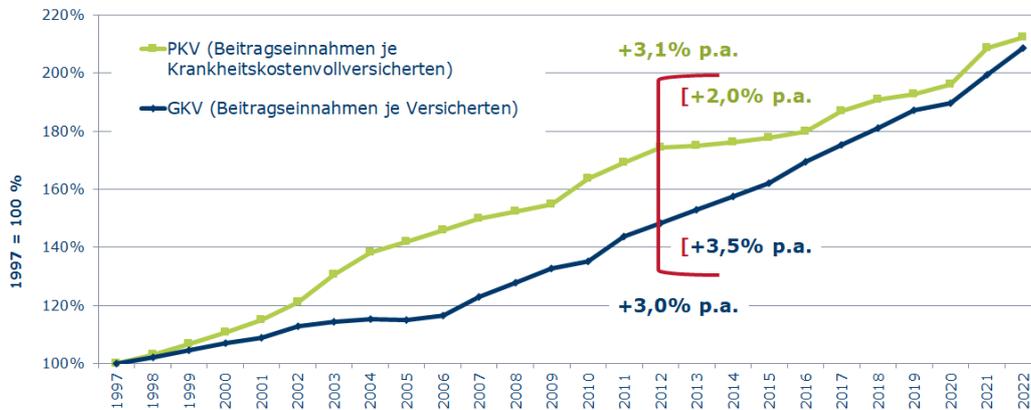
Die Betrachtung hochaggregierter Daten verdeutlicht bereits, dass Beitragsveränderungen über längere Zeiträume bewertet werden sollten (Abbildung 1). Das am stärksten aggregierte Maß der Beitragsentwicklung in der PKV sind die Beitragseinnahmen je krankheitskostenvollversicherter Person. Diese Pro-Kopf-Beitragseinnahmen haben sich im Zeitraum 1997 bis 2022 um jahresdurchschnittlich 3,1 % erhöht. In demselben Zeitraum stiegen die Beitragseinnahmen je versicherter Person in der GKV um 3,0 % 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 2012 um 2,0 % 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.

² Vgl. Kunz A (2017), Mihm A (2016b).

³ Vgl. z. B. Verband der Privaten Krankenversicherung (2019), Deutsche Aktuarvereinigung e. V. (DAV) (2023).

⁴ Vgl. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP) vom 7. Dezember 2021 (online: [Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit](https://www.spd.de/medien/koalitionsvertrag) ([spd.de](https://www.spd.de)). Abruf am 06.09.2023). Dort findet sich als einzige unmittelbar auf die PKV bezogene geplante Maßnahme die Einführung des Prinzips der Direktabrechnung für Kinder und Jugendliche in der PKV.

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2022



Quelle: IGES auf Basis KJ1-/KM6-Statistik, PKV-Zahlenportal (für 1997-2021) und PKV-Rechenschaftsbericht 2023 (für 2022)

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. Auch profitieren gesetzlich und privat krankenversicherte Personen in Form und Ausmaß unterschiedlich von einer Finanzierung aus Steuermitteln.⁵ 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-Studien 2017 und 2020

Transparenz besteht lediglich im Hinblick auf die Höhe der Beiträge für Neuzugänge (ohne Vorerkrankungen) in die PKV und deren Entwicklungen. Informationen über die Veränderung der Beiträge für Bestandsversicherte sind entweder

⁵ In der GKV bewirken seit dem Jahr 2004 steuerfinanzierte Bundeszuschüsse für sich genommen eine Senkung des Beitragssatzniveaus. Unter den privat Krankenversicherten reduziert sich für Personen mit Anspruch auf (steuerfinanzierte) Beihilfeleistungen der erforderliche Versicherungsumfang und damit die Beitragsbelastung.

hochaggregiert oder beruhen auf freiwilligen Angaben einer Auswahl von PKV-Unternehmen.⁶ Insbesondere fehlt die aus Sicht der Versicherten entscheidende zeitliche Längsschnittperspektive. Viele Fragen zur Beitragsentwicklung in der PKV lassen sich damit empirisch kaum valide beantworten oder nur indirekt untersuchen.⁷

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.⁸ 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 – relativ starke Prämiensteigerungen gab, die einen Großteil der privat Versicherten betrafen. Wesentliche Ursachen hierfür waren in erster Linie ein nachzuholender Anpassungsbedarf für die Entwicklung der 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 (bei den hier untersuchten Daten überall 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 über längere Zeit niedrige Zinsniveau, mit der Konsequenz, dass c. p. mehr Beitragsgelder für die Rückstellungsbildung erforderlich waren.⁹

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 (1995 bis 2015) umfasste. Mit der Studie konnte differenziert herausgearbeitet werden, in welchem Ausmaß Versicherte mit langer Versicherungszugehörigkeit von starken

⁶ 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.

⁷ 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).

⁸ Albrecht M, Hildebrandt S, Sander M (2017).

⁹ Vgl. § 155 VAG sowie beispielhaft für die Medienberichterstattung Mihm A (2016a); Sommerfeldt N, Zschäpitz H (2016).

und/oder sprunghaften Beitragsänderungen betroffen waren und welche Einflussfaktoren dabei eine besondere Rolle spielten. Aufgrund relativ starker Beitragssteigerungen im Jahr 2017 wurde die Studie durch eine Zusatzauswertung für den Zeitraum 1997 bis 2017 ergänzt.

In der Erwartung, dass die Beiträge im Jahr 2021 nach mehreren Jahren relativer Stabilität wieder stärker ansteigen (u. a. aufgrund einer notwendigen deutlichen Herabsetzung des Rechnungszinses), hatte das IGES Institut im Auftrag der Debeka Krankenversicherung die Studie im Jahr 2020 aktualisiert und erweitert. Die Analysen zur langfristigen Entwicklung der Beiträge von Versicherten wurden für den Zeitraum der Jahre 2000 bis 2020 durchgeführt. Auch diese Studie wurde durch eine Zusatzauswertung ergänzt, in welcher die geplante Beitragsanpassung mit Wirkung für den Zeitraum 2021-2022 einbezogen wurde.

Die Ergebnisse beider Studien zeigten, dass Beitragssteigerungen für Beihilfeversicherte – nicht zuletzt aufgrund des geringeren Versicherungsumfangs, den sie in der PKV abzuschließen haben – überwiegend deutlich weniger stark bzw. sprunghaft waren als für abhängig Beschäftigte, Selbständige und Status-Wechsler. Insbesondere für die Nicht-Beihilfeversicherten erklärt zudem die Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags einen Teil der Steigerungen. Darüber hinaus verdeutlichte die mehrjährige Betrachtung der Beitragsentwicklungen im zeitlichen Längsschnitt das Potenzial, durch Anpassung regulatorischer bzw. gesetzlichen Vorgaben („auslösende Faktoren“), die Beitragsentwicklung über die Zeit stärker zu glätten.

1.3 Ziel und Gegenstand der vorliegenden Studie

Die zweite Aktualisierung der Studie soll – vor dem Hintergrund zukünftig steigender Beitragsbelastungen der Versicherten – dazu beitragen, die öffentliche Diskussion über Ausmaß und Ursachen des Problems hoher bzw. sprunghaft steigender Beitragsbelastungen im Versichertenbestand auf aktueller 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 2003 bis 2023 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?

Wie bereits in der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2020 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 2003 bis 2023 ausgewertet. Die **Versichertenpopulation** („Grundgesamtheit“) für die Untersuchung wurde anhand der folgenden Kriterien ausgewählt:

- ◆ Mindestalter von 21 Jahren im Jahr 2003 (d. h. Geburtsjahrgang 1982 oder früher) und
- ◆ Vollversicherung über den gesamten Analysezeitraum (jeweils zum Stichtag 1. Januar eines jeden Jahres¹⁰).

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 Pflegepflichtversicherungen, Pflegegeld- und Tagegeldtarife, Sterbegeldtarife und Auslandsreiseversicherungen nicht berücksichtigt.

Auf der Grundlage dieser Selektionskriterien waren pseudonymisierte Versicherungsverläufe von 860.451 versicherten Personen verfügbar. Die Grundgesamtheit für die vorliegende Studie umfasst damit rd. 53,5 % aller vollbeitragspflichtigen Krankheitskostenvollversicherten der Debeka im Jahr 2023.

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).

¹⁰ 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
- ◆ Rechnungszinses (des Haupttarifs bzw. Tarifs mit dem größten Beitrag)
- ◆ 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
Ziffer 1-8	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer VSID (wesentliche Informationen bezüglich Leistungsumfang)					
Ziffer 9-11	Erstattungsprozentsatz ambulante (Beihilfe)					
Ziffer 12-14	Erstattungsprozentsatz stationär (Beihilfe)					
Ziffer 15-17	(zusätzl.) Erstattungsprozentsatz Wahlleistungen (Ergänzungstarif)					
Ziffer 18-21	Höhe der Beitragsermäßigung im Alter in Euro (ganzzahlig) (bei Abschluss Zusatzoption "modifizierte Beitragszahlung")					
Ziffer 22-24	Tarifnummer Beihilfeergänzungstarif					
Ziffer 25-27	Risikoprozentsatz (Risikozuschlag)					

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 in der Grundgesamtheit 67 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 860.451 Versicherten in der Grundgesamtheit war im Jahr 2023 der überwiegende Anteil (87,9 %, n = 756.624) beihilfeversichert (Tabelle 1). Der Anteil der Beihilfeversicherten ist damit im Vergleich zum Gesamtbestand der Debeka (rd. 84 %) überrepräsentiert. Unter den Nicht-Beihilfeversicherten machten Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (z. B. Familienangehörige von Nicht-Beihilfeversicherten) mit rd. 11,5 % (n = 99.315) den größeren Anteil aus; der Anteil der Selbständigen betrug nur ca. 0,5 % (n = 4.512).

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

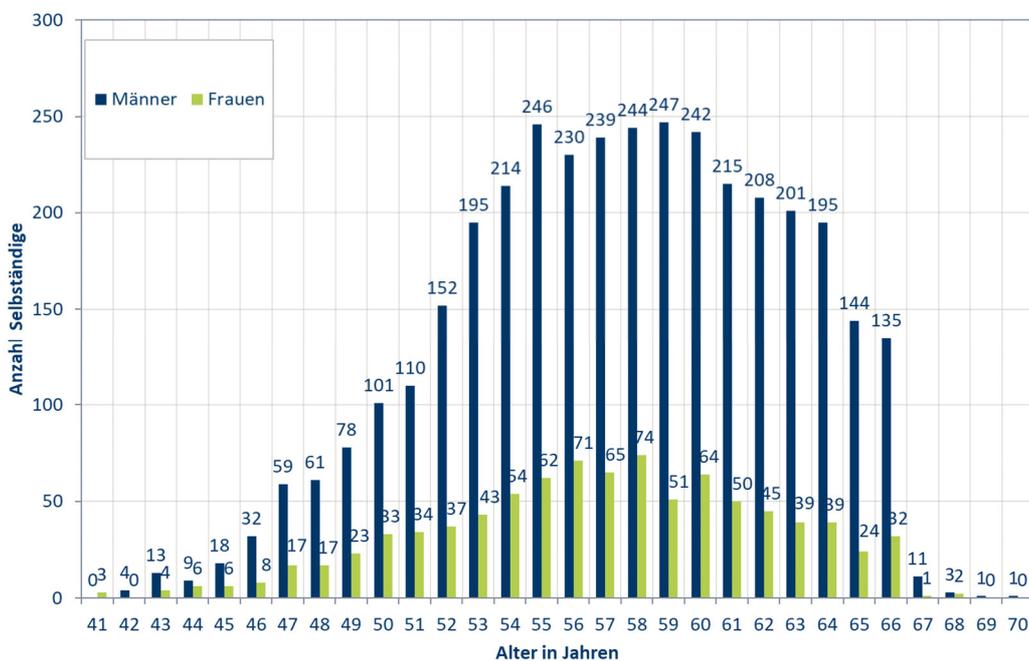
	2003		2013		2023	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Beihilfeversicherte	756.850	88,0%	756.780	88,0%	756.624	87,9%
Nicht-Beihilfeversicherte	103.601	12,0%	103.671	12,0%	103.827	12,1%
davon:						
Selbständige	7.246	0,8%	6.422	0,7%	4.512	0,5%
Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (v.a. Familienangehörige, Rentner)	96.355	11,2%	97.249	11,3%	99.315	11,5%
Insgesamt	860.451	100,0%	860.451	100,0%	860.451	100,0%

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 58 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 19 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, 2023



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 teilweise Statuswechsel. Infolgedessen lag die Anzahl der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit am Ende des Betrachtungszeitraums geringfügig höher als zu Beginn und die Anzahl der Beihilfeversicherten dementsprechend niedriger. Dies bedeutet, dass im Beobachtungszeitraum mehr Versicherte vom Status

„beihilfeversichert“ zum Status „nicht-beihilfeversichert“ wechselten als umgekehrt.

Im Beobachtungszeitraum wechselten lediglich rd. 2,7 % (n = 23.360) 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 0,8 % (n = 6.694) der Versicherten. Zwischen einer Beihilfe- und einer Nichtbeihilfeversicherung wechselten rd. 2,2 % (n = 18.740) 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	837.091	97,3%	0	841.711	97,8%
1	16.666	1,9%	1	12.835	1,5%
2	5.845	0,7%	2	5.186	0,6%
3	496	0,1%	3	406	<0,0%
4	267	<0,0%	4	231	<0,0%
5	50	<0,0%	5	52	<0,0%
6	26	<0,0%	6	22	<0,0%
7	5	<0,0%	7	3	<0,0%
8	4	<0,0%	8	4	<0,0%
9	0	<0,0%	9	0	<0,0%
10	0	<0,0%	10	0	<0,0%
11	1	<0,0%		1	<0,0%
	860.451	100,0%		860.451	100,0%

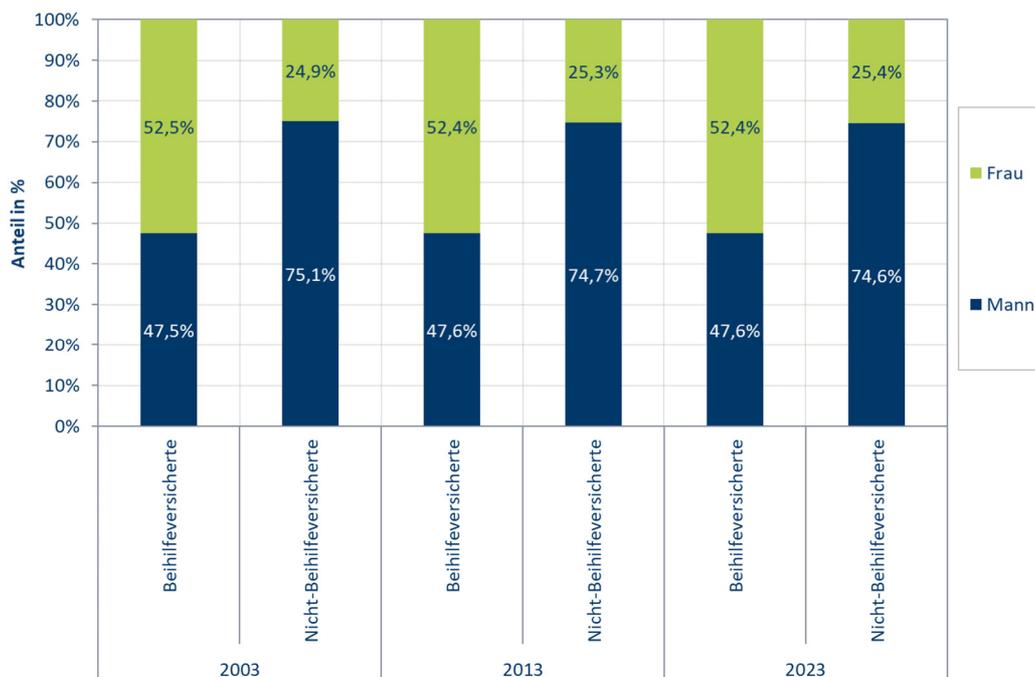
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.2 Alters- und Geschlechtsstruktur

Die Geschlechterverteilung bei den Beihilfeversicherten war im gesamten Beobachtungszeitraum mit einem Männeranteil von rd. 47,6 % annähernd ausgeglichen (Abbildung 5). Unter den Nicht-Beihilfeversicherten befanden sich dagegen deutlich mehr Männer als Frauen (2023: 74,6 % vs. 25,4 %).

Der Anteil der Frauen bei den Nicht-Beihilfeversicherten hat im Beobachtungszeitraum leicht zugenommen von rd. 24,9 % im Jahr 2003 auf rd. 25,4 % im Jahr 2023. 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, 2003, 2013 und 2023



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Beihilfeversicherten waren mit rd. 47,9 Jahren im Jahr 2003 durchschnittlich rund vier 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. Zudem scheiden Beamtinnen und Beamte seltener aus der Versicherung aus (durch Versterben oder Storno) als Nicht-Beihilfeversicherte gleichen Alters und Geschlechts.

Beihilfeversicherte Männer waren durchschnittlich rund 2,2 Jahre älter als beihilfeversicherte Frauen (49,1 Jahre vs. 46,9 Jahre), bei den Nicht-Beihilfeversicherten waren die Frauen durchschnittlich rund 2,1 Jahre älter. Aufgrund der balancierten Panel-Struktur der Daten nimmt das durchschnittliche Alter im Beobachtungszeitraum um 20 Jahre zu.¹¹

Tabelle 3: Durchschnittliches Alter der Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht, 2003 und 2023

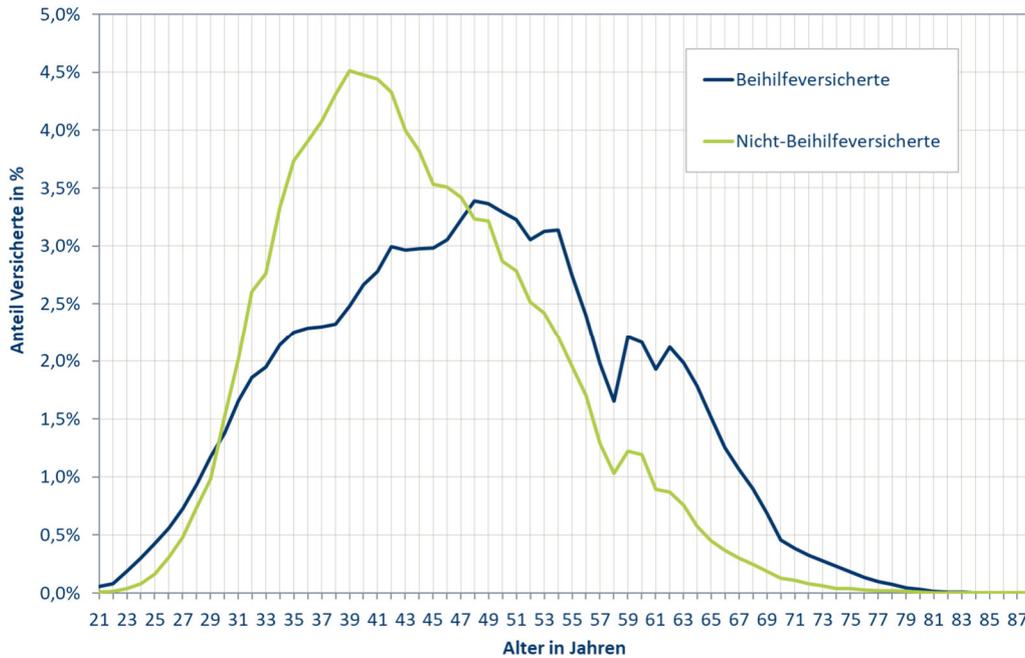
	2003		2023	
	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte
Männer	49,1	43,4	69,1	63,4
Frauen	46,9	45,5	66,9	65,4
insgesamt	47,9	43,9	67,9	63,9

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

¹¹ 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 2003 die jüngste Person 21 Jahre alt (Abbildung 6). Die älteste Person war im Jahr 2003 schon 89 Jahre alt. Rund 70 % der Beihilfeversicherten waren im Jahr 2003 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, 2003



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.3 Eintrittsalter

Nicht-Beihilfeversicherte waren bei Versicherungsbeginn mit rund 33,2 Jahren durchschnittlich rund 3,6 Jahre älter als Beihilfeversicherte (Tabelle 4). Bei den Nicht-Beihilfeversicherten hatten Frauen ein etwas höheres Eintrittsalter (+0,8), bei den Beihilfeversicherten hatten Männer ein etwas höheres durchschnittliches Eintrittsalter (+0,7 Jahre).

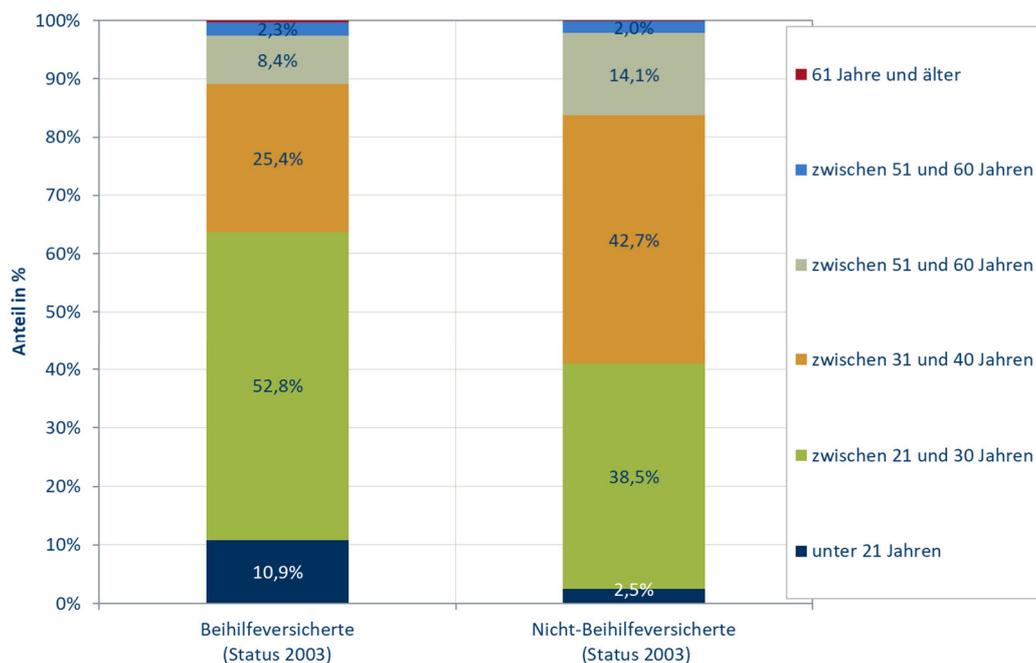
Tabelle 4: Durchschnittliches Eintrittsalter in die Versicherung nach Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten und nach Geschlecht

	Beihilfeversicherte (Status 2003)	Nicht-Beihilfeversicherte (Status 2003)
Männer	30,0	33,0
Frauen	29,3	33,8
insgesamt	29,6	33,2

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 (10,9 % im Vergleich zu 2,5 %). Bei der Interpretation der vergleichsweise hohen Eintrittsalter sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen entspricht für alle Versicherten, 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 2003 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, 2003



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 verlangt das Gesetz sogar Beitragssenkungen, sofern zu diesem Zeitpunkt noch ausreichend Mittel vorhanden sind.

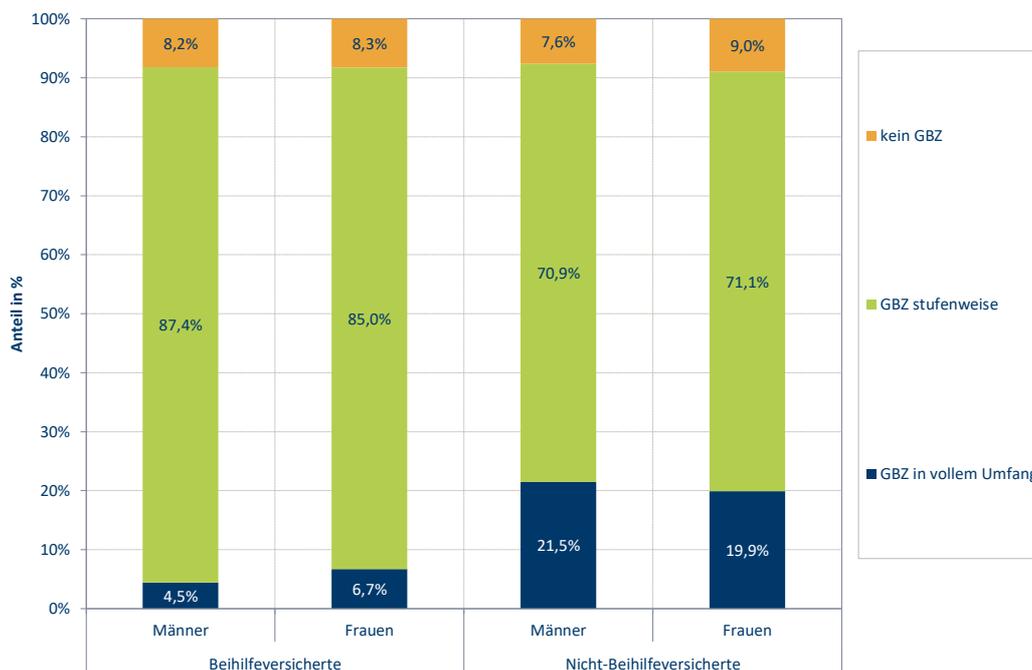
Für Versicherte, die schon vor dem 1. Januar 2000 versichert waren, wurde der Zuschlag über fünf Jahre verteilt in 2 %-Schritten eingeführt, beginnend mit dem Jahr 2001. Darüber hinaus konnten diese „Bestandsversicherten“ der Vereinbarung des Zuschlags widersprechen.

Anzahl und Anteil der Versicherten mit GBZ

Versicherte, die im Jahr 2003 bereits 63 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 10,5 % (n = 90.458) der Versicherten im Datensatz.

Von den Versicherten, die im Jahr 2003 noch nicht 63 Jahre alt waren, haben mehr als 90 % den gesetzlichen Beitragszuschlag gezahlt (Abbildung 8). Für die Versicherten mit GBZ trat dieser mehrheitlich stufenweise in Kraft, bei den Nicht-Beihilfeversicherten zahlte rund jeder Fünfte 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, 2003



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Dargestellt sind lediglich die Personen, die im Jahr 2003 noch nicht 63 Jahre alt waren, n = 769.993

Höhe des GBZ

Im Jahr 2003 erhöhte der GBZ die Monatsprämie der Versicherten, die einen GBZ bezahlt haben, um durchschnittlich rd. 8,69 Euro. Das Minimum der GBZ-Zahlung lag bei 0,40 Euro, das Maximum bei 53,52 Euro.

Im Jahr 2023 wurde von allen Versicherten mit GBZ-Zahlung der volle 10 %-Zuschlag bezahlt. Dieser betrug durchschnittlich 23,85 Euro. Das Minimum lag bei 4,74 Euro, das Maximum bei 80,14 Euro.

Nachlass aus dem GBZ

Im Jahr 2006 erhielten Versicherte erstmalig Beitragsnachlässe aus dem GBZ. In der Grundgesamtheit war dies für 15.786 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. 14,7 %. Der Mittelwert der monatlichen Prämienminderung betrug 0,21 Euro (Minimum: 0,01 Euro, Maximum: 6,61 Euro). Die Summe der Beitragsnachlässe aus dem GBZ für die 15.786 Versicherten betrug 3.273 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 höchstens zwei Jahre hatten, in denen der GBZ in Höhe von 2 % bzw. 4 % (gestaffelt) gezahlt wurde und in denen damit Rückstellungen gebildet werden konnten.

Im Jahr 2023 erhielten bereits 333.594 Versicherte einen Beitragsnachlass aus dem GBZ. Dies sind rd. 70 % der Personen, die einen GBZ vereinbart haben und im Jahr 2023 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. 66 %. Die monatliche Prämienminderung betrug im Mittel 11,17 Euro (Minimum: 0,10 Euro, Maximum: 68,52 Euro). Die Gesamtsumme der Beitragsnachlässe aus dem GBZ für die Versicherten in der Stichprobe lag bei knapp 3,73 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 2023 gab es insgesamt 4.457 unterschiedliche Ausprägungen des Versicherungsschutztyps, bei den Beihilfeversicherten waren es 2.672. Ursachen der Vielfalt waren insbesondere unterschiedliche Ausprägungen der Höhe der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter (186 Ausprägungen zwischen 0 Euro und

1.150 Euro) sowie unterschiedliche Risikozuschläge (24 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.

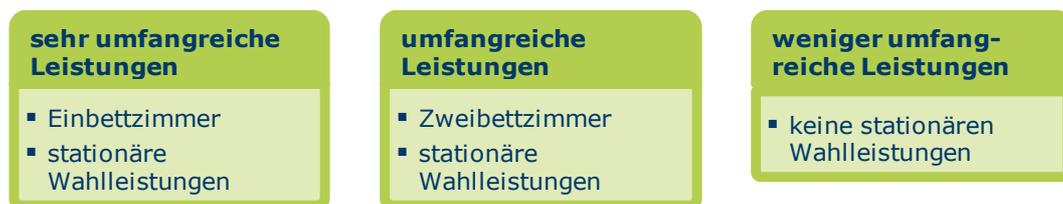
3.5.1 Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID)

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 fünf VSID konnten alle eindeutig einer der drei Kategorien zugeordnet werden.¹² Bei den fünf Ausnahmefällen ist zwar eine stationäre privat-

¹² Die Auswertung umfasst ausschließlich die Tarife bzw. VSID, die für die Analysepopulation dokumentiert sind.

ärztliche Behandlung enthalten, allerdings keine gesonderte Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer. Diese fünf VSID wurden in Abstimmung mit der Debeka einem „umfangreichen Versicherungsschutz“ zugeordnet.

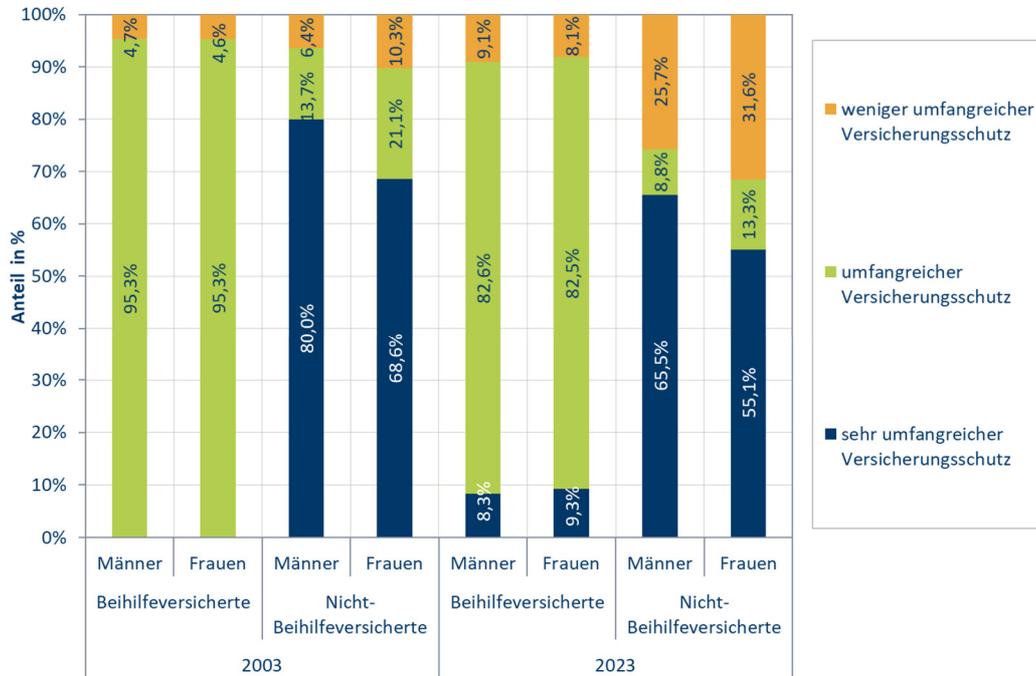
Insgesamt wurde somit knapp jede fünfte VSID (n = 13) der Kategorie „sehr umfangreiche Leistungen“ und rd. 43 % (n = 29) der Kategorie der „umfangreichen Leistungen“ zugeordnet. 26 VSID (rd. 38 %) fielen in die Kategorie der „weniger umfangreichen Leistungen“.

Gemäß dieser Einteilung hatten 95,3 % der männlichen und weiblichen Beihilfeversicherten im Jahr 2003 einen „umfangreichen“ Versicherungsschutz (Abbildung 10).¹³ Von den Nicht-Beihilfeversicherten verfügten dagegen rd. 80,0 % der Männer und rd. 68,6 % 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 vierte nicht-beihilfeversicherte Mann und rund 32 % der nicht-beihilfeversicherten Frauen hatten im Jahr 2023 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.

¹³ 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 abzusichern, 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, 2003 und 2023



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 2003 kamen bei den Versicherten 38 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 rund 92 % der Beihilfeversicherten gewählt wurden, um einen hundertprozentigen Versicherungsschutzumfang zu erreichen (Tabelle 5). Rund 60 % aller Kombinationen sind Einzelfälle, die jeweils weniger als 100 Versicherte betreffen.

Tabelle 5: Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes für Beihilfeversicherte, 2003

ambulant	Erstattungsprozentsatz																			
	stationär																			
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	95	100	
20	2	2	14	1.034	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.052
25		16	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
30		0	2.075	21	0	321.081	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	323.177
35		0	0	7.074	0	0	682	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.756
40		0	0	12	11.584	0	0	1.629	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13.225
45		0	0	6	0	9.349	0	0	799	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10.154
50		0	0	62	0	0	22.136	537	0	377.290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	400.025
55		0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
60		0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	118	0	0	0	0	0	0	0	124
65		0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	12	0	0	0	0	0	0	17
70		0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	1.063	0	0	0	0	0	1.069
75		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	23	0	0	0	0	23
80		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	14	0	0	0	23
85		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	18	0	0	28
90		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	0	0	0	31
95		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	19
100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77	0	3	80
	2	18	2.089	8.209	11.609	330.430	22.818	2.171	805	377.295	7	118	21	1.073	54	33	95		3	756.850

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. 24,6 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, 2003 und 2023

	2003		2023	
	Anzahl Versicherte	Anteil	Anzahl Versicherte	Anteil
ambulant ≤ 30% und stationär < 30%	3.189	0,4%	1.786	0,2%
ambulant und stationär = 30%	321.081	42,4%	507.079	67,0%
ambulant > 30% ... ≤ 50% und stationär < 50%	53.870	7,1%	57.285	7,6%
ambulant und stationär = 50%	377.290	49,9%	189.937	25,1%
ambulant > 50%	1.420	0,2%	537	0,1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.5.3 Zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter, Beihilfeergänzungstarif und Risikozuschlag

Im Jahr 2023 hatten rund 3,8 % (n = 32.499) 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 = 10.168) der Versicherten eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen hatten, betrug der entsprechende Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten rd. 21,5 % (n = 22.331).

Mit rd. 89,1 % (n = 674.080) hatte die große Mehrheit der Beihilfeversicherten im Jahr 2023 einen Beihilfeergänzungstarif abgeschlossen. Im Vergleich zum Jahr 2003 ist damit der Anteil der Versicherten mit einem Beihilfeergänzungstarif um rd. 3,5 % gestiegen.

Für rund 5,3 % (n = 45.331) der Versicherten enthielt die Beitragszahlung im Jahr 2023 einen Risikozuschlag. Der Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten war dabei mit rd. 3,5 % (n = 3.658) im Vergleich zu rd. 5,5 % (n = 41.673) bei den Beihilfeversicherten geringer. Für alle Versicherten mit einem Risikozuschlag im Jahr 2023 lag

dieser im Mittel bei rund 32,3 % (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 2003 hatten lediglich 1.123 (rd. 1,1 %) der Nicht-Beihilfeversicherten einen absoluten Selbstbehalt; dieser Anteil stieg auf rd. 4,5 % (n = 4.707) im Jahr 2023.¹⁴ Die Höhe des absoluten Selbstbehaltes lag im Jahr 2023 zwischen 300 Euro und 1.410 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.¹⁵ 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 2003 erhielten rd. 7,2 % (n = 62.337) einen Nachlass aus Zuschreibungsmitteln. Der Mittelwert lag bei rd. 2,72 Euro monatlich (Minimum: 0,01 Euro, Maximum: 83,03 Euro). Insgesamt wurden in diesem Jahr die Beiträge der Versicherten der Analysepopulation durch die Verwendung von Zuschreibungsmitteln monatlich in einem Umfang von rd. 169.400 Euro gemindert.

Im Jahr 2023 erhielt mehr als die Hälfte der Versicherten (n = 451.173) einen Nachlass aus Zuschreibungsmitteln. Der Mittelwert lag bei rd. 19,46 Euro monatlich (Minimum: 0,01 Euro, Maximum: 719,35 Euro). Insgesamt wurden den Versicherten der Analysepopulation in diesem Jahr Beitragsnachlässe in Höhe von mehr als 8,7 Millionen Euro monatlich gewährt.

¹⁴ Dagegen sind prozentuale Selbstbehalte bei der Debeka weit verbreitet, Nicht-Beihilfeversicherten hatten im Jahr 2023 mehrheitlich einen Tarif mit (begrenztem) prozentualem Selbstbehalt im ambulanten Bereich abgeschlossen.

¹⁵ Dies gilt seit dem Jahr 2000. Überzinsgutschriften nach anderen gesetzlichen Vorgaben gibt es bereits seit dem Jahr 1992.

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 seit dem Jahr 1998 eine modifizierte Beitragszahlung für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter (BBM) vereinbaren.¹⁶ Hierfür entrichten sie für die gesamte Versicherungsdauer einen zusätzlichen Beitragsanteil, mit dem für sie eine Beitragsenkung – 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 2023 erhielten rd. 1,3 % der Versicherten der Analysepopulation einen Beitragsnachlass aus der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter. Dieser betrug im Mittelwert 130,48 Euro (Minimum: 5,00 Euro, Maximum: 573,13 Euro) und erreichte eine Gesamtsumme von 1,49 Millionen 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 2003 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 %.¹⁷ Im Jahr 2016 wurde der Zinssatz bei rd. 3,0 % der Versicherten auf 3,3 % abgesenkt. Im Jahr 2017 fand eine Anpassung des kalkulatorischen Rechnungszinses für die große Mehrheit der Versicherten statt: Für rd. 97,4 % der Versicherten wurde der Zinssatz auf 3,2 % abgesenkt. Im Jahr 2021 wurde der Rechnungszins schließlich für nahezu alle Versicherten auf 2,3 % abgesenkt.

¹⁶ Dementsprechend hatten einige Versicherte in der Analysepopulation keine Möglichkeit, eine BBM ab Versicherungsbeginn abzuschließen.

¹⁷ 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 860.451 Versicherten. Diese Versicherten wurden allein nach dem Kriterium einer ununterbrochenen Zugehörigkeit in der Krankheitskostenvollversicherung im Zeitraum 2003 bis 2023 (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 2023

Im Jahr 2023 betrug die durchschnittliche monatliche Prämie für beihilfeversicherte Männer rd. 229 Euro, für beihilfeversicherte Frauen lag die monatliche Prämie mit rd. 235 Euro durchschnittlich um rd. 6 Euro höher (Tabelle 7).¹⁸

Für nicht-beihilfeversicherte Männer betrug die durchschnittliche monatliche Prämie im Jahr 2023 rd. 558 Euro, für Frauen lag sie mit rd. 565 Euro um ca. 7 Euro höher.

Tabelle 7: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2023)

Altersgruppe	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
41-50 Jahre	214 €	227 €	513 €	559 €
51-60 Jahre	256 €	267 €	589 €	607 €
61-70 Jahre	228 €	233 €	544 €	545 €
71-80 Jahre	211 €	212 €	533 €	543 €
≥ 81 Jahre	231 €	225 €	558 €	567 €
Insgesamt	229 €	235 €	558 €	565 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Der Beitrag für die nicht-beihilfeversicherten Männer lag somit nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka im Jahr 2023 durchschnittlich um

¹⁸ 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.

etwa 3 Euro höher als der Beitrag für ein GKV-Mitglied mit einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen (monatlich rd. 555 Euro).¹⁹ Die nicht-beihilfeversicherten Frauen zahlten hingegen nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka durchschnittlich rd. 10 Euro mehr als für GKV-Mitglieder mit durchschnittlichem Bruttoeinkommen zu entrichten war.

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.²⁰ Im Jahr 2023 beträgt dieser 808 Euro monatlich und liegt damit rd. 44,8 % höher als die durchschnittliche monatliche Prämie eines nicht-beihilfeversicherten Mannes und um rd. 43,0 % höher als die durchschnittliche monatliche Prämie einer nicht-beihilfeversicherten Frau nach jeweils mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka.

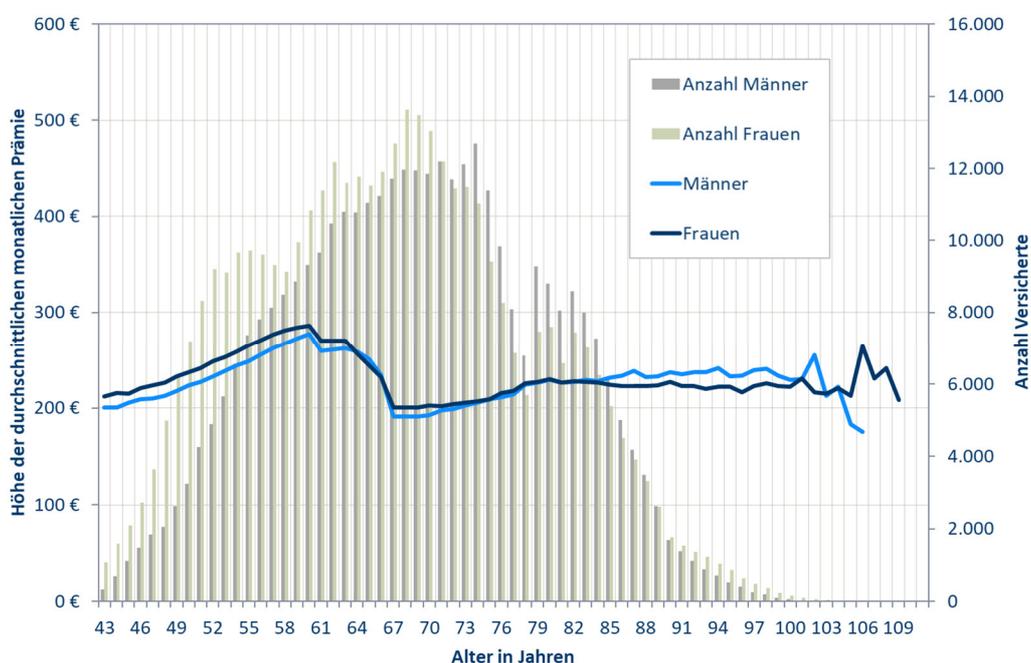
Dieser Vergleich der GKV- und PKV-Beiträge ist allerdings mit einigen Einschränkungen verbunden: Auf der einen Seite wurden Unterschiede im Leistungsumfang nicht berücksichtigt, auf der anderen Seite können in der GKV nicht erwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden.

¹⁹ Die Höhe des angegebenen GKV-Beitrags beruht auf folgenden Annahmen: Bruttolöhne und -gehälter monatlich je Arbeitnehmer gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für das zweite Quartal 2023. Quelle: Statistisches Bundesamt (2023): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung Vierteljahresergebnisse, 2. Vierteljahr 2023, Fachserie 18, Reihe 1.2, Wiesbaden. Allgemeiner Beitragssatz: 14,6 %, zusätzlicher Beitragssatz gem. § 242a SGB V: 1,6 %.

²⁰ 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 2023 bis zu den 60-Jährigen einen leichten Anstieg, anschließend bis zu den 67-Jährigen eine kontinuierliche Absenkung und ab den 68-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, 2023



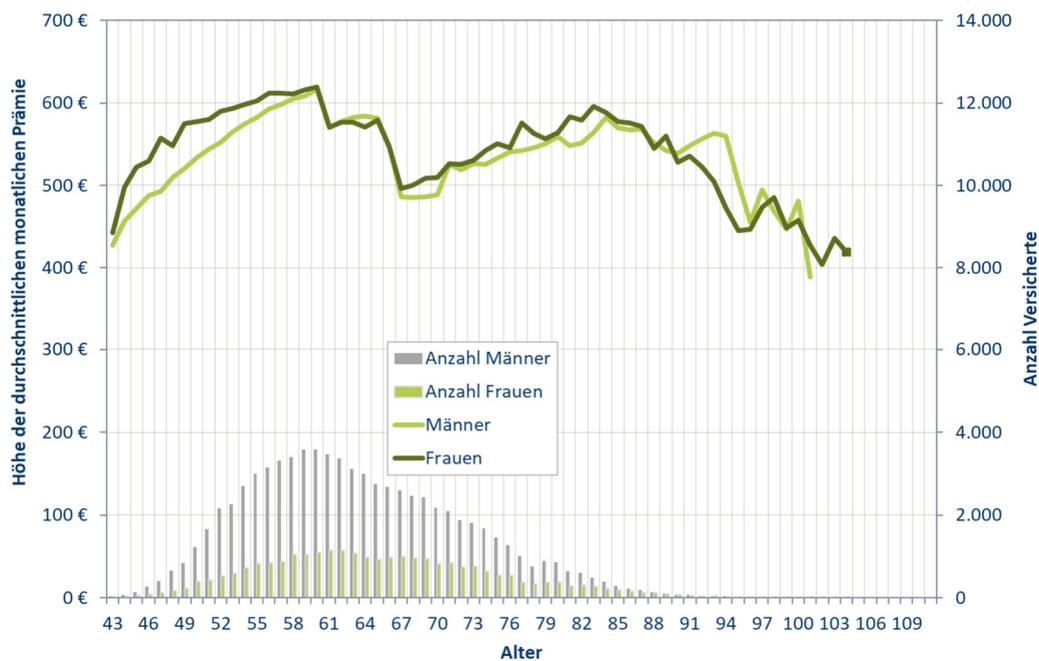
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 2023: Bis zu den 60-Jährigen steigen die durchschnittlichen monatlichen Prämien leicht an, danach sinken sie tendenziell bis zu den 67-Jährigen, um dann ab den 68-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, 2023



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 2023 zwischen 0 Euro und 957 Euro für Beihilfeversicherte und zwischen 26 Euro und 1.442 Euro für Nicht-Beihilfeversicherte (Tabelle 8).

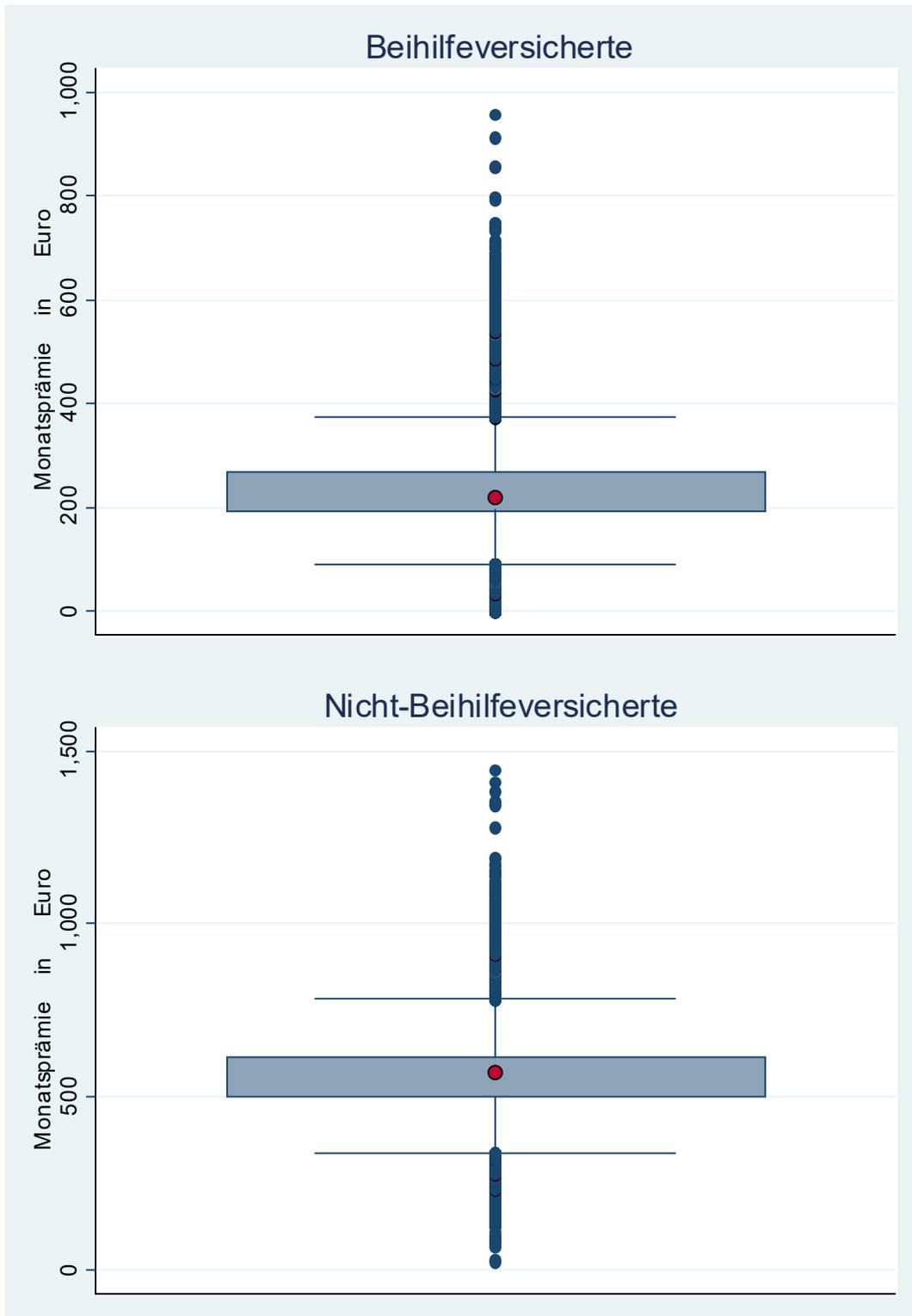
Diese Extremwerte betrafen jedoch nur Einzelfälle (Abbildung 13). Rund 98 % (n = 741.464) der Beihilfeversicherten zahlten im Jahr 2023 eine Monatsprämie zwischen 100 Euro und 350 Euro. Bei den Nicht-Beihilfeversicherten betrug der Anteil derer, die eine Monatsprämie zwischen 300 Euro und 650 Euro entrichteten, rund 85 % (n = 88.024).

Tabelle 8: Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2023

Altersgruppe	Männer				Frauen			
	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte		Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
41-50 Jahre	64 €	439 €	241 €	869 €	46 €	539 €	303 €	914 €
51-60 Jahre	52 €	704 €	193 €	1.189 €	57 €	677 €	173 €	1.382 €
61-70 Jahre	32 €	912 €	127 €	1.356 €	42 €	741 €	168 €	1.191 €
71-80 Jahre	26 €	957 €	112 €	1.123 €	31 €	715 €	198 €	1.411 €
≥ 81 Jahre	0 €	736 €	30 €	1.156 €	0 €	673 €	26 €	1.442 €
insgesamt	0 €	957 €	30 €	1.356 €	0 €	741 €	26 €	1.442 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Abbildung 13: Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2023



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 2023 gekennzeichnet:

- ◆ hohes Alter (> 81 Jahre)
- ◆ Versicherungszugehörigkeit zwischen 27 und 62 Jahren
- ◆ monatliche Prämiennachlässe aus Zuschreibungsmitteln zwischen 72 Euro und 246 Euro

4.2 Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum

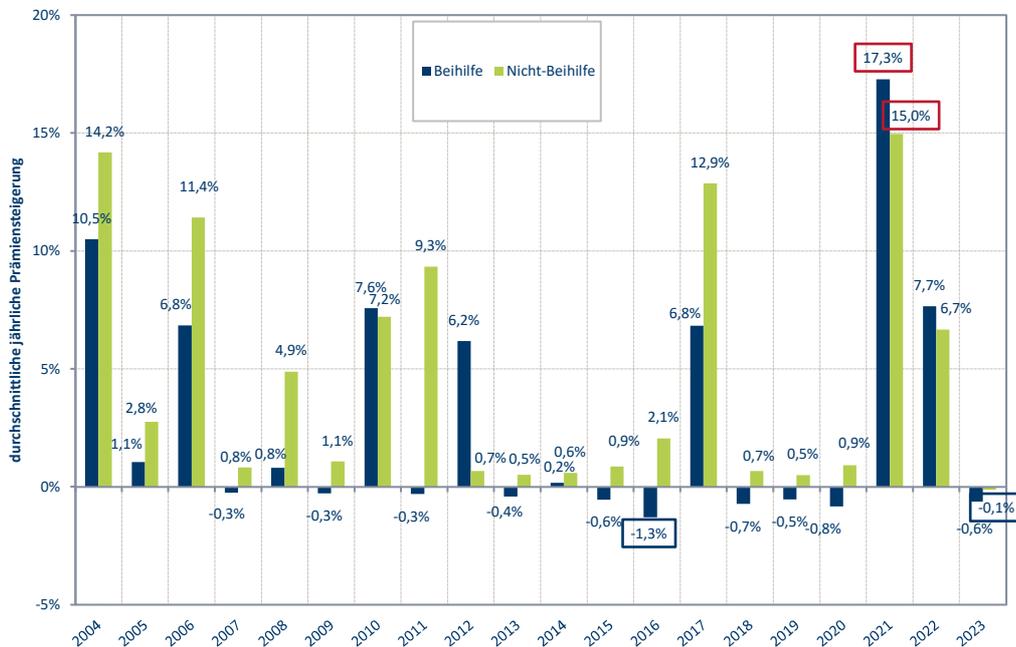
Die durchschnittliche Prämienveränderung lag im Beobachtungszeitraum für die im jeweiligen Jahr Beihilfeversicherten zwischen -1,3 % im Jahr 2016 und 17,3 % im Jahr 2021 (Abbildung 14). In den einzelnen Berichtsjahren variierten die durchschnittlichen Prämienveränderungen erheblich. Ein Muster ist hierbei nicht zu erkennen. In zwei Beobachtungsjahren gab es für die Beihilfeversicherten durchschnittlich Prämiensteigerungen über 10 % und in fünf weiteren Jahren über 5 %, in zehn Beobachtungsjahren kam es dagegen durchschnittlich zu geringen Prämienenkungen und in zwei Beobachtungsjahren gab es durchschnittliche Prämiensteigerungen in Höhe von unter 1 %. Diese bereits bei einer Durchschnittsbetrachtung sichtbaren Schwankungen der Prämienentwicklung stehen teilweise im Zusammenhang mit den aufsichtsrechtlichen Vorschriften, denen die Versicherungsunternehmen unterliegen.²¹

Für die im jeweiligen Jahr Beihilfeversicherten waren die durchschnittlichen jährlichen Prämiensteigerungen in vier Jahren des Beobachtungszeitraums höher als für Nicht-Beihilfeversicherte. Die Prämiensteigerungen betrugen für Nicht-Beihilfeversicherte durchschnittlich zwischen 0,5 % und 15,0 %. Eine durchschnittliche Prämiensteigerung von über 10 % kam in vier und von über 5 % in weiteren drei Beobachtungsjahren vor, unter 1 % lag die durchschnittliche Prämiensteigerung in acht Beobachtungsjahren. Im letzten Jahr des Beobachtungszeitraums sanken die Prämien im Durchschnitt geringfügig.

Bei der dargestellten Prämienentwicklung ist zu berücksichtigen, dass sie den prämienerhöhenden Effekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags enthält (vgl. dazu auch Kapitel 3.4). Diesem über mehrere Jahre verteilten prämienerhöhenden Effekt stehen jedoch erwartete spätere Beitragsentlastungen des gesetzlichen Beitragszuschlags im Alter gegenüber, die in der dargestellten Entwicklung nicht bzw. nicht vollständig enthalten sind.

²¹ Vgl. hierzu die Ausführungen zur Rolle der auslösenden Faktoren in Kapitel 7.2.

Abbildung 14: Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2004-2023



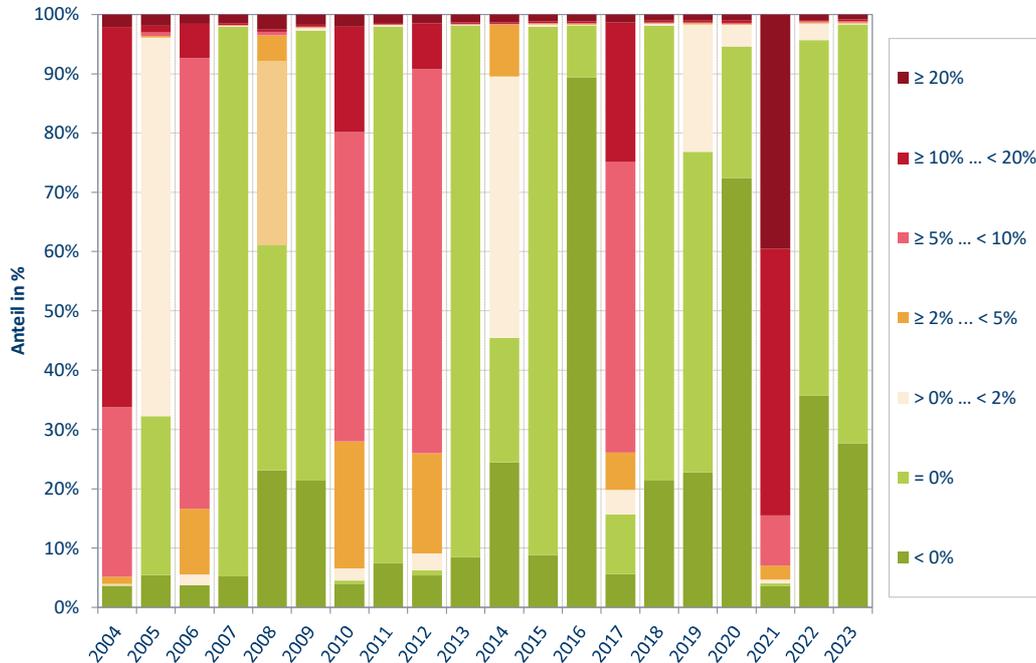
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 2004 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2003 bis zum 1. Januar 2004.

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 2004 und 2021 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 neun 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 neun 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, 2004-2023

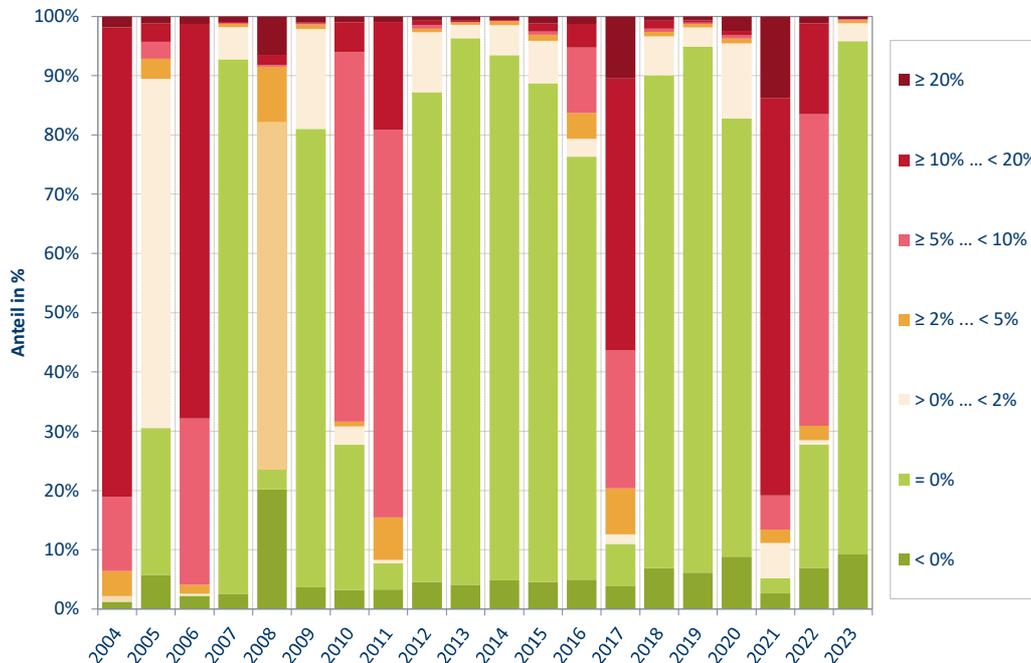


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 2004 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2003 bis zum 1. Januar 2004.

Für die Nicht-Beihilfeversicherten stiegen in vier Jahren des Beobachtungszeitraums die Prämien mehrheitlich zwischen 10 % und 20 % bzw. über 20 %, in weiteren drei Beobachtungsjahren mehrheitlich zwischen 5 % und 10 % (Abbildung 16). In zwölf 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 rund jeden fünften Nicht-Beihilfeversicherten zu.

Abbildung 16: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2004-2023



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 2004 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 2003 bis zum 1. Januar 2004.

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 Prämien erhöhungen 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 rd. 2,5 % p. a. Am unteren Rand, d. h. für die 1 % der Versicherten mit den geringsten Prämienanpassungsbelastungen, sanken die Prämien im 20-Jahres-Zeitraum um 1,6 % p. a. oder mehr. Am oberen Rand, für die 1 % der Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämienanpassungsbelastungen, erhöhten sich die Prämien um jahresdurchschnittlich 6,7 % 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 -8,1 % bis +13,9 %.

Tabelle 9: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien, 2003-2023

Zeitraum	Mittelwert	1 %-Perzentil	99 %-Perzentil
20 Jahre	2,2%	-1,6%	6,7%
10 Jahre	1,6%	-5,1%	8,3%
5 Jahre	2,5%	-8,1%	13,9%

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 86,6 % (n = 744.953) die große Mehrheit der Versicherten der Grundgesamtheit zur Status-Gruppe 1 („durchgehend beihilfeversichert“), rund 10,8 % (n = 92.904) zur Status-Gruppe 2 („durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig“) und rd. 2,6 % (n = 22.594) zur Status-Gruppe 3 der „Statuswechsler“ (Tabelle 10).

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

Gruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	beihilfeversichert durchgehend	744.953	86,6%
2	Arbeitnehmer durchgehend selbständig durchgehend bis Alter 55 (danach Wechsel in sonstigen Status)	92.904	10,8%
3	Statuswechsler - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	22.594	2,6%
		860.451	100,0%

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 etwas unter einem Drittel (n = 6.694) auf die Gruppe der Versicherten, die im Beobachtungszeitraum mehrfach den Status wechselten, sowie auf die Versicherten mit einem einmaligen Verlust der Beihilfe (29 %, n = 6.541).

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

Untergruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	einmaliger Zugewinn der Beihilfe	6.290	27,8%
2	einmaliger Verlust der Beihilfe	6.541	29,0%
3	Wechsel zwischen „ selbständig “ und sonstigem Status	3.069	13,6%
4	Mehrfachwechsler - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe und / oder - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	6.694	29,6 %
		22.594	100,0%

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 2003-2023 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 (15,71 Euro

p. a.) verwendet.²² 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 15,71 Euro p. a. gestiegen sind (+10 % bzw. 17,28 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.

²² Zugrunde gelegt wurde der jeweilige allgemeine Beitragssatz des Jahres inklusive dem zusätzlichen Beitragssatz gemäß § 241a SGB V (alte Fassung) für die Jahre 2005 bis 2014 und inklusive dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V seit dem Jahr 2015. In den beiden Vorgänger-Studien wurde für die Jahre ab 2015 kein Zusatzbeitragssatz berücksichtigt. Die Begründung für das ursprünglich gewählte Vorgehen war, dass der Zusatzbeitrag bis zum Jahr 2014 als Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % fest auf den allgemeinen Beitragssatz aufgeschlagen wurde. Arbeitnehmer hatten diesen – im Gegensatz zum paritätisch geteilten allgemeinen Beitragssatz – allein zu tragen. Ab dem Jahr 2015 wurde der Sonderbeitrag abgeschafft, der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 % fixiert und ein Krankenkassenindividuell zu erhebender Zusatzbeitragssatz eingeführt, so dass GKV-Mitglieder die Höhe ihrer gesamten Beitragssatzbelastung jenseits der 14,6 % durch die Wahl der Krankenkasse beeinflussen konnten. Dies galt bereits analog für die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge, welche die Krankenkassen im Zeitraum 2009 bis 2014 – unter wechselnden Rahmenbedingungen – erheben konnten. Da die kassenindividuellen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge im exogenen Referenzmaßstab keine Berücksichtigung finden, wurde dies gleichermaßen mit Blick auf die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze gem. § 242 SGB V gehandhabt. Seit dem Jahr 2019 hat sich die Finanzlage der GKV zunehmend verschlechtert, so dass Steuerzuschüsse teilweise massiv erhöht und Finanzreserven in größerem Umfang aufgelöst wurden. Aktuell werden Zusatzbeiträge primär als Mittel zur Stabilisierung der GKV-Finzen insgesamt diskutiert, weniger als Instrument der Krankenkassen im (Beitrags-)Wettbewerb untereinander. Insofern eine zukünftig allgemein steigende Beitragsbelastung der GKV-Mitglieder über die Zusatzbeiträge stattfindet, ist es begründbar, die Zusatzbeiträge in Form des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a SGB V in den exogenen Referenzmaßstab einzubeziehen. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V auf Basis der voraussichtlichen Entwicklung jeweils prospektiv festgelegt wird und der *tatsächliche* Durchschnitt der Zusatzbeiträge gemäß § 242 SGB V hiervon abweicht. Letzterer wäre für den exogenen Referenzmaßstab die passendere Größe, liegt aber erst mit Zeitverzug und damit nicht für das hier verwendete Bezugsjahr vor. In der Vergangenheit lagen die Abweichungen bei maximal 0,1 Prozentpunkten.

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 (2003-2023) 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 -3,5 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) und 1,6 % 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 7,2 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler).

Tabelle 12: Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (2003-2023)

Terzile	Anzahl	Mittelwert	Std.abw.	Min	Max
Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert)					
unteres Drittel	248.318	0,5%	0,7%	-100,0% ²³	1,4%
mittleres Drittel	248.318	2,1%	0,3%	1,4%	2,6%
oberes Drittel	248.317	3,8%	1,1%	2,6%	12,5%
Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)					
unteres Drittel	30.968	1,6%	1,1%	-13,4%	2,9%
mittleres Drittel	31.000	3,5%	0,4%	2,9%	4,1%
oberes Drittel	30.936	4,8%	0,8%	4,1%	10,9%
Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)					
unteres Drittel	7.532	-3,5%	6,0%	-100,0%	0,1%
mittleres Drittel	7.531	2,2%	1,2%	0,1%	4,4%
oberes Drittel	7.531	7,2%	1,7%	4,4%	16,1%

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).

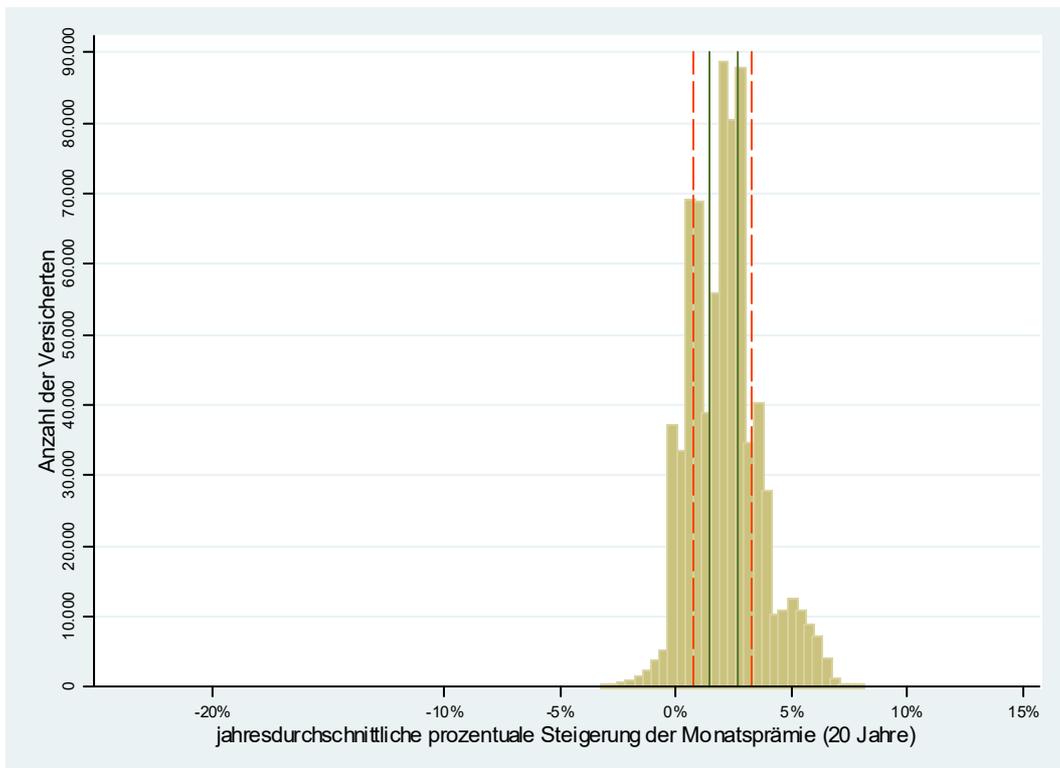
Bei allen drei Status-Gruppen sind die Verteilungen in den oberen Dritteln rechtsschief. Das heißt, ein großer Teil der Versicherten, die dem oberen Drittel zugeordnet wurden, hatten jahresdurchschnittliche prozentuale Beitragssteigerungen in einer Höhe, die relativ dicht an der Grenze zum mittleren 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 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

²³ Dieser Extremfall tritt ein, wenn ein Versicherter im Zeitverlauf keine Prämie mehr bezahlen muss (Prämienhöhe: 0 Euro) (vgl. dazu auch „Beschreibung von Extremfällen 1“).

zählen demnach diejenigen Versicherten zur Fokusgruppe, deren jahresdurchschnittlichen prozentualen Beitragssteigerungen oberhalb dieser Grenzwerte liegen. Entsprechend der Endogenität des Referenzmaßstabes führt die gleiche relative Distanz zum mittleren Drittel für die drei Status-Gruppen aufgrund der unterschiedlich großen Terzile jeweils zu anderen Grenzwerten.

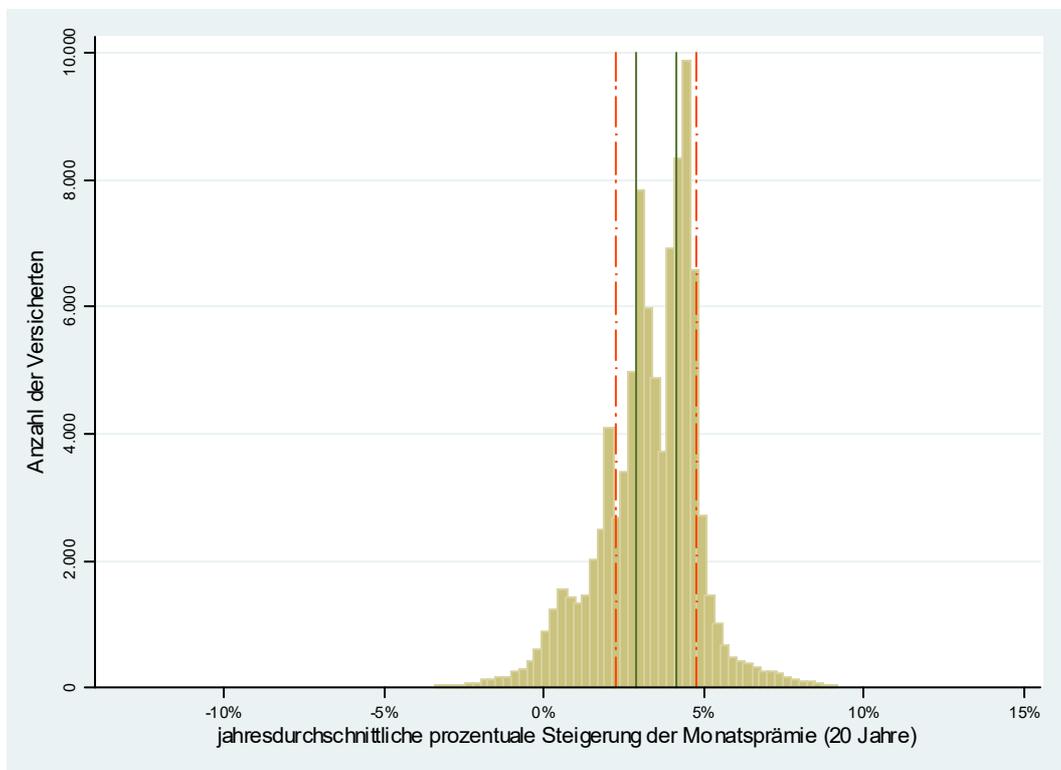
Abbildung 17: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 1



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

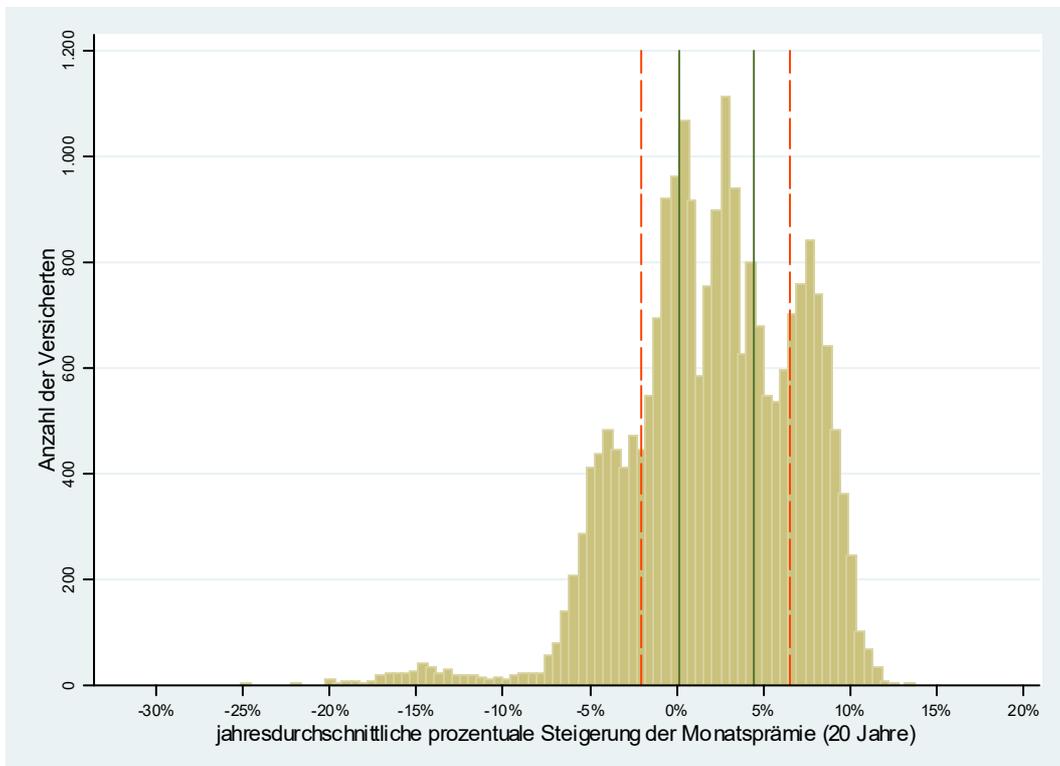
Abbildung 18: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 2



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

Abbildung 19: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 2003-2023 für die Versicherten der Status-Gruppe 3

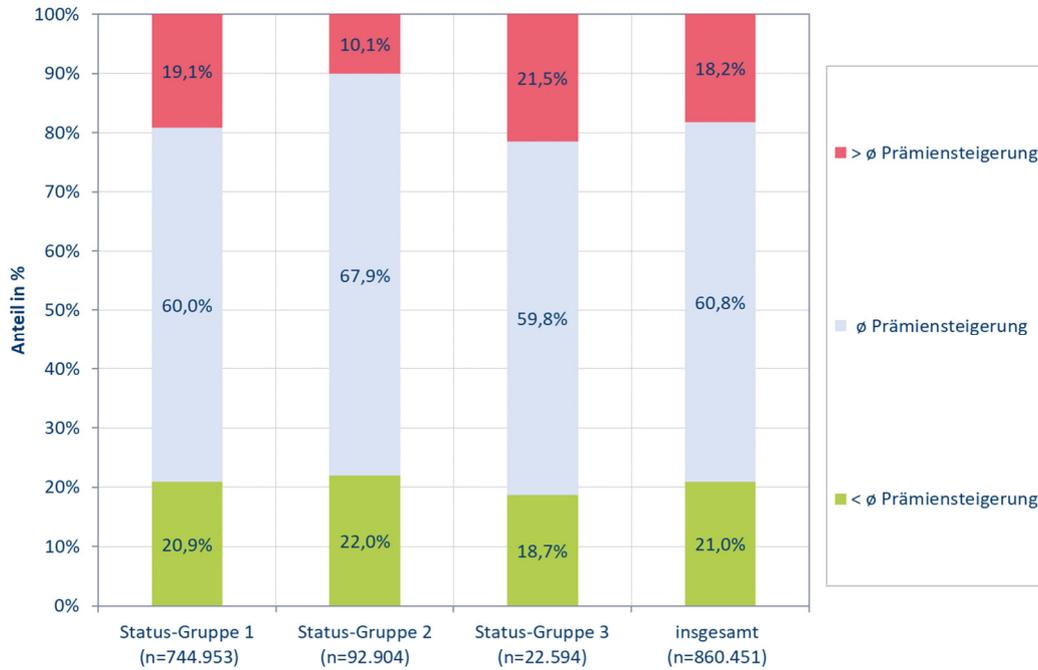


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Rechte gestrichelte rote Linie kennzeichnet Schwellenwert zur Abgrenzung von Fokusgruppe 1 (Grenze des dritten Terzils 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 19,1 % der Beihilfeversicherten (Status-Gruppe 1), 10,1 % der durchgehend abhängig Beschäftigten oder selbständigen Versicherten (Status-Gruppe 2) und 21,5 % der Status-Wechsler (Status-Gruppe 3) starke durchschnittliche Beitragserhöhungen im Zeitraum 2003-2023 (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 18,2 % relativ dicht an dem Wert für Status-Gruppe 1.

Abbildung 20: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (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 2003-2023 (endogener Maßstab)

	< Ø Prämiensteigerung		Ø Prämiensteigerung		> Ø Prämiensteigerung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Abweichung um das 0,25-fache des Interterzilabstandes						
Gruppe 1 (n = 744.953)	219.261	29,4%	352.484	47,3%	173.208	23,3%
Gruppe 2 (n = 92.904)	24.495	26,4%	48.701	52,4%	19.708	21,2%
Gruppe 3 (n = 22.594)	5.477	24,2%	10.991	48,6%	6.126	27,1%
insgesamt (n = 860.451)	249.233	29,0%	412.176	47,9%	199.042	23,1%
Abweichung um das 0,5-fache des Interterzilabstandes					Fokusgruppe 1	
Gruppe 1 (n = 744.953)	155.678	20,9%	446.814	60,0%	142.461	19,1%
Gruppe 2 (n = 92.904)	20.445	22,0%	63.102	67,9%	9.357	10,1%
Gruppe 3 (n = 22.594)	4.233	18,7%	13.507	59,8%	4.854	21,5%
insgesamt (n = 860.451)	180.356	21,0%	523.423	60,8%	156.672	18,2%
Abweichung um das 0,75-fache des Interterzilabstandes						
Gruppe 1 (n = 744.953)	92.222	12,4%	542.172	72,8%	110.559	14,8%
Gruppe 2 (n = 92.904)	16.112	17,3%	70.954	76,4%	5.838	6,3%
Gruppe 3 (n = 22.594)	3.239	14,3%	16.236	71,9%	3.119	13,8%
insgesamt (n = 860.451)	11.573	13,0%	629.362	73,1%	119.516	13,9%

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 selbstän-

digen Versicherten, der sich auf 21,2 % 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 Anteilzuwachs der Fokusgruppe am stärksten ausfällt. Auch der Fokusgruppenanteil in Gruppe 3 der Status-Wechsler erhöht sich auf 27,1 % verhältnismäßig stark infolge des geringeren Schwellenwertes. Unter den durchgehend Beihilfeversicherten steigt der Fokusgruppenanteil auf 23,3 %.

Spiegelbildlich verhält es sich, wenn der Schwellenwert höher beim 0,75-fachen des Interterzilabstandes angesetzt wird: Als Konsequenz zählten noch 14,8 % der durchgehend Beihilfeversicherten, nur noch 6,3 % der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten und 13,8 % 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 (mit einer Ausnahme im Alter von unter 60 Jahren)
- ◆ kein absoluter Selbstbehalt

Die meisten Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämiensteigerungen hatten zudem:

- ◆ Veränderung des Leistungsumfangs der Versicherung

5.2.2 Exogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen

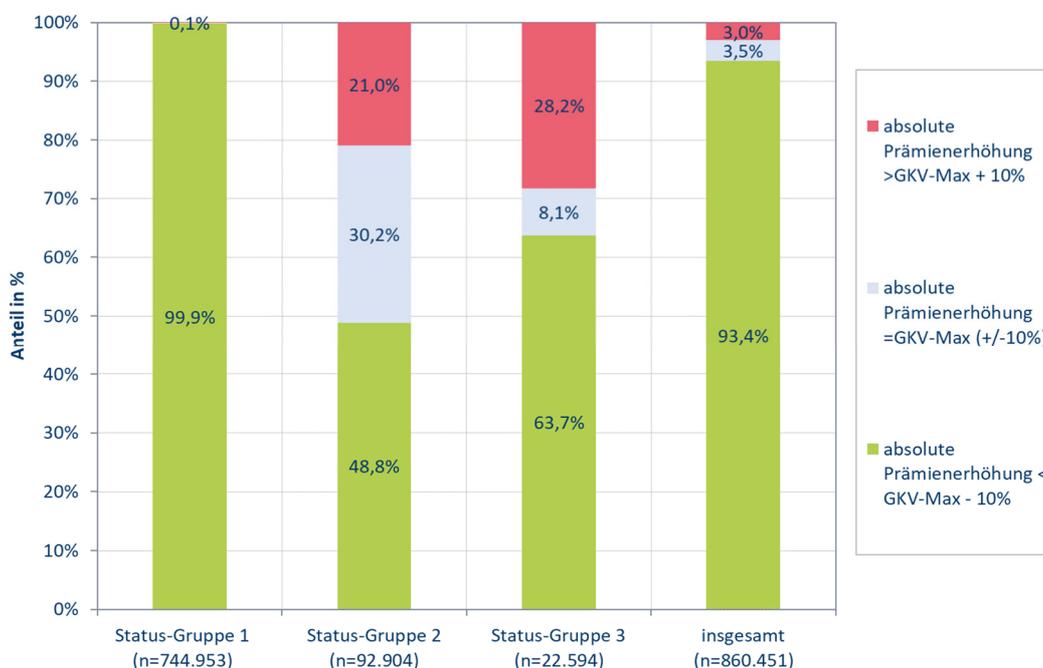
Als exogener Referenzmaßstab für die jährlichen Prämienänderungen wurde die jahresdurchschnittliche absolute Änderung des monatlichen GKV-Höchstbeitrags im Beobachtungszeitraum (15,71 Euro p. a.) herangezogen. Zur Abgrenzung der Fokusgruppe wurde um diesen Referenzwert ein Toleranzbereich von +/-10 % 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 3,0 % (n = 25.970) 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 3,0 % 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. 0,02 % (n = 119) sehr 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 (21,0 %) und der Status-Gruppe 3 (28,2 %) im Vergleich zum endogenen prozentualen Maßstab.

Abbildung 21: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (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 27 % (anstatt rd. 21 %) der durchgehend abhängig oder selbständigen Versicherten als stark definiert würde. Die schärfere Definition sorgt für eine ähnliche Änderung des entsprechenden Anteilswerts unter den Status-Wechslern. 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. 14,5 %.

Tabelle 14: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 2003-2023 (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 = 744.953)	744.531	99,9%	254	0,0%	168	0,0%
Gruppe 2 (n = 92.904)	49.723	53,5%	18.111	19,5%	25.070	27,0%
Gruppe 3 (n = 22.594)	14.702	65,1%	1.018	4,5%	6.874	30,4%
insgesamt (n = 860.451)	808.956	94,0%	19.383	2,3%	32.112	3,7%
	- 10 %		+ / - 10 %		+ 10 % (Fokusgruppe 2)	
Gruppe 1 (n = 744.953)	744.195	99,9%	639	0,1%	119	0,0%
Gruppe 2 (n = 92.904)	45.366	48,8%	28.059	30,2%	19.479	21,0%
Gruppe 3 (n = 22.594)	14.392	63,7%	1.830	8,1%	6.372	28,2%
insgesamt (n = 860.451)	803.953	93,4%	30.528	3,5%	25.970	3,0%
	- 15 %		+ / - 15 %		+ 15 %	
Gruppe 1 (n = 744.953)	743.534	99,8%	1.334	0,2%	85	0,0%
Gruppe 2 (n = 92.904)	42.353	45,6%	37.120	40,0%	13.431	14,5%
Gruppe 3 (n = 22.594)	14.139	62,6%	2.527	11,2%	5.928	26,2%
insgesamt (n = 860.451)	800.026	93,0%	40.981	4,8%	19.444	2,3%

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 stufenweise eingeführt wurde (vgl. dazu auch Kapitel 3.4). Damit einher geht einerseits eine unmittelbar beitragssteigernde Wirkung, andererseits sind die späteren beitragsstabilisierenden Wirkungen bzw. beitragsenkenden Wirkungen des gesetzlichen Beitragszuschlags ab dem Alter von 65 bzw. 80 Jahren in der Datengrundlage nicht bzw. nur sehr begrenzt abgebildet.

Beschreibung von Extremfällen 3 –

Versicherte mit den höchsten durchschnittlichen absoluten Prämiensteigerungen im Beobachtungszeitraum (Monatsprämie: mind. + 50 Euro durchschnittlich p. a.)

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

- ◆ Verlust der Beihilfe (oftmals im Alter von über 60 Jahren)²⁴

Die meisten Versicherten mit den höchsten absoluten Prämiensteigerungen hatten zudem:

- ◆ Risikozuschlag
- ◆ 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 67 Versicherten der Grundgesamtheit erhöhten sich die Prämien in jedem einzelnen Jahr um weniger als 5 % und bei rd. 1 % (n = 8.069) der Versicherten gab es in keinem der Jahre einen Prämienanstieg um 10 % oder mehr. Etwas mehr als die Hälfte (rd. 52,6 %, n = 452.234) der Versicherten hatte mindestens in einem der Jahre eine Prämienerrhöhung um mindestens 20 %.

²⁴ Der Verlust der Beihilfe im Alter von über 60 Jahren wird häufig durch eine Scheidung verursacht, bei der nur einer der Eheleute beihilfeberechtigt war. Da in diesen Fällen der beihilfeberechtigte Partner sehr häufig männlich ist, sind von einem Verlust der Beihilfe im Alter von über 60 Jahren überproportional häufig Frauen betroffen.

Tabelle 15: Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)

Anzahl Prämien- erhöhungen	Anzahl Versicherte mit Prämienerrhöhung			
	≥ 5%	≥ 10%	≥15%	≥ 20%
0	67	8.069	143.054	408.217
1	1.195	206.718	514.583	361.891
2	10.707	274.863	149.852	77.649
3	37.301	161.473	46.654	11.340
4	157.713	145.553	5.462	1.213
5	267.554	47.745	751	127
6	257.287	14.481	89	12
7	110.428	1.413	6	2
8	14.722	131		
9	3.198	5		
10	267			
11	10			
12	2			
	Σ 860.451	Σ 860.451	Σ 860.451	Σ 860.451

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

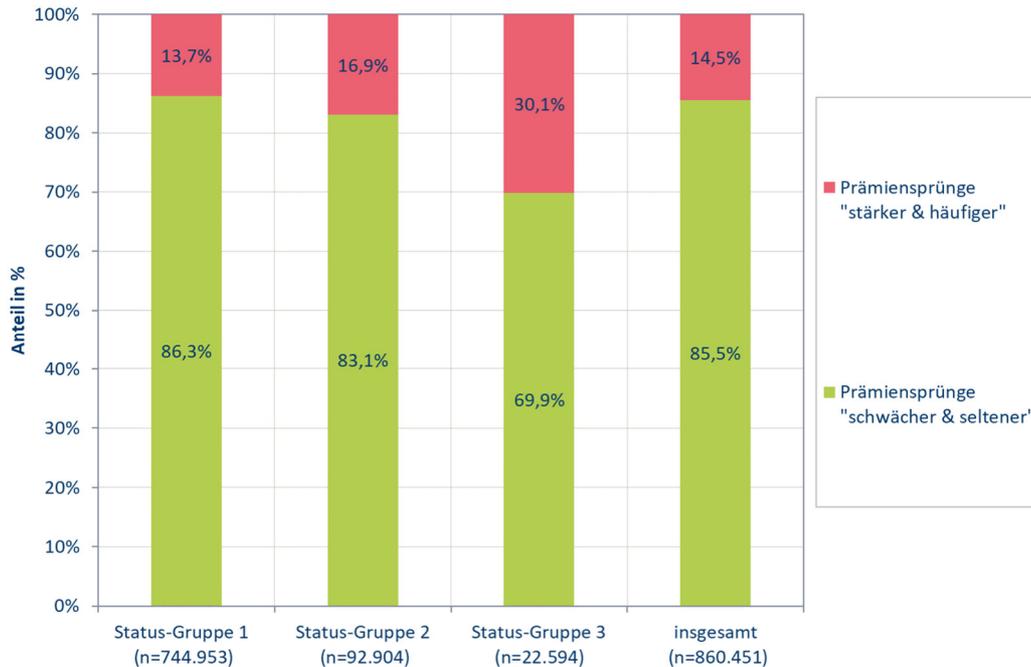
In einem zweiten Schritt wurde definiert, welche Kombinationen aus Stärke der Prämienerrhöhung und Anzahl dieser Erhöhungen Auswahlkriterien für die Fokusgruppe 3 sind. Hierfür wurde zunächst festgelegt, dass Prämienerrhöhungen von mindestens 10 % als Prämienerrsprünge gelten sollen. Als eine sprunghafte Beitragsentwicklung gilt, wenn Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 10 % im Beobachtungszeitraum 2003 bis 2023 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 14,5 % der Versicherten (n = 124.967) eine sprunghafte Beitragsentwicklung im Zeitraum 2003 bis 2023.

Die Versicherten mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Status-Gruppen: In der Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten zählten rd. 13,7 % zur Fokusgruppe 3, in den Status-Gruppen 2 und 3 dagegen lagen die Anteile bei 16,9 % bzw. 30,1 % (Abbildung 22).

Abbildung 22: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen im Zeitraum 2003-2023



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 Beitragssprüngen 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 die Ausführungen in Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.2).

Beschreibung von Extremfällen 4 –

Versicherte mit den höchsten prozentualen Prämien sprüngen im Beobachtungszeitraum (Prämien sprung von mind. 800 %)

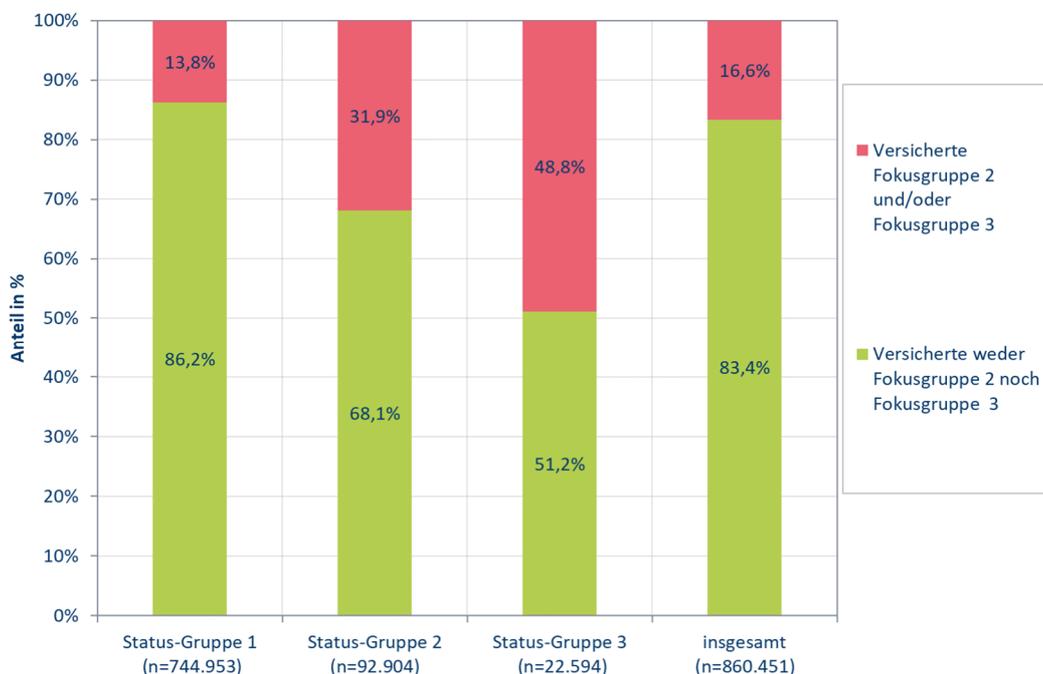
Die höchsten prozentualen Prämien sprünge im Beobachtungszeitraum standen mit folgenden Merkmalen im Zusammenhang:

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

5.2.4 Kombinierte Betrachtung der Fokusgruppen

Insgesamt sind rd. 16,6 % (n = 143.181) 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 (Statuswechsler) – in dieser Gruppe zählten rund 48,8 % (n = 11.037) 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 3,0 % der Versicherten in Fokusgruppe 2 (vgl. Abbildung 21) zählten 0,9 Prozentpunkte gleichzeitig auch zur Fokusgruppe 3 (Abbildung 24). Insgesamt betrachtet war mit 0,9 % (n = 7.756) 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 5,9 % bzw. 9,5 % 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

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 15,71 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 16).

Von den Männern in Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) hatten 29,1 % (n = 103.322) überdurchschnittliche Prämiensteigerungen gemäß endogenem Maßstab (Fokusgruppe 1), während es unter den Frauen der Status-Gruppe 1 nur 10 % waren. Auch in der Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung) waren Männer überproportional vertreten (Männer: 23,9 %, Frauen: 4,5 %).

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

Tabelle 16: Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023

Geschlecht	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)			
	endogen →	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
		< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø
Männer	16,1% n=57.293	54,8% n=194.701	29,1% n=103.322	15,7% n=11.176	72,5% n=51.645	11,8% n=8.365	16,0% n=1.757	62,9% n=6.921	21,1% n=2.317	
Frauen	25,3% n=98.385	64,7% n=252.113	10,0% n=39.139	42,7% n=9.269	52,4% n=11.457	4,6% n=992	21,3% n=2.476	56,8% n=6.586	21,9% n=2.537	
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854	
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
Männer	99,9% n=354.787	0,1% n=430	0,0% n=99	42,3% n=30.083	32,9% n=23.426	24,8% n=17.677	59,3% n=6.516	11,3% n=1.240	29,5% n=3.239	
Frauen	99,9% n=389.408	0,1% n=209	0,0% n=20	70,4% n=15.283	21,3% n=4.633	8,3% n=1.802	67,9% n=7.876	5,1% n=590	27,0% n=3.133	
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372	
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	
Männer	76,1% n=270.434		23,9% n=84.882	80,7% n=57.482		19,3% n=13.704	63,1% n=6.943		36,9% n=4.052	
Frauen	95,5% n=372.092		4,5% n=17.545	90,7% n=19.694		9,3% n=2.024	76,2% n=8.839		23,8% n=2.760	
insgesamt	86,3% n=642.526		13,7% n=102.427	83,1% n=77.176		16,9% n=15.728	69,9% n=15.782		30,1% n=6.812	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.2 Alter

Das Durchschnittsalter lag in den einzelnen Kombinationen aus Status- und Fokusgruppen bei mindestens 58,5 Jahren (Status-Gruppe 2/Fokusgruppe 1 sowie Status-Gruppe 2/Fokusgruppe 2) und bei höchstens 65,4 Jahren (Status-Gruppe 3/Fokusgruppe 2). Die Versicherten in den Fokusgruppen, d. h. mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen, waren – bis auf wenige Ausnahmen – durchschnittlich jünger als die übrigen Versicherten (Tabelle 17). Dies gilt für alle Status-Gruppen gleichermaßen, wobei die Unterschiede in der Status-Gruppe 2 vergleichsweise hoch waren (z. B. Fokusgruppe 1: 58,5 Jahre im Vergleich zu 61,9 Jahre bzw. 72,2 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 58 Jahre alt waren und dem GBZ nicht widersprachen, in den Jahren 2003 bis 2005 erst einmal – ceteris paribus – höhere Prämiensteigerungen (vgl. dazu Kapitel 3.4).

Tabelle 17: Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023

Alter	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
∅ Alter	71,0 n=155.678	69,5 n=446.814	59,9 n=142.461	72,2 n=20.445	61,9 n=63.102	58,5 n=9.357	72,4 n=4.233	63,7 n=13.507	64,7 n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
∅ Alter	68,0 n=744.195	62,8 n=639	64,1 n=119	69,2 n=45.366	58,8 n=28.059	58,5 n=19.479	66,1 n=14.392	61,7 n=1.830	65,4 n=6.372
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
∅ Alter	68,5 n=642.526		64,7 n=102.427	64,6 n=77.176		60,0 n=15.728	66,8 n=15.782		62,7 n=6.812

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 18). Die Unterschiede waren allerdings vergleichsweise gering; die größten Unterschiede im Eintrittsalter waren für die Status-Gruppe 1 (Beihilfeversicherte) im Hinblick auf den exogenen Maßstab (Fokusgruppe 2)) sowie in Statusgruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) im Hinblick auf den endogenen Maßstab (Fokusgruppe 1) zu finden: Versicherte in Status-Gruppe 1/Fokusgruppe 2 hatten ein um durchschnittlich rund 4,1 Jahre höheres Alter bei Versicherungsbeginn als Versicherte, deren durchschnittliche Beitragssteigerung geringer war als der GKV-Maximalbeitrag (33,7 Jahre vs. 29,6 Jahre); in Statusgruppe 2/Fokusgruppe 1 lag der Unterschied im Eintrittsalter zwischen Versicherten mit einer unterdurchschnittlichen und Versicherten mit einer überdurchschnittlichen Prämienentwicklung bei 5,2 Jahren (32,0 im Vergleich zu 37,2 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 18: 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=155.678	30,3 n=446.814	26,8 n=142.461	37,2 n=20.445	32,0 n=51.757	32,0 n=9.357	33,5 n=4.233	31,4 n=13.507	30,7 n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
∅ Eintrittsalter	29,6 n=744.195	31,3 n=639	33,7 n=119	35,3 n=45.366	31,0 n=28.059	31,6 n=19.479	31,7 n=14.392	31,9 n=1.830	31,5 n=6.372
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
∅ Eintrittsalter	30,0 n=642.526		27,3 n=102.427	33,2 n=77.176		33,4 n=15.728	32,3 n=15.782		30,2 n=6.812

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 2023 waren zu einem höheren Anteil in den Fokusgruppen vertreten, d. h. sie hatten häufiger relativ hohe und/oder sprunghafte Beitragssteigerungen (Tabelle 19). Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede innerhalb der Status-Gruppe 1: Von den Beihilfeversicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz hatten 34,1 % starke Beitragssteigerungen gemäß dem endogenen Maßstab (Fokusgruppe 1), von den Versicherten mit umfangreichen bzw. weniger umfangreichen Versicherungsschutz aber nur 17,7 % bzw. 18,3 %. Zudem waren die Unterschiede in der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) in Bezug auf den exogenen Maßstab sehr ausgeprägt: Während von den Versicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz rund 26,9 % auf die Fokusgruppe 2 entfielen, lag der entsprechende Anteil bei den Versicherten dieser Status-Gruppe mit einem weniger umfangreichen Versicherungsschutz bei lediglich 10,5 %.

Statuswechsler (Status-Gruppe 3) und Versicherte der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) hatten dagegen sowohl mit einem sehr umfangreichen als auch mit einem weniger umfangreichen Leistungsumfang überproportional häufig sprunghafte Prämien zu verzeichnen.

Grundsätzlich ist bei der Betrachtung des Versicherungsumfangs im Jahr 2023 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 2003 sowie nach Fokus- und Status-Gruppen (Tabelle 20) 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 2.²⁵ -Analog zu obiger Betrachtung des Versicherungsschutzes im Jahr 2023 sind auch bei dieser Betrachtung diejenigen Versicherten enthalten, die während des Beobachtungszeitraums ihren Versicherungsumfang abgesenkt haben.

²⁵ Wobei der Anteil der Status-Gruppe 2 in Fokusgruppe 2 weniger als fünf Prozentpunkte über dem Gesamtanteilswert liegt.

Tabelle 19: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2023

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
sehr umfangreich	8,1% n=5.168	57,8% n=37.054	34,1% n=21.833	12,9% n=7.827	79,5% n=48.394	7,6% n=4.627	13,0% n=935	59,7% n=4.308	27,3% n=1.968
umfangreich	21,0% n=129.709	61,3% n=378.639	17,7% n=109.032	25,0% n=2.277	64,6% n=5.876	10,4% n=947	31,9% n=2.757	60,4% n=5.223	7,7% n=667
weniger umfangreich	32,7% n=20.801	49,0% n=31.121	18,3% n=11.596	45,0% n=10.341	38,5% n=8.832	16,5% n=3.783	8,0% n=541	59,0% n=3.976	32,9% n=2.219
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
sehr umfangreich	99,8% n=63.896	0,2% n=136	0,0% n=23	34,8% n=21.146	38,3% n=23.308	26,9% n=16.394	50,0% n=3.609	12,2% n=878	37,8% n=2.724
umfangreich	99,9% n=616.810	0,1% n=478	0,0% n=92	69,4% n=6.311	23,1% n=2.105	7,5% n=684	88,4% n=7.642	2,1% n=179	9,6% n=826
weniger umfangreich	100,0% n=63.489	0,0% n=25	0,0% n=4	78,0% n=17.909	11,5% n=2.646	10,5% n=2.401	46,6% n=3.141	11,5% n=773	41,9% n=2.822
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372

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
sehr umfangreich	76,4% n=48.942	23,6% n=15.113	93,4% n=56.822	6,6% n=4.026	79,7% n=5.744	20,3% n=1.467
umfangreich	87,7% n=541.263	12,3% n=76.117	81,4% n=7.408	18,6% n=1.692	71,2% n=6.154	28,8% n=2.493
weniger umfangreich	82,4% n=52.321	17,6% n=11.197	56,4% n=12.946	43,6% n=10.010	57,7% n=3.884	42,3% n=2.852
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Tabelle 20: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2003

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø
sehr umfangreich	76,4% n=42	21,8% n=12	1,8% n=1	21,7% n=15.669	72,3% n=52.253	6,1% n=4.397	37,6% n=2.847	62,4% n=4.734	0,0% n=0
umfangreich	20,8% n=147.543	60,2% n=427.378	19,0% n=134.990	27,2% n=3.834	50,5% n=7.137	22,3% n=3.148	8,3% n=1.115	57,7% n=7.737	33,9% n=4.546
weniger umfangreich	23,1% n=8.093	55,5% n=19.424	21,4% n=7.470	14,6% n=942	57,4% n=3.712	28,0% n=1.812	16,8% n=271	64,1% n=1.036	19,1% n=308
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854
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=55	0,0% n=0	0,0% n=0	44,9% n=32.503	32,7% n=23.623	22,4% n=16.193	82,5% n=6.253	11,3% n=857	6,2% n=471
umfangreich	99,9% n=709.181	0,1% n=614	0,0% n=116	62,5% n=8.823	21,6% n=3.045	15,9% n=2.251	52,4% n=7.025	6,1% n=818	41,5% n=5.555
weniger umfangreich	99,9% n=34.959	0,1% n=25	0,0% n=3	62,5% n=4.040	21,5% n=1.391	16,0% n=1.035	69,0% n=1.114	9,6% n=155	21,4% n=346
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=1197	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372

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	98,2% n=54	1,8% n=1	88,8% n=64.234	11,2% n=8.085	83,4% n=6.319	16,6% n=1.262	
umfangreich	86,4% n=613.125	13,6% n=96.786	70,3% n=9.927	29,7% n=4.192	63,4% n=8.491	36,6% n=4.907	
weniger umfangreich	83,9% n=29.347	16,1% n=5.640	46,6% n=3.015	53,4% n=3.451	60,2% n=972	39,8% n=643	
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812	

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 einmalig erhöht haben, waren überdurchschnittlich häufig in den Fokusgruppen mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen vertreten (Tabelle 21).

Zu berücksichtigen ist, dass insgesamt nur ein vergleichsweise geringer Anteil der hier betrachteten Grundgesamtheit der Versicherten im Zeitverlauf den Versicherungsschutz erhöht hat (insgesamt 8,1 %, n = 69.590).²⁶

Ein etwas höherer Anteil der Versicherten hat dagegen im Beobachtungszeitraum den Umfang des Versicherungsschutzes reduziert (6,5 %, n = 55.608). Diese waren überdurchschnittlich häufig in der Gruppe der Versicherten mit unterdurchschnittlichen Prämiensteigerungen und in der Gruppe der Versicherten ohne sprunghafte Beitragsentwicklung.

²⁶ Der Großteil der Leistungsumfangserhöhungen ist auf Wechsel innerhalb der Beihilfeversicherung von Bisex- in Unisex-Tarife zurückzuführen.

Tabelle 21: 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	21,2% n=137.656	61,1% n=396.306	17,6% n=114.238	14,4% n=10.796	76,4% n=57.054	9,2% n=6.866	21,9% n=1.466	64,7% n=4.331	13,4% n=900
Erhöhung	7,9% n=5.148	57,5% n=37.553	34,6% n=22.563	9,8% n=67	49,0% n=334	41,2% n=281	5,3% n=192	43,3% n=1.579	51,4% n=1.873
Absenkung	41,8% n=12.697	40,8% n=12.390	17,4% n=5.271	56,0% n=9.491	32,0% n=5.427	11,9% n=2.020	25,3% n=2.101	52,8% n=4.391	21,9% n=1.820
„Springer“	15,6% n=177	50,0% n=565	34,4% n=389	16,0% n=91	50,5% n=287	3,5% n=190	12,0% n=474	81,3% n=3.206	6,6% n=261
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,50% n=4.854
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=647.630	0,1% n=480	0,0% n=90	41,2% n=30.804	35,4% n=26.438	23,4% n=17.474	63,9% n=4.277	14,8% n=990	21,4% n=1.430
Erhöhung	99,7% n=65.095	0,2% n=144	0,0% n=25	31,8% n=217	19,4% n=132	48,8% n=333	38,5% n=1.402	2,1% n=75	59,5% n=2.167
Absenkung	100,0% n=30.343	0,0% n=12	0,0% n=3	83,1% n=14.079	8,0% n=1.353	8,9% n=1.506	64,4% n=5.352	6,8% n=568	28,8% n=2.392
„Springer“	99,6% n=1.127	0,3% n=3	0,1% n=1	46,8% n=266	23,9% n=136	29,2% n=166	85,3% n=3.361	5,0% n=197	9,7% n=383
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372

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	87,6% n=567.889	12,4% n=80.311	88,4% n=66.026	11,6% n=8.690	77,6% n=5.199	22,4% n=1.498
Erhöhung	76,3% n=49.808	23,7% n=15.456	83,1% n=567	16,9% n=115	77,3% n=2.816	22,7% n=828
Absenkung	79,7% n=24.182	20,3% n=6.176	61,0% n=10.333	39,0% n=6.605	69,5% n=5.777	30,5% n=2.535
„Springer“	57,2% n=647	42,8% n=484	44,0% n=250	56,0% n=318	50,5% n=1.990	49,5% n=1.951
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkungen: „Springer“ sind Versicherte, die im Beobachtungszeitraum den Versicherungsschutz sowohl erhöht als auch abgesenkt haben.

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 4.424 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 1.176 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 157 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 (50,5 % vs. 22,0 % für Status-Gruppe 2 insgesamt). Dies gilt noch mehr gemäß der exogenen Kategorisierung der Prämienentwicklung (84,2 % vs. 48,8 % für Status-Gruppe 2 insgesamt) (Tabelle 22). 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 22: 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	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	20,7% n=18.369	69,2% n=61.408	10,0% n=8.905	19,5% n=4.110	59,4% n=12.514	21,1% n=4.435
Erhöhung				50,5% n=1.769	40,0% n=1400	9,5% n=331	0,4% n=4	58,8% n=543	40,8% n=377
Absenkung				15,6% n=12	57,1% n=44	27,3% n=21	42,5% n=34	57,5% n=46	
Springer				45,7% n=295	38,8% n=250	15,5% n=100	16,0% n=85	76,1% n=404	7,9% n=42
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
kein Selbstbehalt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	47,3% n=41.933	31,0% n=27.519	21,7% n=19.230	64,3% n=13.551	7,7% n=1.622	28,0% n=5886
Erhöhung				84,2% n=2.947	12,3% n=432	3,5% n=121	34,1% n=315	19,8% n=183	46,1% n=426
Absenkung				46,8% n=36	18,2% n=14	35,1% n=27	95,0% n=76	2,5% n=2	2,5% n=2
Springer				69,8% n=450	14,6% n=94	15,7% n=101	84,7% n=450	4,3% n=23	10,9% n=58
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372

absoluter Selbstbehalt Sprünge →	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	nicht sprunghaft	Fokusgruppen 3: sprunghaft	nicht sprunghaft	Fokusgruppen 3: sprunghaft	nicht sprunghaft	Fokusgruppen 3: sprunghaft
kein Selbstbehalt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,7% n=74.206	16,3% n=14.476	70,4% n=14.835	29,6% n=6.224
Erhöhung			73,0% n=2.555	27,0% n=945	62,4% n=577	37,6% n=347
Absenkung			59,7% n=46	40,3% n=31	80,0% n=64	20,0% n=16
Springer			57,2% n=369	42,8% n=276	57,6% n=306	42,4% n=225
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.7 Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes

Die Beihilfeversicherten in 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 23). In Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten waren diejenigen Versicherten mit mehrfachen Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes („Springer“) relativ häufiger den Fokusgruppen 1 und 3 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 23: Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Erstattungssatzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen

Veränderung Erstattungs- prozentsatz	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
keine Veränderung	4,5% n=15.968	77,2% n=276.300	18,3% n=65.615	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	0,2% n=10	94,8% n=3.886	5,0% n=204
Erhöhung	0,0% n=19	2,9% n=1.544	97,1% n=51.631					25,8% n=1.445	74,2% n=4.145
Absenkung	56,2% n=132.302	43,1% n=101.642	0,7% n=1.664				63,2% n=3.610	36,8% n=2.102	
„Springer“	7,5% n=7.389	68,5% n=67.328	24,0% n=23.551				8,5% n=613	84,5% n=6.074	7,0% n=505
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
keine Veränderung	100,0% n=357.791	0,0% n=67	0,0% n=25	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	52,9% n=2.167	28,0% n=1.147	19,2% n=786
Erhöhung	98,9% n=52.613	0,9% n=503	0,1% n=78				4,7% n=260	8,6% n=480	86,8% n=4.850
Absenkung	100,0% n=235.608	0,0% n=0					100,0% n=5.712	0,0% n=0	
„Springer“	99,9% n=98.183	0,1% n=69	0,0% n=16				86,9% n=6.253	2,8% n=203	10,2% n=736
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372

Veränderung Erstattungs- prozentsatz 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	94,7% n=338.934	5,3% n=18.949	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	71,3% n=2.922	28,7% n=1.178
Erhöhung	57,3% n=30.496	42,7% n=22.698			70,5% n=3.939	29,5% n=1.651
Absenkung	95,2% n=224.372	4,8% n=11.236			91,5% n=5.227	8,5% n=485
„Springer“	49,6% n=48.724	50,4% n=49.544			51,4% n=3.694	48,6% n=3.498
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.8 Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags

Für Versicherte aller Status-Gruppen, die im Jahr 2003 noch nicht 63 Jahre alt waren, spielt die Wahl des gesetzlichen Beitragszuschlags für die Zugehörigkeit zu einer Fokusgruppe eine nachgeordnete Rolle. Es gibt jedoch einige Ausnahmen. Die erste betrifft die Versicherten der Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer/Selbständige): Für diejenigen von ihnen, die den GBZ nicht gewählt hatten, lag der Anteil in Fokusgruppe 2 (exogener Referenzmaßstab) niedriger (14,3 %) als für diejenigen mit GBZ (22,3 %). Umgekehrt verhält es sich für Beihilfeversicherte (Anteil in Fokus-Gruppe 1 höher ohne GBZ) und für Status-Wechsler (Anteil in Fokus-Gruppe 2 höher ohne _GBZ) (Tabelle 24).

Tabelle 24: Verteilung der Versicherten (unter 63 Jahren im Jahr 2003) nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen

GBZ	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)			
	endogen →	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅
mit GBZ		22,5% n=135.787	56,8% n=343.367	20,7% n=124.878	20,8% n=17.194	68,8% n=56.844	10,4% n=8.591	17,6% n=3.542	61,1% n=12.317	21,4% n=4.316
ohne GBZ		15,7% n=8.535	54,9% n=29.842	29,4% n=16.019	15,7% n=1.107	73,6% n=5.202	10,7% n=757	18,5% n=314	60,2% n=1.020	21,3% n=361
insgesamt		21,9% n=144.322	56,7% n=373.209	21,4% n=140.897	20,4% n=18.301	69,2% n=62.046	10,4% n=9.348	17,6% n=3.856	61,0% n=13.337	21,4% n=4.677
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
mit GBZ	99,9% n=603.355	0,1% n=571	0,0% n=106	47,1% n=38.946	30,5% n=25.227	22,3% n=18.456	16,4% n=12.862	13,6% n=1.625	5,0% n=5.688	
ohne GBZ	99,9% n=54.350	0,1% n=38	0,0% n=8	46,8% n=3.306	38,9% n=2.750	14,3% n=1.010	63,0% n=1.068	11,0% n=186	26,0% n=441	
insgesamt	99,9% n=657.705	0,1% n=609	0,0% n=114	47,1% n=42.252	31,2% n=27.977	21,7% n=19.466	63,7% n=13.930	8,3% n=1.811	28,0% n=6.129	
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	
mit GBZ	85,0% n=513.317		15,0% n=90.715	82,8% n=68.376		17,2% n=14.253	69,3% n=13.976		30,7% n=6.199	
ohne GBZ	80,2% n=43.641		19,8% n=10.755	80,1% n=5.660		19,9% n=1.406	68,6% n=1.163		31,4% n=532	
insgesamt	84,6% n=556.958		15,4% n=101.470	82,5% n=74.036		17,5% n=15.659	69,2% n=15.139		30,8% n=6.731	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.9 Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter

Versicherte der Status-Gruppe 1 (durchgehend Beihilfeversichert) und der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig), die im Beobachtungszeitraum eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter vereinbart hatten (BBM, vgl. Kapitel 3.8), sind etwas häufiger in den Fokusgruppen zu finden. Der Anteil liegt zum Großteil unter fünf Prozentpunkten im Vergleich zu allen Versicherten, mit Ausnahme der Versicherten in Statusgruppe 2/Fokusgruppe 2, hier sind die Versicherten mit Beitragsermäßigung im Alter deutlich häufiger vertreten (53,1 %) (Tabelle 25).²⁷

Bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) waren die Versicherten mit Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter seltener in Fokusgruppe 1 und Fokusgruppe 3 vertreten.

²⁷ Die BBM enthält eine dynamische Erhöhungskomponente: Alle drei Jahre wird der Umfang der vereinbarten Beitragssenkung jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % des anfänglich vereinbarten Werts erhöht (entsprechend erhöht sich der Beitrag sogar um mehr als 10 %), sofern die versicherte Person keinen Widerspruch einlegt und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Tabelle 25: 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	46,7% n=3.617	28,4% n=2.195	24,9% n=1.927	29,2% n=4.878	56,8% n=9.474	14,0% n=2.339	21,1% n=262	64,4% n=1.211	5,7% n=71
ohne BBM	20,6% n=152.061	60,3% n=444.619	19,1% n=140.534	20,4% n=15.567	70,4% n=53.628	9,2% n=7.018	18,6% n=3.971	62,7% n=12.396	22,4% n=4.783
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	62,8% n=13.607	21,5% n=4.854
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
mit BBM	98,9% n=9.595	0,8% n=76	0,3% n=28	36,1% n=7.830	10,8% n=2.345	53,1% n=11.526	58,7% n=1.115	6,6% n=126	34,7% n=660
ohne BBM	99,9% n=734.600	0,1% n=563	0,0% n=91	52,7% n=37.536	36,1% n=25.714	11,2% n=7.953	64,2% n=13.277	8,2% n=1.704	27,6% n=5.712
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
mit BBM	82,4% n=6.374		17,6% n=1.365	79,7% n=13.310		20,3% n=3.381	72,8% n=903		27,2% n=337
ohne BBM	86,3% n=636.152		13,7% n=101.062	83,8% n=63.866		16,2% n=12.347	69,7% n=14.879		30,3% n=6.475
insgesamt	86,3% n=642.526		13,7% n=102.427	83,1% n=77.176		16,9% n=15.728	69,9% n=15.782		30,1% n=6.812

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 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 26). 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 2023 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 Risikozuschlag
- ◆ 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 zählten lediglich die Versicherten der Status-Gruppe 2 mit einem Risikozuschlag (inkl. Wegfall des Risikozuschlags) leicht überproportional zu der Fokusgruppe.

Tabelle 26: 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	20,9% n=146.231	59,9% n=418.193	19,1% n=133.640	21,9% n=19.285	68,2% n=60.159	10,0% n=8.816	19,2% n=4.091	59,2% n=12.650	21,6% n=4.610	
Risikozuschlag	20,1% n=9.447	61,0% n=28.621	18,8% n=8.821	25,0% n=1.160	63,4% n=2.943	11,6% n=541	11,0% n=142	66,5% n=857	22,4% n=289	
davon: Wegfall Risikozuschlag	38,5% n=2.178	50,3% n=2.843	11,2% n=635	39,1% n=540	54,8% n=758	6,1% n=84	8,6% n=35	74,2% n=302	17,2% n=70	
insgesamt	20,9% n=155.678	60,0% n=446.814	19,1% n=142.461	22,0% n=20.445	67,9% n=63.102	10,1% n=9.357	18,7% n=4.233	59,8% n=13.507	21,5% n=4.854	
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
kein Risikozuschlag	100,0% n=697.812	0,0% n=203	0,0% n=49	49,3% n=43.482	30,9% n=27.250	19,9% n=17.528	64,0% n=13.661	8,2% n=1.744	27,8% n=5.946	
Risikozuschlag	98,9% n=46.383	0,9% n=436	0,1% n=70	40,6% n=1.884	17,4% n=809	42,0% n=1.951	58,8% n=731	6,9% n=86	34,3% n=426	
davon: Wegfall Risikozuschlag	99,9% n=5.652	0,0% n=2	0,0% n=2	71,9% n=94	20,4% n=282	7,7% n=106	59,5% n=242	10,6% n=43	30,0% n=122	
insgesamt	99,9% n=744.195	0,1% n=639	0,0% n=119	48,8% n=45.366	30,2% n=28.059	21,0% n=19.479	63,7% n=14.392	8,1% n=1.830	28,2% n=6.372	

Veränderung Risikozuschlag	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
kein Risikozuschlag	86,2% n=601.816	13,8% n=96.248	83,5% n=73.732	16,5% n=14.528	70,0% n=14.952	30,0% n=6.399
Risikozuschlag	86,8% n=40.710	13,2% n=6.179	74,2% n=3.444	25,8% n=1.200	66,8% n=830	33,2% n=413
davon: Wegfall Risikozuschlag	85,0% n=4.806	15,0% n=850	75,6% n=1.045	24,4% n=337	66,3% n=270	33,7% n=137
insgesamt	86,3% n=642.526	13,7% n=102.427	83,1% n=77.176	16,9% n=15.728	69,9% n=15.782	30,1% n=6.812

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 2023
- ◆ 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 rund 90 % der Versicherten, die im Jahr 2003 noch nicht 63 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 27). In der zahlenmäßig größten – Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) war es mit etwas mehr als drei Vierteln (77,0 %, n = 78.924) ein ähnlich großer Anteil wie in Status-Gruppe 2 (73,0 %) und ein geringerer Anteil als in Status-Gruppe 3 (89,7 %) (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig bzw. Statuswechsler). Das heißt, nur rd. 10 % der Versicherten in Status-Gruppe 3, die 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. 23,0 % (n = 23.540) der Versicherten in der Fokusgruppe 2 und/oder Fokusgruppe 3 keine der relevanten Merkmalsausprägungen (im Vergleich zu rd. 76,0 % 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. 9 % der Versicherten dieser Status-Gruppe, die weder zur Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3 zählten. Mit Ausnahme des Risikozuschlags, der Beitragsermäßigung im Alter sowie der Kombination Erhöhung des Leistungsumfangs und sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, 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. 33,9 % häufiger war als unter den Versicherten, die zu keiner der beiden Fokusgruppen gehörten (7,2 %).

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 2023 unter den Versicherten der Fokusgruppen 2 und/oder 3 häufiger waren (17,9 % im Vergleich zu 5,4 %).

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 2023 (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 27: 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
Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert)		
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	54,8 % (n = 56.182)	9,3 % (n = 59.515)
kein Faktor	23,0 % (n = 23.540)	76,0 % (n = 488.239)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr	10,2 % (n = 10.444)	2,2 % (n = 14.143)

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
umfangreicher Leistungsumfang 2023		
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023	3,6 % (n = 3.644)	4,9 % (n = 31.748)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag	3,5 % (n = 3.602)	0,6 % (n = 3.962)
Risikozuschlag	1,7 % (n = 1.764)	5,3 % (n = 33.944)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Beitragsermäßigung im Alter	0,9 % (n = 969)	0,1 % (n = 657)
Beitragsermäßigung im Alter	0,6 % (n = 656)	0,9 % (n = 5.687)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023	0,4 % (n = 449)	
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs	0,2 % (n = 225)	
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Risikozuschlag		0,2 % (n = 1.498)
Erhöhung des Leistungsumfangs		0,1 % (n = 831)
Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)		
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Beitragsermäßigung im Alter	33,9 % (n = 10.049)	7,2 % (n = 4.533)
kein Faktor	27,0 % (n = 8.002)	25,3 % (n = 16.006)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023	18,5 % (n = 5.476)	59,8 % (n = 37.810)
Beitragsermäßigung im Alter	10,8 % (n = 3.208)	4,0 % (n = 2.529)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Risikozuschlag	3,1 % (n = 911)	1,2 % (n = 797)
Risikozuschlag	3,0 % (n = 899)	1,3 % (n = 797)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Beitragsermäßigung im Alter, Risikozuschlag	1,4 % (n = 417)	0,4 % (n = 243)
Risikozuschlag, Beitragsermäßigung im Alter	1,2 % (n = 348)	0,3 % (n = 213)
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr	0,7 % (n = 197)	0,4 % (n = 259)

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
umfangreicher Leistungsumfang 2023		
Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Beitragsermäßigung im Alter	0,4 % (n = 115)	0,0 % (n = 23)
Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)		
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	48,6 % (n = 5.362)	21,2 % (n = 2.452)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Erhöhung des Leistungsumfangs, sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023	17,9 % (n = 1.977)	5,4 % (n = 628)
kein Faktor	10,3 % (n = 1.137)	36,4 % (n = 4.208)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	4,6 % (n = 505)	3,5 % (n = 407)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Risikozuschlag	3,2 % (n = 349)	
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes, Beitragsermäßigung im Alter	2,4 % (n = 262)	
Beitragsermäßigung im Alter	2,3 % (n = 256)	3,9 % (n = 453)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023	1,9 % (n = 212)	18,2 % (n = 2.107)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Beitragsermäßigung im Alter	1,8 % (n = 202)	
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Beitragsermäßigung im Alter; Erhöhung Leistungsumfang, Erhöhung Erstattungsprozentsatz	1,8 % (n = 200)	
Risikozuschlag		1,8 % (n = 203)
Erhöhung des Leistungsumfangs		1,7 % (n = 198)
sehr umfangreicher Leistungsumfang 2023, Erhöhung des Leistungsumfangs		1,5 % (n = 170)

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 28).

Von den Versicherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen zählen rund 10,9 % zur Fokusgruppe 1. Damit haben sie einen Anteil von rund 37,6 % aller Versicherten der Fokusgruppe 1. In die Fokusgruppe 2 fallen lediglich 0,3 % der Versicherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen; dies entspricht einem Anteil von rund 5,8 % an alle Versicherten der Fokusgruppe 2, und der Fokusgruppe 3 sind 6,0 % der Versicherten ohne die betrachteten Merkmalsausprägungen zuzuordnen, was einem Anteil von rund 25,8 % entspricht.

Tabelle 28: Zugehörigkeit der Versicherten ohne eines der ausgewählten Merkmale zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)

	alle Versicherte		Versicherte ohne Merkmal			
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anteil*	
Fokusgruppe 1 (endogener Referenzmaßstab)						
Status-Gruppe 1 n=744.953	142.461	19,1%	Status-Gruppe 1 n=511.779	55.589	10,9	39,0%
Status-Gruppe 2 n=92.904	9.357	10,1%	Status-Gruppe 2 n=24.008	3.125	13,0%	33,4%
Status-Gruppe 3 n=22.594	4.854	21,5%	Status-Gruppe 3 n=5.345	124	2,3%	2,6%
insgesamt n=860.451	156.672	18,2%	insgesamt n=541.132	58.838	10,9%	37,6%
Fokusgruppe 2 (exogener Referenzmaßstab)						
Status-Gruppe 1 n=744.953	119	0,0%	Status-Gruppe 1 n=511.779	4	0,0%	3,4%
Status-Gruppe 2 n=92.904	19.479	21,0%	Status-Gruppe 2 n=24.008	1.311	5,5%	6,7%
Status-Gruppe 3 n=22.594	6.372	28,2%	Status-Gruppe 3 n=5.345	185	3,5%	2,9%
insgesamt n=860.451	25.970	3,0 %	insgesamt n=541.132	1.500	0,3%	5,8%
Fokusgruppe 3 (Sprünge)						
Status-Gruppe 1 n=744.953	102.427	13,7%	Status-Gruppe 1 n=511.779	23.538	4,6%	23,0%
Status-Gruppe 2 n=92.904	15.728	16,9%	Status-Gruppe 2 n=24.008	7.664	31,9%	48,7%

	alle Versicherte		Versicherte ohne Merkmal			
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anteil*	
Status-Gruppe 3 n=22.594	6.812	30,1%	Status-Gruppe 3 n=5.345	1.086	20,3%	15,9%
insgesamt n=860.451	124.967	14,5%	insgesamt n=541.132	32.288	6,0%	25,8%
Fokusgruppe 2 und / oder Fokusgruppe 3						
Status-Gruppe 1 n=744.953	102.464	13,8%	Status-Gruppe 1 n=511.779	23.540	4,6%	23,0%
Status-Gruppe 2 n=92.904	29.680	31,9%	Status-Gruppe 2 n=24.008	8.002	33,3%	27,0%
Status-Gruppe 3 n=22.594	11.037	48,8%	Status-Gruppe 3 n=5.345	1.137	21,3%	10,3%
insgesamt n=860.451	143.181	16,6%	insgesamt n=541.132	32.679	6,0%	22,8%
Fokusgruppe 2 und Fokusgruppe 3						
Status-Gruppe 1 n=744.953	82	0,0%	Status-Gruppe 1 n=511.779	2	0,0%	2,4%
Status-Gruppe 2 n=92.904	5.527	5,9%	Status-Gruppe 2 n=24.008	973	4,1%	17,6%
Status-Gruppe 3 n=22.594	2.147	9,5%	Status-Gruppe 3 n=5.345	134	2,5%	6,2%
insgesamt, n=860.451	7.756	0,9%	insgesamt n=541.132	1.109	0,2%	14,3%

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:

$$y_{it} = x_{it}\beta + \alpha_i + u_{it}, \quad i=1, \dots, n; t=2004, \dots, 2023$$

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 α_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 α_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 29). 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 29: Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.
Geschlecht (Dummy, männlich = 0)	-0.938***	0.002	-1.17***	0.010	-0.570***	0.085
Alter in Jahren	-0.024***	0.000	-0.079***	0.001	-0.043***	0.005
Eintrittsalter in Jahren	-0.009***	0.000	-0.001	0.001	0.008	0.006
sehr umfangreicher Versicherungsschutz	-2.879***	0.010	-0.326***	0.014	-3.804***	0.130
umfangreicher Versicherungsschutz	Referenz		Referenz		Referenz	0.131
weniger umfangreicher Versicherungsschutz	-0.403***	0.004	0.388***	0.017	-3.245***	
Erhöhung des Versicherungsschutzes	11.217***	0.018	42.951***	0.163	39.617***	0.363
Absenkung des Versicherungsschutzes	-14.773***	0.022	-23.201***	0.045	-15.554***	0.291
Beitragsermäßigung im Alter	0.501***	0.011	0.641***	0.011	0.616***	0.173
gesetzlicher Beitragszuschlag	0.089***	0.003	0.018	0.014	-0.913***	0.133
Beihilfeergänzungstarif	-0.192***	0.003	n/a		-1.33***	0.168
Erstattungssatz			n/a			
ambulant <= 30%, stationär < 30%	Referenz				Referenz	
ambulant und stationär 30%	0.223***	0.018			0.025	0.704
ambulant > 30% & <= 50%, stationär < 50%	-0.282***	0.019			-1.078	0.725
ambulant und stationär 50%	0.030	0.018			-1.017	0.707
ambulant > 50%	-0.214***	0.038			3.763***	0.708
Erhöhung des Erstattungssatzes	54.151***	0.010	n/a		140.428***	0.283

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.
Absenkung des Erstattungssatzes	-34.101***	0.007	n/a		-56.369***	0.255
Risikozuschlag	0.166***	0.044	0.022***	0.022	0.605**	0.200
absoluter Selbstbehalt	n/a		-0.724***	0.021	-0.688***	0.159
selbständig (Dummy)	n/a		0.518***	0.020	-0.015	0.121
kalkulatorischer Rechnungszins	-6.458***	0.026	-15,08***	0.072	-10.4***	0.392
Nachlass aus dem GBZ	-0.179***	0.000	-0.055***	0.001	-0.037***	0.008
Nachlass aus Zuschreibungsmitteln	-0.019***	0.000	0.014***	0.000	-0.040***	0.003
Nachlass aus den Beitragsentlastungs- komponenten	-0.054***	0.000	-0.032***	0.000	-0.028***	0.003
Jahr 2004	17.552***	0.032	29.715***	0.092	21.881***	0.546
Jahr 2005	7.893***	0.032	18.552***	0.092	11.584***	0.544
Jahr 2006	13.669***	0.032	27.461***	0.092	18.371***	0.543
Jahr 2007	6.529***	0.032	16.931***	0.092	10.316***	0.542
Jahr 2008	7.649***	0.032	21.480***	0.092	12.956***	0.542
Jahr 2009	6.390***	0.032	17.155***	0.091	10.737***	0.541
Jahr 2010	14.356***	0.032	23.759***	0.091	17.238***	0.541
Jahr 2011	6.580***	0.015	25.845***	0.091	15.225***	0.5408

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.
Jahr 2012	13.669***	0.032	17.332***	0.091	14.152***	0.539
Jahr 2013	6.655***	0.032	17.241***	0.091	10.916***	0.537
Jahr 2014	7.317***	0.032	17.341***	0.091	11.607***	0.530
Jahr 2015	6.691***	0.032	17.754***	0.091	10.998***	0.525
Jahr 2016	5.957***	0.032	18.151***	0.087	11.456***	0.508
Jahr 2017	12.437***	0.024	25.990***	0.071	17.290***	0.426
Jahr 2018	4.916***	0.024	13.183***	0.070	8.913***	0.420
Jahr 2019	5.082***	0.024	13.056***	0.070	9.087***	0.416
Jahr 2020	4.792***	0.024	13.254***	0.068	8.260***	0.405
Jahr 2021	17.952***	0.006	15.151***	0.027	13.930***	0.252
Jahr 2022	-0.310***	0.006	6.806***	0.027	2.875***	0.252
Jahr 2023	Referenz					
Konstante	17.930***	0.065	39.835***	0.171	28.834***	1.217
Anzahl der Versicherten	744.953		92.904		22.594	
Anzahl der Beobachtungen	14.899.060		1.858.080		451.880	
R ² „within“	85,0 %		50,7 %		57,0 %	

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.	Koeffizient	Std.fehl.
R ² „between“	81,7 %		50,0 %		40,6 %	
R ² „overall“	84,9 %		50,6 %		56,4 %	

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 in den Jahren 2017 und 2020 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 2024 erwarteten Beitragserhöhungen hat das IGES Institut im Auftrag der Debeka Krankenversicherung die Studien aus den Jahren 2017 und 2020 nun aktualisiert. Hierfür stand erneut ein umfassender Datensatz der Debeka Krankenversicherung zur Verfügung, der es ermöglichte, die individuelle Beitragsentwicklung von mehr als 800 Tausend privat Krankenversicherten über einen Zeitraum von 20 Jahren (2003 bis 2023) 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 2003 bis 2023 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 aus dem Jahr 2017 und wie schon im Jahr 2020 – 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 mehr als 800 Tausend Versicherten, davon mehr als 750 Tsd. Beihilfeversicherte (rd. 88 %), ca. 99,3 Tsd. Arbeitnehmer, deren Angehörige und Rentner (11,5 %) sowie etwa 4,5 Tsd. Selbständige im Jahr 2023, die mind. seit dem Jahr 2003 ununterbrochen bei der Debeka versichert waren. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ◆ Die Altersprofile der durchschnittlichen Monatsprämien zeigen für das Jahr 2023 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 1,6 % p. a. oder mehr. Am oberen Rand, für die 1 % der Versicherten mit den höchsten prozentualen Prämienanpassungsbelastungen, erhöhten sich die Prämien um jahresdurchschnittlich 6,7 % oder mehr.
 - ◆ Die Beiträge des Drittels der Versicherten mit den stärksten jahresdurchschnittlichen Prämiensteigerungen erhöhten sich in diesem Zeitraum um durchschnittlich 3,8 % p. a. für die durchgehend Beihilfeversicherten, um 4,8 % p. a. für die durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten und um 7,2 % 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 3,5 % p. a. Für die durchgehend Beihilfeversicherten betrug der Beitragsanstieg im
-

unteren Drittel durchschnittlich 0,5 % p. a., für die Arbeitnehmer und Selbständigen 1,6 % 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. 10 % 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 15,71 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 rd. 21 % der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten von starken Beitragssteigerungen betroffen. Der entsprechende Anteil der Status-Wechsler betrug rd. 28 %. Aufgrund ihres systematisch geringeren Prämienniveaus hatten die Beihilfeversicherten nach diesem am GKV-Höchstbeitrag orientierten Maßstab dagegen nur in Ausnahmefällen starke Beitragssteigerungen (rd. 0,1 %).
- ◆ Knapp jeder sechste Versicherte in der Grundgesamtheit hatte im Zeitraum 2003 bis 2023 eine sprunghafte Beitragsentwicklung, d. h. entweder mindestens zwei jährliche Beitragserhöhungen um ≥ 20 % oder mindestens fünf Beitragserhöhungen um ≥ 10 %. Von den Status-Wechseln hatten rd. 30 % eine sprunghafte Beitragsentwicklung gemäß diesen Kriterien – und damit deutlich mehr als in der Grundgesamtheit. Bei den Arbeitnehmern und Selbständigen lag der Anteil mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung bei rund 17 %. Etwas darunter lag der entsprechende Anteil bei den Beihilfeversicherten (14 %).

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 rund 6 % keine der betrachteten Merkmalsausprägungen auf, von den Versicherten der Fokusgruppe 3 sind es sogar knapp 26 %. 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 Prämiensteigerungen 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 Prämiensteigerungen mit im Durchschnitt vergleichsweise geringen vorherigen Prämienhöhen einhergehen.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Beiträge der überwiegenden Mehrheit der Beihilfeversicherten langfristig in Relation zum GKV-Höchstbeitrag nicht stark gestiegen sind. Unter anderem wählen sie – bezogen auf den nicht

durch die Beihilfe gedeckten Teil – weit weniger häufig einen sehr umfangreichen Versicherungsschutz als die Nicht-Beihilfeversicherten. Unter den Arbeitnehmern und Selbständigen waren die durchschnittlichen Beitragssteigerungen hingegen für etwas mehr als ein Fünftel deutlich (d. h. um mind. 10 %) höher als der Anstieg des Höchstbeitrags in der GKV, unter den Statuswechslern für etwas mehr als ein Viertel. Sprunghafte Beitragsentwicklungen waren unter ihnen mit knapp 17 % etwas stärker verbreitet als unter den Beihilfeversicherten, deutlich höher war der Anteil unter den Statuswechslern mit rd. 30 %. Bei knapp 6 % der Arbeitnehmer und Selbständigen unter den Versicherten war die Beitragsentwicklung sowohl durch deutliche Steigerungen als auch durch Sprunghaftigkeit geprägt (Statuswechsler: knapp 10 %).

Zu berücksichtigen ist außerdem der Sondereffekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags ab dem Jahr 2001. Die Merkmalsbetrachtung deutet darauf hin, dass die beitragsdämpfende Wirkung des GBZ beginnt sich zu entfalten.

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.

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.
 - ◆ In größerem Umfang von überdurchschnittlichen oder sprunghaften Beitragserhöhungen waren abhängig Beschäftigte, Selbständige und Statuswechsler betroffen. Dabei gilt zu beachten, dass ein 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 Abweichung 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, jährlich aktualisierte Tafeln bei Beitragsanpassungen zur Verfügung stehen 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“.²⁸

Aktuell beeinflussen zusätzlich die Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt den Rechnungszins als eine der Rechnungsgrundlagen. Das über ein Jahrzehnt 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 hinaus auch die kumulierte Wirkung veränderter Rechnungsgrundlagen auf den Beitrag zu bewerten und die Berechtigung zu einer Prämienüberprüfung und -anpassung hiervon abhängig zu machen.

²⁸ Der PKV-Verband hat mehrfach auf diese Ursache von Beitragssprüngen hingewiesen, vgl. z. B. Verband der Privaten Krankenversicherung (2019), Deutsche Aktuarvereinigung e. V. (DAV) (2023).

8. Zusatzauswertung: Ergänzung des Jahres 2024

Im Rahmen einer Zusatzauswertung wurde die Beitragsentwicklung der Analysepopulation für die Jahre 2004 bis 2024 analysiert, da es im Jahr 2024 eine Beitragsanpassung geben wird.²⁹

Die für die Analyse zugrunde gelegten Prämien für das Jahr 2024 wurden nach dem Wissensstand Anfang September 2023 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.³⁰ Insofern handelt es sich um eine hypothetische Analysepopulation.

Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2024

Im Jahr 2024 beträgt die durchschnittliche monatliche Prämie für beihilfeversicherte Männer, die mindestens seit dem Jahr 2003 ununterbrochen bei der Debeka versichert sind, rd. 225 Euro und ist damit durchschnittlich um rd. 4 Euro niedriger als im Jahr 2023. Für beihilfeversicherte Frauen mit einer mindestens 20-jährigen Versicherungsdauer liegt die monatliche Prämie durchschnittlich bei rd. 238 Euro und damit im Mittel um rd. 3 Euro höher als im Jahr 2023 (Tabelle 30).³¹

Für Nicht-Beihilfeversicherte beträgt die durchschnittliche monatliche Prämie im Jahr 2024 für Männer rd. 610 Euro und für Frauen rd. 636 Euro; damit liegt sie für Männer um rund 52 Euro und für Frauen um rund 71 Euro über dem durchschnittlichen Wert des Jahres 2023.

²⁹ Im Unterschied zu den beiden Vorgängerstudien wurde der ursprüngliche Analysezeitraum für die Zusatzauswertung nicht verlängert, sondern in seinem Umfang von insgesamt 20 Jahren konstant gehalten (d. h. um ein Jahr verschoben). Während die Verlängerung des Analysezeitraums darauf fokussiert, welche Veränderungen die zusätzlich betrachteten Jahre auf die langfristige Beitragsentwicklung haben, verdeutlicht die Verschiebung des Analysezeitraums stärker die möglichen Effekte der ungleichmäßigen Verteilung von Beitragsanpassungen.

³⁰ 9.681 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 2003 bis 2023 untersuchten Analysepopulation entsprechend verkleinert hat.

³¹ 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.

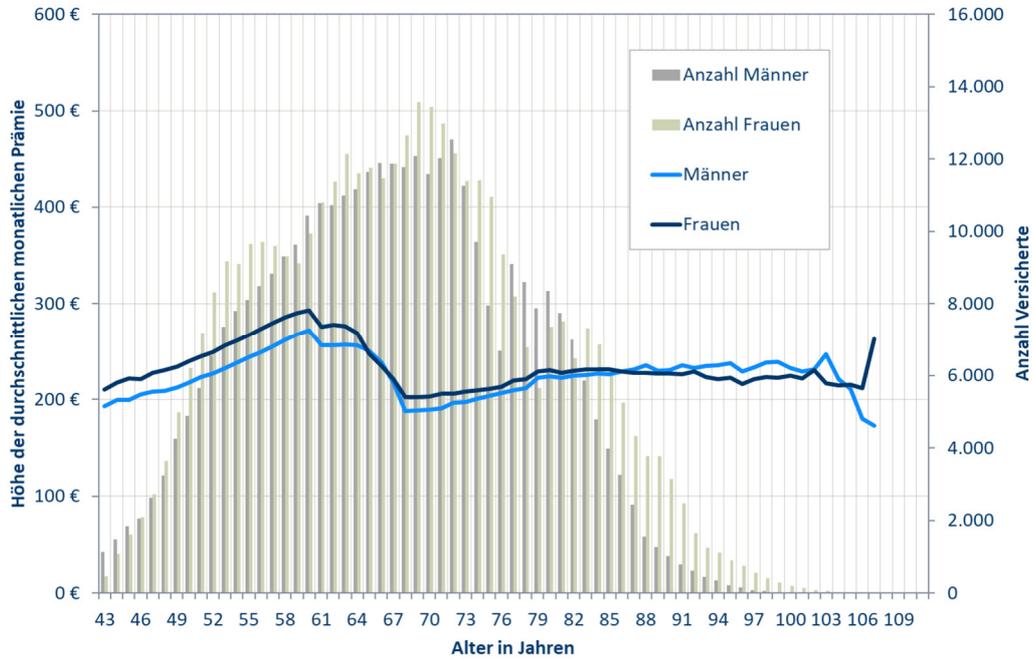
Tabelle 30: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2024)

Altersgruppe	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
41-50 Jahre	210 €	231 €	561 €	626 €
51-60 Jahre	252 €	271 €	650 €	691 €
61-70 Jahre	228 €	239 €	591 €	609 €
71-80 Jahre	205 €	213 €	583 €	609 €
≥ 81 Jahre	228 €	228 €	617 €	647 €
insgesamt	225 €	238 €	610 €	636 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Das Altersprofil der durchschnittlichen Monatsprämien für Beihilfeversicherte mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt im Jahr 2024 – in etwa analog zu dem Altersprofil im Jahr 2023 (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, 2024

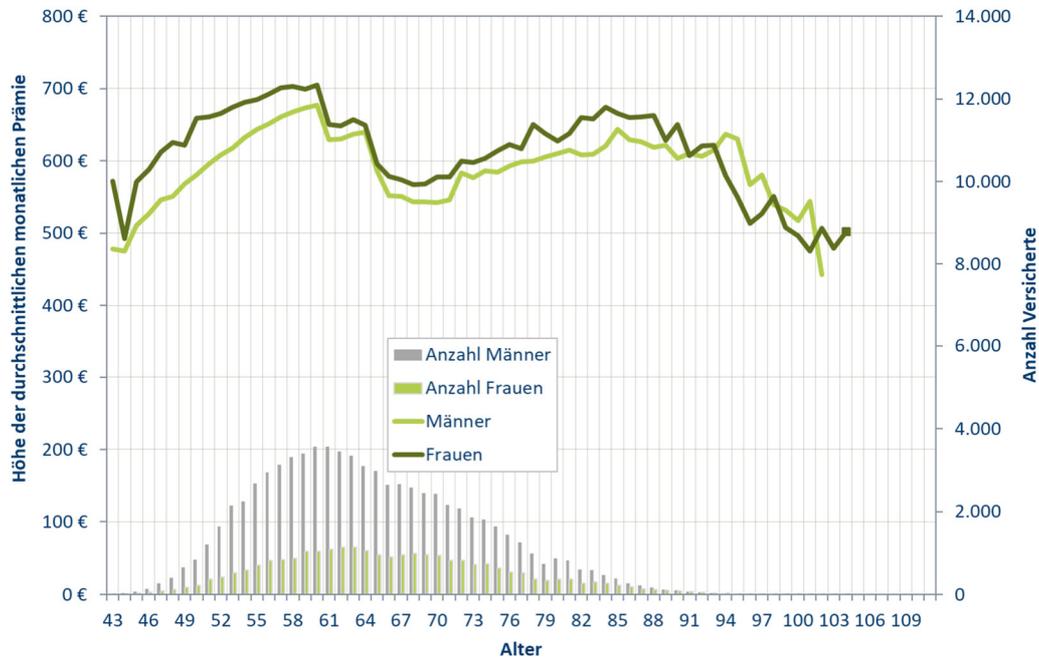


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 2024: Bis zu den 60-Jährigen steigen die durchschnittlichen monatlichen Prämien leicht an, danach sinken sie tendenziell bis zu den 68-Jährigen, um dann ab den 69-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.

Abbildung 26: Durchschnittliche monatliche Prämien für die Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht und Alter, 2024



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

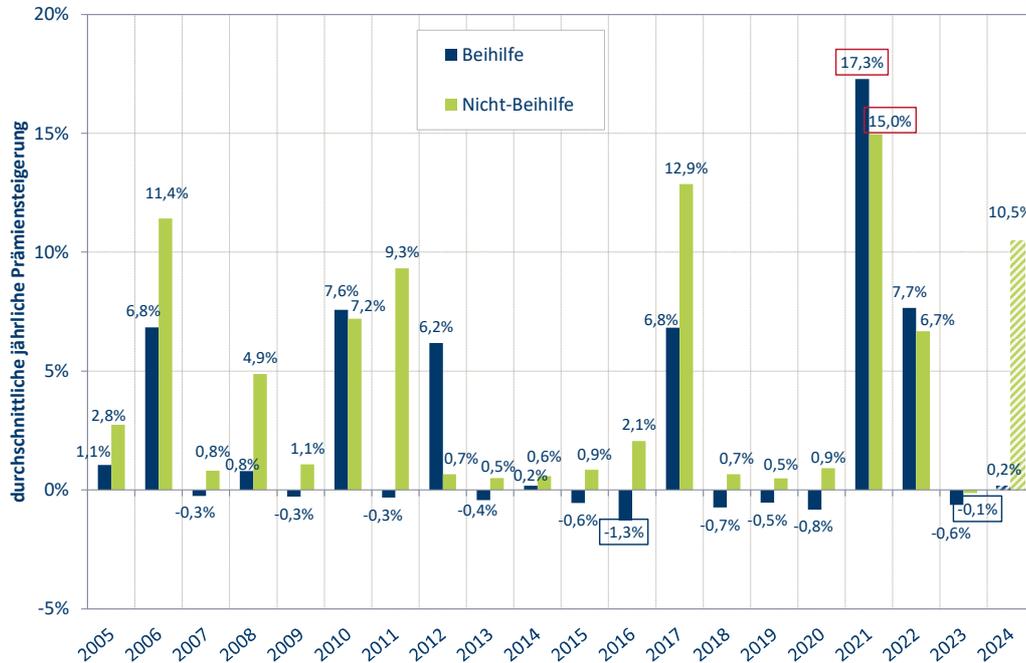
Anmerkung: Die dargestellte Verteilung der Prämienhöhen bezieht sich auf das spezifische Teilkollektiv der Debeka-Versicherten mit kontinuierlicher Versicherungszugehörigkeit im Beobachtungszeitraum. Die Darstellung ist daher nicht repräsentativ für den gesamten Versichertenbestand.

Entwicklung der Prämien im Zeitraum 2004 bis 2024

Für die Nicht-Beihilfeversicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit werden im Jahr 2024 die Prämien um durchschnittlich 10,5 % steigen (Abbildung 27).

Bei den Beihilfeversicherten wird im Jahr 2024 mit einer durchschnittlichen Steigerung von 0,2% nur eine sehr geringe Prämienanpassung erwartet.

Abbildung 27: Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2005-2024



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 einem Vergleich der jahresdurchschnittlichen Veränderungen der Prämien über einen Zeitraum von 20 Jahren zeigt sich, dass die Prämien im Zeitraum von 2004 bis 2024 jahresdurchschnittlich um 1,8 % gestiegen sind, im Zeitraum 2003 bis 2023 um 2,2 % (Tabelle 31). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Beitragsveränderung vom Jahr 2003 auf 2004 im Durchschnitt stärker war als vom Jahr 2023 auf 2024.

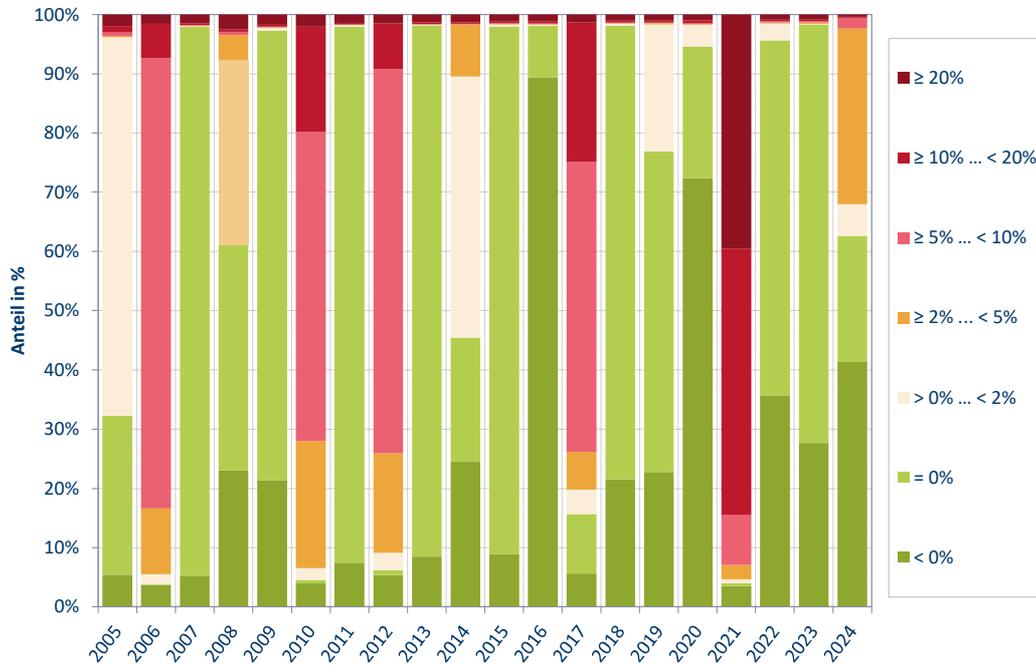
Tabelle 31: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit, 2003-2023 und 2004-2024

Zeitraum	Mittelwert	1 %-Perzentil	99 %-Perzentil
2003-2023 (n = 860.451)			
20 Jahre	2,2%	-1,6%	6,7%
10 Jahre	1,6%	-5,1%	8,3%
5 Jahre	2,5%	-8,1%	13,9%
2004-2024 (n = 850.770)			
20 Jahre	1,8%	-1,9%	6,2%
10 Jahre	1,7%	-4,9%	8,3%
5 Jahre	2,9%	-7,8%	14,1%

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 2024 werden weniger als 1 % der Beihilfeversicherten von Prämiensteigerungen von mindestens 20 % oder von Prämiensteigerungen zwischen 10 % und 20 % betroffen sein. In den Jahren 2005 bis 2024 waren – mit einer Ausnahme im Jahr 2021 (40 %) – jeweils zwischen 1 % und 3 % der Beihilfeversicherten von sehr hohen Prämiensteigerungen (≥ 20 %) betroffen.

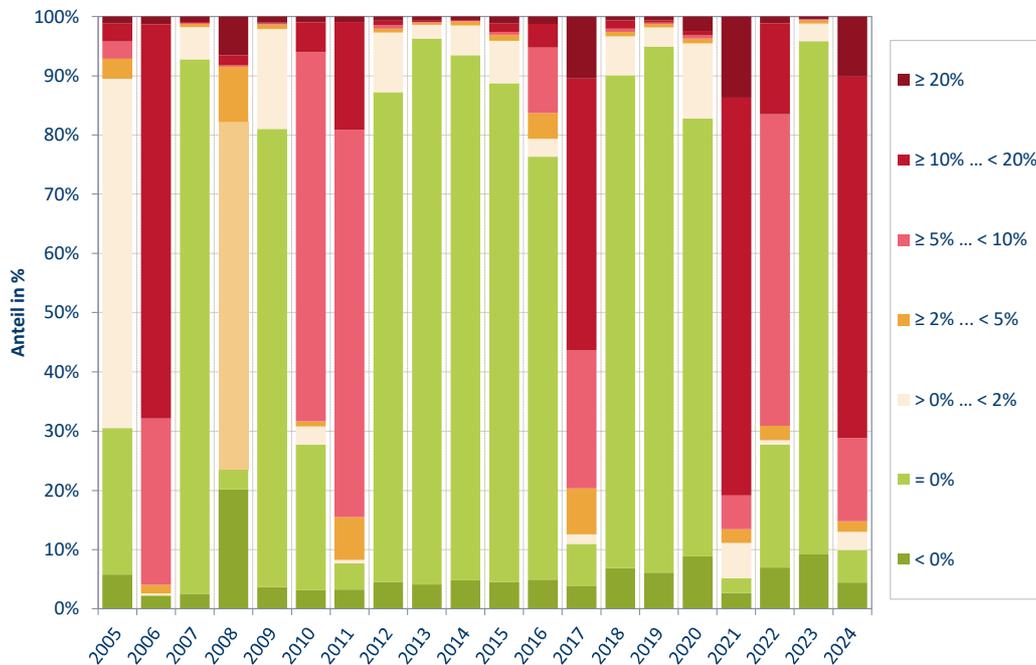
Abbildung 28: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2005-2024



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Im Jahr 2024 werden rund 10 % der Nicht-Beihilfeversicherten von sehr hohen Prämiensteigerungen ($\geq 20\%$) betroffen sein (Abbildung 29). Für fast zwei Drittel der Versicherten (61 %) ergeben sich Prämiensteigerungen zwischen 10 % und 20 %.

Abbildung 29: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 2005-2024



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Darstellung der Fokusgruppen

Wird der Zeitraum von 2004 bis 2024 betrachtet, dann zählen rund 17,8 % der Versicherten zur Fokusgruppe 1 (Tabelle 32). Der Anteil sinkt damit im Vergleich zum Zeitraum 2003 bis 2023, da sich bei diesem endogenen Referenzmaßstab die Grenzen der Zugehörigkeit zur Fokusgruppe verschieben

Auch in der Fokusgruppe 3 ist der Anteil der Versicherten mit starken Beitragsprüngen im Zeitraum 2004 bis 2024 mit rd. 11,3 % niedriger als im Zeitraum von 2003 bis 2023 (14,5 %). Grund dafür ist, dass – wie oben beschrieben – mit dem Jahr 2003 ein Jahr mit überproportionalen Prämienanpassungen entfällt.

Auswirkungen der Prämienveränderungen des Jahres 2024 auf die Größe und Zusammensetzung der Fokusgruppe 2 können nicht ermittelt werden, da der GKV-Höchstbeitrag zur Bestimmung des Referenzmaßstabes für den Zeitraum 2003 bis 2024 nicht bekannt ist.

Tabelle 32: Anzahl und Anteil der Versicherten in Fokusgruppe 1 und Fokusgruppe 3 (insgesamt und nach Status-Gruppe), 2003-2023 sowie 2004-2024

	2003-2023		2004-2024		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Fokusgruppe 1 (endogener Referenzmaßstab)					
Status-Gruppe 1 n=744.953	142.461	19,1%	Status-Gruppe 1 (n=736.260)	135.994	18,5%
Status-Gruppe 2 n=92.904	9.357	10,1%	Status-Gruppe 2 (n=91.785)	10.529	11,5%
Status-Gruppe 3 n=22.594	4.854	21,5%	Status-Gruppe 3 (n=22.725)	5.006	22,0%
insgesamt n=860.451	156.672	18,2%	insgesamt (n=850.770)	151.529	17,8%
Fokusgruppe 3 (Sprünge)					
Status-Gruppe 1 n=744.953	102.427	13,7%	Status-Gruppe 1 (n=736.260)	76.453	10,4%
Status-Gruppe 2 n=92.904	15.728	16,9%	Status-Gruppe 2 (n=91.785)	14.027	15,3%
Status-Gruppe 3 n=22.594	6.812	30,1%	Status-Gruppe 3 (n=22.725)	5.905	26,0%
insgesamt n=860.451	124.967	14,5%	insgesamt (n=850.770)	96.385	11,3%

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 (2020): Beitragsentwicklung in der PKV, Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren – Aktualisierung und Erweiterung 2020. Studie im Auftrag der Debeka Krankenversicherung, Berlin.
- Albrecht M, Hildebrandt S, Sander M (2017): Beitragsentwicklung in der PKV, Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren. Studie im Auftrag der Debeka Krankenversicherung, Berlin.
- Assekurata (2016): Marktausblick zur privaten Krankenversicherung 2016/2017, Köln.
- Deutsche Aktuarvereinigung e. V. (DAV) (2023): Beiträge in der privaten Krankenversicherung verstetigen, in: Aktuar Aktuell, Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V., Ausgabe 62, Juni 2023, S. 8-9.
- 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

