

Beitragsentwicklung in der PKV

Studie zur Entwicklung der Beiträge
im Bestand und ihren wesentlichen
Bestimmungsfaktoren

STUDIEN
BERICHT

Beitragsentwicklung in der PKV

Studie zur Entwicklung der Beiträge
im Bestand und ihren wesentlichen
Bestimmungsfaktoren

Martin Albrecht
Susanne Hildebrandt
Monika Sander

Studie

für die Debeka

Berlin, Mai 2017

Autoren

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

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Studie	10
1.1	Die Entwicklung der PKV-Beiträge im gesundheitspolitischen Kontext	10
1.2	Ziel und Gegenstand der Studie	13
2.	Beschreibung der Datengrundlage	15
3.	Beschreibung der Grundgesamtheit	17
3.1	Status: Beihilfe vs. Nicht-Beihilfe	17
3.2	Alters- und Geschlechtsstruktur	21
3.3	Eintrittsalter	25
3.4	Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags	26
3.5	Umfang des Versicherungsschutzes	28
3.5.1	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID)	28
3.5.2	Erstattungsprozentsatz für stationäre und ambulante Leistungen	30
3.5.3	Zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter, Beihilfeergänzungstarif und Risikozuschlag	32
3.6	Absolute Selbstbehalte	33
4.	Deskriptive Analysen der Prämienentwicklung	34
4.1	Höhe der gezahlten Prämien im Jahr 2015	34
4.2	Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum	40
5.	Fokusgruppen für die weiteren Analysen	44
5.1	Einteilung der Versicherten in drei „Status-Gruppen“	44
5.2	Identifikation von Fokusgruppen	46
5.2.1	Endogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen	47
5.2.2	Exogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen	54
5.2.3	Kennzeichnung einer sprunghaften Beitragsentwicklung	57
5.2.4	Kombinierte Betrachtung der Fokusgruppen	60
5.2.5	Einfluss des gesetzlichen Beitragszuschlags auf die Prämienentwicklung	61
6.	Merkmale der Versicherten in den Fokusgruppen	64
6.1	Einzelbetrachtung der Merkmale	65
6.1.1	Geschlecht	65
6.1.2	Alter	67
6.1.3	Eintrittsalter	69
6.1.4	Umfang des Versicherungsschutzes	71
6.1.5	Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes	76
6.1.6	Veränderungen des absoluten Selbstbehalts	79
6.1.7	Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes	82
6.1.8	Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags	85
6.1.9	Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter	87

6.1.10	Veränderung des Risikozuschlags	89
6.2	Häufigkeit von Merkmalskombinationen	92
6.3	Multivariate Analysen	95
7.	Fazit und Schlussfolgerungen	99
7.1	Erkenntnisgewinn der Untersuchung	99
7.2	Zusatzauswertung zur aktuellen Beitragsentwicklung	103
7.3	Voraussetzungen für eine gleichmäßigere Beitragsentwicklung	107
	Literaturverzeichnis	110
	Abbildungen	5
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	9

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2015	12
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der Datenstruktur	16
Abbildung 3:	Beschreibung des 27-stelligen Versicherungsschutztyps	17
Abbildung 4:	Verteilung der selbständigen Versicherten nach Alter, 2015	19
Abbildung 5:	Entwicklung der Anzahl der Versicherten nach Status, 1995-2015	20
Abbildung 6:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Status, 1995, 2005 und 2015	22
Abbildung 7:	Verteilung der Versicherten nach Alter und Status, 1995	24
Abbildung 8:	Verteilung der Versicherten nach Eintrittsalter und Status, 1995	26
Abbildung 9:	Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags sowie nach Geschlecht und Status, 2015	27
Abbildung 10:	Kategorisierung der Versicherungsschutz-Identifikationsnummer	29
Abbildung 11:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes sowie nach Geschlecht und Status, 1995 und 2015	30
Abbildung 12:	Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2015	36
Abbildung 13:	Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2015	37
Abbildung 14:	Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2015	39
Abbildung 15:	Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 1996-2015	41
Abbildung 16:	Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1996-2015	42

Abbildung 17: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1996-2015	43
Abbildung 18: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 1	49
Abbildung 19: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 2	50
Abbildung 20: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 3	51
Abbildung 21: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (endogener Maßstab)	52
Abbildung 22: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (exogener Maßstab)	55
Abbildung 23: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen 1995-2015	59
Abbildung 24: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppen 2 und/oder 3	60
Abbildung 25: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppe 2 und gleichzeitig Fokusgruppe 3	61
Abbildung 26: Durchschnittliche jährliche Prämiensteigerung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 1998-2017	104
Abbildung 27: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1998-2017	106
Abbildung 28: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1998-2017	107

Tabellen

Tabelle 1:	Anzahl und Anteil der Versicherten nach Status im Zeitvergleich	18
Tabelle 2:	Verteilung der Versicherten nach Anzahl der Statuswechsel insgesamt sowie der Wechsel zwischen Beihilfe und Nicht-Beihilfe im Beobachtungszeitraum	21
Tabelle 3:	Durchschnittliches Alter der Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht, 1995 und 2015	23
Tabelle 4:	Durchschnittliches Eintrittsalter in die Versicherung nach Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten und nach Geschlecht	25
Tabelle 5:	Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes für Beihilfeversicherte, 2015	31
Tabelle 6:	Verteilung der Beihilfeversicherten nach Clustern des ambulanten und stationären Erstattungssatzes, 1995 und 2015	32
Tabelle 7:	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2015)	34
Tabelle 8:	Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2015	38
Tabelle 9:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien	44
Tabelle 10:	Einteilung der Grundgesamtheit in „Status-Gruppen“	45
Tabelle 11:	Zusammensetzung der Status-Gruppe 3 („Statuswechsler“)	45
Tabelle 12:	Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (1995-2015)	48
Tabelle 13:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (endogener Maßstab)	53
Tabelle 14:	Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (exogener Maßstab)	56
Tabelle 15:	Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)	57
Tabelle 16:	Schätzung des Einflusses des GBZ auf die Zuordnung der Versicherten zu Fokusgruppen (nach Status-Gruppen)	63

Tabelle 17:	Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015	66
Tabelle 18:	Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015	68
Tabelle 19:	Durchschnittliches Eintrittsalter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen	70
Tabelle 20:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015	72
Tabelle 21:	Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 1995	74
Tabelle 22:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Versicherungsschutzumfangs, Status-Gruppen und Fokusgruppen	77
Tabelle 23:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des absoluten Selbstbehalts sowie nach Fokus- und Status-Gruppen	80
Tabelle 24:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Erstattungssatzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen	83
Tabelle 25:	Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen	86
Tabelle 26:	Verteilung der Versicherten nach zusätzlicher Beitragsermäßigung im Alter (BERM), Status-Gruppen und Fokusgruppen	88
Tabelle 27:	Verteilung der Versicherten nach Veränderung des Risikozuschlags, Status-Gruppen und Fokusgruppen	90
Tabelle 28:	Häufige Kombinationen der untersuchten Versichertenmerkmale nach Status-Gruppen für Versicherte der Fokusgruppe 2 und/ oder der Fokusgruppe 3	94
Tabelle 29:	Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen	97
Tabelle 30:	Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit	105

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BERM	zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter
FG	Fokusgruppe
GBZ	Gesetzlicher Beitragszuschlag
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VSID	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer

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 älteren Versicherten kaum möglich ist, den finanziellen Mehrbelastungen durch Tarif- bzw. Anbieterwechsel auszuweichen.

Versicherer und Versicherte gehen in der PKV nämlich eine langfristige Verbindung ein: Die Versicherer verzichten während der gesamten Vertragslaufzeit auf ihr Kündigungsrecht und generell auch 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 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, und zwar im gleichen Ausmaß, wenn Eintritts- und Lebensalter sowie der Leistungsumfang übereinstimmen. Dabei fallen Beitragsanpassungen in der Regel desto stärker aus, je höher das erreichte Alter eines Versicherten ist.¹ Da Wechsel in Tarife anderer Anbieter erneute Gesundheitsprüfungen und den Neuaufbau von Alterungsrückstellungen erfordern, sind sie gerade aber für ältere Versicherte häufig prohibitiv teuer. Folglich werden Prämiensteigerungen in der PKV schon seit längerem primär als Problem älterer Versicherter diskutiert.²

Im Jahr 2017 gab es – nach einer mehrjährigen Phase mit weitgehend moderaten Erhöhungen – wieder relativ starke Prämiensteigerungen, die einen Großteil der privat Versicherten betrafen. Wesentliche Ursachen hierfür sind zum einen nach-

¹ Das gesamte Ausmaß einer erforderlichen Beitragsanpassung wird darüber hinaus von einer Reihe weiterer Faktoren beeinflusst, beispielsweise vom individuellen Versicherungsverlauf.

² Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1996).

holende Beitragsanpassungen für die Kosten des medizinischen Fortschritts der Vorjahre, denn das Versicherungsaufsichtsgesetz sieht Beitragsanpassungen nur dann vor, wenn der Unterschied zwischen erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten in einem Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreitet (10 % bzw. 5 %), zum anderen das dauerhaft niedrige Zinsniveau, welches dazu führt, dass c. p. mehr Beitragsgelder für die Rückstellungsbildung erforderlich sind.³

Die zuletzt beobachteten starken Beitragssteigerungen in der PKV haben auch die Diskussion über gesundheitspolitische Konsequenzen neu entfacht. Im Zentrum steht dabei die ordnungspolitische Frage, ob bzw. wie die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV überwunden werden soll. Befürworter einer Bürgerversicherung sehen starke Beitragssprünge in der PKV als Indiz für grundsätzliche Defizite des Geschäftsmodells.⁴ 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.

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vom 16. Dezember 2013 verzichteten die Regierungsparteien auf konkrete Reformvorhaben für die PKV. An anderer Stelle formulierte die Bundesregierung die Erwartung, dass der private Krankenversicherungsschutz durch brancheninterne Maßnahmen verbessert wird, insbesondere im Hinblick auf sog. „Billigtarife“ und den Tarifwechsel.⁵

- ◆ Zur Erleichterung interner Tarifwechsel hat der PKV-Verband „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ erarbeitet. Nach Angaben des Verbands wurden die Leitlinien zum 1. Januar 2016 von den bislang 25 teilnehmenden Unternehmen in vollem Umfang umgesetzt. Die Leitlinien sollen nicht nur die geltende Rechtslage erläutern und konkretisieren, sondern auch über das gesetzliche Tarifwechselrecht gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes hinausgehen.
- ◆ Aus kartellrechtlichen Gründen kann der PKV-Verband seinen Mitgliedern keine Mindestleistungen vorschreiben, um sog. „Billigtarife“ zu vermeiden. Nach Angaben des Verbands haben aber viele PKV-

³ Vgl. § 155 VAG sowie die Themenseite des PKV-Verbands „Informationen zur Beitragsanpassung 2017 in der Privaten Krankenversicherung“ <https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/pkv-beitrag-2017/> (Abruf: 12.12.2016) sowie beispielhaft für die Medienberichterstattung Mihm A (2016a); Sommerfeldt N, Zschäpitz H (2016).

⁴ Vgl. Mihm A (2016b).

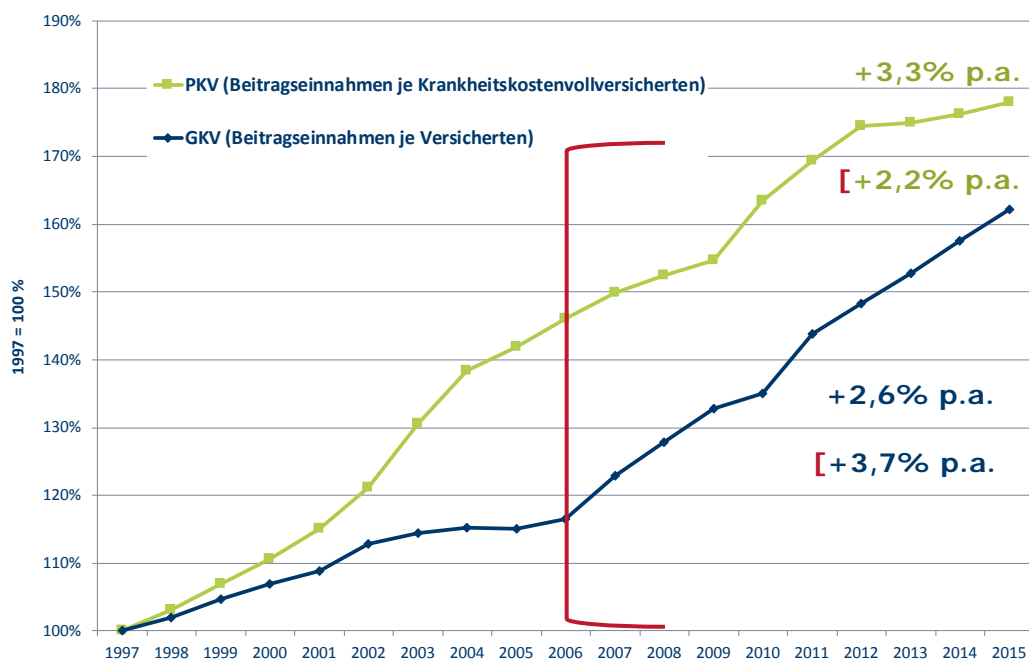
⁵ Diese Erwartungen äußerte Bundesgesundheitsminister Gröhe auf der Jahrestagung des Verbands der Privaten Krankenversicherung am 4. Juni 2014.

Unternehmen im Zusammenhang mit der Unisex-Tarifumstellung zum Dezember 2012 ihre Tarife auch mit Mindestleistungen versehen.⁶

In welchem Ausmaß Versicherte in der PKV von Prämiensteigerungen bzw. -sprüngen betroffen sind, lässt sich nur unzureichend feststellen. Bei den in der öffentlichen Diskussion gemachten Angaben handelt es sich i. d. R. um Momentaufnahmen, die sich auf einzelne Jahre oder gar nur einzelne Beispielfälle beziehen. Bereits die Betrachtung hochaggregierter Daten verdeutlicht hingegen, dass der Bewertung von Beitragsveränderungen längere Zeiträume über mehrere Jahre zugrunde gelegt 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 2015 um jahresdurchschnittlich 3,3 % erhöht. In demselben Zeitraum stiegen die Beitragseinnahmen je versicherter Person in der GKV lediglich um 2,6 %. Dabei haben die PKV-Beiträge in den letzten zehn Jahren insgesamt aber deutlich schwächer zugenommen als die GKV-Beiträge, und zwar seit dem Jahr 2006 um 2,2 % p.a. gegenüber 3,7 % p.a. in der GKV. Für diese kürzere Zeitperiode fallen die relativ beitragsstabilen Jahre 2013 bis 2015 relativ stärker ins Gewicht.

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten (PKV und GKV), 1997-2015



Quelle: IGES auf Basis KJ1-/KM6-Statistik, PKV-Zahlenberichte (1997-2014), PKV-Rechenschaftsbericht (2015)

⁶ Vgl. Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, S. 69 f.

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

1.2 Ziel und Gegenstand der Studie

Die bisherige Diskussion über das Ausmaß, in dem privat Krankenversicherte von Prämiensteigerungen betroffen sind, basiert auf lückenhafter Evidenz. 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.

Transparenz besteht lediglich im Hinblick auf die Höhe der Beiträge für Neuzugänge in die PKV und damit auch deren Entwicklungen, insoweit es sich um Neuversicherte ohne Vorerkrankungen handelt, die individuelle Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse erforderlich machen. Informationen über die Veränderung der Beiträge für Bestandsversicherte sind entweder hochaggregiert oder beruhen auf freiwilligen Angaben einer Auswahl von PKV-Unternehmen.⁷ 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.⁸

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, 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 ist dabei, Ausmaß und Ursachen hoher bzw. sprunghaft steigender Beitragsbelastungen im Versichertenbestand zu ermitteln.

Es können dabei drei Ursachenkomplexe unterschieden werden: Beitragssteigerungen können resultieren aus

⁷ 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.

⁸ 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).

- ◆ Beitragsanpassungen durch den Versicherer infolge einer Anpassung der aktuellen Rechnungsgrundlagen an die tatsächliche Entwicklung der Versicherungsleistungen und anderer Rechnungsgrundlagen;
- ◆ 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 bislang weniger Beachtung gefunden haben, 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.⁹ 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 1995 bis 2015 von überproportionalen Beitragssteigerungen bzw. Beitragssprüngen 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?

Im Hinblick auf die für Studienzwecke bislang einzigartige Datengrundlage konzentriert sich die letztgenannte Fragestellung auf den Erklärungsbeitrag versichertenindividueller Faktoren in Abgrenzung zu den übergeordneten wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, Zinsentwicklung), die in der aktuellen Diskussion im Vordergrund stehen.

⁹ 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.

Obwohl die Debeka Krankenversicherung mit einem Anteil von etwas 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 sowie zur Höhe der gezahlten Versicherungsprämien auf Ebene einzelner Versicherter der Debeka für den Zeitraum 1995 bis 2015 ausgewertet. Die **Versichertenpopulation** („Grundgesamtheit“) für die Untersuchung wurde anhand der folgenden Kriterien ausgewählt:

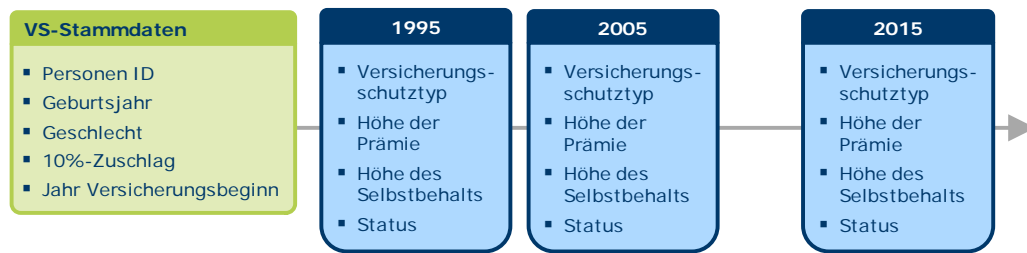
- ◆ Mindestalter von 21 Jahren im Jahr 1995 (d. h. Geburtsjahrgang 1974 oder früher) und
- ◆ Vollversicherung über den gesamten Analysezeitraum (jeweils zum Stichtag 1. Januar eines jeden Jahres).

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

Auf der Grundlage dieser Selektionskriterien waren pseudonomisierte Versicherungsverläufe von 715.864 versicherten Personen verfügbar. Die Grundgesamtheit für die vorliegende Studie umfasst damit rd. 31,5 % aller Krankheitskostenvollversicherten der Debeka im Jahr 2015.

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).

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
- ◆ Höhe der monatlichen Prämie in €
- ◆ Höhe des (absoluten) Selbstbehalts in €
- ◆ Status des Versicherten

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	000	453	020
Ziffer 1-8	Versicherungsschutz-Identifikationsnummer VSID (wesentliche Informationen bezüglich Leistungsumfang)					
Ziffer 9-11	Erstattungsprozentsatz ambulant (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 66 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 (z. B. Familienangehörigen).

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 715.864 Versicherten in der Grundgesamtheit war im Jahr 2015 der überwiegende Anteil (92,2 %, n = 659.924) beihilfeversichert (Tabelle 1). Der Anteil der Beihilfeversicherten ist damit im Vergleich zum Gesamtbestand

der Debeka (83,6 %) überrepräsentiert. Unter den Nicht-Beihilfeversicherten machten Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (z. B. Familienangehörige von Nicht-Beihilfeversicherten) mit rd. 7,5 % (n = 53.426) den größeren Anteil aus; der Anteil der Selbständigen betrug nur ca. 0,4 % (n = 2.514).

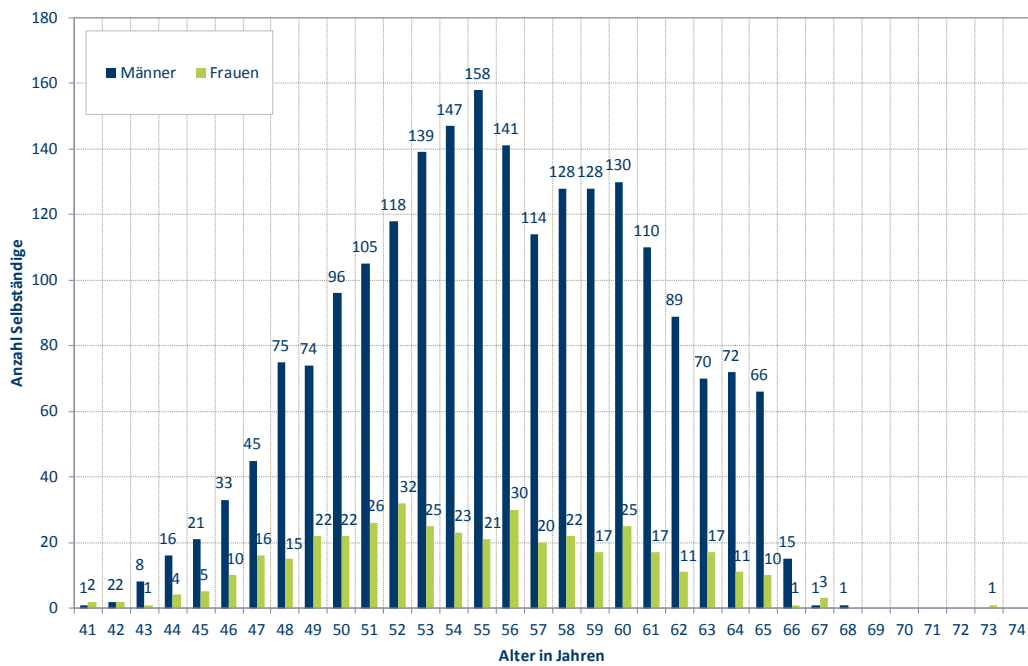
Tabelle 1: Anzahl und Anteil der Versicherten nach Status im Zeitvergleich

	1995		2005		2015	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Beihilfeversicherte	663.341	92,7%	660.731	92,3%	659.924	92,2%
Nicht-Beihilfeversicherte	52.523	7,3%	55.133	7,7%	55.940	7,8%
davon:						
Selbständige	3.211	0,4%	3.290	0,5%	2.514	0,4%
Arbeitnehmer und sonstige Versicherte (z. B. Familienangehörige)	49.312	6,9%	51.843	7,2%	53.426	7,5%
Insgesamt	715.864	100%	715.864	100%	715.864	100%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Status „selbständig“ über das Bestehen einer Krankentagegeldversicherung mit Leistungszusage innerhalb der ersten sechs Wochen zugewiesen wurde (vgl. Kapitel 2), was tendenziell zu einer Unterfassung der tatsächlich Selbständigen führen kann, beispielsweise falls Selbständige auf eine Krankentagegeldversicherung verzichtet oder diese bei einem anderen Versicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Darüber hinaus werden mit diesem Vorgehen Selbständige im Rentenalter nicht erfasst, da diese sich dann nicht mehr gegen Lohnausfälle bei Arbeitsunfähigkeit versichern müssen, somit im Datensatz nicht mehr als Selbständige markiert werden und daher dort in die Gruppe der Arbeitnehmer und sonstige Versicherte fallen. Dies zeigt sich deutlich an der Verteilung der Selbständigen nach Alter: Ab dem Alter von 55 Jahren geht die Anzahl der Versicherten mit dem Status „selbständig“ im Datensatz tendenziell zurück und in der Altersgruppe der über 65-Jährigen gibt es im Datensatz nur noch 22 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.

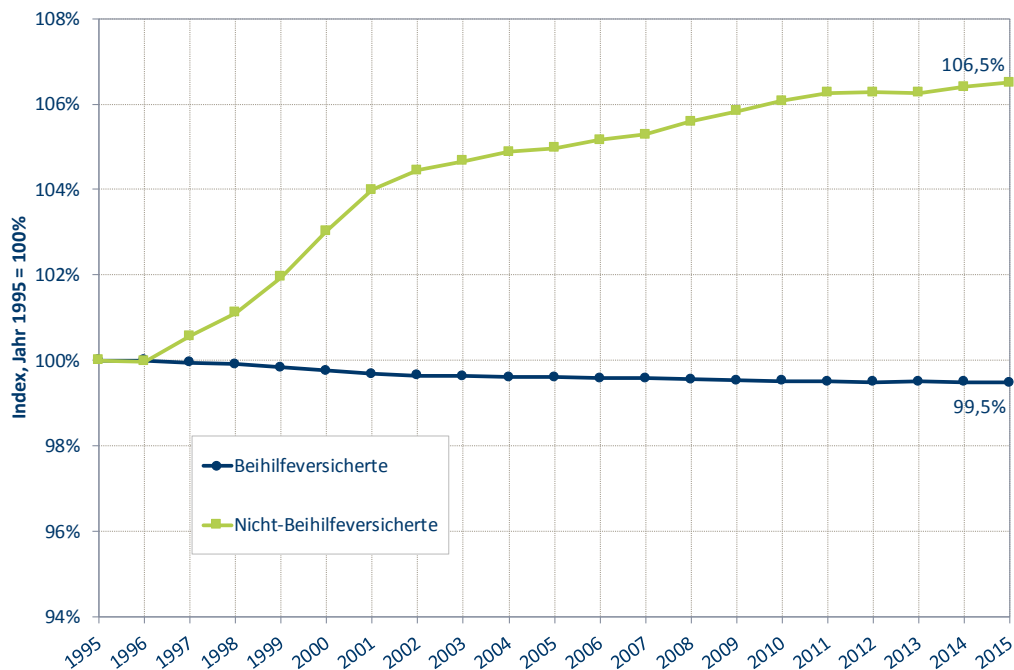
Abbildung 4: Verteilung der selbständigen Versicherten nach Alter, 2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Innerhalb der mit der Grundgesamtheit erfassten Gruppe von Versicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit gab es im Beobachtungszeitraum, insbesondere im Zeitraum von 1996 bis 2001, teilweise Statuswechsel. Infolgedessen lag die Anzahl der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit am Ende des Betrachtungszeitraums etwas höher als zu Beginn und die Anzahl der Beihilfeversicherten demnach niedriger. Wegen der insgesamt deutlich geringeren Anzahl der Nicht-Beihilfeversicherten war der Anstieg ihres prozentualen Anteils mit 6,5 % stärker als der Rückgang bei den Beihilfeversicherten mit 0,5 % (Abbildung 5). Dies bedeutet, dass im Beobachtungszeitraum mehr Versicherte vom Status „beihilfeversichert“ zum Status „nicht-beihilfeversichert“ wechselten als umgekehrt.

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Versicherten nach Status, 1995-2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Im Beobachtungszeitraum wechselten lediglich rd. 3,1 % (n = 22.477) 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 rd. ein Prozent (n = 7.498) der Versicherten. Zwischen einer Beihilfe- und einer Nichtbeihilfeversicherung wechselten rd. 2,8 % (n = 20.108) 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	693.387	96,9%	0	695.756	97,2%
1	14.979	2,1%	1	13.248	1,9%
2	6.548	0,9%	2	5.988	0,8%
3	539	0,1%	3	483	0,1%
4	353	0,1%	4	332	0,1%
5	26	<0,05%	5	25	<0,05%
6	23	<0,05%	6	23	<0,05%
7	6	<0,05%	7	6	<0,05%
8	2	<0,05%	8	2	<0,05%
9	1	<0,05%	9	1	<0,05%
	715.864	100,0%		715.864	100,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

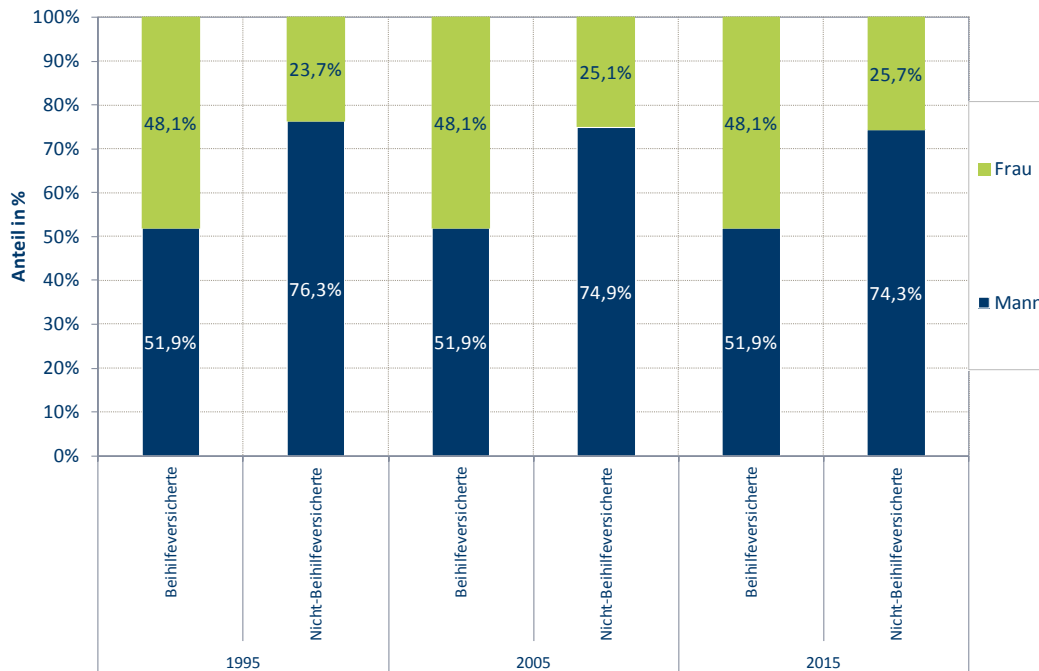
3.2 Alters- und Geschlechtsstruktur

Die Geschlechterverteilung bei den Beihilfeversicherten war im gesamten Beobachtungszeitraum mit einem Männeranteil von rd. 51,9 % nahezu ausgeglichen (Abbildung 6). Unter den Nicht-Beihilfeversicherten befanden sich dagegen deutlich mehr Männer als Frauen (2015: 74,3 % versus 25,7 %).

Der Anteil der Frauen bei den Nicht-Beihilfeversicherten hat im Beobachtungszeitraum leicht zugenommen von rd. 23,7 % im Jahr 1995 auf rd. 25,7 % im Jahr 2015. Mögliche Gründe dafür, dass die Frauen in der Grundgesamtheit häufiger ihren Versichertenstatus von der Beihilfe in die Nicht-Beihilfe wechselten, könn-

ten beispielsweise die Wiederaufnahme einer eigenen Beschäftigung nach der „Kinderauszeit“ oder eine Ehescheidung sein.

Abbildung 6: Verteilung der Versicherten nach Geschlecht und Status, 1995, 2005 und 2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die Beihilfeversicherten waren mit rd. 45,2 Jahren im Jahr 1995 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. Beihilfeversicherte Männer waren durchschnittlich rund 0,8 Jahre älter als beihilfeversicherte Frauen (45,6 Jahre versus 44,8 Jahre), bei den Nicht-Beihilfeversicherten waren dagegen die Frauen durchschnittlich rund 2,9 Jahre älter. Aufgrund der balancierten Panel-Struktur der Daten nimmt das durchschnittliche Alter im Beobachtungszeitraum um 20 Jahre zu.¹⁰

Tabelle 3: Durchschnittliches Alter der Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten nach Geschlecht, 1995 und 2015

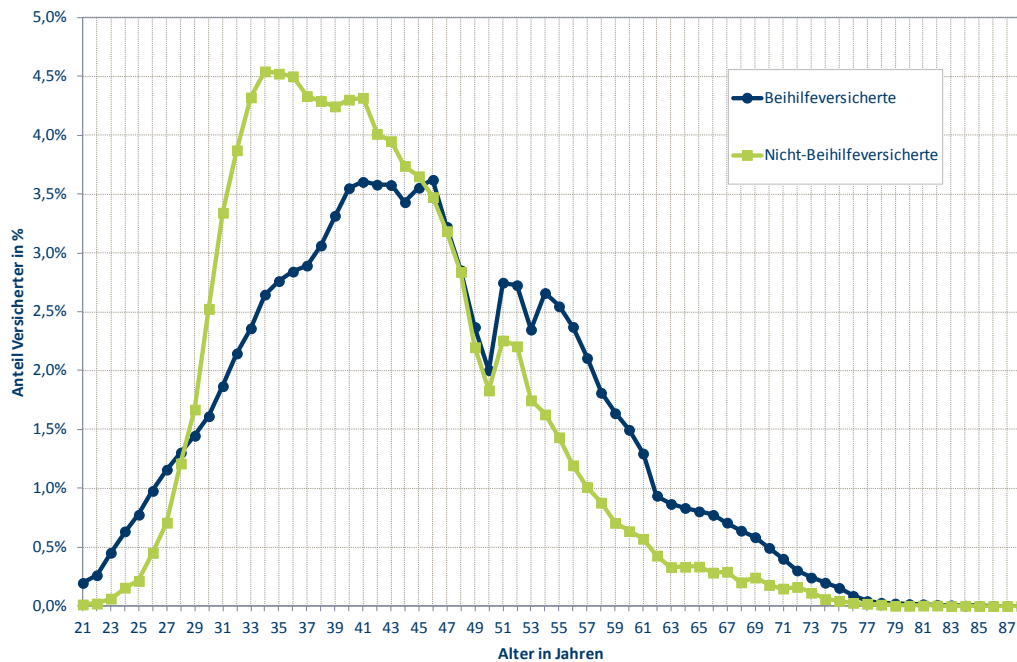
	1995		2015	
	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte	Beihilfeversicherte	Nicht-Beihilfeversicherte
Männer	45,6	41,2	65,6	61,4
Frauen	44,8	44,1	64,8	63,9
insgesamt	45,2	41,9	65,2	62,0

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

¹⁰ 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 1995 die jüngste Person 21 Jahre alt (Abbildung 7). Die älteste Person war im Jahr 1995 schon 89 Jahre alt. Rund drei Viertel der Beihilfeversicherten waren im Jahr 1995 zwischen 30 und 55 Jahren, bei den Nicht-Beihilfeversicherten fielen sogar rd. 87 % in diese Altersgruppe.

Abbildung 7: Verteilung der Versicherten nach Alter und Status, 1995



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.3 Eintrittsalter

Nicht-Beihilfeversicherte waren bei Versicherungsbeginn mit rund 32,3 Jahren durchschnittlich rund zwei Jahre älter als Beihilfeversicherte (Tabelle 4). Bei den Nicht-Beihilfeversicherten gab es keine Unterschiede im Eintrittsalter nach Geschlecht, bei den Beihilfeversicherten hatten Männer ein etwas höheres durchschnittliches Eintrittsalter (+0,88 Jahre).

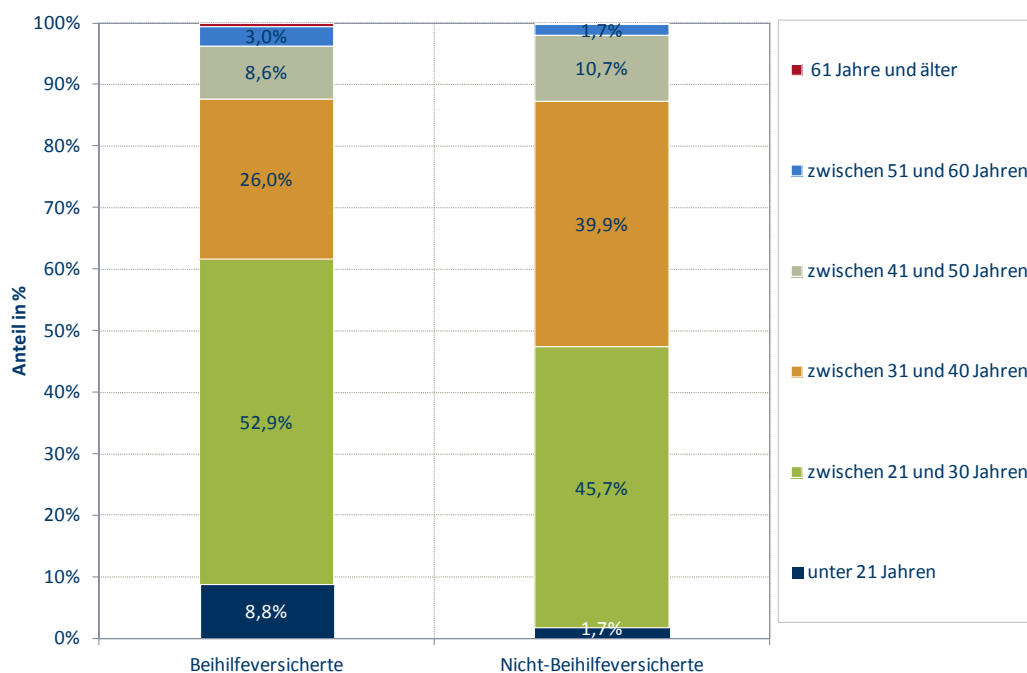
Tabelle 4: Durchschnittliches Eintrittsalter in die Versicherung nach Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten und nach Geschlecht

	Beihilfeversicherte (Status 1995)	Nicht-Beihilfeversicherte (Status 1995)
Männer	30,7	32,3
Frauen	29,8	32,3
insgesamt	30,2	32,3

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Mehr als drei Viertel der Versicherten hatten ein Eintrittsalter zwischen 21 und 40 Jahren (Abbildung 8). Beihilfeversicherte weisen insbesondere einen höheren Anteil von Versicherten auf, die im Alter von unter 21 Jahren beigetreten sind (8,8 % im Vergleich zu 1,7 %) und einen geringfügig höheren Anteil von Personen, die im Alter von über 50 Jahren eingetreten sind (3,7 % im Vergleich zu 2,0 %). Bei der Interpretation der vergleichsweise hohen Eintrittsalter sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen entspricht für alle Versicherte, die bereits vor dem Jahr 1988 versichert waren, das Eintrittsalter dem Alter des Eintritts in die Krankheitskostenvollversicherung – eine eventuelle Versicherungszeit in Ausbildungstarifen wurde nicht berücksichtigt. Zum anderen wurde für alle Personen, die vor dem Jahr 1995 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 8: Verteilung der Versicherten nach Eintrittsalter und Status, 1995



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.4 Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags

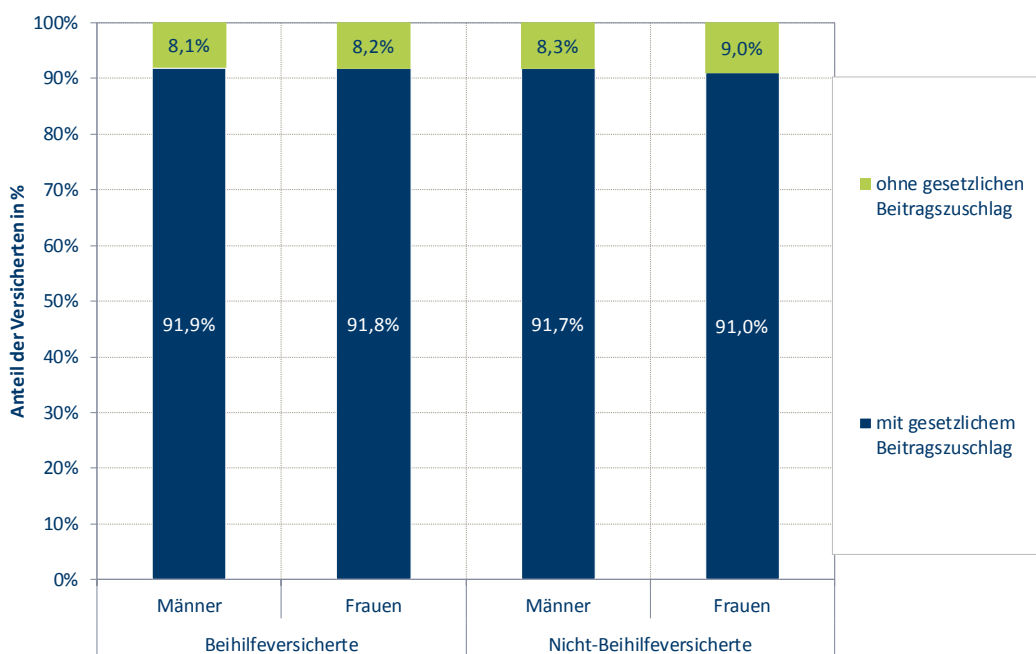
Zum Jahresbeginn 2000 wurde vom Gesetzgeber der sog. gesetzliche Beitragszuschlag („10%-Zuschlag“) eingeführt (§ 12 Abs. 4a Versicherungsaufsichtsgesetz alte Fassung). Dieser soll der Milderung von Beitragsanpassungen ab dem vollen-

deten 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). 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 Erhebung des Zuschlags widersprechen.

Da alle Versicherten im Datenbestand schon im Jahre 1995 versichert waren, bestand für diese bei Einführung die Wahloption, den gesetzlichen Beitragszuschlag durch Nicht-Inanspruchnahme ihres Widerspruchsrechts zu vereinbaren. Versicherte, die im Jahr 2000 bereits 60 Jahre alt waren, konnten den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht wählen, da dieser nur bis zur Vollendung des 60. Lebensjahrs des Versicherten erhoben wird. Dies betraf rund 21,4 % (n = 153.526) der Versicherten im Datensatz.

Von den Versicherten, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, haben mehr als 90 % den gesetzlichen Beitragszuschlag gewählt (Abbildung 9). Dabei sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten zu beobachten.

Abbildung 9: Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags sowie nach Geschlecht und Status, 2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Dargestellt sind lediglich die Personen, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, n = 568.599.

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 2015 gab es beispielsweise bei den Beihilfeversicherten 1.919 unterschiedliche Ausprägungen des Versicherungsschutztyps. Ursachen der Vielfalt waren insbesondere unterschiedliche Ausprägungen der Höhe der zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter (85 Ausprägungen zwischen 0 und 350) sowie unterschiedliche Risikozuschläge (27 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)

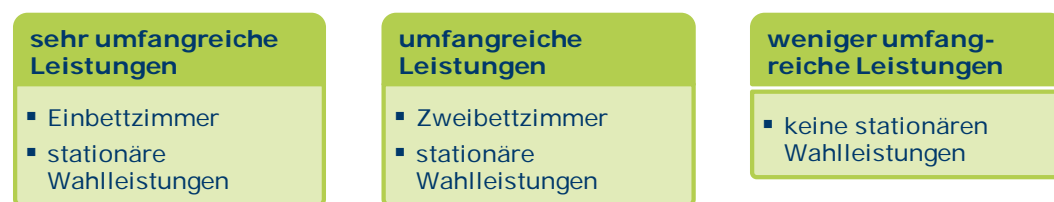
Die Versicherungsschutz-Identifikationsnummer (VSID) enthält detaillierte Informationen zum Leistungsumfang. Jede VSID steht für eine bestimmte Kombination von Leistungen sowie dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz. Für die weiteren Analysen wurde die VSID in drei Kategorien eingeteilt, die sich insbesondere hinsichtlich der (stationären) Wahlleistungen sowie der Versicherung eines Einbett- oder Zweibettzimmers unterscheiden (Abbildung 10):

- ◆ 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 10: Kategorisierung der Versicherungsschutz-Identifikationsnummer



Quelle: IGES

Mit der Ausnahme von vier VSID konnten alle eindeutig einer der drei Kategorien zugeordnet werden. Bei den vier Ausnahmefällen ist zwar eine stationäre privatärztliche Behandlung enthalten, allerdings keine gesonderte Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer. Diese vier VSID wurden in Abstimmung mit der Debeka einem „umfangreichen Versicherungsschutz“ zugeordnet.¹¹

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. 25 VSID (rd. 37 %) fielen in die Kategorie der „weniger umfangreichen Leistungen“.

Gemäß dieser Einteilung hatten mehr als 99 % der männlichen und weiblichen Beihilfeversicherten im Jahr 1995 einen „umfangreichen“ Versicherungsschutz (Abbildung 11).¹² Von den Nicht-Beihilfeversicherten verfügten dagegen rd. 80,6 % der Männer und rd. 72,5 % der Frauen über einen „sehr umfangreichen“ Versicherungsschutz.

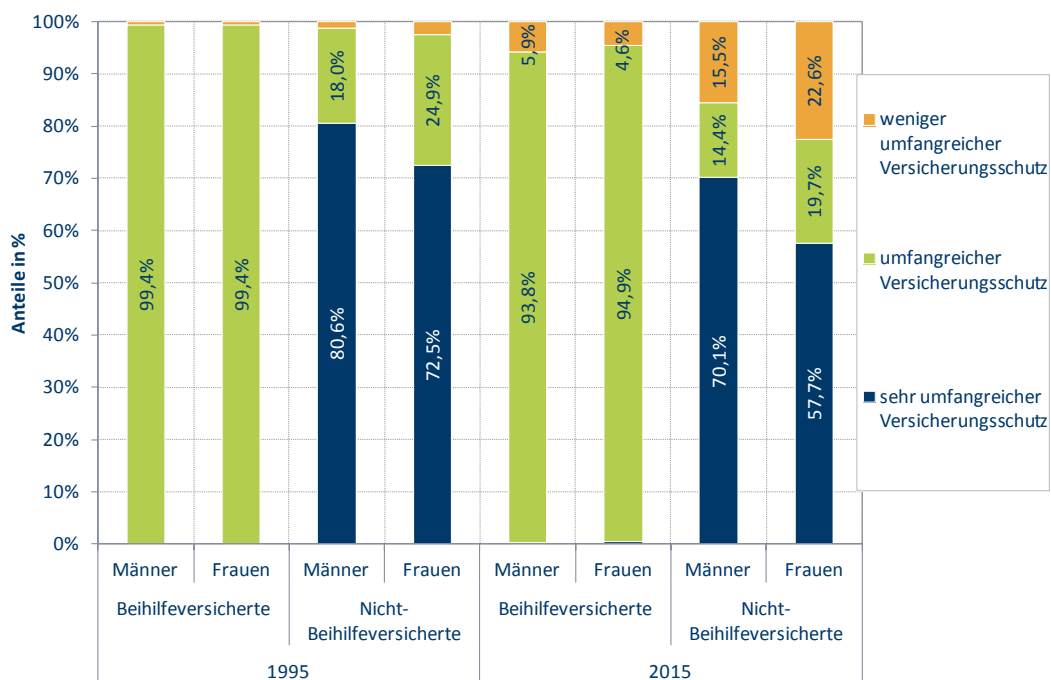
Im Beobachtungszeitraum hat sich der Anteil der Versicherten mit einem „weniger umfangreichen Versicherungsschutz“ deutlich erhöht, insbesondere bei den Nicht-Beihilfeversicherten. Mehr als jede fünfte nicht-beihilfeversicherte Frau hatte im Jahr 2015 nur einen „weniger umfangreichen“ Versicherungsschutz. Ein

¹¹ Im Jahr 1995 hatten 4.337 Personen eine dieser vier VSID, im Jahr 2015 betraf es 911 Personen.

¹² Dabei ist zu berücksichtigen, dass es vor Einführung der Unisex-Tarife im Jahr 2012 keinen „sehr umfangreichen“ Beihilfeversicherungsschutz bei der Debeka gab. Bei Wunsch eines Beihilfeversicherten, die Kosten eines Einbettzimmers bei stationärem Aufenthalt abzuschließen, riet die Debeka stets zu einer Absicherung über Krankenhaustagegeld, welches dann im Versicherungsfall flexibel eingesetzt werden konnte.

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.

Abbildung 11: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes sowie nach Geschlecht und Status, 1995 und 2015



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 2015 kamen bei den Versicherten 41 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 Versicherten gewählt wurden, um einen hundertprozentigen Versicherungsschutzumfang zu erreichen (Tabelle 5). Knapp zwei Drittel aller Kombinationen sind Einzelfälle, die jeweils weniger als 100 Versicherte betrafen.

Tabelle 5: Kombinationen des ambulanten und stationären Erstattungsprozentsatzes für Beihilfeversicherte, 2015

ambulant	Erstattungsprozentsatz																			
	stationär																			
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	100	
15	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54
20	1	1	11	1.392	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.405
25	0	9	41	0	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78
30	0	0	613	36	0	402.005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	402.654
35	0	0	0	9.414	0	0	976	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10.390
40	0	0	0	8	16.156	0	0	3.069	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.233
45	0	0	0	2	0	5.840	0	0	349	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.191
50	0	0	0	25	0	0	13.262	327	0	205.302	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218.916
55	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	14
60	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	336	0	0	0	0	0	0	0	341
65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	0	0	0	0	0	0	12
70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	476	0	0	0	0	0	479
75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	23	0	0	0	0	25
80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	15
85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	31	0	0	32
90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11
95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	8
100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	1	19	66
	1	10	719	10.877	16.184	407.845	14.238	3.407	354	205.303	6	338	11	477	34	23	77	1	19	659.924

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. 21,9 Prozentpunkte gestiegen. Ein wesentlicher Erklärungsfaktor hierfür ist die 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, 1995 und 2015

	1995		2015	
	Anzahl Versicherte	Anteil	Anzahl Versicherte	Anteil
ambulant ≤ 30% und stationär < 30%	6.000	0,9%	2.186	0,3%
ambulant und stationär = 30%	258.788	39,0%	402.005	60,9%
ambulant > 30% ... ≤ 50% und stationär < 50%	75.682	11,4%	49.428	7,5%
ambulant und stationär = 50%	321.012	48,4%	205.302	31,1%
ambulant > 50%	1.859	0,3%	1.003	0,1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

3.5.3 Zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter, Beihilfeergänzungstarif und Risikozuschlag

Im Jahr 2015 hatten rund 2,1 % (n = 14.912) der Versicherten die Zusatzoption „modifizierte Beitragszahlung“ für eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen. Dabei unterschieden sich die Anteile der Versicherten mit dieser Zusatzoption stark zwischen Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherten: Während bei den Beihilfeversicherten lediglich rd. 1,1 % (n = 7.261) der Versicherten eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen hatten, betrug der entsprechende Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten rd. 13,7 % (n = 7.651).

Mit rd. 85,7 % (n = 565.378) hatte die große Mehrheit der Beihilfeversicherten im Jahr 2015 einen Beihilfeergänzungstarif abgeschlossen. Im Vergleich zum Jahr 1995 ist damit der Anteil der Versicherten mit einem Beihilfeergänzungstarif um rd. 4,7 Prozentpunkte gestiegen.

Für rund 4,8 % (n = 34.083) der Versicherten enthielt die Beitragszahlung im Jahr 2015 einen Risikozuschlag. Der Anteil bei den Nicht-Beihilfeversicherten war dabei mit rd. 2,8 % (n = 1.553) im Vergleich zu rd. 4,9 % (n = 32.530) bei den Beihilfeversicherten geringer. Der Risikozuschlag lag in einer Spannweite von 4 % bis 200 %. Am häufigsten war ein Risikozuschlag von 30 %.

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. Da die Daten stichtagsbezogen zum 1. Januar eines jeden Jahres geliefert wurden, gibt es im Datensatz im Jahr 1996 noch keinen Versicherten mit einem absoluten Selbstbehalt.

Im Jahr 1997 hatten lediglich 82 (rd. 0,2 %) der Nicht-Beihilfeversicherten einen absoluten Selbstbehalt; dieser Anteil stieg nur leicht auf rd. 1,7 % (n = 955) im Jahr 2015.¹³

Die Höhe des absoluten Selbstbehaltes lag im Jahr 2015 zwischen 300 Euro und 1.280 Euro. Die meisten Versicherten wählten den absoluten Selbstbehalt nicht durchgängig. Insgesamt hatten nur 40 Versicherte im Zeitraum von 1997 bis 2015 durchgängig einen absoluten Selbstbehalt gewählt, die Mehrheit dagegen nur für ein bis fünf Jahre.

¹³ Dagegen sind prozentuale Selbstbehalte bei der Debeka weit verbreitet, fast alle Nicht-Beihilfeversicherten hatten im Jahr 2015 einen Tarif mit (begrenztem) prozentualem Selbstbehalt im ambulanten Bereich abgeschlossen.

4. Deskriptive Analysen der Prämienentwicklung

Die folgenden Darstellungen der Beitragsentwicklung beziehen sich ausschließlich auf die beschriebene Grundgesamtheit der insgesamt 715.864 Versicherten. Diese Versicherten wurden allein nach dem Kriterium einer ununterbrochenen Zugehörigkeit in der Krankheitskostenvollversicherung im Zeitraum 1995 bis 2015 (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 2015

Im Jahr 2015 betrug die durchschnittliche monatliche Prämie für beihilfeversicherte Männer rd. 193 Euro, für beihilfeversicherte Frauen lag die monatliche Prämie mit rd. 208 Euro durchschnittlich um rd. 15 Euro höher (Tabelle 7).¹⁴

Für die nicht-beihilfeversicherte Männer betrug die durchschnittliche monatliche Prämie im Jahr 2015 rd. 413 Euro, für Frauen lag sie mit rd. 473 Euro um ca. 60 Euro höher.

Tabelle 7: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie (2015)

Altersgruppe	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
41-50 Jahre	168 €	196 €	359 €	430 €
51-60 Jahre	207 €	230 €	420 €	479 €
61-70 Jahre	194 €	207 €	414 €	475 €
71-80 Jahre	182 €	192 €	413 €	482 €
≥ 81 Jahre	195 €	194 €	409 €	460 €
Insgesamt	193 €	208 €	413 €	473 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Die nicht-beihilfeversicherten Männer zahlten somit nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka im Jahr 2015 durchschnittlich etwa 8 Euro weniger als ein GKV-Mitglied mit einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen

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

monatlich für seine Krankenversicherung zu zahlen hatte (rd. 421 Euro).¹⁵ Die nicht-beihilfeversicherten Frauen zahlten hingegen nach mind. 20 Jahren Versicherungszugehörigkeit bei der Debeka durchschnittlich rd. 52 Euro mehr als GKV-Mitglieder mit durchschnittlichem Bruttoeinkommen.

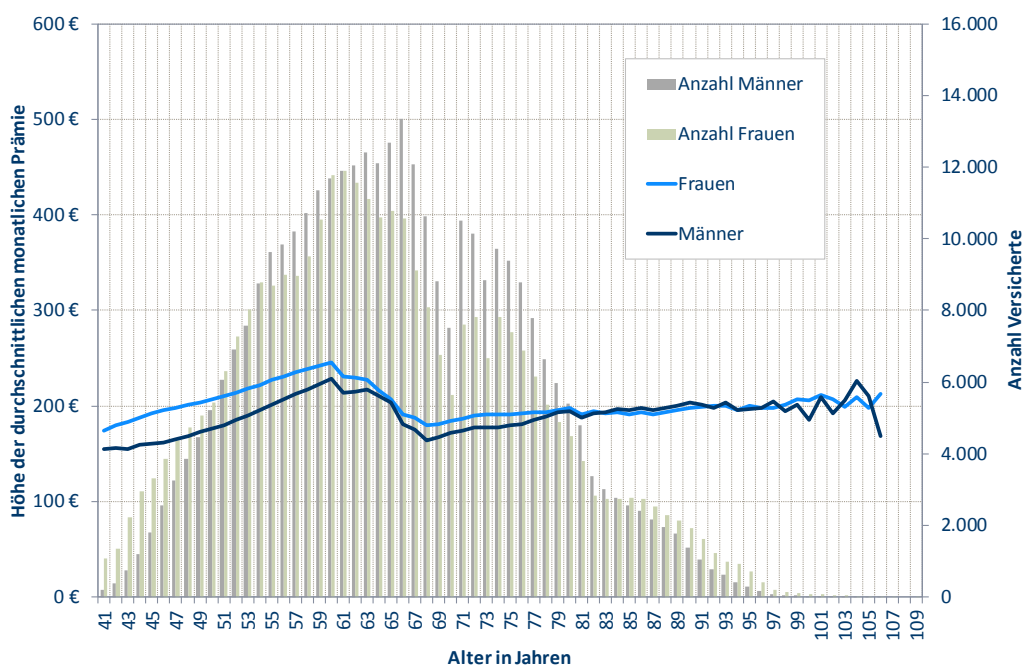
Insoweit es sich nicht um geringfügig Beschäftigte oder um nicht erwerbstätige Personen handelt, hätten die Nicht-Beihilfeversicherten der Debeka in der GKV den Maximalbeitrag zu zahlen. Im Jahr 2015 betrug dieser 639 Euro monatlich und lag damit rd. 54,7 % höher als die durchschnittliche monatliche Prämie eines nicht-beihilfeversicherten Mannes und um rd. 35,1 % 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.

¹⁵ Grundlage sind die Bruttolöhne und -gehälter monatlich je Arbeitnehmer gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (2015: 2.719 Euro). Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 1.4. Stand: 29.11.2016.

Das Altersprofil der durchschnittlichen Monatsprämien für Beihilfeversicherte mit einer Mindestversicherungszugehörigkeit von 20 Jahren zeigt im Jahr 2015 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 12). Wegen der vergleichsweise schwachen Besetzung der Altersgruppen ab 90 Jahren ist das altersbezogene Beitragsprofil für diese Altersbereiche nur sehr begrenzt aussagekräftig.

Abbildung 12: Durchschnittliche monatliche Prämien für die Beihilfeversicherten der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2015

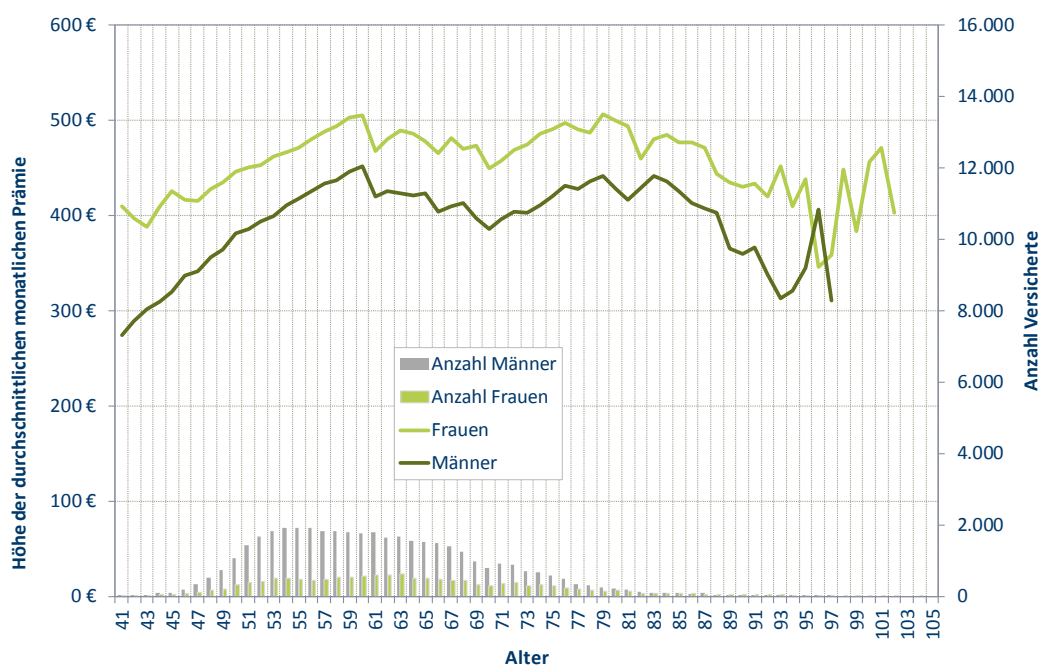


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 2015: Bis zu den 60-Jährigen steigen die durchschnittlichen monatlichen Prämien leicht an, danach sinken sie tendenziell bis zu den 70-Jährigen, um dann ab den 71-Jährigen wieder leicht anzusteigen (Abbildung 13). 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 13: Durchschnittliche monatliche Prämien der Nicht-Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit nach Geschlecht und Alter, 2015



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 2015 zwischen 23 Euro und 709 Euro für Beihilfeversicherte und zwischen 49 Euro und 1.078 Euro für Nicht-Beihilfeversicherte (Tabelle 8).

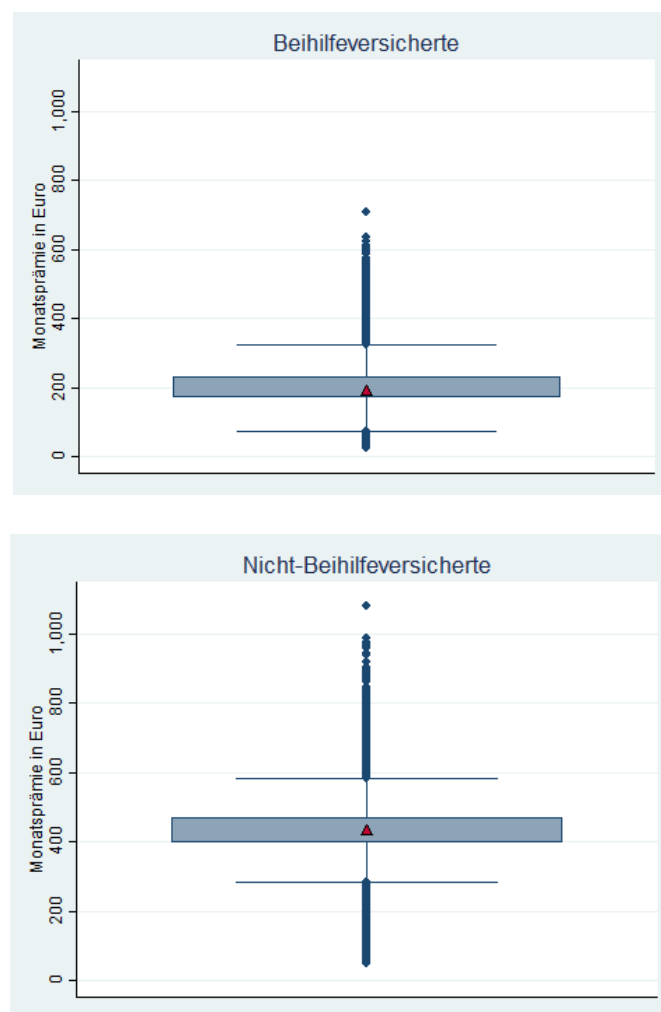
Tabelle 8: Minimum und Maximum der durchschnittlichen monatlichen Prämien nach Geschlecht, Altersgruppen und Status, 2015

Altersgruppe	Männer				Frauen			
	Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte		Beihilfeversicherte		Nicht-Beihilfeversicherte	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
41-50 Jahre	48 €	380 €	174 €	602 €	47 €	411 €	213 €	943 €
51-60 Jahre	44 €	624 €	164 €	902 €	64 €	634 €	211 €	957 €
61-70 Jahre	27 €	624 €	109 €	940 €	36 €	603 €	189 €	919 €
71-80 Jahre	31 €	709 €	82 €	896 €	43 €	546 €	166 €	901 €
≥ 81 Jahre	27 €	598 €	57 €	837 €	23 €	557 €	49 €	1.078 €
insgesamt	27 €	709 €	57 €	940 €	23 €	634 €	49 €	1.078 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Diese Extremwerte betrafen jedoch nur Einzelfälle (Abbildung 14). Rund 98,1 % (n = 647.271) der Beihilfeversicherten zahlten im Jahr 2015 eine Monatsprämie zwischen 100 Euro und 300 Euro. Bei den Nicht-Beihilfeversicherten betrug der Anteil derer, die eine Monatsprämie zwischen 300 Euro und 600 Euro entrichteten, rund 89,4 % (n = 50.008).

Abbildung 14: Boxplot der Monatsprämien für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka
Anmerkung: Das rote Dreieck markiert den Mittelwert.

In einer Sonderauswertung der Debeka wurden die Versichertenhistorien von Personen mit besonders hohen bzw. niedrigen Prämien näher beleuchtet. Es zeigte sich, dass bei den männlichen Versicherten, die in ihrer Altersgruppe jeweils die höchste Prämie zahlten, folgende Merkmale gehäuft auftraten – wobei zu berücksichtigen ist, dass die Anzahl der Personen mit den entsprechenden Merkmalen teilweise sehr gering ist:

- ◆ Zahlung eines Risikozuschlags,
- ◆ Verringerung bzw. Verlust des Beihilfeanspruchs,
- ◆ Veränderung des Tarifs, insbesondere eine Umschreibung aus dem Standardtarif.

Ein weiterer Grund für eine hohe Prämie ist eine Kombination verschiedener Merkmale, zum Beispiel ein Risikozuschlag in Kombination mit einem hohen Eintrittsalter.

Für eine Verringerung bzw. einen Verlust des Beihilfeanspruchs kommen unterschiedliche Ursachen in Betracht, beispielsweise

- ◆ Eintritt in den Ruhestand bei Angestellten im öffentlichen Dienst,
- ◆ Scheidung von einem beihilfeberechtigten Ehepartner,
- ◆ Überschreitung der Einkommensgrenze eines vorher beihilfeberechtigten Ehepartners,
- ◆ Herabsetzung der Arbeitszeit (z. B. Halbtagsstelle oder Altersteilzeit) eines vorher Beihilfeberechtigten.

Bei Versicherten mit einer Minimalprämie traten insbesondere die folgenden Merkmale gehäuft auf:

- ◆ Beihilfeversicherung mit einem niedrigen Erstattungsprozentsatz, z. B. 15 % (bzw. einem entsprechend hohen Beihilfebemessungssatz),
- ◆ Wechsel von einer Nicht-Beihilfeversicherung zu einer Beihilfeversicherung, beispielsweise bei Beihilfeanspruch über (verstorbenen) Ehegatten,
- ◆ Versicherung mit einem „weniger umfangreichen Leistungsumfang“, zum Beispiel eine Versicherung im Standardtarif,
- ◆ Verringerung des Versicherungsschutzes (Umschreibung zu einem „weniger umfangreichen Leistungsumfang“),
- ◆ Aktivierung der Beitragsermäßigung im Alter bei Eintritt ins Rentenalter.

4.2 Entwicklung der Prämien im Beobachtungszeitraum

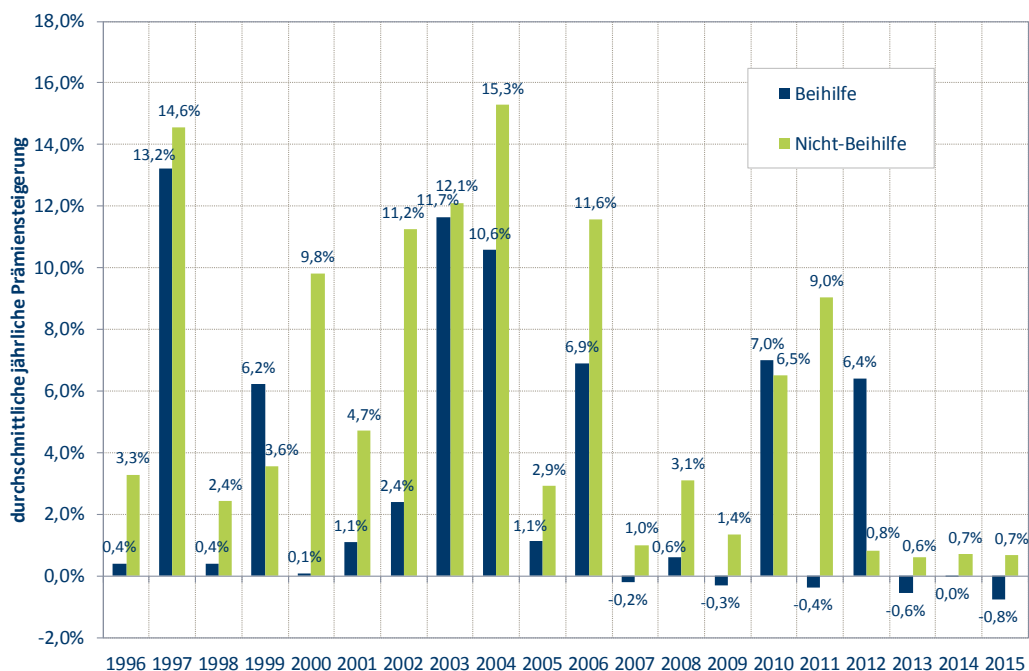
Die durchschnittliche Prämienveränderung lag im Beobachtungszeitraum für die im jeweiligen Jahr Beihilfeversicherten zwischen -0,8 % im Jahr 2015 und 13,2 % im Jahr 1997 (Abbildung 15). In den einzelnen Berichtsjahren variierten die durchschnittlichen Prämienveränderungen erheblich. Ein Muster ist hierbei nicht zu erkennen. In drei Beobachtungsjahren gab es für die Beihilfeversicherten durchschnittlich Prämiensteigerungen über zehn Prozent, in fünf Beobachtungsjahren kam es dagegen durchschnittlich zu geringen Prämienenkungen und in weiteren vier Beobachtungsjahren gab es durchschnittliche Prämiensteigerungen in Höhe von unter einem Prozent. Diese bereits bei einer Durchschnittsbetrach-

tung sichtbaren Schwankungen der Prämienentwicklung stehen teilweise im Zusammenhang mit den aufsichtsrechtlichen Vorschriften, denen die Versicherungsunternehmen unterliegen.¹⁶

Mit der Ausnahme von drei Beobachtungsjahren waren die durchschnittlichen jährlichen Prämiensteigerungen für die im jeweiligen Jahr Nicht-Beihilfeversicherten im gesamten Beobachtungszeitraum höher als für Beihilfeversicherte. Die Prämiensteigerungen betragen für Nicht-Beihilfeversicherte durchschnittlich zwischen 0,6 % und 15,3 %. Eine durchschnittliche Prämiensteigerung von über zehn Prozent kam in fünf Beobachtungsjahren vor, unter einem Prozent lag die durchschnittliche Prämiensteigerung in den letzten vier Beobachtungsjahren.

Bei der dargestellten Prämienentwicklung ist zu berücksichtigen, dass sie den prämienerhöhenden Effekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags enthält (vgl. Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.5). 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.

Abbildung 15: Durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 1996-2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

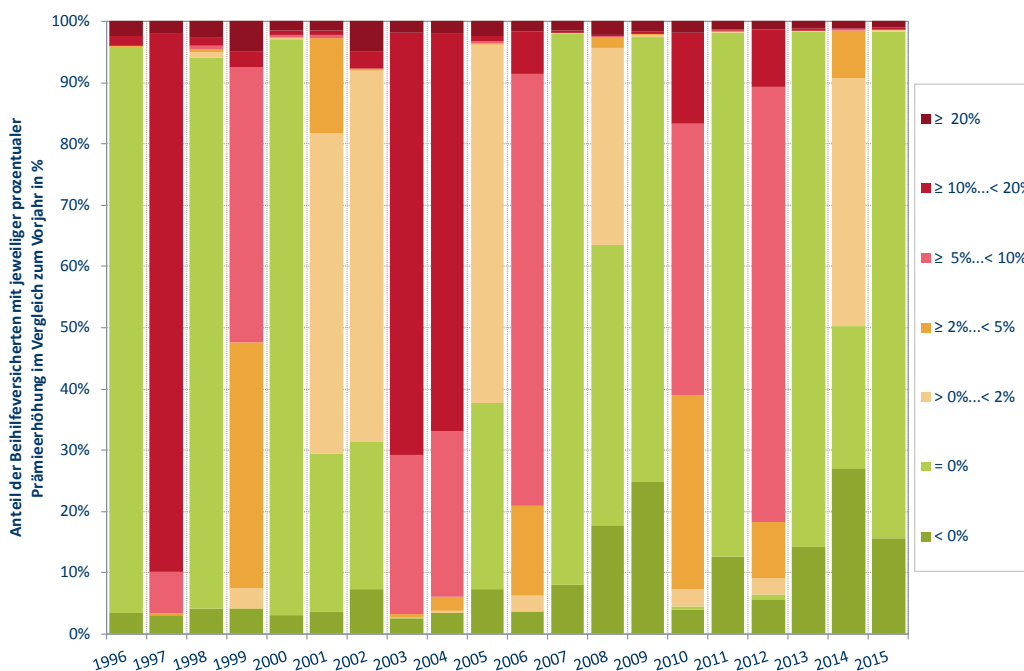
Anmerkung: Die Veränderung bezieht sich jeweils auf den Zeitraum vom 2. Jan. bis zum 1. Jan. des darauffolgenden Jahres, d. h. beispielsweise die Werte für das Jahr 1996 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Jan. 1995 bis zum 1. Jan. 1996.

¹⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen zur Rolle der auslösenden Faktoren in Kapitel 7.3.

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 16 und Abbildung 17).

In den Beobachtungsjahren 1997, 2003 und 2004 erhöhten sich für einen Großteil der Beihilfeversicherten die Prämien zwischen 10 % und 20 % (Abbildung 16). In den Beobachtungsjahren 2006, 2010 und 2012 lagen die Prämiensteigerungen für die Mehrheit der Beihilfeversicherten zwischen fünf und zehn Prozent. In acht 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 fünf Beobachtungsjahren lag der Anteil letzterer bei über 10 % der Beihilfeversicherten in der Grundgesamtheit, in zwei Beobachtungsjahren gab es sogar für jeden fünften Beihilfeversicherten eine Prämienreduktion.

Abbildung 16: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1996-2015

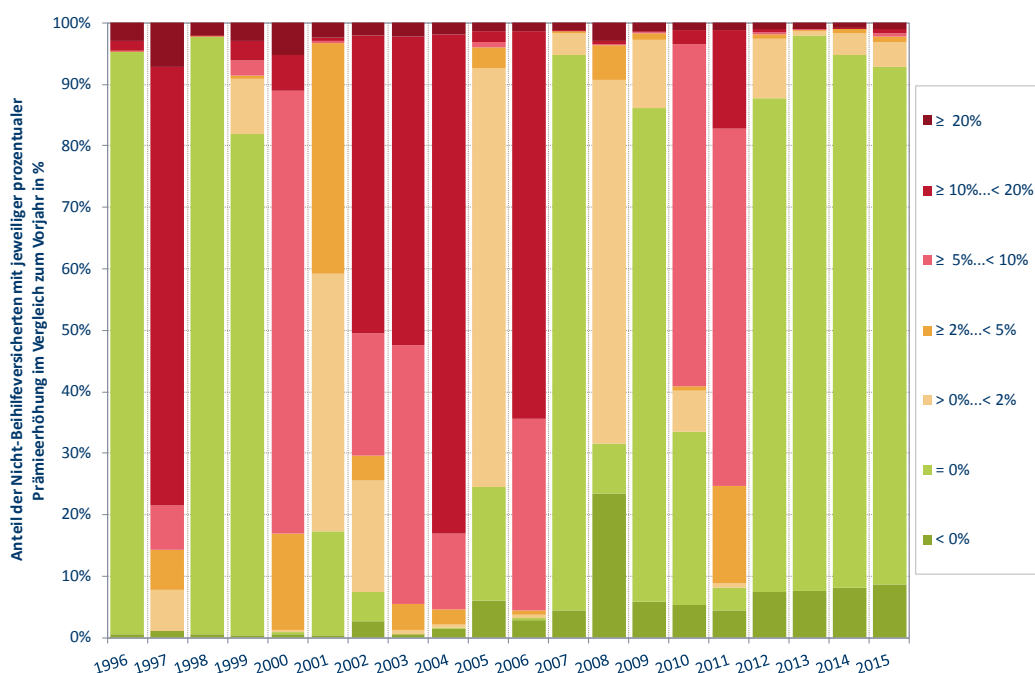


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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 1996 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 1995 bis zum 1. Januar 1996.

Für die Nicht-Beihilfeversicherten stiegen in fünf Jahren des Beobachtungszeitraums die Prämien mehrheitlich zwischen 10 % und 20 %, in weiteren drei Beobachtungsjahren mehrheitlich zwischen 5 % und 10 % (Abbildung 17). In neun Beobachtungsjahren änderte sich die Prämie für die Mehrheit der Nicht-Beihilfeversicherten nicht. Auch bei den Nicht-Beihilfeversicherten gab es in allen Jahren einen vergleichsweise geringen Anteil an Versicherten mit Prämiensteigerungen über 20 % bzw. mit einem Rückgang der Prämie. Im Jahr 2008 traf letzteres auf mehr als jeden fünften Nicht-Beihilfeversicherten zu.

Abbildung 17: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1996-2015



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 1996 beziehen sich auf den Zeitraum vom 2. Januar 1995 bis zum 1. Januar 1996.

Die mittlere jährliche Prämienveränderung im gesamten Beobachtungszeitraum betrug für alle Versicherten rd. 2,9 % (Tabelle 9). Werden lediglich die letzten fünf Jahre betrachtet, lag die mittlere Veränderung bei nur rd. 0,7 % p.a. Die mittlere jährliche Prämienveränderung über 20 Jahre variierte dabei zwischen -11,7 % und 16,9 % p.a. Dabei nimmt diese Varianz erwartungsgemäß deutlich zu, je kürzer man den zurückliegenden Zeitraum vom Jahr 2015 aus betrachtet wählt: So reichte das Spektrum der jahresdurchschnittlichen Prämienveränderungen innerhalb der letzten fünf Jahre von -43,9 % bis +50,3 %.

Tabelle 9: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien

Zeitraum	Median	Minimum	Maximum
20 Jahre	2,9%	-11,7%	16,9%
10 Jahre	1,6%	-24,7%	25,9%
5 Jahre	0,7%	-43,9%	50,3%

Quelle: IGES aus Basis von Daten der Debeka

5. Fokusgruppen für die weiteren Analysen

5.1 Einteilung der Versicherten in drei „Status-Gruppen“

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

1. Status-Gruppe 1 „durchgehend beihilfeversichert“

umfasst Personen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum durchgehend beihilfeversichert waren.

2. Status-Gruppe 2 „durchgehend Arbeitnehmer oder durchgehend selbständig“

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

3. Status-Gruppe 3 „Statuswechsler“

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

Anhand dieser Definition zählte mit rund 90,6 % (n = 648.890) die große Mehrheit der Versicherten der Grundgesamtheit zur Status-Gruppe 1 („durchgehend beihilfeversichert“), rund 6,3 % (n = 45.034) zur Status-Gruppe 2 („durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig“) und rd. 3,1 % (n = 21.940) zur Status-Gruppe 3 der „Statuswechsler“ (Tabelle 10).

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

Gruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	beihilfeversichert durchgehend	648.890	90,6%
2	Arbeitnehmer durchgehend selbständig durchgehend bis Alter 55 (danach Wechsel in sonstigen Status)	45.034	6,3%
3	Statuswechsler - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	21.940	3,1%
		715.864	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 auf die Gruppe der Versicherten mit einem einmaligen Verlust der Beihilfe (37,2 %, n = 8.172) sowie die Versicherten, die im Beobachtungszeitraum mehrfach den Status wechselten (34,2 %, n = 7.498).

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

Unter- gruppe	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1	einmaliger Zugewinn der Beihilfe	4.875	22,2%
2	einmaliger Verlust der Beihilfe	8.172	37,2%
3	Wechsel zwischen „ selbständig “ und sonstigem Status	1.395	6,4%
4	Mehrfachwechsler - zwischen Beihilfe / Nicht-Beihilfe und / oder - zwischen selbständig und sonstigem Status vor Alter 55	7.498	34,2 %
		21.940	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 1995-2015 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-Maximalbeitrags im Beobachtungszeitraum (10,37 Euro p.a.) verwendet.¹⁷ Diesen Beitrag würden sowohl hauptberuflich Selbständige als freiwillige Mitglieder in der GKV regulär zahlen als auch abhängig Beschäftigte, die beitragspflichtige Einnahmen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen. Der Fokus liegt hier auf den Versicherten der Grundgesamtheit, deren monatliche Prämien im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um deutlich mehr als 10,37 Euro p. a. gestiegen sind (+10 % bzw. 11,41 Euro) (→ „**Fokusgruppe 2**“).
- ◆ Kriterien zur Kennzeichnung einer **sprunghaften Beitragsentwicklung** sind die Anzahl von Prämien erhöhungen um mindestens 10 % sowie um mindestens 20 % im Beobachtungszeitraum (→ „**Fokusgruppe 3**“).

¹⁷ Zugrunde gelegt wurde der jeweilige allgemeine Beitragssatz des Jahres inklusive dem zusätzlichen Beitragssatz gem. § 241a SGB V (alte Fassung) für die Jahre 2005 bis 2014 und ohne Berücksichtigung krankenkassenindividueller Zusatzbeiträge bzw. exklusive dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V im Jahr 2015.

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

5.2.1 Endogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen

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

1. Berechnung der Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämiensteigerung im Beobachtungszeitraum (1995-2015) 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 -1,1 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) und 1,9 % für die Versicherten der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) (Tabelle 12). Im oberen Drittel variierte der Mittelwert der jahresdurchschnittlichen Prämienänderungen zwischen 4,6 % für die Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) und 8,0 % für die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler). Das Minimum der prozentualen jährlichen Prämienänderung aller Versicherten lag bei -11,7 %, das Maximum bei 16,9 %.

Tabelle 12: Terzile der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienänderung im Beobachtungszeitraum nach Status-Gruppe (1995-2015)

Terzile	Anzahl	Mittelwert	Std.abw.	Min	Max
Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert)					
unteres Drittel	216.297	1,2%	0,6%	-8,9%	2,1%
mittleres Drittel	216.297	2,8%	0,4%	2,1%	3,5%
oberes Drittel	216.297	4,6%	1,2%	3,5%	14,1%
Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)					
unteres Drittel	15.027	1,9%	1,1%	-8,9%	3,1%
mittleres Drittel	14.996	3,8%	0,4%	3,1%	4,5%
oberes Drittel	15.011	5,0%	0,6%	4,5%	11,3%
Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)					
unteres Drittel	7.314	-1,1%	1,9%	-11,7%	1,4%
mittleres Drittel	7.313	3,5%	1,2%	1,4%	5,8%
oberes Drittel	7.313	8,0%	1,3%	5,8%	16,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

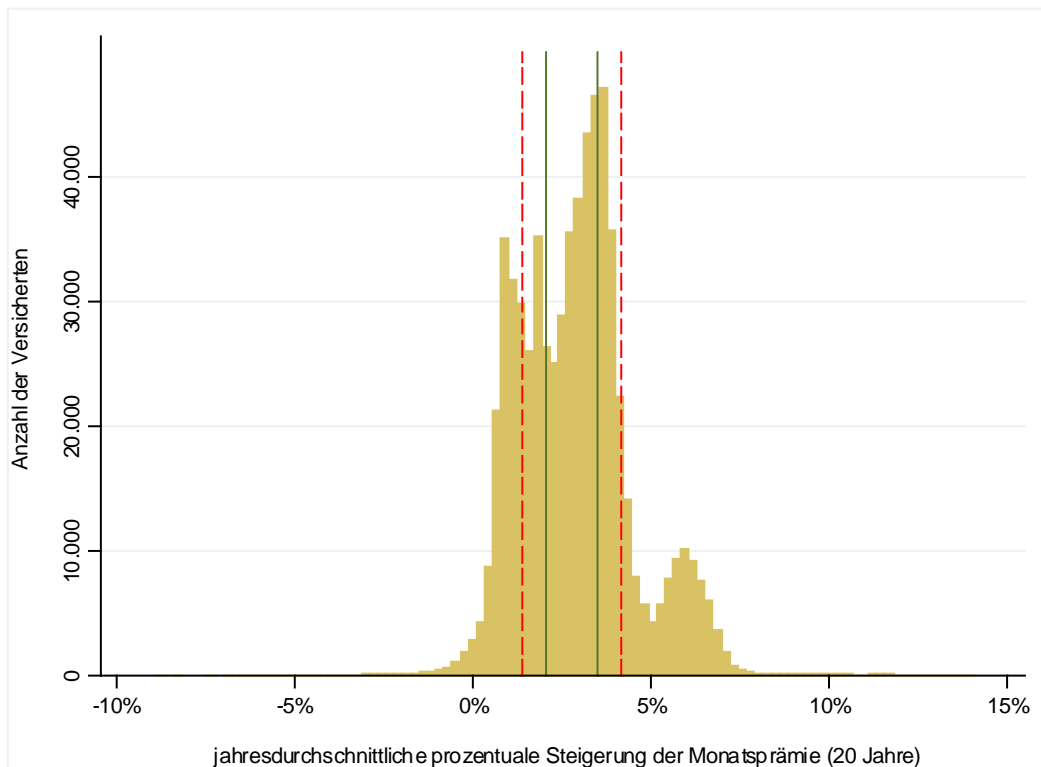
Der Vergleich der Standardabweichungen in den Dritteln zwischen den drei Status-Gruppen zeigt bereits eine stärkere Streuung der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienveränderungen unter den Status-Wechslern (Gruppe 3), die durch die nachfolgenden Histogramm-Darstellungen illustriert wird (Abbildung 18 bis Abbildung 20). Entsprechend ist auch die Differenz zwischen dem Minimum und dem Maximum der jahresdurchschnittlichen prozentualen Prämienveränderungen für Status-Gruppe 3 am größten (28,6 Prozentpunkte gegenüber 23 Prozentpunkten für Status-Gruppe 1 und 20,3 Prozentpunkte für Status-Gruppe 2).

Bei allen drei Status-Gruppen sind die Verteilungen in den oberen Dritteln 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 19).

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 18 bis Abbildung 20 jeweils die obere bzw. rechte gestrichelte rote Linie). Von den Versicherten in den oberen Dritteln

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

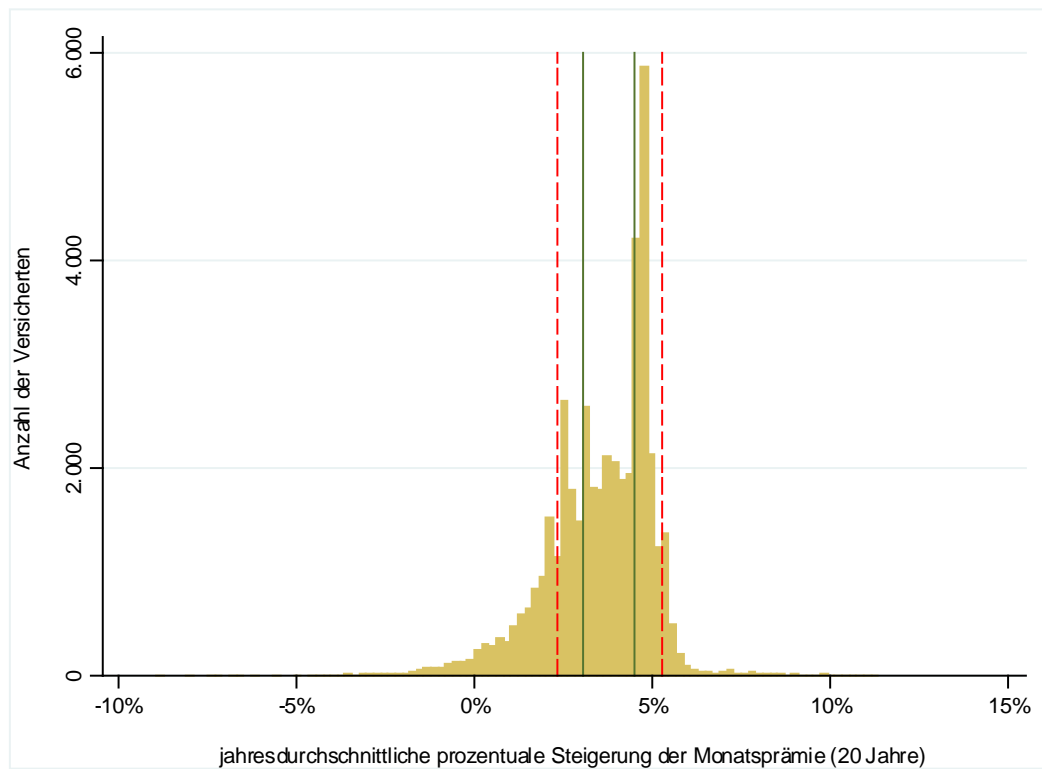
Abbildung 18: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 1



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

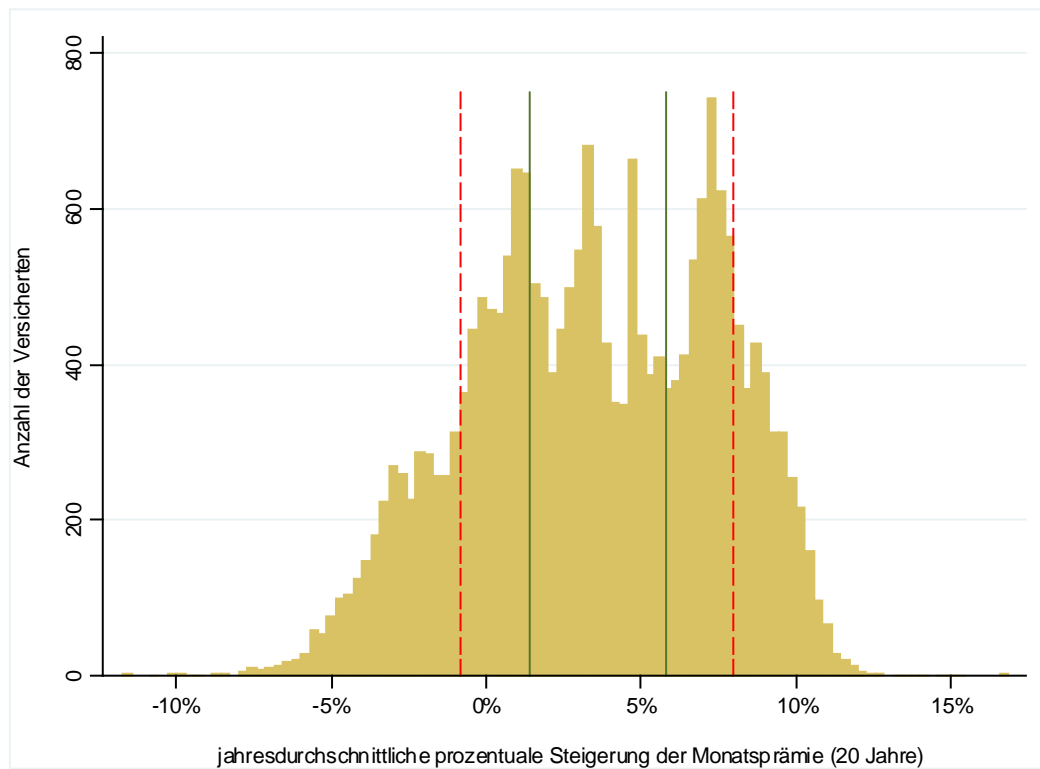
Abbildung 19: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 2



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

Abbildung 20: Histogramm der jahresdurchschnittlichen prozentualen Steigerung der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum 1995-2015 für die Versicherten der Status-Gruppe 3

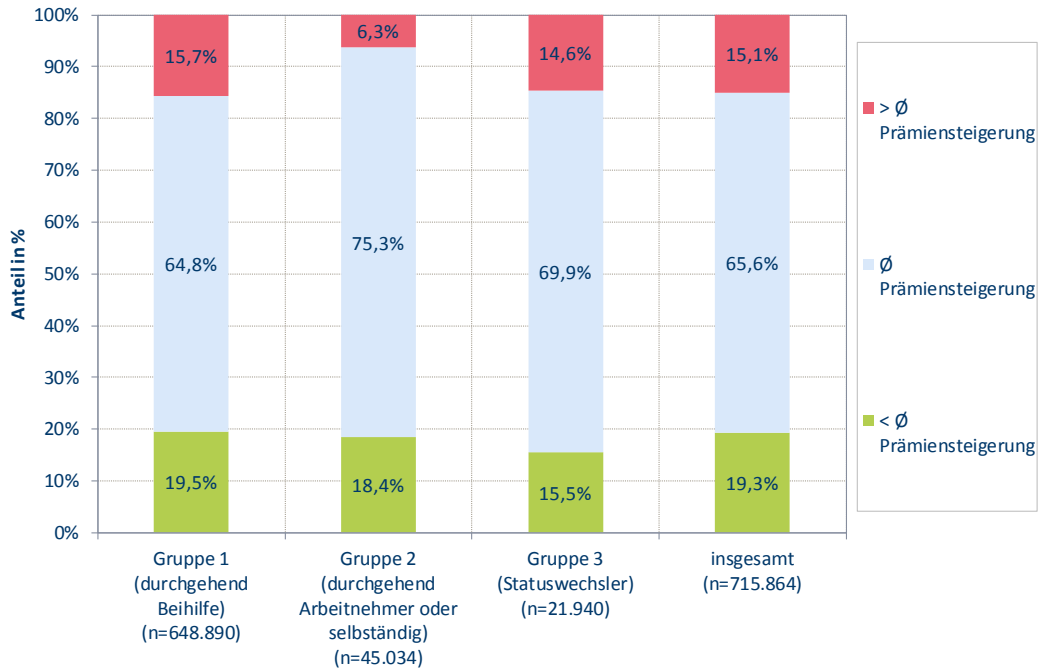


Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

Nach der gewählten endogenen Definition der Fokusgruppe – das 0,5-fache des Interterzilabstandes als Schwellenwert im oberen Drittel – hatten 15,7 % der Beihilfeversicherten (Status-Gruppe 1), 6,3 % der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten (Status-Gruppe 2) und 14,6 % der Status-Wechsler (Status-Gruppe 3) starke durchschnittliche Beitragserhöhungen im Zeitraum 1995-2015 (Abbildung 21). Da die Beihilfeversicherten die zahlenmäßig stärkste Status-Gruppe bilden, liegt der durchschnittliche Anteil der Versicherten mit starken Beitragssteigerungen über alle Status-Gruppen mit 15,1 % relativ dicht an dem Wert für Status-Gruppe 1.

Abbildung 21: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (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 1995-2015 (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 = 648.890)	167.350	25,8%	335.096	51,6%	146.444	22,6%
Gruppe 2 (n = 45.034)	12.070	26,8%	27.239	60,5%	5.725	12,7%
Gruppe 3 (n = 21.940)	5.121	23,3%	11.147	50,8%	5.672	25,9%
insgesamt (n = 715.864)	184.541	25,8%	373.482	52,2%	157.841	22,0%
Abweichung um das 0,5-fache des Interterzilabstandes					Fokusgruppe 1	
Gruppe 1 (n = 648.890)	126.661	19,5%	420.258	64,8%	101.971	15,7%
Gruppe 2 (n = 45.034)	8.306	18,4%	33.893	75,3%	2.835	6,3%
Gruppe 3 (n = 21.940)	3.405	15,5%	15.334	69,9%	3.201	14,6%
insgesamt (n = 715.864)	138.372	19,3%	469.485	65,6%	108.007	15,1%
Abweichung um das 0,75-fache des Interterzilabstandes						
Gruppe 1 (n = 648.890)	76.920	11,9%	491.261	75,7%	80.709	12,4%
Gruppe 2 (n = 45.034)	5.883	13,1%	38.216	84,9%	935	2,1%
Gruppe 3 (n = 21.940)	2.343	10,7%	17.977	81,9%	1.620	7,4%
insgesamt (n = 715.864)	85.146	11,9%	547.454	76,5%	83.264	11,6%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

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

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

5.2.2 Exogene Kennzeichnung starker Beitragserhöhungen

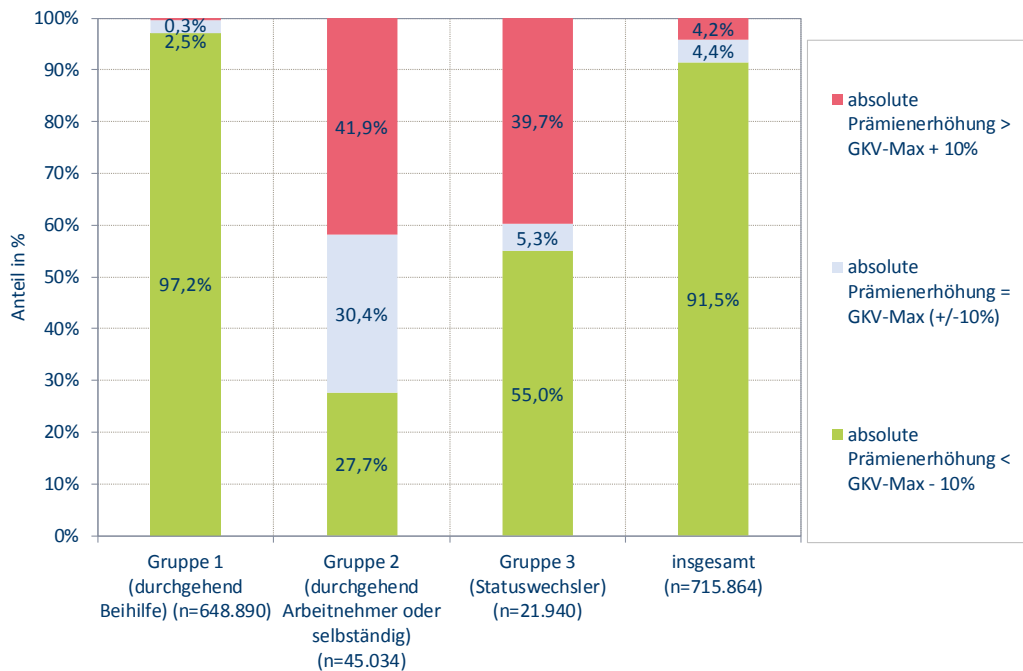
Als exogener Referenzmaßstab für die jährlichen Prämienänderungen wurde die jahresdurchschnittliche absolute Änderung des monatlichen GKV-Maximalbeitrags im Beobachtungszeitraum (10,37 Euro p.a.) herangezogen. Zur Abgrenzung der Fokusgruppe wurde um diesen Referenzwert ein Toleranzbereich von +/-10 % 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-Maximalbeitrags lag,
- ◆ Versicherte, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich **max. 10 % unter oder über** dem des GKV-Maximalbeitrags lag,
- ◆ Versicherte, bei denen der Anstieg der Monatsprämie im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich um **mehr als 10 % über** dem des GKV-Maximalbeitrags lag (= **Fokusgruppe 2**).

Gemäß der gewählten Abgrenzung sind rund 4,2 % (n = 29.790) 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 22); dies gilt für alle drei der dargestellten Varianten des gewählten Interterzilabstands. Der mit 4,2 % 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. 0,3 % (n = 2.210) relativ niedrig. Dies wiederum wird durch das im Vergleich zu den Nicht-Beihilfeversicherten generell geringere (absolute) Beitragsniveau von Beihilfeversicherten erklärt. Im Gegensatz dazu ergeben sich gemäß dem exogenen absoluten Maßstab deutlich höhere Fokus-

gruppen-Anteile in der Status-Gruppe 2 (41,9 %) und der Status-Gruppe 3 (39,7 %) im Vergleich zum endogenen prozentualen Maßstab.

Abbildung 22: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (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-Maximalbeitrags verläuft, dazu, dass der Beitragsanstieg von 59 % (anstatt knapp 42 %) der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten als stark definiert würde. Dagegen ändert die schärfere Definition den entsprechenden Anteilswert unter den Status-Wechslern nur geringfügig. Bei einer weniger scharfen Definition mit einem Schwellenwert von 15 % Abweichung sinkt der Anteil der Versicherten mit als stark eingestuften Beitragserhöhungen in der Status-Gruppe 2 auf ca. 35 %.

Tabelle 14: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Stärke der Prämiensteigerung im Zeitraum 1995-2015 (exogener Maßstab)

	Prämien­erhöhung < GKV-Max- Schwellenwert		Prämien­erhöhung = GKV-Max- Schwellenwert		Prämien­erhöhung > GKV-Max- Schwellenwert	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	- 5 %		+ / - 5 %		+ 5 %	
Gruppe 1 (n = 648.890)	639.274	98,5%	6.326	1,0%	3.290	0,5%
Gruppe 2 (n = 45.034)	14.683	32,6%	3.786	8,4%	26.565	59,0%
Gruppe 3 (n = 21.940)	12.296	56,0%	503	2,3%	9.141	41,7%
insgesamt (n = 715.864)	666.253	93,1%	10.615	1,5%	38.996	5,4%
	- 10 %		+ / - 10 %		+ 10 % (Fokusgruppe 2)	
Gruppe 1 (n = 648.890)	630.401	97,2%	16.279	2,5%	2.210	0,3%
Gruppe 2 (n = 45.034)	12.464	27,7%	13.696	30,4%	18.874	41,9%
Gruppe 3 (n = 21.940)	12.061	55,0%	1.173	5,3%	8.706	39,7%
insgesamt (n = 715.864)	654.962	91,5%	31.148	4,4%	29.790	4,2%
	- 15 %		+ / - 15 %		+ 15 %	
Gruppe 1 (n = 648.890)	613.653	94,6%	33.761	5,2%	1.476	0,2%
Gruppe 2 (n = 45.034)	9.710	21,6%	19.537	43,4%	15.787	35,1%
Gruppe 3 (n = 21.940)	11.862	54,1%	1.680	7,7%	8.398	38,3%
insgesamt (n = 715.864)	635.225	88,7%	54.978	7,7%	25.661	3,6%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

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

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 Prämien erhöhungen um mindestens zehn Prozent im Beobachtungszeitraum.

In einem ersten Schritt wurde ausgezählt, wie viele Versicherte im Beobachtungszeitraum wie häufig eine Prämienhöhung von mindestens 5 %, 10 %, 15 % und 20 % hatten (Tabelle 15). Nur bei sieben Versicherten der Grundgesamtheit erhöhten sich die Prämien in jedem einzelnen Jahr um weniger als 5 % und bei lediglich rd. 1,6 % (n = 11.514) der Versicherten gab es in keinem der Jahre einen Prämienanstieg um 10 % oder mehr. Knapp ein Drittel (rd. 31,8 %, n = 227.551) der Versicherten hatte mindestens in einem der Jahre eine Prämienhöhung um mindestens 20 %.

Tabelle 15: Abgrenzung Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung)

Anzahl Prämien- erhöhungen	Anzahl Versicherte mit Prämienhöhung			
	≥ 5%	≥ 10%	≥15%	≥ 20%
0	7	11.514	331.993	488.313
1	128	107.721	250.556	170.775
2	2.055	106.763	95.543	45.595
3	14.388	204.067	27.614	8.861
4	67.498	160.486	7.710	1.891
5	137.402	92.940	1.805	376
6	241.798	27.097	490	51
7	157.673	4.307	139	2
8	77.080	838	14	
9	13.968	119		
10	2.427	12		
11	1.206			
12	224			
13	9			
14	1			
	Σ 715.864	Σ 715.864	Σ 715.864	Σ 715.864

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

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

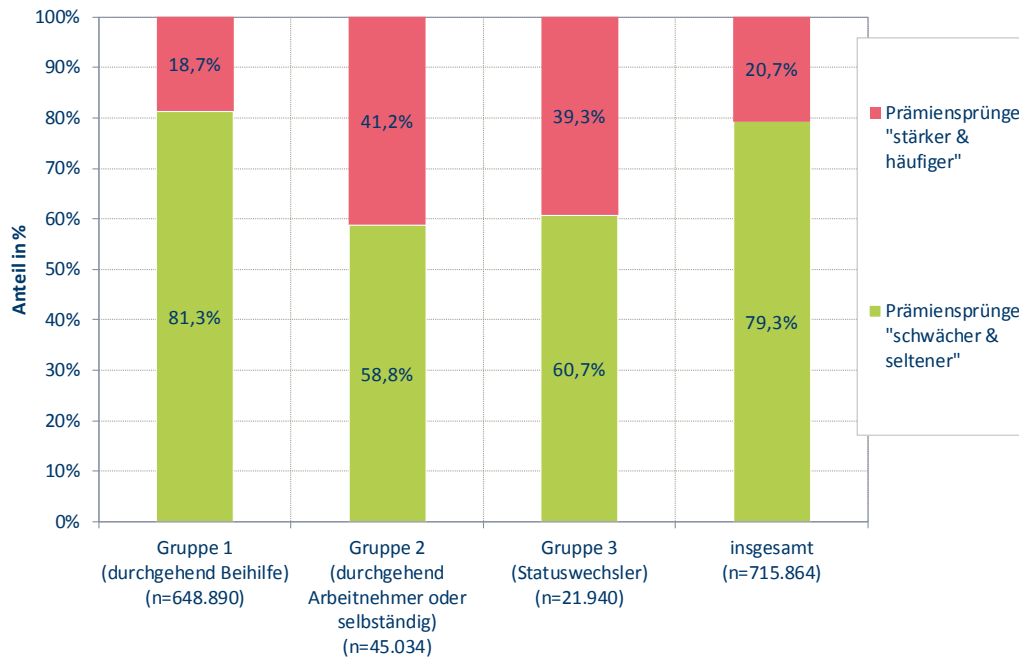
In einem zweiten Schritt wurde definiert, welche Kombinationen aus Stärke der Prämienerrhöhung und Anzahl dieser Erhöhungen Auswahlkriterien für die Fokusgruppe 3 sind. Hierfür wurde zunächst festgelegt, dass Prämienerrhöhungen von mindestens 10 % als Prämienerrsprung gelten sollen. Als eine sprunghafte Beitragsentwicklung gilt, wenn Prämienerrsprünge in Höhe von mindestens 10 % im Beobachtungszeitraum 1995 bis 2015 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 hatte gemäß dieser Abgrenzung rund jeder fünfte Versicherte ($n = 148.202$) eine sprunghafte Beitragsentwicklung im Zeitraum 1995 bis 2015.

Die Versicherten mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Status-Gruppen: In der Status-Gruppe 1 der durchgehend Beihilfeversicherten zählte knapp jeder Fünfte zur Fokusgruppe 3, in den Status-Gruppen 2 und 3 dagegen lagen die Anteile bei 41,2 % bzw. 39,3 % (Abbildung 23).

Abbildung 23: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Anzahl sowie Stärke der Prämiensteigerungen 1995-2015



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

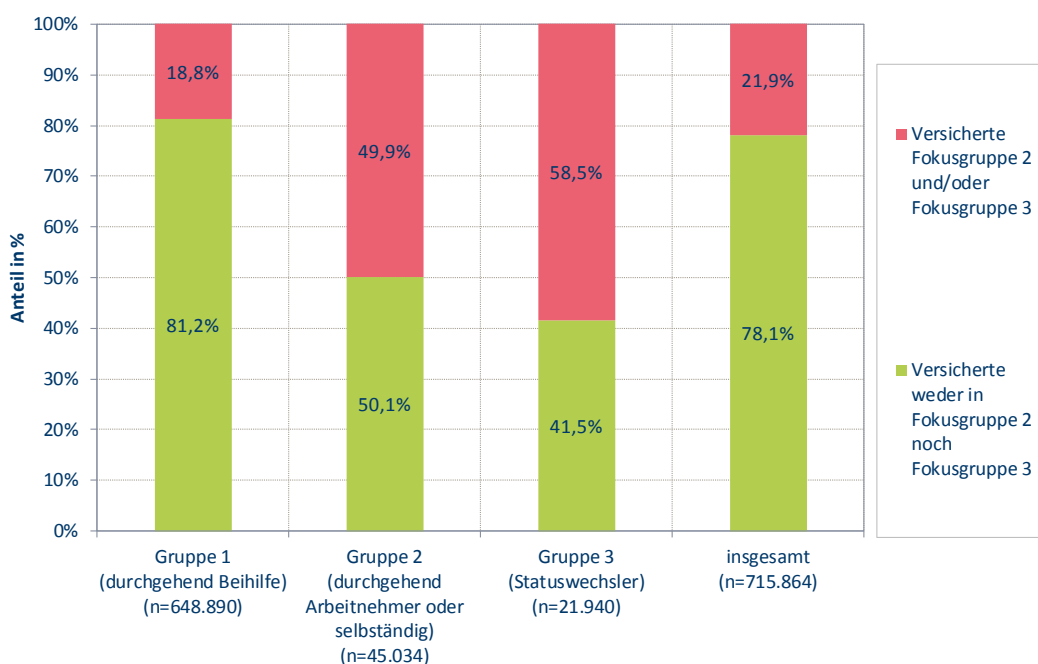
Anmerkung: Kategorie „Prämien sprünge ‚stärker & häufiger‘“ entspricht Fokusgruppe 3.

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 Kapitel 3.4 und Kapitel 5.2.5).

5.2.4 Kombinierte Betrachtung der Fokusgruppen

Insgesamt sind rd. 21,9 % (n = 156.997) der Versicherten der Grundgesamtheit der Fokusgruppe 2 (gemäß exogenem Maßstab hohe Prämiensteigerung) und/oder der Fokusgruppe 3 (sprunghafte Beitragsentwicklung) zuzuordnen (Abbildung 24). Am häufigsten betroffen waren die Versicherten der Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler) – in dieser Gruppe zählten rund 58,5 % (n = 12.824) der Versicherten entweder zur Fokusgruppe 2 und/oder zur Fokusgruppe 3.

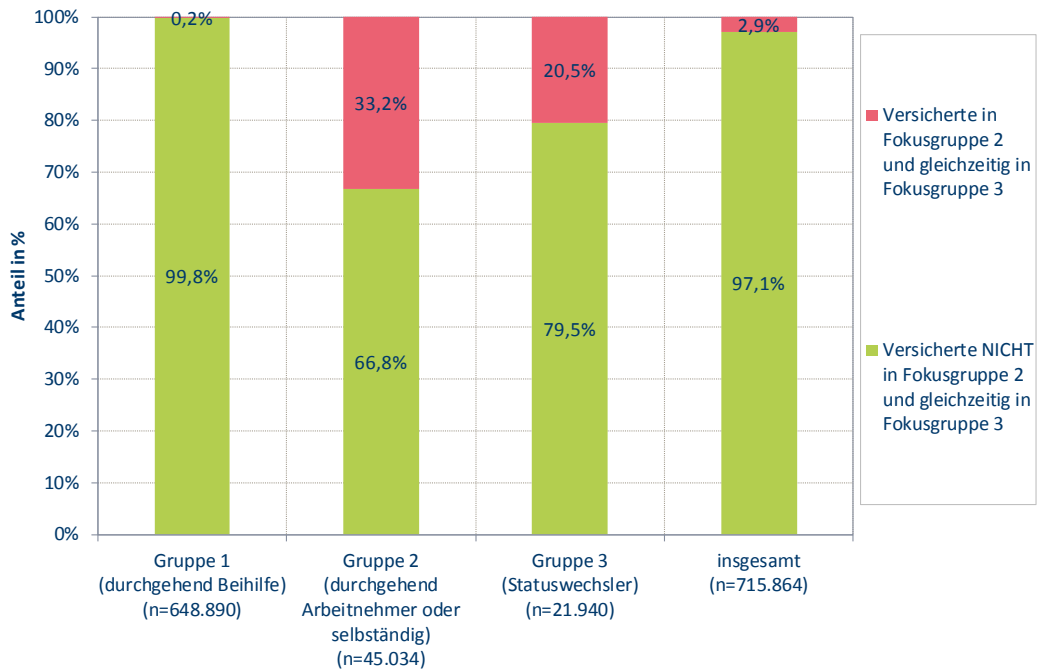
Abbildung 24: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppen 2 und/oder 3



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Der Überschneidungsbereich beider Fokusgruppen ist relativ groß: Von den 4,2 % der Versicherten in Fokusgruppe 2 (vgl. Abbildung 22) zählten mehr als zwei Drittel (2,9 Prozentpunkte) gleichzeitig auch zur Fokusgruppe 3 (Abbildung 25). Insgesamt betrachtet war mit 2,9 % (n = 20.995) 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 der entsprechende Anteil für die große Gruppe der Beihilfeversicherten mit 0,2 % sehr gering ist. 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 33,2 % bzw. 20,5 % deutlich höher.

Abbildung 25: Verteilung der Versicherten nach Status-Gruppen und Zuordnung zu Fokusgruppe 2 und gleichzeitig Fokusgruppe 3



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

5.2.5 Einfluss des gesetzlichen Beitragszuschlags auf die Prämienentwicklung

Der gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) in Höhe von 10 % wurde zum 1. Januar 2000 für den Neuzugang verpflichtend eingeführt. Für Bestandskunden wurde der Zuschlag ab dem 1. Januar 2001 in 2 %-Schritten über fünf Jahre hinweg eingeführt. Daneben bestand einmalig das Recht, dem Zuschlag zu widersprechen. Die Mittel aus dem gesetzlichen Zuschlag dienen der Beitragsentlastung im Alter und sind ab dem Alter von 65 Jahren zur Minderung des Mehrbeitrags im Zuge von Beitragsanpassungen und ab dem Alter von 80 Jahren auch zur Beitragssenkung einzusetzen.¹⁸

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

Daher wurde in einer Sensitivitätsbetrachtung ergänzend ermittelt, wie sich die zuvor ermittelten Fokusgruppenanteile verändern, wenn der Sondereffekt der

¹⁸ Aktuell ist die Zahlung bzw. Verwendung der Mittel aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag in § 149 und § 150 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) geregelt.

Einführung des gesetzlichen Zuschlags auf die Beitragsentwicklung nicht einbezogen wird. Zu diesem Zweck wurden die Beitragsveränderungen der Grundgesamtheit für die Jahre 2001 bis 2005 jeweils um eine 2 %-Steigerung korrigiert. Damit wird der beitragssteigernde Effekt der GBZ-Einführung herausgerechnet. Nicht herausgerechnet wird hingegen der beitragsentlastende Effekt des GBZ. Dieser betrifft aber auch nur relativ wenige Versicherte der Grundgesamtheit, die im Beobachtungszeitraum bereits die Voraussetzungen für eine Ausschüttung von Mitteln aus dem GBZ erfüllen.¹⁹ Eine Korrektur um den beitragsentlastenden Effekt des GBZ erscheint auch aus methodischen Gründen nicht erforderlich: Nur die beitragssteigernde Wirkung des GBZ stellt einen temporären Sondereffekt dar, während der beitragsentlastende Effekt dauerhaft die Prämienentwicklung beeinflusst.

Die Ergebnisse der Sensitivitätsbetrachtung zeigen, dass infolge eines näherungsweise Ausklammerns des Sondereffekts die Fokusgruppenanteile erwartungsgemäß geringer ausfallen (Tabelle 16). Insbesondere unter den durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten der Status-Gruppe 2 reduzieren sich die Fokusgruppenanteile sehr deutlich. So verringert sich der hohe Anteil der Versicherten der Status-Gruppe 2, die nach dem exogenen Maßstab starke Beitragssteigerungen hatten (Fokusgruppe 2), von 41,9 % auf 17,0 %, wenn man den Sondereffekt des gesetzlichen Beitragszuschlags ausblendet. Noch stärker ist der Rückgang des Anteils der durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung (von 41,2 % auf 12,2 %). Am relativ stärksten verringert sich der Anteil der Versicherten der Status-Gruppe 2, die sowohl starke als auch sprunghafte Beitragssteigerungen hatten bzw. sowohl Fokusgruppe 2 als auch Fokusgruppe 3 zugeordnet werden (von 33,2 % auf 6,7 %).

Bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) reduzieren sich die Fokusgruppenanteile vor allem im Hinblick auf sprunghafte Beitragsentwicklungen (Fokusgruppe 3 für sich genommen oder in Kombination mit Fokusgruppe 2).

¹⁹ Diese Personen müssen im Jahr 2001 jünger als 60 Jahre gewesen sein, der Zahlung des gesetzlichen Beitragszuschlags nicht widersprochen haben und im Beobachtungszeitraum älter als 65 Jahre bei mindestens einer Beitragsanpassung gewesen sein. In der Grundgesamtheit treffen diese Bedingungen nur auf eine relativ kleine Gruppe von rd. 117.000 Personen bzw. einen Anteil von ca. 16 % zu. Hinzu kommt: Die letzte umfangreichere Beitragsanpassung im Beobachtungszeitraum war im Jahr 2012; Personen, die zu diesem Zeitpunkt gerade 65 Jahre alt waren und bis zu ihrem 60. Lebensjahr den GBZ entrichteten, hatten bis dahin maximal zwei Jahre lang den vollen GBZ gezahlt (und die fünf Jahre davor nur anteilig), so dass die vorhandenen Mittel bei Ausschüttung gering waren. Grundsätzlich ist der in den Daten abgebildete Effekt nicht mit der Wirkung bei einer Zahlung des gesetzlichen Beitragszuschlags über 20 oder 30 Jahre vergleichbar.

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

	Status Quo (mit GBZ)		Simulation (ohne GBZ)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Fokusgruppe 1				
Gruppe 1 (Beihilfe), n=648.890	101.971	15,7%	87.009	13,4%
Gruppe 2 (AN / selbst), n=45.034	2.835	6,3%	926	2,1%
Gruppe 3 (Wechsler), n=21.940	3.201	14,6%	2.906	13,3%
insgesamt, n=715.864	108.007	15,1%	90.841	12,7%
Fokusgruppe 2				
Gruppe 1 (Beihilfe), n=648.890	2.210	0,3%	1.394	0,2%
Gruppe 2 (AN / selbst), n=45.034	18.874	41,9%	7.670	17,0%
Gruppe 3 (Wechsler), n=21.940	8.706	39,7%	7.897	36,0%
insgesamt, n=715.864	29.790	4,2%	16.961	2,4%
Fokusgruppe 3				
Gruppe 1 (Beihilfe), n=648.890	121.038	18,7%	110.370	17,0%
Gruppe 2 (AN / selbst), n=45.034	18.539	41,2%	5.493	12,2%
Gruppe 3 (Wechsler), n=21.940	8.625	39,3%	6.587	30,0%
insgesamt, n=715.864	148.202	20,7%	122.450	17,1%
Fokusgruppe 2 und / oder Fokusgruppe 3				
Gruppe 1 (Beihilfe), n=648.890	121.705	18,8%	110.824	17,1%
Gruppe 2 (AN / selbst), n=45.034	22.468	49,9%	10.149	22,5%
Gruppe 3 (Wechsler), n=21.940	12.824	58,5%	11.360	51,8%
insgesamt, n=715.864	156.997	21,9%	132.333	18,5%
Fokusgruppe 2 und Fokusgruppe 3				
Gruppe 1 (Beihilfe), n=648.890	1.543	0,2%	940	0,1%
Gruppe 2 (AN / selbst), n=45.034	14.945	33,2%	3.014	6,7%
Gruppe 3 (Wechsler), n=21.940	4.507	20,5%	3.124	14,2%
insgesamt, n=715.864	20.995	2,9%	7.078	1,0%

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 10,37 Euro p.a.** (entspricht der absoluten jahresdurchschnittlichen Steigerung des GKV-Maximalbeitrags 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. Fokus-Gruppen kann nicht direkt auf kausale Wirkungszusammenhänge geschlossen werden.

6.1 Einzelbetrachtung der Merkmale

6.1.1 Geschlecht

Männliche Versicherte aller drei Status-Gruppen waren überproportional häufig in den Fokusgruppen vertreten (Tabelle 17). In der Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) waren Männer mit einem Anteil von 20,1 % (n = 67.858) in der Fokusgruppe 1 (überdurchschnittliche Prämiensteigerung im Beobachtungszeitraum) vertreten, während der Anteilswert für Männer und Frauen zusammen nur 15,7 % (n = 101.971) beträgt und entsprechend für Frauen deutlich weniger (11,0 %). In der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) waren die Unterschiede relativ noch deutlich stärker ausgeprägt (7,6 % der Männer vs. 1,6 % der Frauen), nur in der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) hatten die Männer einen leicht unterproportionalen Anteil an der Fokusgruppe 1. Auch in den Fokusgruppen 2 und 3 entfielen auf die Männer überproportional große Anteile – mit Ausnahme der durchgehend Beihilfeversicherten (Status-Gruppe 1) im Hinblick auf hohe Prämiensteigerungen gemäß dem exogenen Maßstab (Fokusgruppe 2). Insbesondere waren unter den Arbeitnehmern und Selbständigen (Status-Gruppe 2) ganz überwiegend Männer von einer sprunghaften Beitragsentwicklung betroffen (Fokusgruppe 3).

Tabelle 17: Verteilung der Versicherten nach Geschlecht, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015

Geschlecht	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)			
	endogen →	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø	< Ø	Ø	1: > Ø
Männer		20,1% n=67.869	59,8% n=202.316	20,1% n=67.858	14,7% n=5.202	77,7% n=27.521	7,6% n=2.678	14,3% n=1.526	71,5% n=7.619	14,2% n=1.512
Frauen		18,9% n=58.792	70,1% n=217.942	11,0% n=34.113	32,2% n=3.104	66,1% n=6.372	1,6% n=157	16,7% n=1.879	68,4% n=7.715	15,0% n=1.689
insgesamt		19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
Männer	97,6% n=329.788	2,1% n=7.086	0,3% n=1.169	24,3% n=8.585	26,0% n=9.190	49,8% n=17.626	50,0% n=5.324	6,8% n=725	43,2% n=4.608	
Frauen	96,7% n=300.613	3,0% n=9.193	0,3% n=1.041	40,3% n=3.879	46,8% n=4.506	13,0% n=1.248	59,7% n=6.737	4,0% n=448	36,3% n=4.098	
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706	
Sprünge →	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft		
Männer	70,8% n=239.206	29,2% n=98.837	49,3% n=17.442	50,7% n=17.959	51,6% n=5.495	48,4% n=5.162				
Frauen	92,9% n=288.646	7,1% n=22.201	94,0% n=9.053	6,0% n=580	69,3% n=7.820	30,7% n=3.463				
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625				

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.2 Alter

Versicherte in den Fokusgruppen, d. h. mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen, waren durchschnittlich jünger als die übrigen Versicherten (Tabelle 18). Dies gilt für alle Status-Gruppen gleichermaßen, wobei die Unterschiede in der Status-Gruppe 2 vergleichsweise hoch waren (z. B. Fokusgruppe 1: 71,4 Jahre bzw. 60,1 Jahre im Vergleich zu 56,5 Jahre).

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

Tabelle 18: Durchschnittliches Alter der Versicherten nach Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015

Alter	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
∅ Alter	69,5 n=126.661	65,3 n=420.258	59,8 n=101.971	71,4 n=8.306	60,1 n=33.893	56,5 n=2.835	68,2 n=3.405	61,3 n=15.334	62,6 n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
∅ Alter	65,4 n=630.401	60,3 n=16.279	62,1 n=2.210	69,7 n=12.464	61,7 n=13.696	57,0 n=18.874	62,8 n=12.061	60,3 n=1.173	62,5 n=8.706
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
∅ Alter	66,4 n=527.852		60,4 n=121.038	66,0 n=26.495		56,2 n=18.539	64,4 n=13.315		59,6 n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.3 Eintrittsalter

Bis auf wenige Ausnahmen hatten Versicherte in den Fokusgruppen, d. h. mit relativ hohen und/oder sprunghaften Beitragssteigerungen, ein durchschnittlich geringeres Eintrittsalter als die übrigen Versicherten (Tabelle 19). Die Unterschiede waren allerdings vergleichsweise gering; die größten Unterschiede im Eintrittsalter waren für die Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) im Hinblick auf Beitragssprünge (Fokusgruppe 3) zu finden: Versicherte mit einer sprunghaften Beitragsentwicklung hatten ein um durchschnittlich rund 4,9 Jahre geringeres Alter bei Versicherungsbeginn (29,5 Jahre vs. 34,4 Jahre).

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

Eintrittsalter	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< \emptyset	\emptyset	1: > \emptyset	< \emptyset	\emptyset	1: > \emptyset	< \emptyset	\emptyset	1: > \emptyset
\emptyset Eintrittsalter	31,9 n=126.661	30,3 n=420.258	27,8 n=101.971	37,4 n=8.306	31,3 n=33.893	30,9 n=2.835	32,6 n=3.405	30,5 n=15.334	30,5 n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
\emptyset Eintrittsalter	30,6 n=630.401	31,4 n=16.279	31,0 n=2.210	30,3 n=12.464	29,0 n=13.696	34,5 n=18.874	36,2 n=12.061	31,9 n=1.173	30,2 n=8.706
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
\emptyset Eintrittsalter	30,9 n=527.852		27,2 n=121.038	34,4 n=26.495		29,5 n=18.539	31,5 n=13.315		29,6 n=8.625

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 2015 waren zu einem höheren Anteil in den Fokusgruppen vertreten, d. h. sie hatten relativ hohe und/oder sprunghafte Beitragssteigerungen (Tabelle 20). Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede innerhalb der Status-Gruppe 3: Von den Statuswechslern mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz hatten 29,7 % starke Beitragssteigerungen gemäß dem endogenen Maßstab (Fokusgruppe 1), von den Versicherten mit umfangreichen bzw. weniger umfangreichen Versicherungsschutz aber nur 5,9 % bzw. 17,0 %. Gemäß dem exogenen Maßstab waren 81,6 % der Statuswechsler (Status-Gruppe 3) mit sehr umfangreichen Versicherungsschutz von starken Beitragssteigerungen betroffen. Mehr als drei Viertel von ihnen hatten im Beobachtungszeitraum einmalig ihren Beihilfestatus verloren.²⁰

Grundsätzlich ist bei der Betrachtung des Versicherungsumfangs im Jahr 2015 zu berücksichtigen, dass die Versicherten teilweise erst während des Beobachtungszeitraums ihren Versicherungsschutz erhöht haben: Von den Personen mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz im Jahr 2015 (n = 40.044) traf dies auf 17,1 % (n = 6.864) zu; unter den Beihilfeversicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsschutz lag der entsprechende Anteil mit 96 % (n = 2.065) deutlich höher.

Betrachtet man die Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes im Jahr 1995 sowie nach Fokus- und Status-Gruppen (Tabelle 21) findet sich kein überproportionaler Anteil der Versicherten mit einem sehr umfangreichen Versicherungsumfang in den Fokusgruppen – mit Ausnahme des Anteils der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) in Fokusgruppe 2. Allerdings sind bei dieser Betrachtung – spiegelbildlich zu obiger Betrachtung des Versicherungsschutzes im Jahr 2015 – auch diejenigen Versicherten enthalten, die während des Beobachtungszeitraums ihren Versicherungsumfang abgesenkt haben.

²⁰ Der „Umfang des Versicherungsschutzes“ bezieht sich dabei auf die in Kapitel 3.5 eingeführte Kategorisierung anhand der VSID. Dies bedeutet, dass ein Beihilfe-Verlust nicht „automatisch“ eine Erhöhung des Umfangs des Versicherungsschutzes nach sich zieht.

Tabelle 20: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 2015

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅	Fokusgruppen 1: > ∅	< ∅	∅
sehr umfangreich	3,2% n=69	52,7% n=1.136	44,1% n=949	7,6% n=2.437	85,8% n=27.510	6,6% n=2.113	2,3% n=134	68,0% n=3.963	29,7% n=1.733
umfangreich	18,8% n=115.268	65,7% n=402.828	15,4% n=94.601	16,9% n=1.218	78,8% n=5.685	4,3% n=312	26,5% n=3.033	67,6% n=7.734	5,9% n=673
weniger umfangreich	33,3% n=11.324	47,9% n=16.294	18,9% n=6.421	80,8% n=4.651	12,1% n=698	7,1% n=410	5,1% n=238	77,9% n=3.637	17,0% n=795
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
sehr umfangreich	81,6% n=1.758	16,1% n=347	2,3% n=49	16,0% n=5.121	34,7% n=11.133	49,3% n=15.806	9,5% n=555	8,9% n=517	81,6% n=4.758
umfangreich	97,1% n=595.025	2,5% n=15.601	0,3% n=2.071	27,9% n=2.015	33,7% n=2.428	38,4% n=2.772	85,9% n=9.829	1,7% n=189	12,4% n=1.422
weniger umfangreich	98,8% n=33.618	1,0% n=331	0,3% n=90	92,5% n=5.328	2,3% n=135	5,1% n=296	35,9% n=1.677	10,0% n=467	54,1% n=2.526
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706

Versicherungs- schutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	Sprünge → nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
sehr umfangreich	61,7% n=1.328	38,3% n=826	53,7% n=17.210	46,3% n=14.850	47,7% n=2.783	52,3% n=3.047
umfangreich	81,3% n=498.138	18,7% n=114.559	68,9% n=4.974	31,1% n=2.242	67,4% n=7.707	32,6% n=3.736
weniger umfangreich	83,4% n=28.386	16,6% n=5.653	74,9% n=4.311	25,1% n=1.447	60,5% n=2.825	39,5% n=1.842
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Tabelle 21: Verteilung der Versicherten nach Umfang des Versicherungsschutzes, Status-Gruppen und Fokusgruppen, 1995

Versicherungsschutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	endogen →	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
sehr umfangreich	84,9% n=45	15,1% n=8		17,0% n=6.044	77,5% n=27.586	5,5% n=1.970	38,7% n=2.220	61,3% n=3.520	
umfangreich	19,5% n=126.037	64,8% n=418.094	15,7% n=101.035	24,3% n=2.152	68,9% n=6.113	6,8% n=606	7,1% n=1.126	73,1% n=11.567	19,8% n=3.129
weniger umfangreich	15,8% n=579	58,7% n=2.156	25,5% n=936	19,5% n=110	34,5% n=194	46,0% n=259	15,6% n=59	65,3% n=247	19,0% n=72
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
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=53			25,7% n=9.156	31,0% n=11.051	43,2% n=15.393	76,0% n=4.363	8,3% n=477	15,7% n=900
umfangreich	97,2% n=626.918	2,5% n=16.125	0,3% n=2.123	33,9% n=3.004	28,9% n=2.566	37,2% n=3.301	47,2% n=7.470	4,1% n=646	48,7% n=7.706
weniger umfangreich	93,4% n=3.430	4,2% n=154	2,4% n=87	54,0% n=304	14,0% n=79	32,0% n=180	60,3% n=228	13,2% n=50	26,5% n=100
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706

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	98,1% n=52	1,9% n=1	56,4% n=20.077	43,6% n=15.523	69,2% n=3.970	30,8% n=1.770	
umfangreich	81,4% n=525.057	18,6% n=120.109	69,0% n=6.118	31,0% n=2.753	57,9% n=9.166	42,1% n=6.656	
weniger umfangreich	74,7% n=2.743	25,3% n=928	53,3% n=300	46,7% n=263	47,4% n=179	52,6% n=199	
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.5 Veränderung des Umfangs des Versicherungsschutzes

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

Knapp 94 % der Versicherten in der Status-Gruppe 3 mit einer Erhöhung des Versicherungsschutzes, die zur Fokusgruppe 2 zählten, waren Versicherte, die im Beobachtungszeitraum einmalig ihren Beihilfestatus verloren hatten.

Zu berücksichtigen ist, dass insgesamt nur ein vergleichsweise geringer Anteil der hier betrachteten Grundgesamtheit der Versicherten im Zeitverlauf den Versicherungsschutz erhöht hat (insgesamt 1,0 %, n = 7.460).

Ein etwas höherer Anteil der Versicherten hat dagegen im Beobachtungszeitraum den Umfang des Versicherungsschutzes reduziert (6,0 %, n = 43.383). Diese waren überdurchschnittlich häufig in der Gruppe der Versicherten mit unterdurchschnittlichen Prämiensteigerungen und in der Gruppe der Versicherten ohne sprunghafte Beitragsentwicklung.

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

Veränderung Versicherungs- schutz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
	endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅
keine Veränderung	18,9% n=115.637	65,8% n=403.741	15,3% n=93.944	9,4% n=3.611	84,3% n=32.503	6,3% n=2.442	16,1% n=835	70,9% n=3.687	13,0% n=678
Erhöhung	1,5% n=38	49,2% n=1.234	49,3% n=1.237	3,4% n=26	75,7% n=573	20,9% n=158	1,6% n=65	58,9% n=2.468	39,6% n=1.660
Absenkung	34,9% n=10.700	46,3% n=14.188	18,8% n=5.749	83,5% n=4.576	13,2% n=721	3,3% n=181	28,6% n=2.080	61,6% n=4.477	9,8% n=712
„Springer“	11,8% n=286	45,2% n=1.095	43,0% n=1.041	38,3% n=93	39,5% n=96	22,2% n=54	8,1% n=425	89,1% n=4.702	2,9% n=151
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
keine Veränderung	97,2% n=596.082	2,5% n=15.307	0,3% n=1.933	18,6% n=7.159	34,6% n=13.343	46,8% n=18.054	50,6% n=2.633	10,5% n=548	38,8% n=2.019
Erhöhung	78,4% n=1.967	17,1% n=430	4,5% n=112	9,2% n=70	24,8% n=188	65,9% n=499	8,5% n=355	1,9% n=81	89,6% n=3.757
Absenkung	98,9% n=30.304	0,9% n=263	0,2% n=70	93,4% n=5.118	2,5% n=135	4,1% n=225	63,8% n=4.637	4,7% n=343	31,5% n=2.289
„Springer“	84,6% n=2.048	11,5% n=279	3,9% n=95	48,1% n=117	12,3% n=30	39,5% n=96	84,0% n=4.436	3,8% n=201	12,1% n=641
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706

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	81,4% n=499.444	18,6% n=113.878	56,5% n=21.794	43,5% n=16.762	57,3% n=2.977	42,8% n=2.223
Erhöhung	57,3% n=1.438	42,7% n=1.071	56,5% n=428	43,5% n=329	51,7% n=2.167	48,3% n=2.027
Absenkung	84,0% n=25.734	16,0% n=4.903	75,6% n=4.143	24,4% n=1.335	71,4% n=5.188	28,6% n=2.080
„Springer“	51,0% n=1.236	49,0% n=1.186	53,5% n=130	46,5% n=113	56,5% n=2.983	43,5% n=2.295
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.6 Veränderungen des absoluten Selbstbehalts

Nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Nicht-Beihilfeversicherten hatte im Beobachtungszeitraum einen absoluten Selbstbehalt (vgl. Kapitel 3.6). Insgesamt haben 774 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. Aufgrund der geringen Anzahl von Versicherten mit einem absoluten Selbstbehalt wurde auf eine differenzierte Betrachtung der möglichen Ursachen einer Erhöhung verzichtet. Weitere 719 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.

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 (44,4 % vs. 18,4 % für Status-Gruppe 2 insgesamt). Dies gilt noch mehr gemäß der exogenen Kategorisierung der Prämienentwicklung (76,0 % vs. 27,7 % für Status-Gruppe 2 insgesamt) (Tabelle 23). Dagegen war die Häufigkeit sprunghafter Beitragsentwicklungen unter den Versicherten der Status-Gruppe 2 mit Erhöhung des absoluten Selbstbehalts im Beobachtungszeitraum nicht geringer. Im Hinblick auf das endogene Maß für Beitragsentwicklungen, das auf die prozentuale Entwicklung Bezug nimmt, ist dies plausibel, da Beitragserhöhungen für unterdurchschnittlich hohe Beiträge üblicherweise prozentual stärker ausfallen.

Für Versicherte der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) zeigt sich jedoch insgesamt ein gegenteiliger Effekt: Versicherte dieser Status-Gruppe, die im Beobachtungszeitraum den Selbstbehalt erhöht hatten, waren überdurchschnittlich häufig in der Gruppe der Versicherten mit überdurchschnittlichen Prämiensteigerungen vertreten. Dass die Erhöhung des Selbstbehalts hier offensichtlich nicht die i. d. R. damit intendierte Wirkung einer Dämpfung von Beitragssteigerungen hatte, betrifft i. W. eine spezielle Konstellation innerhalb dieser heterogenen Status-Gruppe, nämlich den Statuswechsel, der mit einem Verlust der Beihilfe einhergeht. So hatten rund 90 % der Versicherten von Status-Gruppe 3 in den Fokusgruppen, die einmalig ihren Beihilfeanspruch verloren, den absoluten Selbstbehalt im Beobachtungszeitraum erhöht. Erwartungsgemäß konnte der absolute Selbstbehalt den mit dem Ende eines Beihilfeanspruchs einhergehenden relativ starken Anstieg der Beitragsbelastung nicht ausgleichen.

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

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	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,1% n=8.001	75,6% n=33.506	6,3% n=2.813	15,9% n=3.373	69,7% n=14.757	14,3% n=3.031
Erhöhung				44,4% n=194	52,9% n=231	2,7% n=12		64,1% n=216	35,9% n=121
Springer				40,1% n=111	56,3% n=156	3,6% n=10	7,2% n=32	81,7% n=361	11,1% n=49
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
kein Selbstbehalt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,0% n=11.977	30,6% n=13.555	42,4% n=18.788	55,4% n=11.720	5,3% n=1.126	39,3% n=8.315
Erhöhung				76,0% n=332	15,3% n=67	8,7% n=38	13,1% n=44	5,9% n=20	81,0% n=273
Springer				56,0% n=155	26,7% n=74	17,3% n=48	67,2% n=297	6,1% n=27	26,7% n=118
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706

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	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,9% n=26.103	41,1% n=18.217	61,1% n=12.937	38,9% n=8.224
Erhöhung			55,6% n=243	44,4% n=194	45,7% n=154	54,3% n=183
Springer			53,8% n=149	46,2% n=128	50,7% n=224	49,3% n=218
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.7 Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes

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

Von der Status-Gruppe 3 hatten rund 98,5 % der Versicherten, bei denen es zu einer Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes kam, einmalig den Beihilfe-Status verloren.

Versicherte mit einer Absenkung des Erstattungsprozentsatzes hatten gemäß dem endogenen Maßstab überproportional häufig nur relativ schwache Beitragserhöhungen. Gemäß dem exogenen Maßstab trifft dies nur auf die anteilig Beihilfeversicherten in Status-Gruppe 3 zu.

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

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

Veränderung Erstattungs- prozentsatz	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
	endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅
keine Veränderung	3,5% n=10.805	89,2% n=273.286	7,3% n=22.409	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	0,4% n=10	96,5% n=2.371	3,1% n=76
Erhöhung	0,1% n=31	11,8% n=6.776	88,1% n=50.555					60,8% n=4.202	39,2% n=2.707
Absenkung	58,7% n=108.889	40,7% n=75.589	0,6% n=1.095				62,8% n=2.689	37,2% n=1.596	
„Springer“	7,0% n=6.936	65,0% n=64.607	28,1% n=27.912				8,5% n=706	86,4% n=7.165	5,0% n=418
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
keine Veränderung	99,5% n=305.002	0,4% n=1.186	0,1% n=312	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	27,5% n=675	26,3% n=646	46,2% n=1.136
Erhöhung	78,2% n=44.853	19,4% n=11.120	2,4% n=1.389				4,4% n=305	4,3% n=298	91,3% n=6.306
Absenkung	100,0% n=185.531	0,0% n=35	0,0% n=7				99,7% n=4.272	0,3% n=12	0,0% n=1
„Springer“	95,5% n=95.015	4,0% n=3.938	2,5% n=502				82,1% n=6.809	2,6% n=217	15,2% n=1.263
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706

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	88,1% n=270.170	11,9% n=36.330	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	46,5% n=1.143	53,5% n=1.314
Erhöhung	53,2% n=30.525	46,8% n=26.837			57,2% n=3.951	42,8% n=2.958
Absenkung	94,6% n=175.638	5,4% n=9.935			84,3% n=3.611	15,7% n=674
„Springer“	51,8% n=51.519	48,2% n=47.936			55,6% n=4.610	44,4% n=3.679
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.8 Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags

Versicherte aller Status-Gruppen, die den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht gewählt haben, zählten überproportional häufig zu den Gruppen mit relativ geringen, nicht sprunghaften Prämiensteigerungen (Tabelle 25). Versicherte, die den gesetzlichen Beitragszuschlag vereinbart haben, gehören überproportional häufig zu allen drei Fokusgruppen, etwas weniger ausgeprägt gilt dies für die Statuswechsler (Status-Gruppe 3) in Bezug auf die Fokusgruppen 1 und 2.

Tabelle 25: Verteilung der Versicherten nach Vereinbarung des GBZ, Status-Gruppen und Fokusgruppen

Vereinbarung GBZ	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)		
	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
endogen →	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
mit GBZ	15,6% n=72.611	64,6% n=301.439	19,9% n=92.765	12,7% n=4.743	80,0% n=29.839	7,2% n=2.699	13,3% n=2.399	71,4% n=12.826	15,3% n=2.746
ohne GBZ	29,7% n=54.050	65,3% n=118.819	5,1% n=9.206	46,0% n=3.563	52,3% n=4.054	1,8% n=136	25,3% n=1.006	63,2% n=2.508	11,5% n=455
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
mit GBZ	96,3% n=449.597	3,3% n=15.266	0,4% n=1.952	20,9% n=7.777	30,4% n=11.337	48,7% n=18.167	54,8% n=9.843	5,2% n=934	40,0% n=7.194
ohne GBZ	99,3% n=180.804	0,6% n=1.013	0,1% n=258	60,5% n=4.687	30,4% n=2.359	9,1% n=707	55,9% n=2.218	6,0% n=239	38,1% n=1.512
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
mit GBZ	76,6% n=357.488		23,4% n=109.327	51,9% n=19.339		48,1% n=17.942	56,2% n=10.105		43,8% n=7.866
ohne GBZ	93,6% n=170.364		6,4% n=11.711	92,3% n=7.156		7,7% n=597	80,9% n=3.210		19,1% n=7.59
insgesamt	81,3% n=527.852		18,7% n=121.038	58,8% n=26.495		41,2% n=18.539	60,7% n=13.315		39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.9 Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter

Versicherte, die eine zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter vereinbart haben, sind überproportional häufig in den Fokusgruppen zu finden (Tabelle 26). Lediglich bei den Statuswechslern (Status-Gruppe 3) waren die Versicherten mit Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter in Fokusgruppe 1 weniger dominant vertreten.

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

BERM	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 BERM	17,2% n=1.210	46,4% n=3.259	36,6% n=2.583	14,1% n=988	53,7% n=3.757	32,2% n=2.256	9,3% n=115	74,2% n=919	16,5% n=204
ohne BERM	19,5% n=125.451	65,0% n=416.999	15,5% n=99.388	19,2% n=7.318	79,2% n=30.136	1,5% n=579	15,9% n=3.290	69,6% n=14.415	14,5% n=2.997
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max
mit BERM	86,9% n=6.129	9,7% n=687	3,3% n=236	25,0% n=1.749	2,8% n=197	72,2% n=5.055	38,3% n=474	4,5% n=56	57,2% n=708
ohne BERM	97,3% n=624.272	2,4% n=15.592	0,3% n=1.974	28,2% n=10.715	35,5% n=13.499	36,3% n=13.819	56,0% n=11.587	5,4% n=1.117	38,6% n=7.998
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706
Sprünge →	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft	nicht sprunghaft		3: sprunghaft
mit BERM	60,4% n=4.262		39,6% n=2.790	32,4% n=2.267		67,6% n=4.734	30,5% n=377		69,5% n=861
ohne BERM	81,6% n=523.590		18,4% n=118.248	63,7% n=24.228		36,3% n=13.805	62,5% n=12.938		37,5% n=7.764
insgesamt	81,3% n=527.852		18,7% n=121.038	58,8% n=26.495		41,2% n=18.539	60,7% n=13.315		39,3% n=8.625

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

6.1.10 Veränderung des Risikozuschlags

Für Teile des Versichertenkollektivs enthält der Beitrag einen Risikozuschlag. Grundsätzlich besteht aber die Möglichkeit, dass der ursprünglich vereinbarte Risikozuschlag entfällt. Die Versicherten in den Status-Gruppen lassen sich folglich unterteilen in Versicherte ohne Risikozuschlag im gesamten Beobachtungszeitraum und in Versicherte, die irgendwann im Beobachtungszeitraum einen Risikozuschlag hatten (Tabelle 27). Für die Gruppe der Versicherten mit Risikozuschlag wurden als zusätzliche Untergruppe diejenigen betrachtet, bei denen innerhalb des Beobachtungszeitraums der Risikozuschlag entfiel und die daher im Jahr 2015 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. In der Gruppe der durchgehend Beihilfeversicherten (Status-Gruppe 1) war der Anteil unabhängig davon mit 3,3 % jedoch relativ klein. Nach dem endogenen (prozentualen) Maßstab waren starke Beitragssteigerungen hingegen für Versicherte mit Risikozuschlag nicht relativ häufiger gegenüber den Versicherten ohne bzw. mit Verlust des Risikozuschlags.
- ◆ Unter den durchgehend abhängig beschäftigten und selbständigen Versicherten der Status-Gruppe 2 sowie teilweise auch unter den durchgehend Beihilfeversicherten der Status-Gruppe 1 ging der **Wegfall des Risikozuschlags** mit vergleichsweise geringen Beitragssteigerungen einher.

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

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

Risikozuschlag	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)			Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)			Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)			
	endogen →	Fokusgruppen			Fokusgruppen			Fokusgruppen		
		< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅	< ∅	∅	1: > ∅
kein Risikozuschlag	19,3% n=117.990	64,9% n=397.024	15,9% n=97.047	18,1% n=7.856	75,6% n=32.803	6,4% n=2.759	15,6% n=3.270	69,6% n=14.555	14,7% n=3.077	
Risikozuschlag	23,5% n=8.671	63,1% n=23.234	13,4% n=4.924	27,8% n=450	67,5% n=1.090	4,7% n=76	13,0% n=135	75,0% n=779	11,9% n=124	
davon: Wegfall Risikozuschlag	37,5% n=1.750	50,4% n=2.349	12,1% n=564	41,8% n=170	54,1% n=220	4,2% n=17	13,6% n=45	77,3% n=255	9,1% n=30	
insgesamt	19,5% n=126.661	64,8% n=420.258	15,7% n=101.971	18,4% n=8.306	75,3% n=33.893	6,3% n=2.835	15,5% n=3.405	69,9% n=15.334	14,6% n=3.201	
exogen →	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	< GKV-Max	= GKV-Max	2: > GKV-Max	
kein Risikozuschlag	97,5% n=596.635	2,4% n=14.416	0,2% n=1.010	27,6% n=11.977	31,1% n=13.508	41,3% n=17.933	55,1% n=11.523	5,4% n=1.119	39,5% n=8.260	
Risikozuschlag	91,7% n=33.766	5,1% n=1.863	3,3% n=1.200	30,1% n=487	11,6% n=188	58,2% n=941	51,8% n=538	5,2% n=54	43,0% n=446	
davon: Wegfall Risikozuschlag	98,8% n=4.607	0,9% n=42	0,3% n=14	57,7% n=235	28,5% n=116	13,8% n=56	47,6% n=157	9,7% n=32	42,7% n=141	
insgesamt	97,2% n=630.401	2,5% n=16.279	0,3% n=2.210	27,7% n=12.464	30,4% n=13.696	41,9% n=18.874	55,0% n=12.061	5,3% n=1.173	39,7% n=8.706	

Veränderung Risikozuschlag Sprünge →	Status-Gruppe 1 (Beihilfe)		Status-Gruppe 2 (Arbeitnehmer, Selbst.)		Status-Gruppe 3 (Statuswechsler)	
	Fokusgruppen		Fokusgruppen		Fokusgruppen	
	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft	nicht sprunghaft	3: sprunghaft
kein Risikozuschlag	81,2% n=496.901	18,8% n=115.160	58,6% n=25.447	41,4% n=17.971	60,6% n=12.673	39,4% n=8.229
Risikozuschlag	84,0% n=30.951	16,0% n=5.878	64,9% n=1.048	35,1% n=568	61,8% n=642	38,2% n=396
davon: Wegfall Risikozuschlag	81,2% n=3.786	18,8% n=877	65,8% n=268	34,2% n=139	60,9% n=201	39,1% n=129
insgesamt	81,3% n=527.852	18,7% n=121.038	58,8% n=26.495	41,2% n=18.539	60,7% n=13.315	39,3% n=8.625

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 24). Zum anderen wurden auf Basis der oben dargestellten Ergebnisse die Faktoren ausgewählt, die in den Fokusgruppen gehäuft auftraten:

- ◆ sehr umfangreicher Leistungsumfang im Jahr 2015
- ◆ Erhöhung des Leistungsumfangs im Beobachtungszeitraum
- ◆ Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes im Beobachtungszeitraum
- ◆ Vereinbarung einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter im Beobachtungszeitraum
- ◆ Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags im Beobachtungszeitraum
- ◆ Risikozuschlag im Beobachtungszeitraum

Insgesamt wies der überwiegende Teil der Versicherten, die zur Fokusgruppe 2 und / oder zur Fokusgruppe 3 gehörten, mindestens eine dieser Merkmalsausprägungen auf. Nur in der – allerdings zahlenmäßig größten – Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) waren es mit einem Anteil von rd. 93,1 % (n = 113.308) nicht sämtliche Versicherte. In den Status-Gruppen 2 und 3 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig bzw. Statuswechsler) gab es hingegen nur sehr wenige Versicherte in den Fokusgruppen 2 und/oder 3, auf die nicht mindestens einer der o. a. Faktoren zutraf.

Da der gesetzliche Beitragszuschlag von den meisten Versicherten, die im Jahr 2000 noch nicht 60 Jahre alt waren, vereinbart wurde, wurde in einer weiteren Auszählung der gesetzliche Beitragszuschlag nicht berücksichtigt. Ohne den GBZ hatten nur noch rd. 30,7 % (n = 34.804) der Versicherten der Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert) mindestens einen der fünf verbliebenen genannten Faktoren, in der Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) betrug der entsprechende Anteil rd. 84,1 % (n = 18.726) und in der Status-Gruppe 3 (Statuswechsler) rd. 71,2 % (n = 8.836).

In einer weiteren Analyse wurde die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Kombinationen der ausgewählten Faktoren ausgewertet (Tabelle 28). In der **Status-Gruppe 1** der durchgehend Beihilfeversicherten hatten rd. 6,9 % (n = 8.397) der Versicherten in der Fokusgruppe 2 und/oder Fokusgruppe 3 keine der relevanten Merkmalsausprägungen (im Vergleich zu rd. 29,3 % der durchgehend Beihilfeversicherten, die weder zur Fokusgruppe 2 noch zur Fokusgruppe 3 gehörten). Unter den durchgehend Beihilfeversicherten entfielen auf den Faktor Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags (GBZ) die größten Anteile, in den Fokusgruppen waren diese insgesamt noch etwas höher (64,5 % gegenüber 58,5 %). Des Weiteren war insbesondere die Kombination aus der Vereinbarung des gesetzlichen Beitragszuschlags und der Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes bei den Versicherten in den Fokusgruppen mit rd. 18,4 % (n = 22.367) häufiger als bei den Versicherten, die zu keiner der beiden Fokusgruppen zählten (n = 4,8 %, n = 25.261).

Für die **Status-Gruppe 2** (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig) zeigte sich insbesondere, dass ein sehr umfangreicher Leistungsumfang ohne weitere Faktoren nur bei rd. 0,6 % der Versicherten, die zur Fokusgruppe 2 und/oder zur Fokusgruppe 3 gehörten, vorkam; unter den Versicherten, die zu keiner der Fokusgruppen 2 und 3 zählten, lag der Anteil mit einem sehr umfangreichen Leistungsumfang hingegen bei 15,4 %. Die Kombination aus gesetzlichem Beitragszuschlag und sehr umfangreichen Versicherungsschutz war hingegen unter den Versicherten der Fokusgruppen etwas häufiger als unter den Versicherten, die zu keiner der beiden Fokusgruppen gehörten (51,2 % im Vergleich zu 43,3 %). Unter den Versicherten, die zu keiner der beiden Fokusgruppen zählten, wies ein Anteil von 12,5 % keinen der betrachteten Faktoren auf

Für die **Status-Gruppe 3** der Statuswechsler zeigt sich, dass Kombinationen mit einem sehr umfangreichen Leistungsumfang bzw. einer Erhöhung des Leistungsumfangs unter den Versicherten der Fokus-Gruppen 2 und/oder 3 häufiger waren.

Im Ergebnis zeigt sich für alle Status-Gruppen, dass von den betrachteten versichertenindividuellen Faktoren der gesetzliche Beitragszuschlag in Kombination mit einem sehr umfangreichen Leistungsumfang, einer Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes oder einer zusätzlich vereinbarten Beitragsermäßigung im Alter in den Fokusgruppen 2 und 3 – teilweise deutlich – häufiger vorkam. Somit spiegeln relativ hohe bzw. sprunghafte Prämienentwicklungen bei großen Teilen der Versicherten einerseits eine Art „Investition“ in eine Dämpfung der Beitragsentwicklung im Alter (GBZ, BERM), andererseits gehen sie mit einem relativ hohen Niveau bzw. einer Erhöhung des Niveaus der im betrachteten Zeitraum zusätzlich vereinbarten Versicherungsleistungen einher.

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

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
Status-Gruppe 1 (durchgehend beihilfeversichert)		
GBZ	64,5 % (n = 78.504)	58,5 % (n = 308.388)
GBZ und Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	18,4 % (n = 22.367)	4,8 % (n = 25.261)
kein Faktor	6,9 % (n = 8.397)	29,3 % (n = 154.482)
GBZ und Risikozuschlag	3,3 % (n = 4.039)	3,3 % (n = 17.285)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	2,1 % (n = 2.542)	
Risikozuschlag		2,2 % (n = 11.678)
Status-Gruppe 2 (durchgehend Arbeitnehmer oder selbständig)		
GBZ und sehr umfangreicher Leistungsumfang	51,2 % (n = 11.514)	43,3 % (n = 9.765)
GBZ, sehr umfangreicher Leistungsumfang und Beitragsermäßigung im Alter	18,6 % (n = 4.177)	3,1 % (n = 693)
GBZ	15,7 % (n = 3.529)	20,2 % (n = 4.568)
sehr umfangreicher Leistungsumfang		15,4 % (n = 3.465)
GBZ und Beitragsermäßigung im Alter	3,5 % (n = 792)	
kein Faktor		12,5 % (n = 2.827)
GBZ, sehr umfangreicher Leistungsumfang und Risikozuschlag	2,6 % (n = 588)	
Status-Gruppe 3 (Status-Wechsler)		
GBZ	27,9 % (n = 3.581)	62,4 % (n = 5.691)
GBZ, sehr umfangreicher Leistungsumfang, Erhöhung des Leistungsumfangs und Erhöhung des Erstattungssatzes	18,2 % (n = 2.334)	
GBZ und Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	17,1 % (n = 2.194)	3,1 % (n = 283)
GBZ und sehr umfangreicher Leistungsumfang	7,3 % (n = 937)	4,1 % (n = 378)
GBZ, sehr umfangreicher Leistungsumfang und Erhöhung des Leistungsum-		

Kombinationen der Faktoren	Anteil/Anzahl Versicherte in Fokusgruppe 2 und/oder 3	Anteil/Anzahl Versicherte weder Fokusgruppe 2 noch Fokusgruppe 3
fangs		
kein Faktor		18,0 % (n = 1.640)
GBZ und Risikozuschlag		2,8 % (n = 253)
Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes	5,3 % (n = 674)	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Anmerkung: Aufgeführt sind jeweils die TOP 5 der Kombinationen der Faktoren.

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 Kontrollvariablen, insbesondere Alter, Geschlecht und das Eintrittsalter, aufgenommen.

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

$$y_{it} = x_{it}\beta + \alpha_i + u_{it}, \quad i=1,\dots, n; t= 1996, \dots, 2015$$

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.

Des Weiteren wurden in das Modell zusätzlich potenziell beitragsrelevante Variablen aufgenommen, die sich für die einzelnen Versicherten in einem Jahr nicht unterscheiden, aber über den Beobachtungszeitraum variieren, nämlich der Nettozins der Debeka in Prozent, die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung sowie die Steigerung des Verbraucherpreisindex in Prozent.²¹

²¹ Die potentiellen Wirkungen der genannten Parameter auf die Beitragsentwicklung kann jedoch – u. U. größeren – zeitlichen Verzögerungen unterliegen. Insbesondere dürfte dies auf die Nettoverzinsung zutreffen. In dem hier verwendeten Modell können diese möglichen „lag-Strukturen“ nicht adäquat abgebildet werden.

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. Unterschiede bestehen zwischen den Status-Gruppen vor allen hinsichtlich des Einflusses des Geschlechts sowie des Eintrittsalters. Für das Vorliegen eines Risikozuschlags wurde bei Kontrolle der anderen Faktoren mit Ausnahme der Status-Gruppe 3 kein signifikanter Effekt gefunden.

Tabelle 29: Ergebnisse der multivariaten Analysen nach Status-Gruppen

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abweichung	Koeffizient	Std.abweichung	Koeffizient	Std.abweichung
Geschlecht (Dummy, männlich = 0)	-0.532***	0.003	-1.018***	0.016	0.376***	0.052
Alter in Jahren	-0.028***	0.000	-0.964***	0.001	-0.052***	0.003
Eintrittsalter in Jahren	-0.003***	0.000	0.010***	0.001	0.018***	0.004
sehr umfangreicher Versicherungsschutz	-10.468***	0.108	-0.748***	0.019	-3,599***	0.091
umfangreicher Versicherungsschutz	Referenz		Referenz		Referenz	
weniger umfangreicher Versicherungsschutz	-0.097***	0.010	-0.883***	0.033	-3.829***	0.101
Erhöhung des Versicherungsschutzes	35.114***	0.101	25.152***	0.196	30.976***	0.221
Absenkung des Versicherungsschutzes	-13.110***	0.036	-32.838***	0.085	-13.118***	0.183
Beitragsermäßigung im Alter	0.522***	0.019	1.351***	0.208	0.355**	0.130
gesetzlicher Beitragszuschlag	0.408***	0.005	0.087***	0.019	0.159**	0.701
Beihilfeergänzungstarif	-0.217***	0.005	n/a		-0.509***	0.090
Erstattungssatz			n/a			
ambulant <= 30%, stationär < 30%	Referenz				Referenz	
ambulant und stationär 30%	0.863***	0.025			-0.004	0.381
ambulant > 30% & <= 50%, stationär < 50%	-0.419***	0.026			-1.167***	0.394
ambulant und stationär 50%	0.010***	0.025			-0.604	0.381
ambulant > 50%	0.323***	0.053			4.036***	0.388
Erhöhung des Erstattungssatzes	50.476***	0.015	n/a		119.178***	0.169

Variablen	Status-Gruppe 1		Status-Gruppe 2		Status-Gruppe 3	
	Koeffizient	Std.abweichung	Koeffizient	Std.abweichung	Koeffizient	Std.abweichung
Absenkung des Erstattungssatzes	-32.048***	0.012	n/a		-49.475***	0.163
Risikozuschlag	0.007	0.008	0.036	0.039	0.308*	0.135
absoluter Selbstbehalt (Dummy)	n/a				-0.002***	0.000
selbständig (Dummy)	n/a		-0.034	0.031	0.361***	0.088
Nettozins (Debeka)	0.714***	0.002	0.426***	0.007	0.239***	0.267
Ausgabensteigerung der PKV (in %)	0.413***	0.001	0.557***	0.046	0.582***	0.178
Änderung des Verbraucherpreisindexes (in %)	0.367***	0.003	1.276***	0.011	0.717***	0.041
Konstante	-1.340***	0.035	2.782***	0.092	0.574***	0.493
Anzahl der Versicherten	648.890		45.034		21.940	
Anzahl der Beobachtungen	12.997.800		900.680		438.800	
R ² „within“	61,8 %		22,9 %		76,1 %	
R ² „between“	73,7 %		67,6 %		59,2 %	
R ² „overall“	62,1 %		24,6 %		75,7 %	

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, Durchschnittsbetrachtungen oder Teilausschnitte. 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.

Für die vorigen Analysen stand eine für Studienzwecke bislang einzigartige Datengrundlage der Debeka Krankenversicherung zur Verfügung, die es ermöglichte, die individuelle Beitragsentwicklung von fast 716 Tausend privat Krankenversicherten über einen Zeitraum von 20 Jahren 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 1995 bis 2015 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 Beitragsveränderungen deutlich umfassender: Sie nehmen die Beitragsveränderungen vollständig in den Blick und beziehen damit insbesondere auch versichertenindividuelle Einflussfaktoren ein. Insoweit diese Einflussfakto-

ren an Präferenzen orientierte Wahlentscheidungen widerspiegeln, sind die hierauf zurückzuführenden Beitragsveränderungen aus Sicht der Versicherungsnehmer zunächst unkritisch.

Die Basis der Analysen bildete eine Grundgesamtheit mit knapp 660 Tsd. Beihilfeversicherten (rd. 92 %), ca. 53,4 Tsd. Arbeitnehmern und deren Angehörigen (7,5 %) sowie etwa 2,5 Tsd. Selbständigen im Jahr 2015, die mind. seit dem Jahr 1995 ununterbrochen bei der Debeka versichert waren. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ◆ Die Altersprofile der durchschnittlichen Monatsprämien zeigen für das Jahr 2015 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.
 - ◆ Das Spektrum der jahresdurchschnittlichen Prämienveränderungen für den Zeitraum 1995 bis 2015 reichte von -11,7 % bis +16,9 %.
 - ◆ Die Beiträge des Drittels der Versicherten mit den stärksten jahresdurchschnittlichen Prämiensteigerungen erhöhten sich in diesem Zeitraum um 4,6 % p.a. für die durchgehend Beihilfeversicherten, um 5,0 % p.a. für die durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten und um 8,0 % p.a. für die Versicherten, die ihren beruflichen 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 1,1 % p.a. Für die durchgehend Beihilfeversicherten betrug der Beitragsanstieg im unteren Drittel durchschnittlich 1,2 % p.a., für die Arbeitnehmer und Selbständigen 1,9 % 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 Beihilfeversicherten knapp 16 %, unter den Status-Wechslern knapp 15 % und unter den durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten lediglich rd. 6 % von starken Beitragssteigerungen betroffen.
 - ◆ Zieht man hingegen die Erhöhung des GKV-Maximalbeitrags in demselben Zeitraum als exogenen Referenzmaßstab heran, liegt der Ausgangswert zur Abgrenzung der Stärke von Beitragsveränderungen bei einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs der Monatsprämie um 10,37 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-Maximalbeitrags lag. Gemäß dieser Abgrenzung waren deutlich mehr, nämlich knapp 42 %, der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten von starken Beitragssteigerungen betroffen. Ähnlich hoch war erneut der Anteil der Status-Wechsler mit knapp 40 %. Aufgrund ihres systematisch geringeren Prämienniveaus hatten die Beihilfeversicherten nach diesem am GKV-Maximalbeitrag orientierten Maßstab dagegen kaum starke Beitragssteigerungen (0,3 %).

- ◆ Etwa jeder fünfte Versicherte in der Grundgesamtheit hatte im Zeitraum 1995 bis 2015 eine sprunghafte Beitragsentwicklung, d. h. entweder mindestens zwei jährliche Beitragserhöhung um ≥ 20 % oder mindestens fünf Beitragserhöhungen um ≥ 10 %. Von den Arbeitnehmern und Selbständigen hatten ca. 41 % eine sprunghafte Beitragsentwicklung gemäß diesen Kriterien – und damit verhältnismäßig deutlich mehr als in der Grundgesamtheit. Ähnlich hoch war wiederum der entsprechende Anteil unter den Status-Wechslern (rd. 39 %), während nur knapp 19 % der Beihilfeversicherten von sprunghaften Beitragsveränderungen betroffen waren.

Als mögliche versichertenindividuelle Einflussfaktoren der Beitragsentwicklung wurde eine Reihe von Merkmalen untersucht: neben Alter und Geschlecht das Eintrittsalter, der Umfang des Versicherungsschutzes und seine Veränderung, Veränderungen von Selbstbehalten und Erstattungsprozentsätzen (bei Beihilfeversicherten), die Wahl des gesetzlichen Beitragszuschlags (Wahloption bestand nur für einen Teil der Versicherten), Wahl einer zusätzlichen Beitragsermäßigung im Alter und Risikozuschläge. Darüber hinaus wurden als weitere erklärende Variablen die Nettoverzinsung und die Ausgabenentwicklung in der gesamten PKV einbezogen. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ◆ Versicherte mit – gemessen an der Entwicklung des GKV-Maximalbeitrags – überdurchschnittlichen Prämiensteigerungen und/oder sprunghafter Beitragsentwicklung hatten relativ häufig eine Kombination aus gesetzlichem Beitragszuschlag, einem sehr umfangreichen Leistungsumfang, 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.

- ◆ 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.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Beiträge der überwiegenden Mehrheit der Beihilfeversicherten – nicht zuletzt aufgrund des geringeren Versicherungsumfangs, den sie in der PKV abzuschließen haben, – langfristig in Relation zum GKV-Maximalbeitrag nicht stark gestiegen sind. Für die Arbeitnehmer, Selbständigen und Statuswechsler waren die durchschnittlichen Beitragssteigerungen hingegen für rd. 40 % deutlich (d. h. um mind. 10 %) höher als der Anstieg des Maximalbeitrags in der GKV und/oder sprunghaft. Allerdings ist hierbei der Sondereffekt der Einführung des gesetzlichen Beitragszuschlags ab dem Jahr 2001 zu berücksichtigen, dessen beitragsdämpfenden Wirkungen in der hier verwendeten Datengrundlage nur unzureichend abgebildet wird. Blendet man diesen Sondereffekt aus, reduziert sich insbesondere der Anteil der durchgehend abhängig beschäftigten oder selbständigen Versicherten, für die sich nach der angewandten Definition starke bzw. sprunghafte Beitragssteigerungen feststellen lassen, auf deutlich unter 20 %.

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

Dass sich die Prämienentwicklungen individuell sehr unterschiedlich gestalten, illustriert auch folgende Betrachtung: Die Gruppe der langfristig Versicherten umfasst knapp 716 Tsd. Versichertenhistorien. Im Jahr 1995 gab es (ohne Berücksichtigung von Nachkommastellen) 450 verschiedene Prämienhöhen, d. h. im Durchschnitt hatten ca. 1.591 Versicherte dieselbe Prämie. Im Jahr 2015 gab es 791 verschiedene Prämienhöhen, d. h. im Durchschnitt hatten noch ca. 905 Versicherte eine identische Prämie – trotz der relativ geringen Tarifvielfalt der Debeka.

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

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

- ◆ Für die große Gruppe der Beihilfeversicherten sind Prämiensteigerungen – gemessen an den hier gewählten Kriterien – nicht stark ausgeprägt, wenn keine individuellen Erhöhungen des Versicherungsschutzes oder

des Erstattungssatzes hinzukommen. Letzteres betraf jedoch nur vergleichsweise wenige Personen.

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

7.2 Zusatzauswertung zur aktuellen Beitragsentwicklung

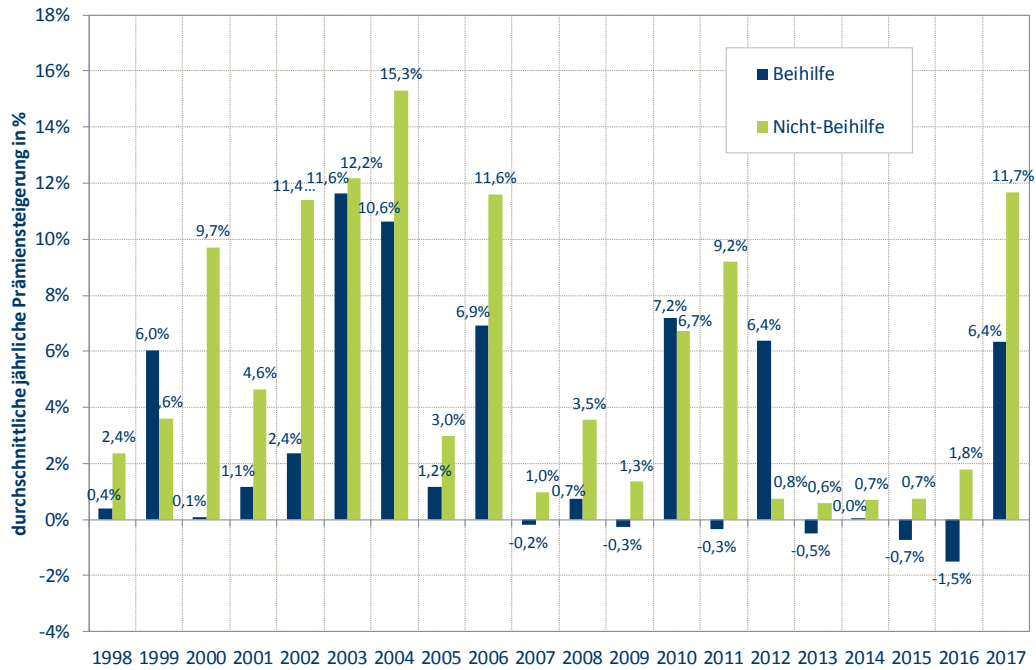
Die Sprunghaftigkeit von Beitragsentwicklungen ist einer der zentralen Aspekte der kritischen Diskussion über Prämiensteigerungen in der PKV, der insbesondere auf den typischerweise kurzfristigen Betrachtungshorizont zurückzuführen ist. Aktuelles Beispiel hierfür ist die (Medien-)Resonanz auf die jüngsten Beitragsanpassungen zum Jahresbeginn 2017.²² Bei längerfristiger Betrachtung relativieren sich die teilweise relativ starken Prämienenerhöhungen eines Jahres. Anknüpfend an die vorigen Analysen zeigt sich dies sehr deutlich für die Versicherten der Debeka mit mindestens 20-jähriger ununterbrochener Versicherungszugehörigkeit.

Im Rahmen einer Zusatzauswertung wurde die Beitragsentwicklung unter Einbezug der Jahre 2016 und 2017 analysiert, d. h. für den Zeitraum 1997-2017. Die Grundgesamtheit der Versicherten wurde nach denselben Kriterien für diesen Zeitraum ausgewählt (vgl. Kapitel 2) und ist mit 755.791 Personen etwas größer (rd. 5,6 %) als die Grundgesamtheit für den Zeitraum 1995-2015.

Für die Beihilfeversicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit verringerten sich im Jahr 2016 die Prämien im Durchschnitt um 1,5 %, im Jahr 2017 nahmen sie durchschnittlich um 6,4 % zu (Abbildung 26). Die Beiträge der Nicht-Beihilfeversicherten stiegen im Jahr 2016 im Durchschnitt um 1,8 %, im Jahr 2017 um 11,7 %.

²² Vgl. Mihm (2016a), Sommerfeldt/Zschäpitz (2016), Fromme (2016), Hoffmann (2016), Szent-Ivanyi (2016).

Abbildung 26: Durchschnittliche jährliche Prämiensteigerung für Beihilfe- und Nicht-Beihilfeversicherte, 1998-2017



Quelle: IGES aus Basis von Daten der Debeka

Da von einer hohen Überschneidung der beiden Grundgesamtheiten von Versicherten mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit auszugehen ist, kann durch den Vergleich der Beitragsentwicklungen beider Gruppen approximativ eingeschätzt werden, welchen Effekt die Beitragsveränderungen der zusätzlichen Jahre 2016 und 2017 auf die langfristige Beitragsentwicklung haben. Es zeigt sich, dass für die unterschiedlichen Zeitabschnitte des Zeitraums 1997-2017 (die letzten fünf bzw. zehn Jahre und Gesamtzeitraum) jahresdurchschnittlich die Prämien im Median weniger stark gestiegen sind als im Zeitraum 1995-2015 – trotz der relativ starken Steigerungen des Jahres 2017 (Tabelle 30). Das Spektrum zwischen minimaler und maximaler Prämienveränderung hat sich entsprechend tendenziell nach unten verschoben.

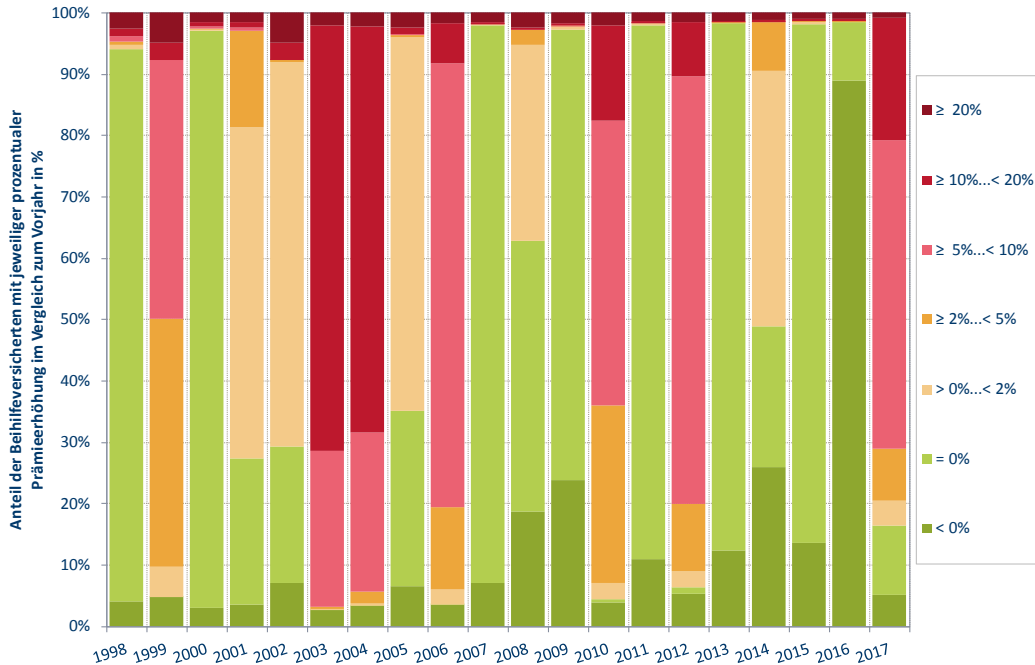
Tabelle 30: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Prämien für Versicherte mit mind. 20-jähriger Versicherungszugehörigkeit

Zeitraum	Median	Minimum	Maximum
1995-2015 (n = 715.864)			
20 Jahre	2,9%	-11,7%	16,8%
10 Jahre	1,6%	-24,7%	25,9%
5 Jahre	0,7%	-43,9%	50,3%
1997-2017 (n = 755.791)			
20 Jahre	2,6%	-14,5%	15,5%
10 Jahre	1,4%	-28,8%	23,9%
5 Jahre	0,6%	-40,5%	47,6%

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 27). Für sie war das Jahr 2016 nicht nur beitragsstabil, sondern brachte für den überwiegenden Teil (89 %) sogar Beitragssenkungen. Demgegenüber erhöhten sich im Jahr 2017 die Beiträge für 71 % der Beihilfeversicherten um mindestens 5 %, für knapp 21 % um mindestens 10 %. Dennoch hat sich hierdurch bei längerfristiger Betrachtung über 5, 10 und 20 Jahre der Beitragsanstieg insgesamt nicht verstärkt, sondern sogar reduziert. Die Erklärung hierfür ist, dass durch die Aktualisierung der Betrachtungszeiträume jeweils am unteren Zeitrand Jahre, in denen die Beiträge gegenüber dem jeweiligen Vorjahr stärker gestiegen sind als in den Jahren, die am oberen Zeitrand neu hinzukommen, entfallen. Dies betrifft bei der 20-Jahres-Betrachtung das Jahr 1997: Für die ähnliche Grundgesamtheit hatten sich in diesem Jahr die Beiträge für noch deutlich mehr Beihilfeversicherte teilweise noch stärker erhöht (vgl. Abbildung 16). Bei der 5- und 10-Jahres-Betrachtung entfallen die Jahre 2003 und 2004 mit ebenfalls relativ starken Beitragserhöhungen.

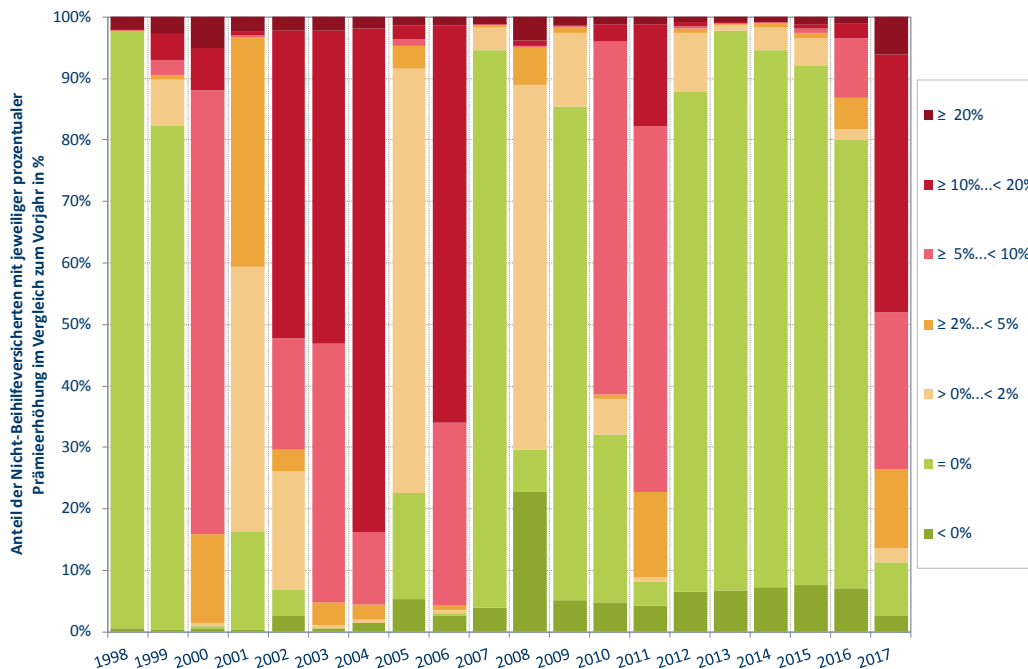
Abbildung 27: Anteile der Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1998-2017



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

Qualitativ gilt dasselbe auch für die Nicht-Beihilfeversicherten (Abbildung 28). In der Grundgesamtheit für den Zeitraum 1995-2015 war ebenfalls das Jahr 1997 durch relativ starke Beitragserhöhungen gekennzeichnet (vgl. Abbildung 17), die bei der Grundgesamtheit für den Zeitraum 1997-2017 nicht mehr enthalten sind. Bei der 5- bzw. 10-Jahres-Betrachtung stehen der Einbeziehung der Beitragserhöhungen des Jahres 2017 die entfallenden Beitragserhöhungen des Zeitraums 2002-2004 gegenüber.

Abbildung 28: Anteile der Nicht-Beihilfeversicherten nach Höhe der prozentualen Prämienveränderung im Vergleich zum Vorjahr, 1998-2017



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Debeka

7.3 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. Im Hinblick auf die aktuellen Beitragsanpassungen für das Jahr 2017 zeigt dies die Zusatzauswertung, die eine Gegenüberstellung verschiedener Zeiträume ermöglicht.

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 Schaden“ nicht „angeschlagen“ hatte. Mit dieser Neuregelung können größere Beitragssprünge, die in der Vergangenheit auftraten, wenn die Kopfschäden und die Sterbetafel gleichzeitig ausgetauscht werden mussten, teilweise vermieden werden. Der auslösende Faktor Sterblichkeit hat in der Praxis allerdings inzwischen eine geringere Bedeutung, da sich die Lebenserwartung nur langsam ändert und eine Abweichung von mehr als 5 % erst nach mehreren Jahren eintritt.

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

²³ Der PKV-Verband hat mehrfach auf diese Ursache von Beitragssprüngen hingewiesen, auch wieder im Zusammenhang mit den jüngsten Beitragsanpassungen zum Jahresbeginn 2017 (vgl. Schlingensiepen/Fromme 2017).

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

Veränderungen des erforderlichen Rechnungszinses im VAG zusätzlich als auslösenden Faktor zu berücksichtigen, wäre somit ein weiterer Schritt, um zukünftigen Beitragssprüngen für privat Versicherte entgegenzuwirken. Aus Sicht des Versicherten und zur tatsächlichen Verstetigung der Prämienentwicklung wäre es allerdings noch sinnvoller, über die Betrachtung der einzelnen Rechnungsgrundlagen hinaus auch die kumulierte Wirkung veränderter Rechnungsgrundlagen auf den Beitrag zu bewerten und die Berechtigung zu einer Prämienüberprüfung und -anpassung hiervon abhängig zu machen.

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.
- Assekurata (2016): Marktausblick zur privaten Krankenversicherung 2016/2017, Köln.
- Fromme H (2016): Private Krankenversicherung – Der Preisschock, Süddeutsche Zeitung vom 30.09.2016, S. 17.
- 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.
- Hoffmann A (2016): Der Beitragsschock, Stern vom 29.12.2016, S. 54 ff.
- 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.
- Schlingensiepen I, Fromme H (2017): PKV-Baustellen GOÄ und Aufsichtsgesetz, Ärzte Zeitung vom 18.01.2017, S. 13.
- Sommerfeldt N, Zschäpitz H (2016): Historischer Prämienchock, Die Welt vom 30.09.2016, S. 13.
- Szent-Ivanyi T (2016): Private Krankenkassen werden teurer, Berliner Zeitung vom 27.10.2016, S. 1.
- 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 (2016): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2015, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (versch. Jahre): Zahlenberichte.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com