



Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de

ISSN 0503-8839

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	5
1. Die Branche im Überblick	7
1.1 Die Mitgliedsunternehmen.....	9
1.2 Versicherungsarten	13
1.3 Zahlen 2008.....	16
1.4 Aktuelle Entwicklung 2009	22
2. Versicherungsbestand	25
2.1 Krankheitsvollversicherung	27
2.2 Pflegeversicherung.....	33
2.3 Zusatzversicherungen	34
2.4 Besondere Versicherungsformen	35
3. Erträge	37
3.1 Beitragseinnahmen	39
3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung ...	43
3.3 Kapitalerträge	45
4. Aufwendungen	49
4.1 Versicherungsleistungen.....	52
4.2 Schadenrückstellung.....	64
4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	64
4.4 Alterungsrückstellungen.....	65
4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	68
5. Statistiken zur Tarifikalkulation	69
5.1 Profile	71
5.2 Sterbetafel.....	81
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	81
5.4 Krankenhausstatistik.....	83
5.5 Krankheitsartenstatistik.....	85

6. Zeitreihen 1998 - 2008	89
6.1 Versicherungsbestand.....	90
6.2 Beitragseinnahmen.....	92
6.3 Versicherungsleistungen.....	92
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung.....	94
6.5 Alterungsrückstellungen.....	94
6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen.....	96
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen.....	96
6.8 Kennzahlen.....	100

Anhang

I. Grundlagen	105
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland.....	105
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen.....	108
I.3 Zahlen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.....	110
II. Glossar	114
III. Mitgliederverzeichnis 2009	121
IV. Stichwortverzeichnis	126

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die beste Nachricht zuerst: Die Talfahrt der letzten Jahre im Neugeschäft der privaten Krankenversicherung (PKV) ist – zumindest vorerst – gestoppt. Obwohl der Zugang zur Vollversicherung seit der Gesundheitsreform von 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung / GKV-WSG) massiv erschwert ist, haben sich in diesem und im vergangenen Jahr Zigtausende von Menschen in einer regelrechten „Abstimmung mit den Füßen“ für die PKV entschieden. Im ersten Halbjahr 2009 erhöhte sich der Versichertenbestand in der Krankheitsvollversicherung um 98.800 Personen auf insgesamt 8,74 Millionen.

Eine wesentliche Ursache dafür ist die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe schlossen Tausende vormals Unversicherte eine private Kranken- und Pflegeversicherung ab – darunter viele Beamte, die sich für den Anteil der Kosten, den die Beihilfe offen lässt, bislang nicht versichern mussten. Auch die negativen Schlagzeilen vor Einführung des Gesundheitsfonds und die für viele gesetzlich Versicherte damit verbundenen Beitragserhöhungen haben Tausende zum Wechsel in die PKV bewegt. Mindestens 60.000 Neuversicherte haben noch Tarife der „alten Welt“ mit Versicherungsbeginn 2009 abgeschlossen.

Bereits im Jahr 2008 hatte der Nettoneuzugang mit 90.300 Personen wieder mehr als 150 Prozent des Vorjahresniveaus erreicht (2007: 59.900 Personen). In dieser Zahl sind allerdings 20.500 reine Anwartschaftsversicherungen enthalten. Es handelt sich dabei um gesetzlich Versicherte, die sich für die Zukunft einen Tarif der „alten Welt“ sichern wollten. Bereinigt um diesen einmaligen Sondereffekt betrug der Nettoneuzugang 2008 insgesamt 69.800 Personen. Davon waren wiederum 20.900 Personen vorher nicht versichert und kamen im Vorgriff auf die gesetzliche Pflicht zur Versicherung. Der „normale“ Nettoneuzugang 2008 betrug somit 48.900 Personen, nur diese Zahl ist mit den Vorjahren vergleichbar.

Noch immer wirken sich sowohl die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 2003 als auch die 3-Jahres-Wartefrist für Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze negativ auf den Neuzugang aus. Daher ist es ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung eines fairen Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, dass die neue Regierungskoalition wieder mehr Wettbewerb zulassen und die 3-Jahres-Frist abschaffen will.

Ein kurzer Überblick über das vergangene Jahr: Ende 2008 hatten mehr als 10,5 Prozent der Menschen in Deutschland eine private Krankheitsvollversicherung bei einem der 46 Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands. Neben diesen 8,64 Millionen Vollversicherungen gab es knapp 21 Millionen Zusatzversicherungen – fast eine Million mehr als im Vorjahr. Die private Pflegepflichtversicherung zählte zum Jahresende 9,35 Millionen Versicherte.

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2008 um fast 3 Prozent auf 30,33 Milliarden Euro. In der Krankenversicherung stiegen sie um 2,8 Prozent auf 28,36 Milliarden Euro, damit lag der Zuwachs leicht unter dem Vorjahresniveau von 3,6 Prozent. In der Pflegeversicherung stiegen die Einnahmen dagegen weitaus stärker als im Vorjahr um 4,6 Prozent auf 1,97 Milliarden Euro (2007: plus 0,6 Prozent). Der Anteil der Krankheitsvoll-

versicherung an den Gesamtbeitragseinnahmen lag 2008 nahezu unverändert bei 71,8 Prozent, die Zusatzversicherungen hatten mit 19,5 Prozent einen deutlich geringeren Anteil. Die Pflegeversicherung steuerte 6,5 Prozent zu den Gesamtbeitragseinnahmen bei, die Besonderen Versicherungsformen 2,2 Prozent.

Der Ausgabenanstieg bei den Leistungen der privaten Krankenversicherung war 2008 mit 6,7 Prozent höher als im Vorjahr (2007: plus 6,1 Prozent). Die Leistungen erreichten damit eine Höhe von 19,55 Milliarden Euro. In der Pflegeversicherung stiegen die Ausgaben deutlich stärker als im Vorjahr um 6,9 Prozent auf 617,7 Millionen Euro (2007: plus 2,5 Prozent).

Im Ausblick auf das Jahr 2009 kann die private Krankenversicherung mit Beitragseinnahmen in Höhe von rund 31,5 Milliarden Euro rechnen. Das wären 4 Prozent mehr als im Vorjahr. Deutlich stärker dürften die Versicherungsleistungen ansteigen: Sie erreichen Ende 2009 voraussichtlich eine Höhe von 21,4 Milliarden Euro, was einem Plus von 6,0 Prozent entspräche. Diese Kostensteigerung geht deutlich über die Entwicklung in der GKV hinaus. Die PKV wird deshalb nicht nachlassen in ihrem Bemühen, mehr Einfluss auf Preise, Mengen und Qualität der Gesundheitsleistungen zu nehmen.

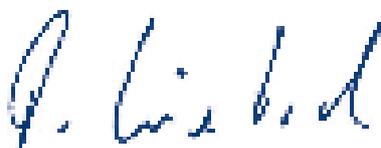
Die Beitragsrückerstattungen für Versicherte, die 2008 keine Leistungen in Anspruch genommen hatten, beliefen sich auf 1,16 Milliarden Euro. Zur Abmilderung von Beitragsanpassungen wurden insgesamt 2,34 Milliarden Euro verrechnet.

Die Alterungsrückstellungen stiegen 2008 um 10,73 Milliarden Euro auf 134,38 Milliarden Euro. Davon entfielen 115,19 Milliarden Euro auf die Krankenversicherung und 19,19 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung. Das Prinzip der Kapitaldeckung erweist sich auch in Zeiten der Finanzmarktkrise als zukunftssicher: Mit einer Nettoverzinsung von 3,56 Prozent im Jahr 2008 konnte die Branche trotz gesunkener Zinseinnahmen (2007: 4,75 Prozent) den Rechnungszins bedienen.

Wie sich der zum 1. Januar 2009 per Gesetz eingeführte brancheneinheitliche Basistarif entwickelt, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind, ist noch nicht abzusehen. Bislang entscheiden sich die Versicherten größtenteils für die „echte“ PKV-Welt: Ende Juni 2009 waren lediglich 9.800 Personen im Basistarif versichert. Dennoch bleibt er eine latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung. Die PKV vertraut daher darauf, dass der Gesetzgeber der vom Bundesverfassungsgericht vorgeschriebenen Beobachtungspflicht nachkommt und bei einer Überforderung der Privatversicherten durch den Basistarif das Gesetz nachbessern wird.

Die private Krankenversicherung bleibt damit insgesamt eine wachsende, zukunftsfeste Branche, die erfolgreich auf die Herausforderungen der Finanzkrise und der letzten Gesundheitsreform reagiert hat und mit großer Zuversicht ihren Weg gehen wird.

Köln, den 19. November 2009



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2008 veröffentlicht. Darüber hinaus bietet er einen Überblick über die ersten sechs Monate des aktuellen Jahres sowie die voraussichtliche Entwicklung bis zum Jahresende 2009. Für einen besseren Überblick werden die Werte überwiegend in Tabellen und Grafiken dargestellt.

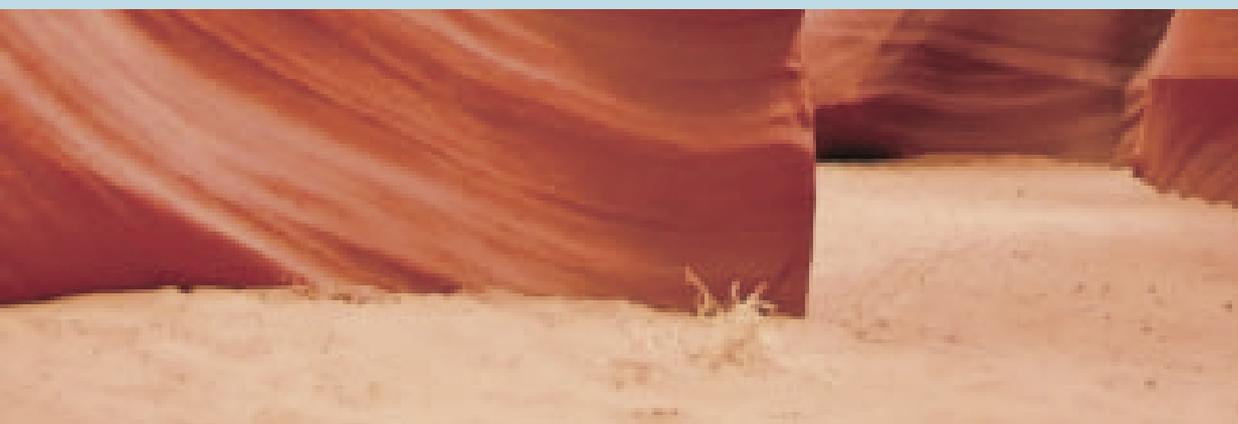
Kapitel 1 gibt Informationen zum Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und eine Erläuterung der Versicherungsarten, die die PKV anbietet. Darüber hinaus enthält das Kapitel einen ersten Zahlenüberblick über das Jahr 2008 sowie die aktuelle Entwicklung 2009. Es folgt in Kapitel 2 die Darstellung des Versicherungsbestandes. Die Kapitel 3 und 4 (Erträge und Aufwendungen) orientieren sich am Aufbau des Jahresergebnisses, das auf Seite 19 abgebildet ist. Kapitel 5 erläutert Statistiken zur Kalkulation der Versicherungstarife.

Die Zeitreihen in Kapitel 6 vermitteln wichtige Informationen über den Geschäftsverlauf der vergangenen elf Jahre. Die Daten im Grundlagenkapitel dienen der besseren Einordnung der privaten Krankenversicherung in das deutsche Gesundheitssystem. Das Glossar soll vor allem für Nicht-Experten bei der Lektüre des Zahlenberichts ein Hilfsmittel sein. Begriffe, die im Glossar erläutert werden, sind im Zahlenbericht mit dem Symbol **[G]** gekennzeichnet.

Die im Bericht vorgestellten Zahlen stammen zum größten Teil aus den Geschäftsberichten der Mitgliedsunternehmen. Weitere Quellen sind Sondererhebungen bei den Mitgliedsunternehmen sowie die Jahresnachweisungen der Versicherungsunternehmen an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).



1. Die Branche im Überblick



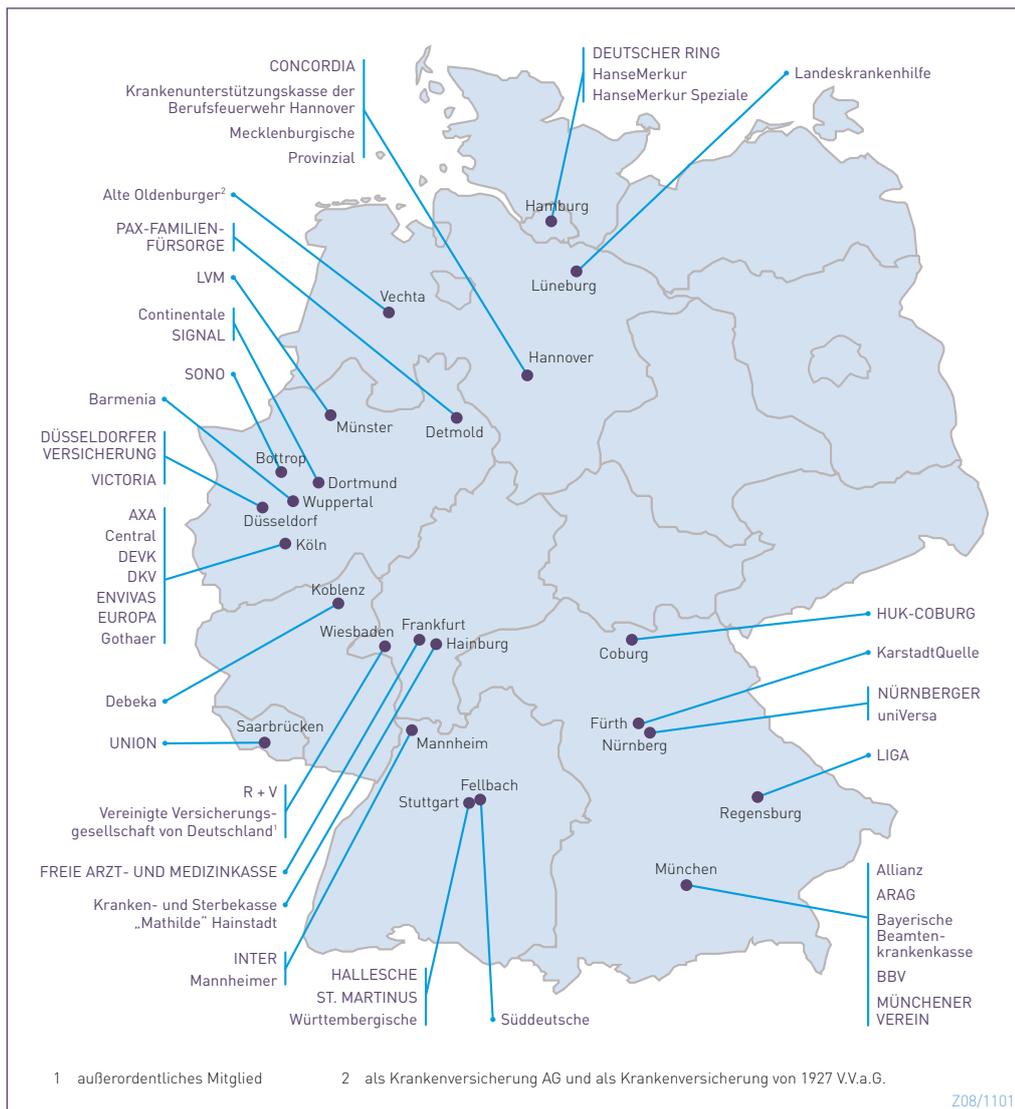
1.1 Die Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2008 46 (2007: 47) ordentliche und ein außerordentliches Mitgliedsunternehmen. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Verband ist, dass ein Versicherungsunternehmen sein Geschäft in Deutschland betreibt und durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder eine Landesaufsichtsbehörde zugelassen ist.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse sind verbundene Einrichtungen des PKV-Verbandes. Ihre Mitglieder sind in der „Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen“ (GPV) pflegeversichert. An der GPV [G] sind alle Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes entsprechend ihrem Marktanteil beteiligt. Die Versicherung der Mitglieder der beiden verbundenen Einrichtungen ist nur in den Angaben der Mitgliedsunternehmen zur Pflegeversicherung berücksichtigt.

Hauptsitze der PKV-Unternehmen in Deutschland 2008



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2008 noch ca. 30 kleine und kleinste private Krankenversicherungsvereine. Hierbei handelt es sich um unter Bundes- oder Landesaufsicht stehende Unterstützungskassen, die meist nur Zusatzleistungen anbieten. Sie sind häufig berufsständisch orientiert, und fast alle haben nur eine regionale Bedeutung. Ihr Anteil an den Beitragseinnahmen der gesamten Sparte Krankenversicherung beträgt unter 0,002 Prozent.

Rechtsform der Unternehmen

Die private Krankenversicherung wird in den Rechtsformen Aktiengesellschaft und Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVG) [G] betrieben.

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2008	2007	2008	2007
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	18	20	28	27
Anzahl der Vollversicherten	4.369.600	4.471.400	4.269.700	4.077.600
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,58	52,30	49,42	47,70
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	13.095,9	13.222,5	17.234,6	16.238,8
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	43,18	44,88	56,82	55,12

Z08/1102

Zwölf Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 2.963,6 Mio. Euro machten 9,77 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 9,26 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

In der PKV gibt es eine Vielzahl von Tarifen und dadurch auch deutliche Unterschiede im versicherten Leistungsumfang. Darüber hinaus haben fast 50 Prozent der vollversicherten Personen einen Anspruch auf Beihilfe [G], weshalb sie nur einen Teil ihres Krankheitsrisikos privat abgedeckt haben. Aus diesem Grund kann aus dem Verhältnis von Beitragseinnahmen zum Versicherungsbestand nicht das durchschnittliche Beitragsniveau abgeleitet werden.

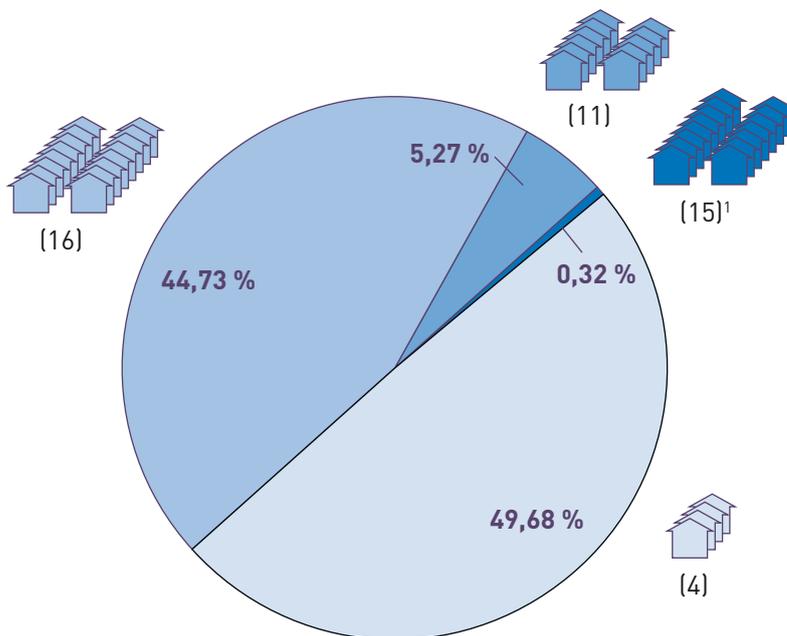
Größenverhältnisse der Unternehmen

Die dem Verband angehörenden Unternehmen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Größe.

Klassifiziert man die Unternehmen nach der Anzahl der vollversicherten Personen, ergibt sich die folgende Aufteilung:

Größenverhältnisse nach Vollversicherungsbestand 2008

- | | |
|---|--|
|  über 500.000 |  über 100.000 bis 500.000 |
|  über 10.000 bis 100.000 |  bis 10.000 |

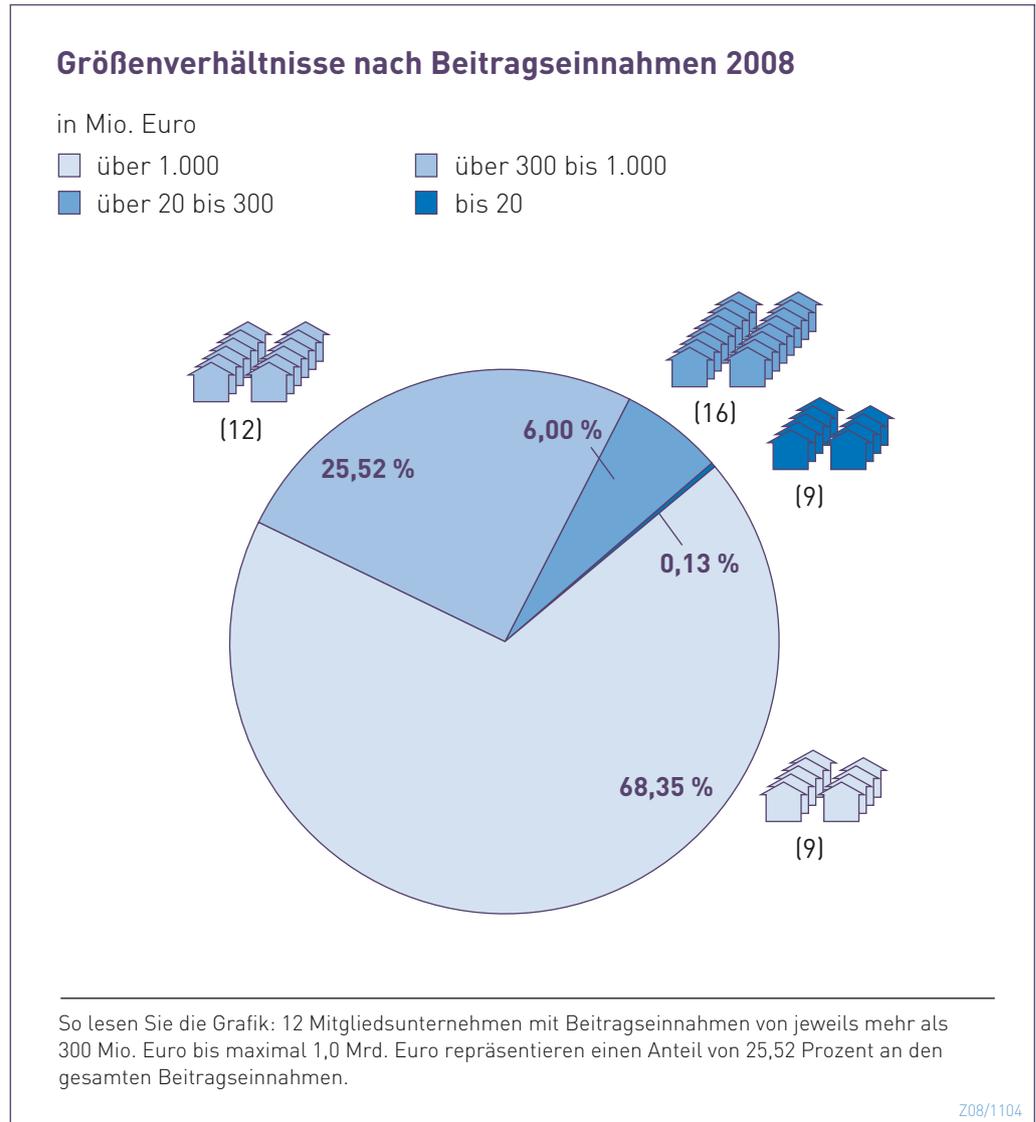


1 Von diesen Unternehmen bieten fünf keine Krankheitsvollversicherung an, haben also den Bestand 0.

So lesen Sie die Grafik: 16 Mitgliedsunternehmen mit jeweils mehr als 100.000 bis maximal 500.000 vollversicherten Personen repräsentieren einen Anteil von 44,73 Prozent am gesamten Vollversichertenbestand.

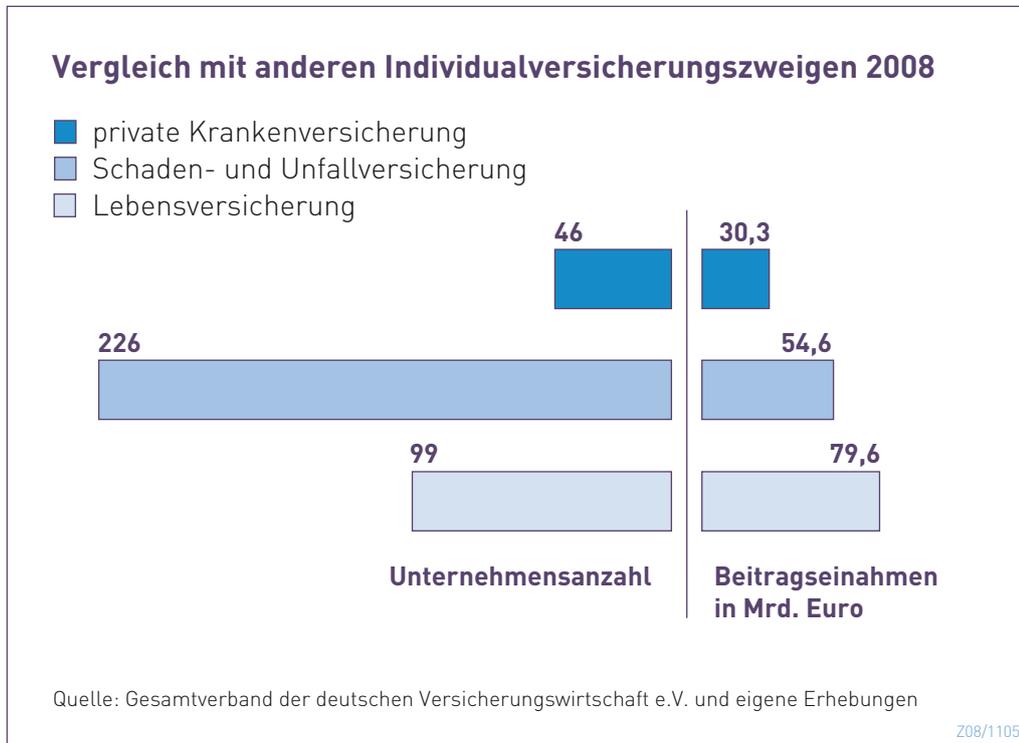
Z08/1103

Klassifiziert man die Unternehmen nach dem Volumen der Beitragseinnahmen, ergibt sich folgende Struktur:



Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2008 wie folgt dar:



1.2 Versicherungsarten

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist eine Kostenversicherung [G] und die Hauptversicherungsart der PKV. Eine private Krankenversicherung gilt als Vollversicherung, wenn der Versicherte die PKV anstelle einer gesetzlichen Krankenversicherung und nicht als Ergänzung zum GKV-Schutz abgeschlossen hat. Auch die Versicherung von beihilfeberechtigten [G] Personen – zum Beispiel von Beamten – zählt als Vollversicherung. Dieser Personenkreis erhält von seinem Dienstherrn (in der Regel Bund, Land oder Kommune) im Krankheitsfall eine Beihilfe zu den Krankheitskosten. Ergänzend zu dieser Beihilfe werden die Restkosten bei einem Unternehmen der PKV abgesichert.

Eine private Krankheitsvollversicherung können nur bestimmte Personengruppen abschließen. Dies sind im Wesentlichen

- Beamte
- Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze [G]
- Selbstständige und Freiberufler.

Pflegeversicherung

Die private Pflegeversicherung ist das Äquivalent zur Pflegeversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Wer privat krankenversichert ist, muss auch privat pflegeversichert sein. Die Leistungen sind identisch mit denen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Beiträge werden wie in der privaten Krankenversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren [G] kalkuliert und sind somit unabhängig vom Einkommen des Versicherten.

Zusatzversicherungen

Durch private Zusatzversicherungen kann der Grundversicherungsschutz ergänzt oder verbessert werden. Dies gilt in erster Linie für gesetzlich Versicherte. Aber auch für privat Vollversicherte sind folgende Zusatzversicherungen interessant: Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung. Die unter „Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz“ zusammengefassten Versicherungsarten werden überwiegend von gesetzlich Versicherten abgeschlossen.

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

- **Ambulante Tarife**
Solche Tarife bieten Versicherungsschutz im ambulanten Bereich, zum Beispiel Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen, Hörgeräten, Vorsorgeuntersuchungen. Auch die Erstattung der Praxisgebühr ist möglich.
- **Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus**
Erstattet werden die Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) und die Behandlung durch den Chefarzt.
- **Zahntarife**
In der Regel beinhalten solche Tarife Leistungen für Zahnersatz, manchmal zusätzlich auch für Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Die Erstattung erfolgt als Zuschuss, der prozentual bis zu einer festgelegten Höchstgrenze bezahlt wird.

Krankentagegeldversicherung

Mit der Krankentagegeldversicherung können privat Vollversicherte ihren Verdienstaufschlag im Krankheitsfall absichern. Selbstständige, die gesetzlich versichert sind, können das private Krankentagegeld anstelle des gesetzlichen Krankengeldes wählen. Im Gegenzug wird ihr Beitragssatz in der GKV leicht reduziert. Darüber hinaus können alle gesetzlich Versicherten, also z.B. auch Arbeitnehmer, eine private Krankentagegeldversicherung als Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld abschließen. Besonders interessant ist dies, wenn das Krankengeld der GKV deutlich vom Nettoeinkommen abweicht. Die Tagegeldhöhe wird vertraglich vereinbart, darf aber - auch in Summe mit einem gesetzlichen Krankengeld - das Nettoeinkommen nicht überschreiten.

Krankenhaustagegeldversicherung

Für jeden Tag im Krankenhaus wird eine im Vertrag festgelegte Summe an den Versicherten ausgezahlt. Das Krankenhaustagegeld steht ihm dann zur freien Verfügung.

Pflegezusatzversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen in der Regel nicht, um die Kosten im Pflegefall zu decken. Diese Versorgungslücke kann durch zwei verschiedene Formen von Zusatzversicherungen geschlossen werden:

- **Pflegetagegeld**
Der Pflegebedürftige erhält pro Tag eine vertraglich fixierte Summe, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Die Summe steht zur freien Verfügung.
- **Pflegekostenversicherung**
In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Kosten wird ein prozentualer Anteil erstattet.

Besondere Versicherungsformen

Auslandsreisekrankenversicherung

Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet Schutz bei Aufhalten im Ausland. Sie kann für kurzfristige und auch längerfristige Aufenthalte abgeschlossen werden, egal ob der Aufenthalt im Rahmen eines Urlaubs, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit erfolgt.

Spezielle Ausschnittversicherungen

Diese Versicherungen decken ein spezielles Risiko ab, zum Beispiel Leistungen bei Notwendigkeit einer Brille. Die Kalkulation erfolgt unter Sonderbedingungen, deshalb gilt diese Versicherungsart nicht als Zusatzversicherung.

Beihilfeablöseversicherung

Die Beihilfeablöseversicherung ist eine Versicherung für beihilfeverpflichtete Arbeitgeber (zum Beispiel Städte, Kommunen). Sie übernimmt die notwendigen Beihilfezahlungen im Krankheitsfall des Arbeitnehmers.

Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung

- Die **Restschuldversicherung** wird vor allem bei Kreditgeschäften, insbesondere Abzahlungsgeschäften, abgeschlossen. Durch sie kann man sicherstellen, dass auch im Krankheitsfall trotz geringerer Einkommen oder höherer Kosten die eingegangenen Ratenzahlungsverpflichtungen erfüllt werden können.
- Die **Lohnfortzahlungsversicherung** ist eine Versicherung für den Arbeitgeber. Mit ihr sichert er das Risiko ab, im Krankheitsfall des Arbeitnehmers bis zur siebten Krankheitswoche das Gehalt weiterzahlen zu müssen.

1.3 Zahlen 2008

Mitgliedsunternehmen des Verbandes

46 Mitgliedsunternehmen	- 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 28 Aktiengesellschaften
1 außerordentliches Mitgliedsunternehmen	Das Versicherungsunternehmen ist kein ordentliches Mitglied, da es die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig betreibt.
2 verbundene Einrichtungen	- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Postbeamtenkrankenkasse

Z08/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.639.300	8.549.000	+ 90.300¹	+ 1,06
Pflegeversicherung	9.352.400	9.320.000	+ 32.400	+ 0,35
Zusatzversicherungen² davon unter anderem	20.983.200	20.009.400	+ 973.800	+ 4,87
ambulante Tarife	6.627.800	6.347.100	+ 280.700	+ 4,42
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.382.700	5.167.600	+ 215.100	+ 4,16
Zahntarife	11.769.700	10.794.300	+ 975.400	+ 9,04
Krankentagegeldversicherung	3.404.000	3.371.300	+ 32.700	+ 0,97

¹ Im Jahr 2008 haben zwei einmalige Sondereffekte den Nettoneuzugang beeinflusst: So sind darin 20.500 reine Anwartschaftsversicherungen enthalten. Sie wurden von gesetzlich Versicherten abgeschlossen, die sich für die Zukunft einen Tarif der „alten Welt“ sichern wollten. Weitere 20.900 Personen waren zuvor nicht versichert und kamen im Vorgriff auf die gesetzliche Pflicht zur Versicherung ab 1. Januar 2009. Um diese Zahlen bereinigt, betrug der Nettoneuzugang 48.900 Personen. Nur diese Zahl ist mit den Vorjahren vergleichbar.

² Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z08/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	21.790,0	21.209,3	+580,7	+2,74
Pflegeversicherung	1.970,2	1.882,9	+87,3	+4,64
Zusatzversicherungen davon unter anderem	5.898,6	5.722,8	+175,8	+3,07
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	3.931,0	3.724,0	+207,0	+5,56
Krankentagegeld- versicherung	1.000,5	1.039,8	-39,3	-3,78
Besondere Versiche- rungsformen	671,7	646,3	+25,4	+3,93
insgesamt	30.330,5	29.461,3	+869,2	+2,95
insgesamt ohne Pflegeversicherung	28.360,3	27.578,4	+781,9	+2,84

Z08/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 71,84 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 12,96 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	19.551,3	18.319,5	+1.231,8	+6,72
Pflegeversicherung	617,7	578,1	+39,6	+6,85
insgesamt	20.169,0	18.897,6	+1.271,4	+6,73

Z08/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsbereichen

Versicherungsleistungen nach Leistungsbereichen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	8.921,1	8.273,9	+ 647,2	+ 7,82
stationäre Leistungen	5.838,5	5.556,0	+ 282,5	+ 5,08
Zahnleistungen	2.902,1	2.716,6	+ 185,5	+ 6,83
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	17.720,0	16.594,2	+ 1.125,8	+ 6,78

Z08/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	115.191,0	106.494,8	+ 8.696,2	+ 8,17
Pflegeversicherung	19.188,2	17.150,5	+ 2.037,7	+ 11,88
insgesamt	134.379,2	123.645,3	+ 10.733,9	+ 8,68

Z08/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der privaten Krankenversicherung 2008

in Mio. Euro

I. Erträge		37.063,6
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	30.324,3	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	2.291,9	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	4.447,4	
II. Aufwendungen		36.772,4
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	20.421,6	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	2.492,5	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	10.733,9	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.528,6	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	790,2	
3. Steuern	211,6	
4. sonstige Aufwendungen und Erträge	-406,0	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		291,2

Z08/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der privaten Krankenversicherung 2008

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital		159,2
B. Immaterielle Vermögensgegenstände		191,8
C. Kapitalanlagen		151.514,8
I. Grundstücke	1.514,2	
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	4.580,8	
III. Sonstige Kapitalanlagen	145.395,1	
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	24,7	
E. Forderungen		1.176,5
F. Sonstige Vermögensgegenstände		834,0
G. Rechnungsabgrenzungsposten		2.806,6
I. Voraussichtliche Steuerentlastung		0,4
Summe Aktiva		156.683,3

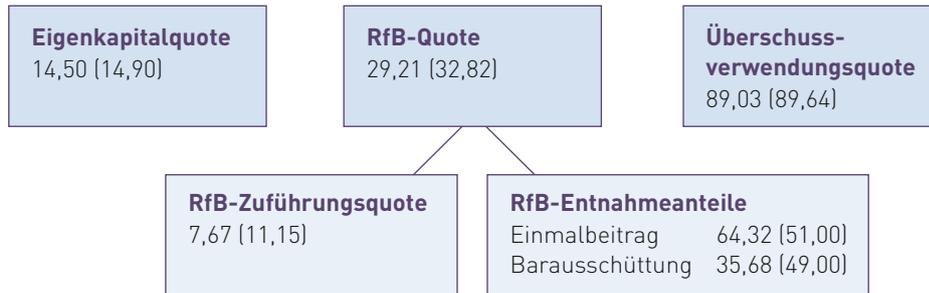
Passiva

A. Eigenkapital		4.581,8
B. Genussrechtskapital		30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten		23,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil		76,6
E. Versicherungstechnische Rückstellungen		148.372,6
I. Beitragsüberhänge	87,6	
II. Deckungsrückstellung	133.361,7	
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	5.192,2	
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	9.687,6	
V. Sonstige Rückstellungen	43,5	
G. Andere Rückstellungen		1.463,3
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft		1.062,3
I. Andere Verbindlichkeiten		957,9
K. Rechnungsabgrenzungsposten		115,1
Summe Passiva		156.683,3

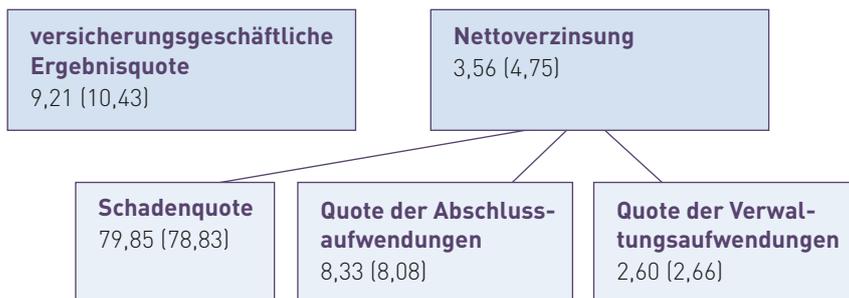
Kennzahlen

Kennzahlen der privaten Krankenversicherung 2008 in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



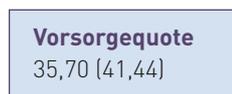
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z08/1309

Eine kurze Erläuterung der einzelnen Kennzahlen finden Sie im Glossar. Eine ausführliche Darstellung enthält der Kennzahlenkatalog, der im Internet unter www.pkv.de einzusehen oder beim Verband zu bestellen ist.

Die Vorsorgequote wird in Kapitel 4.4 detailliert behandelt.

1.4 Aktuelle Entwicklung 2009

Mitgliedsunternehmen des Verbandes

46 Mitgliedsunternehmen	- 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 28 Aktiengesellschaften
1 außerordentliches Mitgliedsunternehmen	Das Versicherungsunternehmen ist kein ordentliches Mitglied, da es die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungsweig betreibt.
2 verbundene Einrichtungen	- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Postbeamtenkrankenkasse

Z08/1401

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	30. Juni 2009	31. Dez. 2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.738.100	8.639.300	+ 98.800 ¹	+ 1,14
Pflegeversicherung	9.450.000	9.352.400	+ 97.600	+ 1,04
Zusatzversicherungen² davon unter anderem	21.136.200	20.983.200	+ 153.000	+ 0,73
ambulante Tarife	6.662.600	6.627.800	+ 34.800	+ 0,53
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.461.200	5.382.700	+ 78.500	+ 1,46
Zahntarife	12.053.300	11.769.700	+ 283.600	+ 2,41

¹ Mindestens 60.000 Neuversicherte haben noch Tarife der „alten Welt“ mit Versicherungsbeginn 2009 abgeschlossen.

² Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z08/1402

Bestand im Basistarif [G]

Zum 1. Januar 2009 wurde per Gesetz ein brancheneinheitlicher Basistarif eingeführt. Für die Versicherungsunternehmen besteht in diesem Tarif hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Das gilt insbesondere gegenüber Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind. Der Basistarif löst den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den neuen Tarif überführt wurden.

versicherte Personen im Basistarif ¹	30. Juni 2009	31. Dez. 2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	9.800	-	+ 9.800	-
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	5.000	-	+ 5.000	-
aus der Nichtversicherung (Zugang 2009)	3.050	-	+ 3.050	-
aus der GKV ²	100	-	+ 100	-
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	1.550	-	+ 1.550	-
Wechsel zwischen den Unternehmen ³	100	-	+ 100	-

1 Die versicherten Personen im Basistarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

2 Seit 2009 haben freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

3 Für Neukunden ab 2009 werden bei einem Unternehmenswechsel stets Alterungsrückstellungen [G] in Höhe des Basistarifs übertragen. Bereits vor 2009 privat Versicherte hatten die einmalige Gelegenheit, unter teilweiser Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln. Dazu mussten sie ihren alten Versicherungsvertrag zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 kündigen, aufgrund der Kündigungsfristen findet der faktische Wechsel aber oft erst 2010 statt.

Z08/1402-BT

Während nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert. Eine solche Beitragshalbierung nahmen Ende des ersten Halbjahres 2009 rund 2.200 Versicherte in Anspruch.

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	1. Halbjahr 2009 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2008 in Mio. Euro
Krankheitsvollversicherung	11.320,0	21.790,0
Pflegeversicherung	1.050,0	1.970,2
Zusatzversicherungen davon unter anderem	3.080,0	5.898,6
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2.060,0	3.931,0
Krankentagegeldversicherung	510,0	1.000,5
Besondere Versicherungsformen	320,0	671,7
insgesamt	15.770,0	30.330,5
insgesamt ohne Pflegeversicherung	14.720,0	28.360,3

Z08/1403

Ende des Jahres 2009 kann die private Krankenversicherung voraussichtlich mit Beitragseinnahmen von 31,5 (davon Krankenversicherung 29,4 und Pflegeversicherung 2,1) Mrd. Euro rechnen. Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung von 4,0 (Krankenversicherung plus 3,8 und Pflegeversicherung plus 6,6) Prozent.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen)

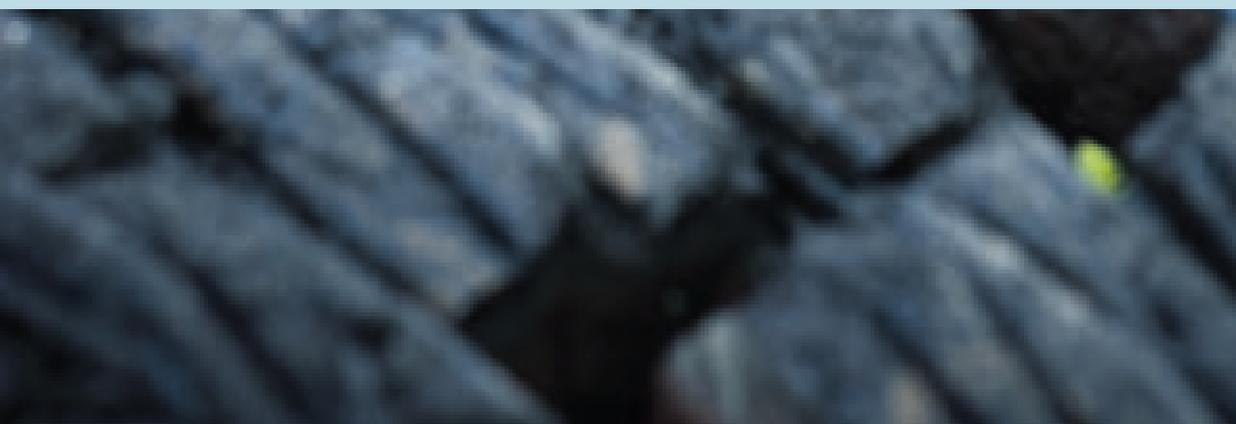
Versicherungsleistungen	1. Halbjahr 2009 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2008 in Mio. Euro
Krankenversicherung	10.360,0	19.551,3
Pflegeversicherung	330,0	617,7
insgesamt	10.690,0	20.169,0

Z08/1404

Einschließlich der Schadenregulierungsaufwendungen [G] dürften an Versicherungsleistungen bis Ende 2009 rund 21,4 (davon Krankenversicherung 20,7 und Pflegeversicherung 0,7) Mrd. Euro zu erwarten sein. Die Zunahme wird mit 6,0 (Krankenversicherung plus 6,0 und Pflegeversicherung plus 6,7) Prozent voraussichtlich deutlich über der Steigerung der Beitragseinnahmen liegen.



2. Versicherungsbestand



Die Erfassung des Versicherungsbestandes erfolgt zum 31. Dezember eines Jahres. Durch die Stichtagszählung ist gewährleistet, dass keine Doppelzählungen vorkommen, wenn zum Beispiel ein Versicherter im Laufe eines Jahres von einer privaten Krankenversicherung zu einer anderen wechselt.

Die einzelnen Versicherungsarten werden in Kapitel 1.2 genauer erläutert.

2.1 Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 30.330,5 Mio. Euro beträgt 71,84 Prozent. Ende 2008 hatten 10,54 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine private Vollversicherung. Der Großteil der Versicherten hat seinen Wohnsitz in den alten Bundesländern. Der Anteil der Versicherten aus den neuen Bundesländern ist mit 9,76 Prozent nur gering.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung lag 2008 mit 90.300 Personen erstmals seit Jahren wieder deutlich über dem Vorjahresniveau (59.900 Personen). Er blieb aber nach wie vor geringer als in den Jahren vor der Gesundheitsreform (2006: 116.100 Personen). Überdies ist zu berücksichtigen, dass in der Gesamtzahl 20.500 reine Anwartschaftsversicherungen enthalten sind. Sie wurden von gesetzlich Versicherten abgeschlossen, die sich für die Zukunft einen Tarif der „alten Welt“ sichern wollten. Weitere 20.900 Personen waren zuvor nicht versichert und kamen im Vorgriff auf die gesetzliche Pflicht zur Versicherung ab 1. Januar 2009. Bereinigt um diese einmaligen Sondereffekte betrug der Nettoneuzugang 48.900 Personen.

	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.639.300	8.549.000	+ 90.300	+ 1,06

Z08/2101

Neben dem Nettoneuzugang gibt es noch zwei weitere Größen, die die Bestandsveränderungen in der PKV beschreiben: die Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV und der Bruttoneuzugang.

Die Wanderungsbewegung stellt dar, wie viele Personen zwischen der GKV und der PKV wechseln. Die Rückkehr in die GKV ist für einen Privatversicherten grundsätzlich nur möglich, wenn er versicherungspflichtig wird (zum Beispiel weil sein Einkommen sinkt) oder wenn er als beitragsfreies Familienmitglied gesetzlich versichert sein kann.

Wanderungsbewegung	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	244.900	233.700	+ 11.200	+ 4,79
Abgänge zur GKV	151.000	154.700	- 3.700	- 2,39
Differenz	93.900	79.000	+ 14.900	+ 18,86

Z08/2102

Der Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV ist erkennbar größer als der Nettoneuzugang. Die Ursache hierfür ist, dass in der PKV die Sterberate über der Geburtenrate liegt.

Im Bruttoneuzugang werden alle Personen gezählt, die eine Krankheitsvollversicherung neu abgeschlossen haben. Im Gegensatz zur Wanderungsbewegung sind hier deshalb auch die Zugänge durch Geburten und Wechsel aus anderen PKV-Unternehmen enthalten. Die Abgänge aus der PKV durch Kündigung des Versicherungsschutzes oder Tod werden jedoch nicht berücksichtigt.

	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	534.600	517.200	+ 17.400	+ 3,36

Z08/2103

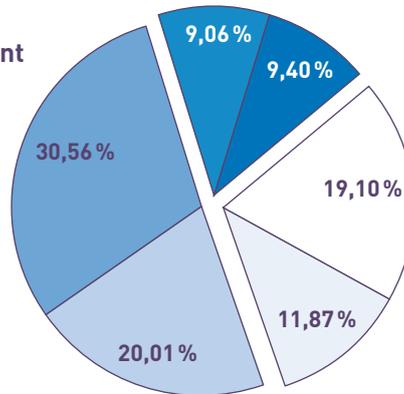
Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

Die Zusammensetzung des Versichertenbestandes kann man untergliedern in Personen, die beihilfeberechtigt sind, und Personen ohne Beihilfeberechtigung [G]. Beihilfeberechtigt sind in erster Linie Beamte und ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Eine weitere Aufgliederung ist nicht möglich. Im Jahr 2008 waren 48,17 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

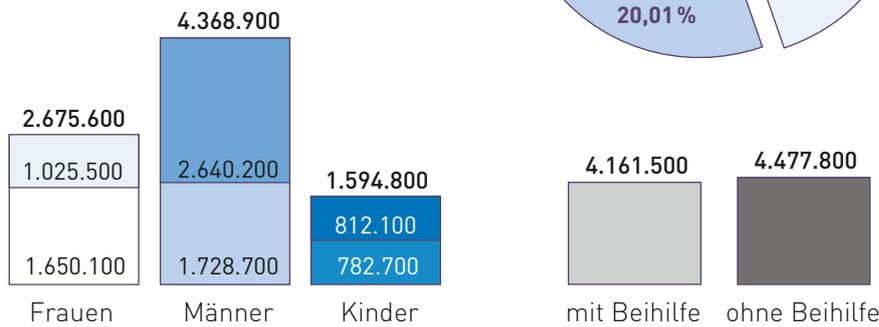
Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2008

- Frauen mit Beihilfe
- Frauen ohne Beihilfe
- Männer mit Beihilfe
- Männer ohne Beihilfe
- Kinder mit Beihilfe
- Kinder ohne Beihilfe

in Prozent



absolut



Z08/2104

Frauen haben am Vollversichertenbestand einen geringeren Anteil als Männer. Ein Grund dafür dürfte sein, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze [G] überschreiten.

Wahlleistungen im Krankenhaus

Knapp 84 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chef-arztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.217.600	7.214.900	+2.700	+0,04

Z08/2105

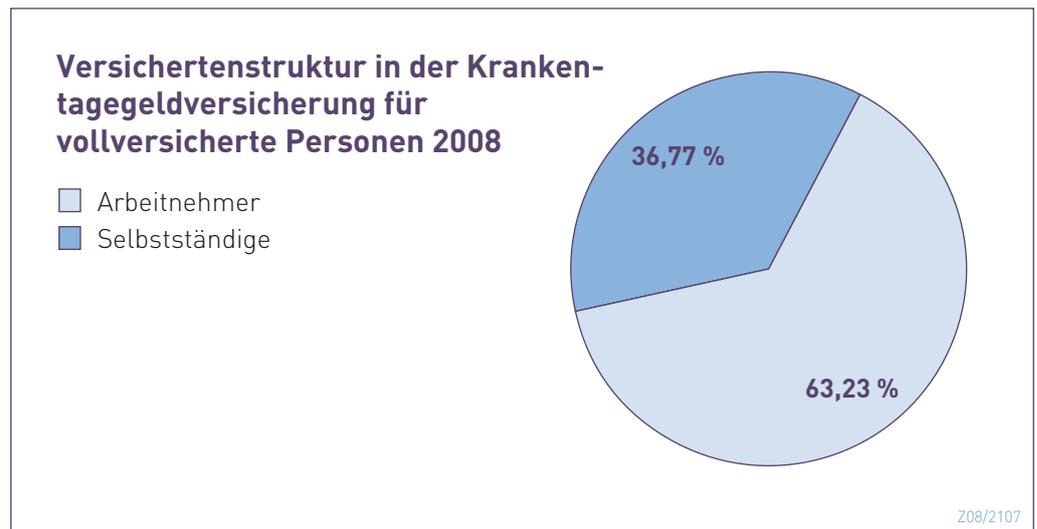
Krankentagegeld

Zusätzlich zur Krankheitsvollversicherung können die Versicherten eine Krankentagegeldversicherung abschließen, um ihren Verdienstaussfall im Krankheitsfall abzusichern.

	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.028.500	2.029.400	-900	-0,04

Z08/2106

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbstständige, die das Risiko des Einkommensausfalls bereits vom 4. oder 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit an abdeckt, und zum anderen die Tagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die zumeist von der 7. Krankheitswoche an ein Tagegeld benötigen.



Standardtarif [G]

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif der PKV, dessen Leistungen mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind und der vor allem für ältere Versicherte gedacht ist. Sein Beitrag ist auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt.

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	5.411	5.160	+251	+4,86
ohne Beihilfe	31.050	25.886	+5.164	+19,95
insgesamt	36.461	31.046	+5.415	+17,44
davon Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	1.190	1.559	-369	-23,67

1 Die versicherten Personen im Standardtarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

2 Der Beitrag ist im Standardtarif auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. Januar des Vorjahres begrenzt. Liegt der Beitrag kalkulatorisch über dieser Grenze, so wird er gekappt. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

Z08/2108

Die meisten Versicherten im Standardtarif waren vorher bereits seit vielen Jahren privat versichert, weshalb sie durch die Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen einen geringeren Beitrag als den Höchstbeitrag zahlen. Die Kappung auf den Höchstbeitrag erfolgt nur bei 3,26 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

Modifizierter Standardtarif [G]

Vom 1. Juli 2007 bis zum 31. Dezember 2008 konnten sich Nichtversicherte, die zuletzt eine Versicherung bei einem PKV-Unternehmen, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse abgeschlossen hatten oder der PKV zuzuordnen waren, im modifizierten Standardtarif [G] versichern. Am 1. Januar 2009 wurde der modifizierte Standardtarif durch den Basistarif [G] ersetzt.

versicherte Personen im modifizierten Standardtarif ¹	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	5.415	2.898	+ 2.517	+ 86,85
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	2.875	1.801	+ 1.074	+ 59,63
Kappung auf den halben Höchstbeitrag der GKV ³	968	0	+ 968	-

1 Die versicherten Personen im modifizierten Standardtarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

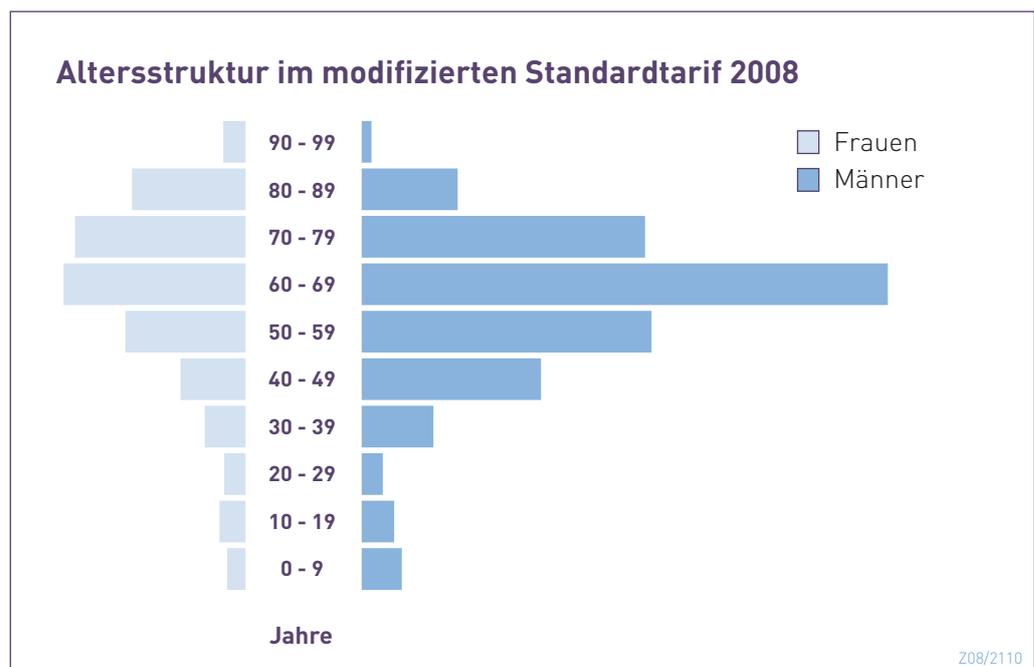
2 Der Beitrag war im modifizierten Standardtarif auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. Januar des Vorjahres begrenzt. Lag der Beitrag kalkulatorisch über dieser Grenze, so wurde er gekappt. Der gekappte Betrag wurde über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

3 Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Höchstbeitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eingetreten wäre, wurde der Höchstbeitrag halbiert.

Z08/2109

Die Leistungen des modifizierten Standardtarifs waren wie die des Standardtarifs mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.

Da im modifizierten Standardtarif keine Risikozuschläge erhoben wurden, resultierten die Kappungen auf den Höchstbeitrag allein aus dem Alter der Versicherten. Die Kappungsgrenze lag zwischen 47 und 57 Jahre – abhängig davon, ob der Versicherte weiblich oder männlich war und ob er Beihilfeempfänger war. Gemäß den Kappungszahlen hatte über die Hälfte der Versicherten diese Altersgrenze überschritten. Das hohe Durchschnittsalter der Versicherten im modifizierten Standardtarif zeigt sich auch in der folgenden Grafik:



2.2 Pflegeversicherung

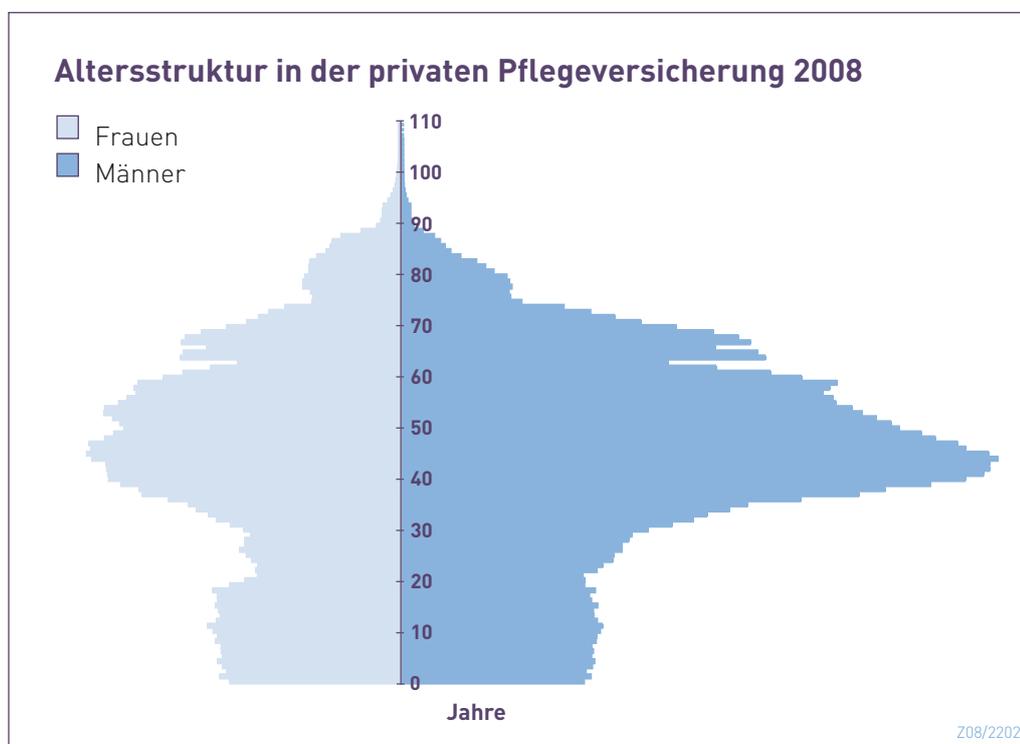
Der Bestand in der Pflegeversicherung weicht von der Krankheitsvollversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Personen mit Pflegeversicherung	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	2.789.400	2.771.300	+ 18.100	+ 0,65
Männer	4.913.300	4.896.000	+ 17.300	+ 0,35
Kinder	1.649.700	1.652.700	- 3.000	- 0,18
insgesamt	9.352.400	9.320.000	+ 32.400	+ 0,35

Z08/2201

Während der Bestand in der Pflegeversicherung um 713.100 Personen höher als in der Krankheitsvollversicherung ist, ist der Bestandszuwachs geringer. Die Ursache hierfür liegt bei den verbundenen Einrichtungen, da diese kaum noch Neuzugang haben.¹

Anders als in der Krankheitsvollversicherung wird in der Pflegestatistik das Alter der Versicherten erfasst:



Z08/2202

¹ Bei den verbundenen Einrichtungen handelt es sich um geschlossene Versichertenkollektive. Das bedeutet, dass keine neuen Verträge abgeschlossen werden. Lediglich Nachversicherungen zu bestehenden Versicherungsverträgen (zum Beispiel von Ehegatten nach Eheschließung) sind möglich. Deshalb werden fast ausschließlich Abgänge – infolge von Tod oder Eintreten der Versicherungspflicht – verbucht.

2.3 Zusatzversicherungen

Die Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren einen deutlichen Bestandszuwachs erfahren. Ursächlich dafür sind insbesondere zwei Faktoren: Durch die Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV halten immer mehr Menschen eine zusätzliche Absicherung für notwendig oder zumindest für sinnvoll. Zudem sind seit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen möglich geworden. Dadurch ist für viele Menschen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung leichter geworden.

Auch im Jahr 2008 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen¹	20.983.200	20.009.400	+973.800	+4,87

1 Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z08/2301

Die folgenden Zusatzversicherungen werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen:

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2008	2007	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	2.847.000	2.686.900	+160.100	+5,96
	Männer	2.242.400	2.136.900	+105.500	+4,94
	Kinder	1.538.400	1.523.300	+15.100	+0,99
	insgesamt	6.627.800	6.347.100	+280.700	+4,42
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.446.700	2.349.600	+97.100	+4,13
	Männer	1.664.200	1.594.600	+69.600	+4,36
	Kinder	1.271.800	1.223.400	+48.400	+3,96
	insgesamt	5.382.700	5.167.600	+215.100	+4,16
Zahntarife	Frauen	5.490.400	4.937.900	+552.500	+11,19
	Männer	4.179.500	3.758.500	+421.000	+11,20
	Kinder	2.099.800	2.097.900	+1.900	+0,09
	insgesamt	11.769.700	10.794.300	+975.400	+9,04
insgesamt¹	Frauen	7.267.300	6.680.800	+586.500	+8,78
	Männer	5.442.100	5.012.400	+429.700	+8,57
	Kinder	2.684.700	2.688.400	-3.700	-0,14
	insgesamt	15.394.100	14.381.600	+1.012.500	+7,04

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife abschließen. Er wird in diesem Fall mehrfach gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert.

Z08/2302

Darüber hinaus sind die folgenden Versicherungsarten nicht nur für gesetzlich, sondern auch privat Versicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeld- versicherung¹	3.404.000	3.371.300	+ 32.700	+ 0,97
Krankenhaustage- geldversicherung	8.545.700	8.648.100	- 102.400	- 1,18
Pflegezusatz- versicherung²	1.316.200	1.174.000	+ 142.200	+ 12,11
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	1.131.200	993.300	+ 137.900	+ 13,88
Pflegekosten- versicherung	268.200	201.900	+ 66.300	+ 32,84

1 In diesen Angaben sind auch die in Kapitel 2.1 genannten vollversicherten Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

2 Manche Personen haben sowohl eine Pflegetagegeld- als auch eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen. Sie werden in der Gesamtsumme der Pflegezusatzversicherung aber nur einmal gezählt.

Z08/2303

2.4 Besondere Versicherungsformen

Neben den bisher aufgeführten Versicherungsarten bieten private Krankenversicherungsunternehmen auch Besondere Versicherungsformen an:

versicherte Personen nach Versicherungsarten	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekranken- versicherung	23.762.900	22.512.900	+ 1.250.000	+ 5,55
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	9.980.800	8.465.600	+ 1.515.200	+ 17,90
Beihilfeablöse- versicherung	701.300	705.500	- 4.200	- 0,60
Restschuld- und Lohn- fortzahlungsversicherung	86.100	43.900	+ 42.200	+ 96,13

Z08/2401

Obwohl der Bestand in der Auslandsreisekrankenversicherung sehr hoch ist, hat diese Versicherungsform gemessen an den Beitragseinnahmen nur eine geringe Relevanz. Im Bereich der Speziellen Ausschnittsversicherungen haben private Versicherungsunternehmen in der jüngeren Vergangenheit einige neue Produkte auf den Markt gebracht. Trotz teilweise lebhafter Nachfrage nach diesen neuen Produkten ist ihre Bedeutung innerhalb der PKV-Produktwelt derzeit gering.



3. Erträge



Den Versicherungsunternehmen stehen grundsätzlich drei Finanzierungsquellen zur Verfügung: Beitragseinnahmen, Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) [G] und Erträge aus Anlagen am Kapitalmarkt. Mit diesen Mitteln begleichen die Unternehmen Versicherungsleistungen sowie alle weiteren Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Im Jahr 2008 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	30.324,3
Entnahmen aus den RfB	2.291,9
Kapitalerträge	4.447,4
insgesamt	37.063,6

Z08/3001

Theoretisch wären hier noch die Entnahmen aus den Alterungsrückstellungen [G] aufzuführen. Die Entnahmen werden allerdings nicht separat in den Geschäftsberichten der Versicherungsunternehmen ausgewiesen, sondern mit den Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen saldiert. Derzeit ist der Saldo positiv, da die Zuführungen deutlich über den Entnahmen liegen.

3.1 Beitragseinnahmen

Die Versicherten zahlen für ihren Versicherungsschutz Beiträge. Die hier behandelten Beitragseinnahmen der Unternehmen resultieren aus selbst abgeschlossenem deutschem Geschäft. Einnahmen aus in Rückdeckung [G] genommenem Geschäft oder Tätigkeiten im Ausland sind also nicht enthalten. Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden.

Abgegrenzte Beitragseinnahmen

Die abgegrenzten Beitragseinnahmen werden periodengerecht genau dem Geschäftsjahr zugeordnet, für das sie gezahlt wurden:

	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	30.324,3	29.465,7	+858,6	+2,91

Z08/3101

Unabgegrenzte Beitragseinnahmen

Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen sind. Abgestellt wird allein auf den Zahlungszeitpunkt.

Der Unterschied zwischen den abgegrenzten und den unabgegrenzten Beitragseinnahmen ist gering, weil in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung überwiegend Monatsbeiträge gezahlt werden und deshalb die Beitragsüberhänge von einem Jahr zum anderen relativ niedrig ausfallen. Im Folgenden werden die unabgegrenzten Beitragseinnahmen dargestellt, da nur hier eine Gliederung nach Versicherungsarten möglich ist.

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	21.790,0	21.209,3	+ 580,7	+ 2,74
Pflegeversicherung	1.970,2	1.882,9	+ 87,3	+ 4,64
Zusatzversicherungen	5.898,6	5.722,8	+ 175,8	+ 3,07
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	3.931,0	3.724,0	+ 207,0	+ 5,56
Krankentagegeld- versicherung	1.000,5	1.039,8	- 39,3	- 3,78
Krankenhaustage- geldversicherung	644,8	698,8	- 54,0	- 7,73
Pflegezusatz- versicherung	322,3	260,2	+ 62,1	+ 23,87
Besondere Versiche- rungsformen	671,7	646,3	+ 25,4	+ 3,93
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	366,9	349,8	+ 17,1	+ 4,89
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	79,1	65,7	+ 13,4	+ 20,40
Beihilfeablöse- versicherung	220,9	211,5	+ 9,4	+ 4,44
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	4,8	19,3	- 14,5	- 75,13
insgesamt	30.330,5	29.461,3	+ 869,2	+ 2,95
insgesamt ohne Pflegeversicherung	28.360,3	27.578,4	+ 781,9	+ 2,84

Z08/3102

Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2008 um 2,95 Prozent gestiegen. Die Steigerung ist zum einen auf den Versichertenzuwachs in der Voll- und Zusatz-

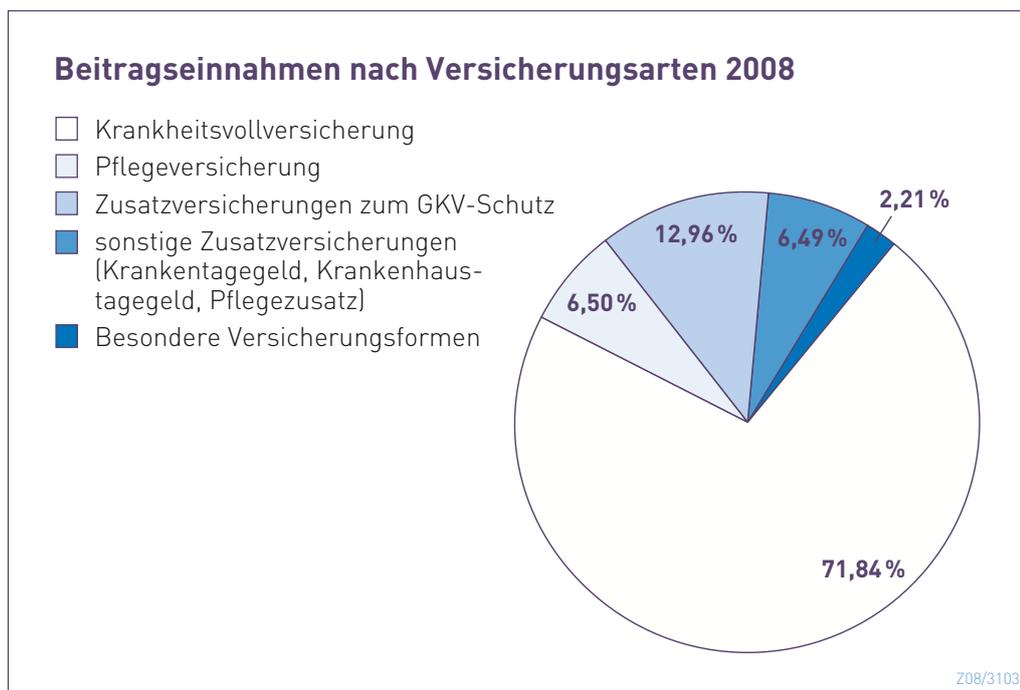
versicherung und zum anderen auf Beitragsanpassungen zurückzuführen. Die Erhöhung lag etwas unter dem Vorjahresniveau.

Umlage in der privaten Pflegeversicherung

Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Daher wird in der privaten Pflegeversicherung das übliche Kapitaldeckungsverfahren [G] durch Umlageelemente ergänzt. Der Ausgleich erfolgt unternehmensübergreifend zwischen Beitragszahlern und beitragsfreien Kindern, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jungen und älteren Versicherten. Insgesamt gab es 2008 ein Umlagevolumen von 226,8 Mio. Euro. Darin enthalten sind 37,2 Mio. Euro Umlage zugunsten der GPV [G]. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.

Anteil der Versicherungsarten an den Beitragseinnahmen

An den Beitragseinnahmen der einzelnen Versicherungsarten lässt sich deren Bedeutung für die Branche ablesen. Die Krankheitsvollversicherung ist das Standbein der PKV. Trotz der Zuwächse im Bestand hat die Zusatzversicherung eine deutlich geringere Relevanz.



Gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]

Neben den Alterungsrückstellungen [G] ist der gesetzliche Zehn-Prozent-Zuschlag ein weiteres Instrument zur Entlastung der Beiträge im Alter. Der Zuschlag wird nur in der Krankheitsvollversicherung erhoben.

Die Einnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag machen keine zehn Prozent der Beitragseinnahmen aus. Grund hierfür sind zwei Faktoren:

1. Bestandsversicherte konnten sich gegen den Zuschlag entscheiden.
2. Ab dem 61. Lebensjahr zahlen Versicherte keinen Zuschlag mehr.

Diejenigen, die bei Einführung des Zuschlages bereits privat versichert waren, haben erst im Jahr 2005 die vollen zehn Prozent auf ihren Beitrag gezahlt.

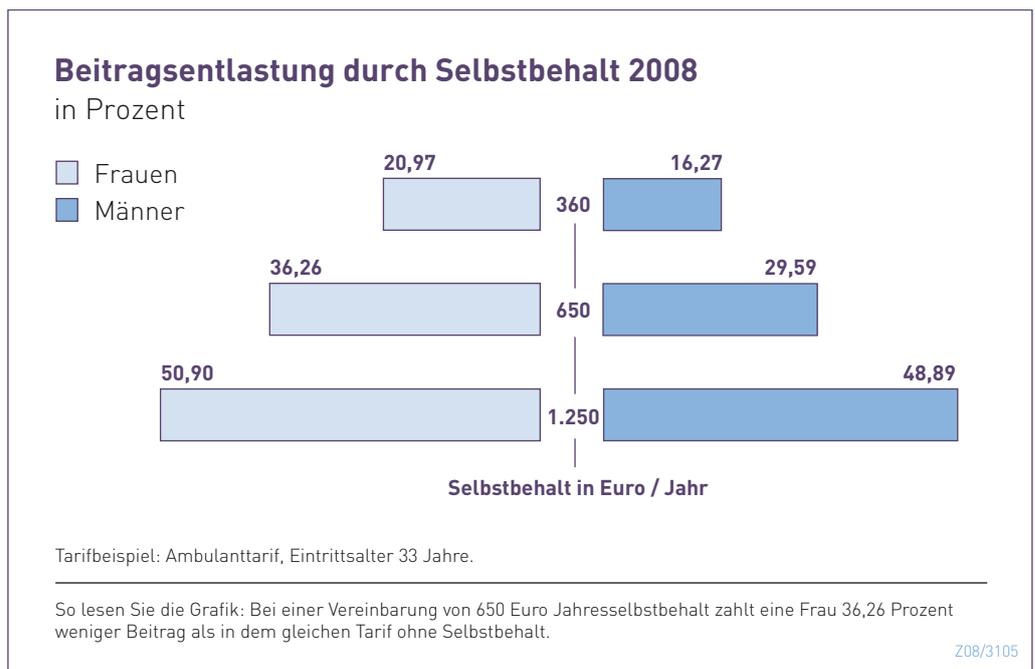
	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.115,6	1.096,0	+ 19,6	+ 1,79

Z08/3104

Selbstbehalt und Beitrag

Versicherte können die Höhe ihres monatlichen Beitrags reduzieren, wenn sie einen Selbstbehalt vereinbaren. Sie bezahlen dann pro Jahr bis zu der festgelegten Summe alle medizinischen Leistungen selbst. Der Versicherer erstattet alle darüber hinaus anfallenden Kosten.

In welchem Maße ein Selbstbehalt den Beitrag beeinflussen kann, zeigt die folgende Grafik eines Tarifbeispiels:

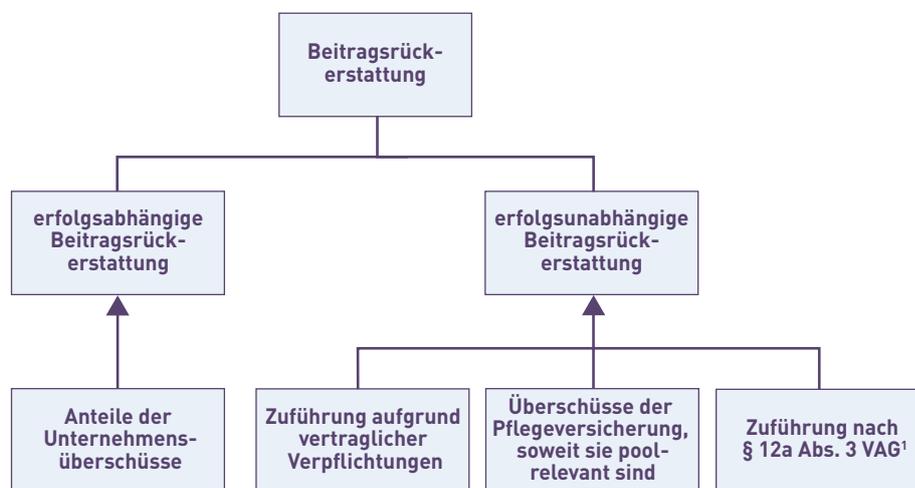


3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

Die Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) werden entweder an die Versicherten ausgezahlt oder bei Beitragsanpassungen als Einmalbeitrag eingesetzt. Beim Einsatz als Einmalbeitrag werden entweder Alterungsrückstellungen [G] aufgefüllt, oder die Mittel werden mit Beitragsforderungen verrechnet. Dadurch werden Beitragserhöhungen gemindert oder verhindert und manchmal sogar Beitragssenkungen ermöglicht.

Näheres zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.3.

Arten der Beitragsrückerstattung [G]



1 § 12a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) besagt: Die Zinserträge der Unternehmen, die über den jeweils geltenden Rechnungszins (überwiegend 3,5 Prozent) hinausgehen, kommen zu 90 Prozent den Versicherten zugute. Hiervon ist ein Teil für die über 65-jährigen Versicherten bestimmt. Dieses Geld ist innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten:

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.318,3	1.137,2	+ 181,1	+ 15,93
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.078,3	905,6	+ 172,7	+ 19,07
erfolgsunabhängigen RfB	240,0	231,6	+ 8,4	+ 3,63
Pflegeversicherung	810,0	48,6	+ 761,4	+ 1.566,67
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	600,9	48,6	+ 552,3	+ 1.136,42
erfolgsunabhängigen RfB	209,1	0,0	+ 209,1	-
Zusatzversicherungen	134,0	117,9	+ 16,1	+ 13,66
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	64,6	55,2	+ 9,4	+ 17,03
erfolgsunabhängigen RfB	69,4	62,7	+ 6,7	+ 10,69
Besondere Versicherungsformen	0,1	0,1	0,0	-
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,1	0,1	0,0	-
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
insgesamt	2.262,4	1.303,8	+ 958,6	+ 73,52
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.743,9	1.009,5	+ 734,4	+ 72,75
erfolgsunabhängigen RfB	518,5	294,3	+ 224,2	+ 76,18

Z08/3202

3.3 Kapitalerträge

Die Versicherungsunternehmen garantieren ihren Versicherten dauerhaft die vertraglich vereinbarten Leistungen. Dabei ist eine Beitragserhöhung aufgrund des im Alter steigenden Gesundheitsrisikos nicht möglich. Um diese langfristigen Verpflichtungen zu erfüllen, legen die Unternehmen einen Teil der Beitragseinnahmen als Rückstellungen am Kapitalmarkt an. Die daraus erzielten Erträge in Form von Zinsen, Dividenden und Kursgewinnen tragen zur Finanzierung der Leistungsverpflichtungen bei.

Unter Kapitalneuanlagen versteht man nicht nur die Neuanlage von Beitragseinnahmen, sondern auch die Wiederanlage von Kapital infolge von Umschichtungen im Portfolio oder nach Ablauf von Anlagen. Daher stimmen die einzelnen Neuanlagen nicht mit der Veränderung des Bestands überein.

Kapitalneuanlagen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	178,6	51,6	+ 127,0	+ 246,12
Anteil an verbundenen Unternehmen	448,9	203,1	+ 245,8	+ 121,02
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	583,9	213,4	+ 370,5	+ 173,62
Beteiligungen	392,9	330,0	+ 62,9	+ 19,06
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	1.050,0	792,7	+ 257,3	+ 32,46
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	4.864,1	5.133,2	- 269,1	- 5,24
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	2.908,6	2.017,1	+ 891,5	+ 44,20
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	431,7	461,2	- 29,5	- 6,40
Namenschuldverschreibungen	7.117,5	8.757,6	- 1.640,1	- 18,73
Schuldscheinforderungen und Darlehen	5.932,2	6.192,8	- 260,6	- 4,21
übrige Ausleihungen	36,8	155,1	- 118,3	- 76,27
Einlagen bei Kreditinstituten	5.765,9	1.068,8	+ 4.697,1	+ 439,47
andere Kapitalanlagen	3.202,4	8.662,6	- 5.460,2	- 63,03
insgesamt	32.913,5	34.039,2	- 1.125,7	- 3,31

Z08/3301

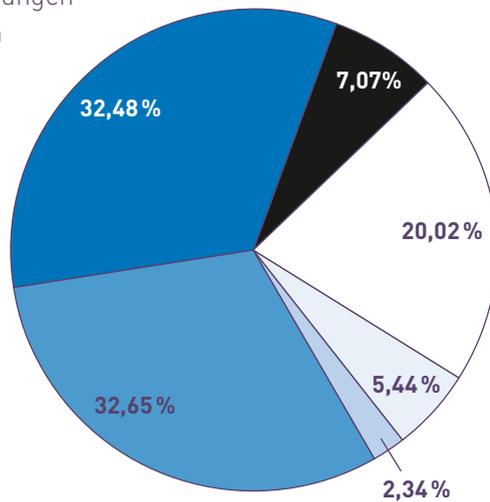
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.514,2	1.590,0	- 75,8	- 4,77
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.639,8	1.333,1	+306,7	+23,01
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.050,3	635,8	+414,5	+65,19
Beteiligungen	1.528,8	1.350,3	+ 178,5	+ 13,22
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	361,9	58,7	+303,2	+516,52
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	30.327,5	29.331,1	+996,4	+3,40
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	8.240,1	7.048,2	+1.191,9	+16,91
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	3.540,7	3.387,6	+ 153,1	+ 4,52
Namenschuldverschreibungen	49.463,5	47.256,6	+2.206,9	+4,67
Schuldscheinforderungen und Darlehen	49.199,5	46.705,8	+2.493,7	+5,34
übrige Ausleihungen	1.695,4	1.565,5	+ 129,9	+8,30
Einlagen bei Kreditinstituten	2.496,3	1.641,1	+855,2	+52,11
andere Kapitalanlagen	432,1	437,8	- 5,7	- 1,30
Kapitalanlagen	151.490,1	142.341,6	+9.148,5	+6,43
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	24,7	27,0	-2,3	-8,52
Bilanzwert [G]	151.514,8	142.368,6	+9.146,2	+6,42

Z08/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2008

- Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere
- Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere
- Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen
- Namensschuldverschreibungen
- Schuldscheinforderungen und Darlehen
- Sonstige



Z08/3303

Aus den Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsunternehmen Erträge, die abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen als Kapitalerträge anzusehen sind.

	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	4.447,4	6.482,7	-2.035,3	-31,40

Z08/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand [G] ergeben die Nettoverzinsung [G]. Diese betrug im Jahr 2008 3,56 Prozent.

Aus den Kapitalerträgen werden den Alterungsrückstellungen die tariflich garantierten Zinserträge des jeweiligen Unternehmens (aktuell überwiegend 3,5 Prozent) zugeführt. Zudem wird gemäß § 12a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) die darüber hinausgehende Verzinsung der Alterungsrückstellungen zu 90 Prozent für Beitragsermäßigung im Alter genutzt. Dies geschieht auf zweierlei Art:

- gemäß § 12a Absatz 2 VAG durch Zuführung zu den Alterungsrückstellungen für zukünftige Beitragsermäßigung bei allen Versicherten
- gemäß § 12a Absatz 3 VAG durch Zuführung zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung für ältere Versicherte.

Der Betrag, der den Versicherten gemäß § 12a VAG aus den Kapitalerträgen zugutekommt, ist abhängig von der erzielten Verzinsung der Unternehmen:

	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 12a VAG	325,2	1.025,7	- 700,5	- 68,29

Z08/3305

Näheres zur Zuführung zu den Alterungsrückstellungen und zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.3 und 4.4.

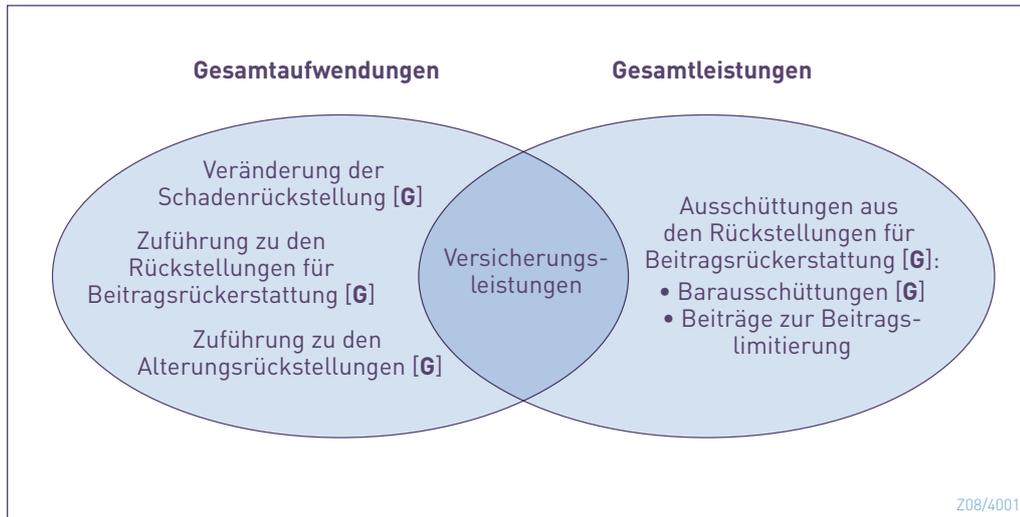


4. Aufwendungen



In der privaten Krankenversicherung stellen die Gesamtaufwendungen die übliche bilanzielle Betrachtung¹ von Aufwendungen dar. Daneben sind auch die Aufwendungen von Interesse, die den Versicherten zugutekommen. Diese werden Gesamtleistungen genannt.

Die einzelnen Positionen der Gesamtaufwendungen und Gesamtleistungen unterscheiden sich mit einer Ausnahme:



Hinzu kommen noch Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb, die am Ende des Kapitels dargestellt werden.

Gesamtaufwendungen

Die Gesamtaufwendungen sind die Summe aller Aufwendungen, die für die Erfüllung der Verpflichtungen entstehen, die ein Versicherungsunternehmen gegenüber seinen Versicherten übernommen hat.

Im Einzelnen sind dies:

Aufwendungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	20.169,0	18.897,6	+ 1.271,4	+ 6,73
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	252,6	209,9	+ 42,7	+ 20,34
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	2.492,5	3.686,0	- 1.193,5	- 32,38
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	10.733,9	10.212,6	+ 521,3	+ 5,10
Gesamtaufwendungen	33.648,0	33.006,1	+ 641,9	+ 1,94

Z08/4002

¹ Die Bilanzpositionen Steuern sowie sonstige Aufwendungen und Erträge werden an dieser Stelle nicht dargestellt. Sie sind aber im Jahresergebnis (siehe Kapitel 1.3) abgebildet.

Gesamtleistungen

Im Gegensatz zu den Gesamtaufwendungen sind in den Gesamtleistungen nur die direkten und indirekten Leistungen an die Versicherten enthalten. Alle Mittel zur Beitragslimitierung sind indirekte Leistungen, da sie nicht an die Versicherten ausgezahlt werden.

Gesamtleistungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	20.169,0	18.897,6	+1.271,4	+6,73
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.162,8	1.035,6	+127,2	+12,28
Beträge zur Beitragslimitierung	2.026,3	1.049,8	+976,5	+93,02
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 12a Abs.2 VAG ¹	222,1	674,3	-452,2	-67,06
gemäß § 12a Abs.3 VAG ¹	309,4	294,0	+15,4	+5,24
Gesamtleistungen	23.889,6	21.951,3	+1.938,3	+8,83

1 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z08/4003

4.1 Versicherungsleistungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an die Versicherten und die Schadenregulierungsaufwendungen [G]. Nicht alle Versicherungsleistungen können in demselben Jahr abgewickelt werden, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. Hierfür werden Schadenrückstellungen [G] gebildet, die in Kapitel 4.2 dargestellt werden.

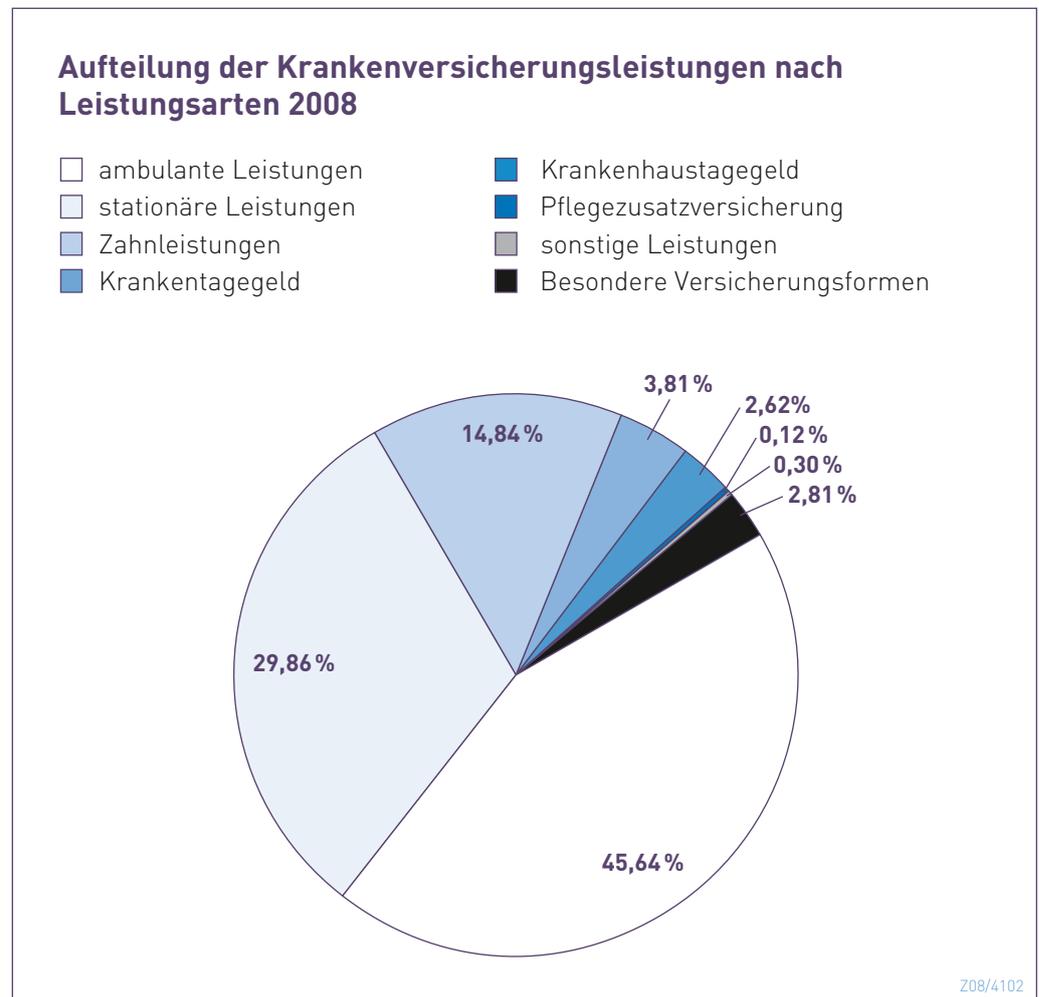
Die Versicherungsleistungen betragen 2008 insgesamt 20.169,0 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 80,7 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2007 betrug dieser Wert 75,6 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2008 bei 1.680,8 Mio. Euro, das waren 194,3 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	8.921,1	8.273,9	+647,2	+7,82
davon				
Arztbehandlung	4.944,0	4.591,4	+352,6	+7,68
Heilpraktikerbehandlung	196,6	186,8	+9,8	+5,25
Arzneien und Verbandmittel	2.223,3	2.047,4	+175,9	+8,59
Heilmittel	730,5	676,0	+54,5	+8,06
Hilfsmittel	719,9	674,5	+45,4	+6,73
Sonstiges	106,8	97,8	+9,0	+9,20
stationäre Leistungen	5.838,5	5.556,0	+282,5	+5,08
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	2.998,7	2.809,5	+189,2	+6,73
Wahlleistung Chefarzt	2.194,2	2.092,8	+101,4	+4,85
Wahlleistung Unterkunft	505,9	519,6	-13,7	-2,64
Ersatz-Krankenhaus- tagegeld	55,6	56,7	-1,1	-1,94
Sonstiges	84,1	77,4	+6,7	+8,66
Zahnleistungen	2.902,1	2.716,6	+185,5	+6,83
davon				
Zahnbehandlung	1.081,7	1.029,5	+52,2	+5,07
Zahnersatz	1.620,3	1.491,8	+128,5	+8,61
Kieferorthopädie	191,9	186,5	+5,4	+2,90
Sonstiges	8,2	8,8	-0,6	-6,82
Krankentagegeld	744,5	705,4	+39,1	+5,54
Krankenhaustagegeld	512,4	500,6	+11,8	+2,36
Pflegezusatzversicherung	24,2	20,3	+3,9	+19,21
sonstige Leistungen	58,3	47,7	+10,6	+22,22
Besondere Versiche- rungsformen	550,2	499,0	+51,2	+10,26
Krankenversicherung	19.551,3	18.319,5	+1.231,8	+6,72
Pflegeversicherung	617,7	578,1	+39,6	+6,85
insgesamt	20.169,0	18.897,6	+1.271,4	+6,73

Z08/4101

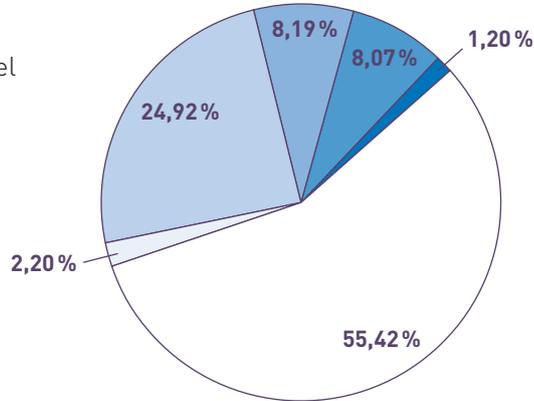
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die wichtigsten drei Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

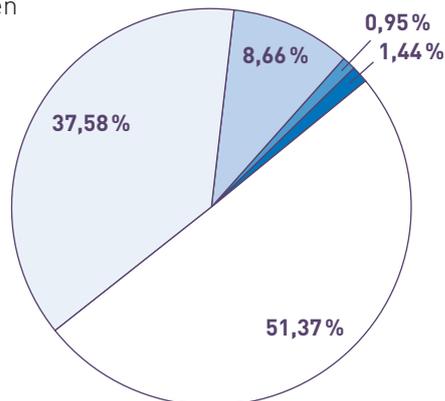
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2008

- Arztbehandlung
- Heilpraktikerbehandlung
- Arzneien und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Sonstiges



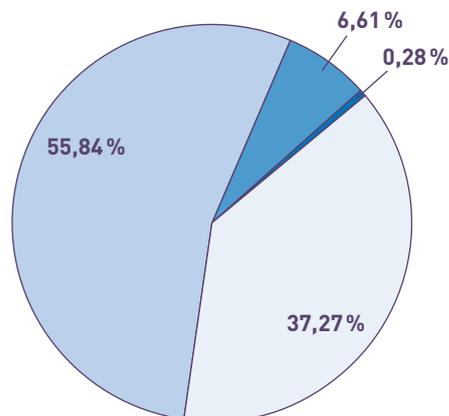
Aufteilung der stationären Leistungen 2008

- allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistung Chefarzt
- Wahlleistung Unterkunft
- Ersatz-Krankenhaustagegeld
- Sonstiges



Aufteilung der Zahnleistungen 2008

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z08/4103

Die Aufteilung der Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern ohne Berücksichtigung der Besonderen Versicherungsformen stellt sich folgendermaßen dar:

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern	in Prozent		
	Frauen	Männer	Kinder
ambulante Leistungen	39,77	50,76	9,47
davon			
Arztbehandlung	41,43	48,12	10,45
Heilpraktikerbehandlung	50,43	34,35	15,22
Arzneien und Verbandmittel	35,01	57,80	7,19
Heilmittel	41,12	49,33	9,55
Hilfsmittel	39,42	52,20	8,38
Sonstiges	32,36	61,69	5,95
stationäre Leistungen	40,52	53,64	5,84
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	33,43	58,88	7,69
Wahlleistung Chefarzt	47,23	48,92	3,85
Wahlleistung Unterkunft	54,04	43,61	2,35
Ersatz-Krankenhaustagegeld	46,42	41,50	12,08
Sonstiges	32,77	58,17	9,06
Zahnleistungen	38,66	51,90	9,44
davon			
Zahnbehandlung	34,19	56,73	9,08
Zahnersatz	45,27	54,00	0,73
Kieferorthopädie	8,00	6,63	85,37
Sonstiges	40,39	57,37	2,24
Krankentagegeld	22,11	77,86	0,03
Krankenhaustagegeld	41,95	53,53	4,52
Pflegezusatzversicherung	47,54	49,53	2,93
sonstige Leistungen	43,83	43,85	12,32
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,83	51,86	8,31
Pflegeversicherung	56,30	39,90	3,80
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,74	52,48	7,78

Z08/4104

Nicht nur Vergleiche der Leistungsentwicklungen innerhalb der privaten Krankenversicherung sind interessant. Auch der Blick über die Grenzen der privaten Krankenversicherung hinaus auf die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung lohnt sich. Dieser Vergleich ist grundsätzlich nur sinnvoll

bei Betrachtung je Versicherten. So verfälschen Bestandsveränderungen nicht die eigentliche Kostenentwicklung.

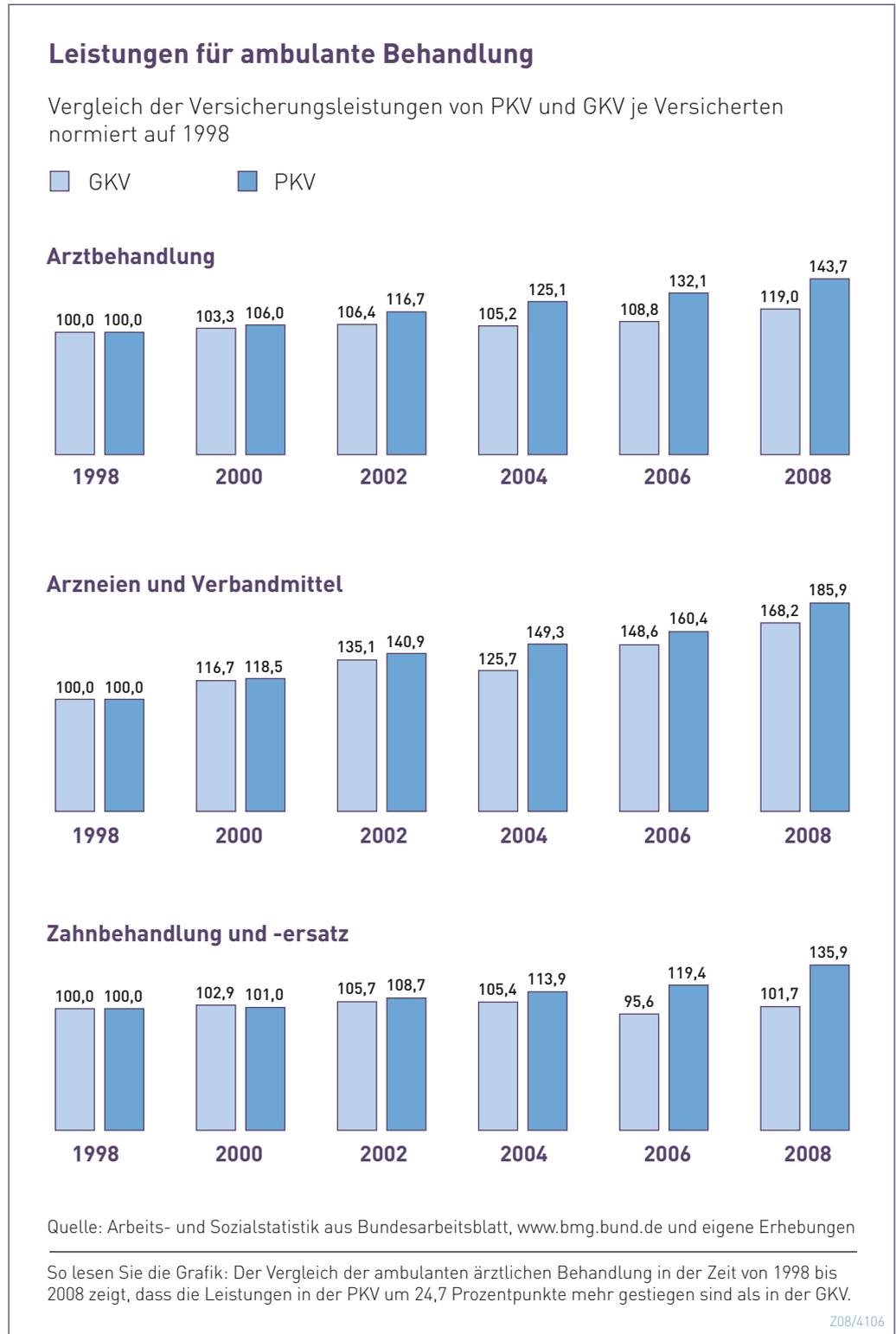
Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten	Veränderung 2008 gegenüber 2007 in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+ 6,88	+ 5,19
davon		
Arztbehandlung	+ 6,74	+ 5,15
Heilpraktikerbehandlung	+ 4,36	-
Arzneien und Verbandmittel	+ 7,64	+ 5,39
Heilmittel	+ 7,12	+ 5,88
Hilfsmittel	+ 5,79	+ 3,68
stationäre Leistungen	+ 3,81	+ 3,27
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 5,80	+ 3,27
Wahlleistung Chefarzt	+ 3,60	-
Wahlleistung Unterkunft	- 3,80	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 4,21	-
Zahnleistungen	+ 5,89	+ 2,68
davon		
Zahnbehandlung	+ 4,15	+ 2,30
Zahnersatz	+ 7,67	+ 3,04
Kieferorthopädie	+ 1,99	+ 4,75
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+ 5,83	+ 4,63

Z08/4105

Der Ausgabenanstieg je Versicherten nahm im Jahr 2008 mit 5,83 Prozent wie im Vorjahr deutlich zu (2007: plus 5,37 Prozent). Zwar verringerte er sich im Bereich der Zahnleistungen (2007: plus 7,48 Prozent); die Kosten für ambulante Leistungen (2007: plus 6,58 Prozent) und für stationäre Leistungen (2007: plus 2,34 Prozent) stiegen dagegen stärker als im Vorjahr an.

Bei den ambulanten Leistungen fallen vor allem die abermals hohen Steigerungen für die Arztbehandlung (2007: plus 6,08 Prozent), für Arzneien und Verbandmittel (2007: plus 7,72 Prozent) und für Heilmittel (2007: plus 5,87 Prozent) auf. Die Entwicklung bei der Heilpraktikerbehandlung hat sich dagegen deutlich abgeschwächt (2007: plus 11,30 Prozent). Bei den Zahnleistungen ist der Anstieg beim Zahnersatz erneut am größten, allerdings weniger stark als im Vorjahr (2007: plus 10,18 Prozent). Für die Entwicklung im stationären Bereich ist vor allem der starke Anstieg bei den allgemeinen Krankenhausleistungen verantwortlich (2007: plus 2,44 Prozent). Sinkende Ausgaben gab es für die Wahlleistung Unterkunft (2007: plus 0,62 Prozent) und wie bereits in den Vorjahren für das Ersatz-Krankenhaustagegeld (2007: minus 4,21 Prozent).

Die folgenden Grafiken geben Aufschluss über die unterschiedliche Kostenentwicklung in der PKV und in der GKV in den vergangenen elf Jahren. Dargestellt sind die Leistungen je Versicherten.



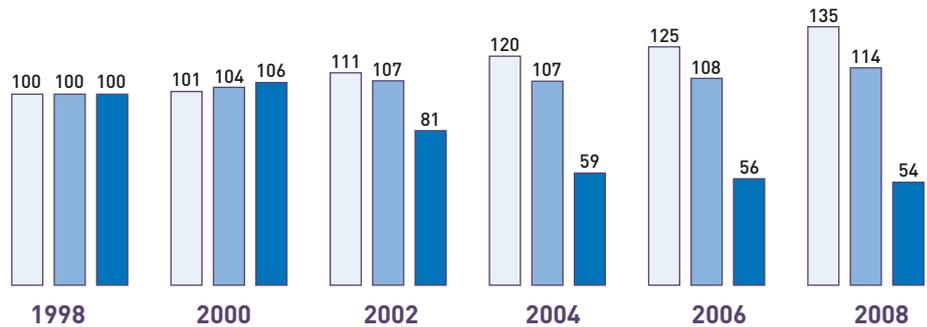
Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 1998

■ GKV
 ■ PKV allgemeine Krankenhausleistungen



■ PKV allgemeine Krankenhausleistungen
■ PKV Wahlleistung Chefarzt
■ PKV Wahlleistung Unterkunft



Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik aus Bundesarbeitsblatt, www.bmg.bund.de und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 1998 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 46 Prozentpunkte gesunken sind.

Z08/4107

Leistungen in der Pflegeversicherung

Entsprechend den gesetzlichen Vorschriften lassen sich die Leistungen der Pflegeversicherung einteilen in ambulante und stationäre Leistungen.

Die folgenden zwei Tabellen zeigen im Einzelnen, bei welchen Leistungsarten Auszahlungen in welcher Höhe angefallen sind:

ambulante Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	104,3	96,5	7,8	8,08
davon				
Pflegestufe I	20,8	18,9	+1,9	+10,05
Pflegestufe II	48,5	44,2	+4,3	+9,73
Pflegestufe III	35,0	33,4	+1,6	+4,79
Pflegegeld	139,9	128,1	+11,8	+9,21
davon				
Pflegestufe I	48,3	43,3	+5,0	+11,55
Pflegestufe II	60,4	55,6	+4,8	+8,63
Pflegestufe III	31,2	29,2	+2,0	+6,85
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	7,7	6,2	+1,5	+24,19
Pflegehilfsmittel	3,3	3,0	+0,3	+10,00
technische Hilfsmittel	15,3	14,0	+1,3	+9,29
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	4,6	4,0	+0,6	+15,00
Beiträge zur Rentenversicherung	23,8	27,1	-3,3	-12,18
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	-
Tages- und Nachtpflege	3,6	3,0	+0,6	+20,00
davon				
Pflegestufe I	0,9	0,7	+0,2	+28,57
Pflegestufe II	1,9	1,6	+0,3	+18,75
Pflegestufe III	0,8	0,7	+0,1	+14,29
Kurzzeitpflege	8,7	7,3	+1,4	+19,18
zusätzliche Betreuung	3,7	1,6	+2,1	+131,25
Kontrollpflege	0,9	0,7	+0,2	+28,57
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,2	0,4	-0,2	-50,00
ärztliche Feststellung der Pflegestufe	13,4	11,0	+2,4	+21,82
insgesamt	329,5	303,0	+26,5	+8,75

Z08/4108

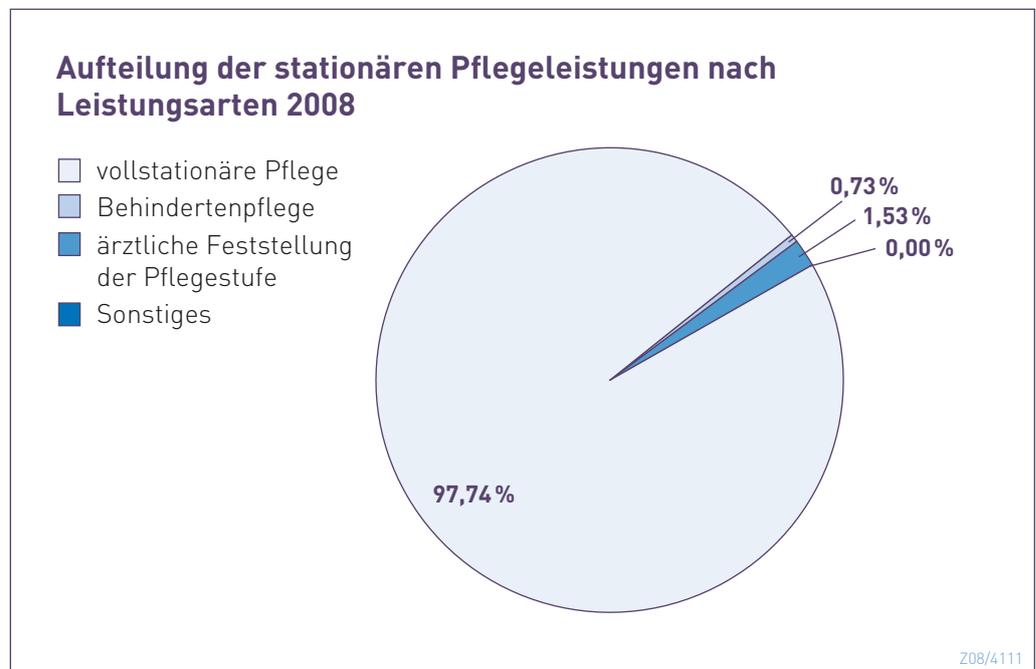
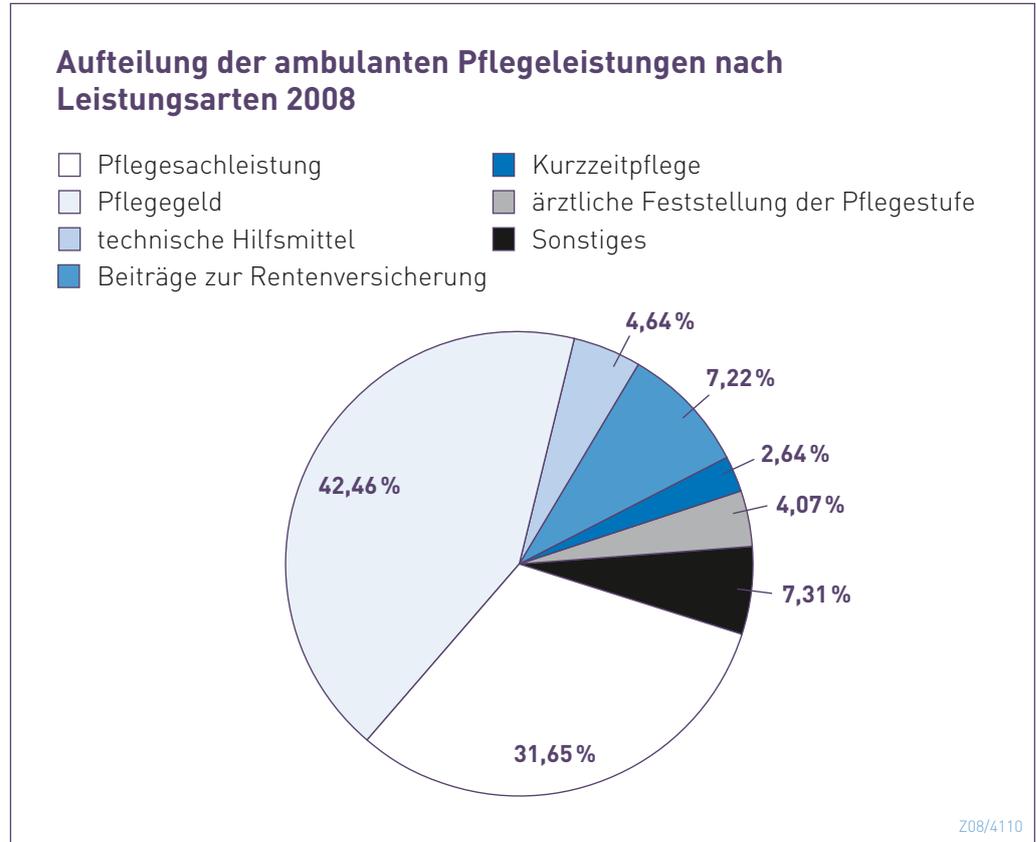
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2008 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 617,7 Mio. Euro einen Anteil von 46,66 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	281,2	268,4	+ 12,8	+ 4,77
davon				
Pflegestufe I	67,1	61,9	+5,2	+8,40
Pflegestufe II	126,7	122,3	+4,4	+3,60
Pflegestufe III	87,4	84,2	+3,2	+3,80
Zuschuss für vollstationäre Pflege	0,0	0,2	- 0,2	- 100,00
davon				
Pflegestufe I	0,0	0,0	0,0	-
Pflegestufe II	0,0	0,1	-0,1	- 100,00
Pflegestufe III	0,0	0,1	-0,1	- 100,00
teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	0,5	0,4	+ 0,1	+ 25,00
davon				
Pflegestufe I	0,2	0,1	+0,1	+ 100,00
Pflegestufe II	0,2	0,2	0,0	-
Pflegestufe III	0,1	0,1	0,0	-
Behindertenhilfe	2,1	2,1	0,0	-
ärztliche Feststellung der Pflegestufe	4,4	4,0	+ 0,4	+ 10,00
insgesamt	288,2	275,1	+ 13,1	+ 4,76

Z08/4109

Die Leistungen in der Kategorie „Zuschuss für vollstationäre Pflege“ liegen zum Teil unter 50.000 Euro. Aufgrund der Rundung werden diese Kategorien in der Tabelle mit Null angegeben.

Der Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Pflegeleistungen stellt sich wie folgt dar:



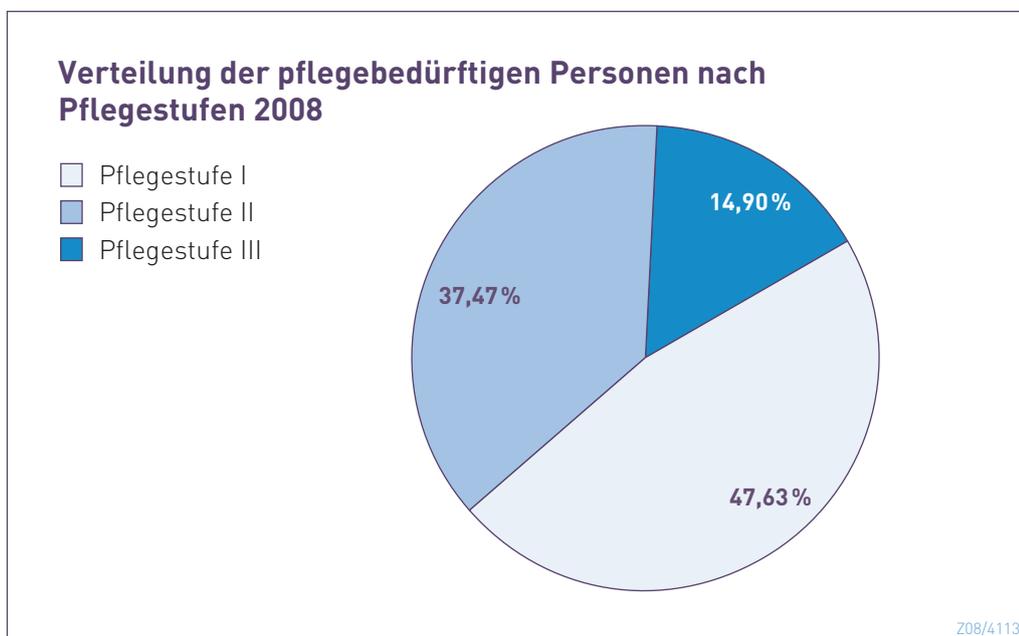
Aufgrund gesetzlicher Bedingungen zur Pflegeversicherung werden für die private Pflegeversicherung umfassende Statistiken erhoben. Anders als in der privaten Krankenversicherung kann deshalb in der Pflegeversicherung die Zahl der Leistungsempfänger exakt ermittelt werden.

Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegestufen, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2008	2007	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	100.215	98.351	+ 1.864	+ 1,90
davon				
Pflegestufe I	51.846	49.388	+2.458	+4,98
Pflegestufe II	35.893	36.005	- 112	- 0,31
Pflegestufe III	12.476	12.958	- 482	- 3,72
stationäre Pflege	41.845	41.879	- 34	- 0,08
davon				
Pflegestufe I	15.813	12.621	+3.192	+25,29
Pflegestufe II	17.333	18.516	- 1.183	- 6,39
Pflegestufe III	8.699	10.742	- 2.043	- 19,02
insgesamt	142.060	140.230	+ 1.830	+ 1,30

Z08/4112

Die prozentuale Verteilung der pflegebedürftigen Personen auf die einzelnen Pflegestufen zeigt sich in der folgenden Grafik:



Die wenigsten Leistungsempfänger erhalten Leistungen der Pflegestufe III. Dies gilt für die private wie auch die gesetzliche Pflegeversicherung. Allerdings ist in der privaten Pflegeversicherung der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen deutlich höher als in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Denn während in der privaten Pflegeversicherung im Jahr 2008 14,9 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der gesetzlichen Pflegeversicherung nur 12,5 Prozent der Leistungsempfänger.

4.2 Schadenrückstellung [G]

Nicht alle Versicherungsfälle können im Jahr ihrer Entstehung abgeschlossen werden. Dadurch ergeben sich für die Unternehmen Leistungsverpflichtungen, die erst im Folgejahr abgewickelt werden. Um damit nicht das Folgejahr zu belasten, wird eine Rückstellung für Vorjahresschäden gebildet: die so genannte Schadenrückstellung.

	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Schadenrückstellung	5.233,2	4.980,6	+ 252,6	+ 5,07
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	41	39,7	+ 1,3	+ 3,27
Bilanzwert [G]	5.192,2	4.940,9	+ 251,3	+ 5,09

Z08/4201

4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

Die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) der Unternehmen entwickelten sich im Jahr 2008 folgendermaßen:

Entwicklung der RfB	in Mio. Euro				
	insgesamt	davon aus erfolgsabhängigen RfB	davon aus erfolgsunabhängigen RfB für die Pflegeversicherung	nach § 12a Abs. 3 VAG	Sonstige
Wert zum 31. Dezember 2007	10.696,0	8.256,6	1.420,2	958,1	61,1
Umbuchungen	0,0	-2,7	2,7	0,0	0,0
Entnahmen	3.498,5	2.393,7	747,4	309,4	48,0
davon zur Verrechnung ¹	2.335,7	1.273,0	747,4	309,4	5,9
Barausschüttung [G]	1.162,8	1.120,7	0,0	0,0	42,1
Zuführung	2.492,5	1.950,7	377,8	103,1	60,9
Wert zum 31. Dezember 2008	9.690,0	7.810,9	1.053,3	751,8	74,0
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	2,4				
Bilanzwert [G]	9.687,6				

¹ Die Verrechnung erfolgt als Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G] oder als Verrechnung mit Beitragsforderungen. Zur Aufgliederung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung nach Versicherungsarten siehe Kapitel 3.2.

Z08/4301

Umbuchungen entstehen hauptsächlich dadurch, dass zum Zeitpunkt der Bilanzierung die Abrechnung des gesetzlich vorgeschriebenen Ausgleiches in der Pflegeversicherung noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Die Position „Sonstige“ enthält Mittel für tariflich garantierte Beitragsrückerstattungen [G] sowie für vertragliche Beitragsrückerstattungen in Gruppenverträgen.

Die Barausschüttung [G] enthält die Mittel, die die Versicherungsunternehmen denjenigen Versicherten zurückerstatten, die in einem Jahr keine Rechnung zur Erstattung eingereicht haben. Die Höhe der einzelnen Rückerstattung bewegt sich zwischen einem und sechs Monatsbeiträgen.

4.4 Alterungsrückstellungen [G]

Die private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen, um den höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird garantiert, dass die Beiträge nicht steigen, weil der Versicherte älter wird. Die Alterungsrückstellungen sind allerdings nicht die einzige Vorsorge, die die Versicherungsunternehmen für die Zukunft ihrer Versicherten treffen. Der Umfang der gesamten Vorsorgemaßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, die am Ende dieses Teilkapitels dargestellt wird.

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen sowie die Zuführung im Jahr 2008:

Alterungsrückstellungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	115.191,0	106.494,8	+8.696,2	+8,17
Pflegeversicherung	19.188,2	17.150,5	+2.037,7	+11,88
Alterungsrückstellungen	134.379,2	123.645,3	+10.733,9	+8,68
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegenebene Geschäft ab	1.017,5	995,2	+22,3	+2,24
Bilanzwert [G]	133.361,7	122.650,1	+10.711,6	+8,73

Z08/4401

Die Zuführung zu den Alterungsrückstellungen lässt sich wie folgt nach den Zuführungsquellen aufgliedern:

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]	1.115,6	1.096,0	+ 19,6	+ 1,79
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnungsmäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	7.060,5	7.098,5	- 38,0	- 0,54
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	2.026,3	1.049,8	+ 976,5	+ 93,02
Limitierung gemäß § 12a Abs. 2 VAG²	222,1	674,3	- 452,2	- 67,06
Limitierung gemäß § 12a Abs. 3 VAG²	309,4	294,0	+ 15,4	+ 5,24
Gesamtzuführung	10.733,9	10.212,6	+ 521,3	+ 5,10

1 Die planmäßige Nettozuführung ist der saldierte Wert aus den planmäßigen Zuführungen und den planmäßigen Entnahmen für die älteren Versicherten, deren Alterungsrückstellungen wieder abgebaut werden (siehe auch Kapitel 3).

2 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z08/4402

Die folgende Tabelle zeigt das Verhältnis von Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen:

	2008 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2008 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellun- gen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	28.360,3	8.696,2	30,66
Pflegeversicherung	1.970,2	2.037,7	103,43
insgesamt	30.330,5	10.733,9	35,39

Z08/4403

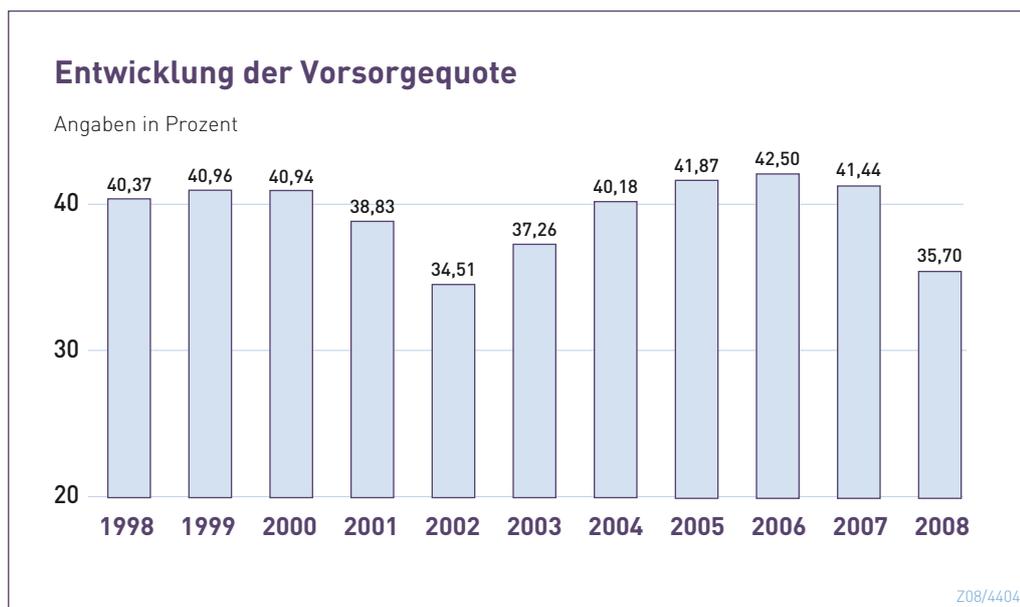
Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb ist der Anteil der Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen an den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

Vorsorgequote

Die private Krankenversicherung ergreift Vorsorgemaßnahmen um sicherzustellen, dass die Beiträge durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen im Alter nicht steigen. Derartige Maßnahmen werden in der GKV nicht getroffen. In der PKV geschieht dies auf dreierlei Weise durch

- Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen [G]
- Zuführungen zu den Rückstellungen für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung [G]
- Verwendung der Beträge nach § 12a Abs. 3 VAG.

Der Umfang dieser verschiedenen Vorsorgemaßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, in der sie den verdienten Bruttobeiträgen [G] gegenübergestellt werden. Die Vorsorgequote stellt somit dar, wie viel Prozent der Bruttoeinnahmen der gesamten Branche in die Vorsorge für das Alter fließen. Aufgrund dieser Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Krankheitskosten beugt die PKV anders als die gesetzliche Krankenversicherung den Folgen der demografischen Entwicklung vor. Nachfolgende Generationen werden nicht damit belastet, dass sie die Kosten der älteren Generationen mitfinanzieren müssen.



4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

Die Kosten, die den Unternehmen durch die Aufrechterhaltung des Versicherungsbetriebes entstehen, werden unterschieden in Verwaltungsaufwendungen [G] und Abschlussaufwendungen [G].

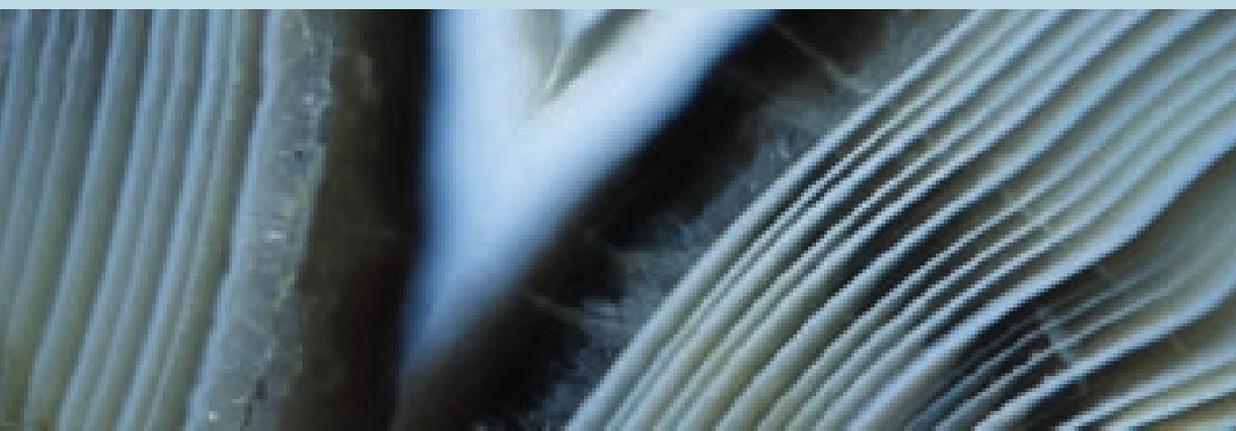
	2008	2007	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.528,6	2.383,4	+145,2	+6,09
Verwaltungsaufwendungen	790,2	783,1	+7,1	+0,91
insgesamt	3.318,8	3.166,5	+152,3	+4,81

Z08/4501

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen verminderte sich 2008 auf 2,61 (2007: 2,66) Prozent. Seit 1975 (7,21 Prozent) hat der Anteil der Verwaltungsaufwendungen mit nur wenigen Unterbrechungen stetig abgenommen.



5. Statistiken zur Tarifikalkulation



Während die Kapitel 1 bis 4 sich überwiegend mit der wirtschaftlichen Situation der Branche befassen, widmet sich Kapitel 5 der Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Versichertengruppen. Der PKV-Verband fragt bei den Mitgliedsunternehmen große Datenmengen ab. Hierbei handelt es sich ausschließlich um anonymisierte Daten. Die gesammelten Daten fasst der Verband zu Profilen und anderen Statistiken zusammen. Diese Informationen können die Mitgliedsunternehmen als Grundlage für ihre Tarifikalkulationen verwenden. Dies dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Daten des eigenen Unternehmens nicht genügend Aussagekraft besitzen oder neue Tarife entwickelt werden.

5.1 Profile

Anhand des von den Versicherungsunternehmen gelieferten Zahlenmaterials erstellt der Verband so genannte Profilverläufe der Rechnungsbeträge. Diese Profile zeigen die Abhängigkeit der einzelnen Leistungen vom Alter der Versicherten. Sie werden getrennt nach Frauen und Männern für die einzelnen Leistungsarten angefertigt. Im Rahmen der Wagnisstatistik des Verbandes werden seit dem Jahr 1970 Daten von den Unternehmen erhoben. Begonnen wurde damals mit der Erhebung von Rechnungsbeträgen aus Krankheitskostentarifen mit 100-prozentigem Versicherungsschutz. Später kamen weitere Untersuchungen hinzu, die die Selbstbehalttarife einschlossen. Die Ermittlungen der Profile im Bereich der Krankentagegeldversicherung haben erst im Jahr 1989 begonnen. Für alle Profilverläufe gilt, dass zufällige Schwankungen mit Hilfe statistischer Verfahren ausgeglichen werden.

Wagnisstatistiken

Die von den Mitgliedsunternehmen gelieferten Zahlen umfassen tarifbezogene Angaben zu Rechnungs- und Leistungsbeträgen, aufgeteilt nach folgenden Leistungsarten:

- Arzneien und Verbandmittel
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- sämtliche übrige ambulante Leistungen
- Krankenhausleistungen mit Chefarztbehandlung und Zuschlägen für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (mit und ohne Ersatztagegeld).

Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt. Berücksichtigt werden nur Versicherte, die mindestens drei Jahre dem jeweiligen Tarif angehören. Bei männlichen Versicherten liegt mit zunehmendem Alter ein weitaus stärkerer Anstieg der Leistungsausgaben als bei weiblichen Versicherten vor. Letztere verursachen dagegen in jüngeren Lebensaltern (Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahre) deutlich höhere Leistungsausgaben pro Person. Schwangerschaften und Geburten sind dafür nur teilweise verantwortlich. Seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) im August 2006 werden bei der Kalkulation von Tarifen die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt.

Um die Ausgabenentwicklung für alle Leistungsarten vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken normiert. Um zusätzlich die Abhängigkeit des Profilverlaufs vom Geschlecht zu dokumentieren, wurden als Normierungsgruppe die 41- bis 45-jährigen Männer gewählt.

Aufgrund der Normierung ist aus den Tabellen ein Rückschluss auf die absolute Höhe der Rechnungsbeträge nicht möglich.

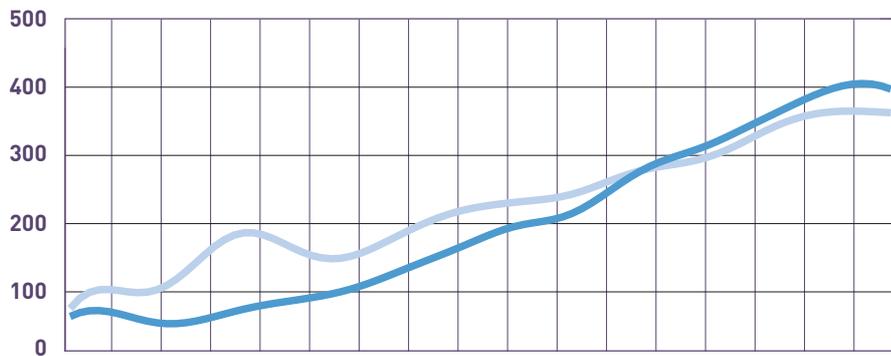
Ausgaben¹ nach Altersgruppen 2008	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz
Frauen im Alter von ... Jahren			
über 95	364,82	549,50	26,47
91 – 95	359,86	566,56	42,66
86 – 90	339,43	563,59	70,12
81 – 85	305,23	516,36	97,50
76 – 80	287,25	473,72	134,17
71 – 75	270,60	417,41	161,50
66 – 70	246,18	353,38	168,65
61 – 65	234,40	307,54	165,41
56 – 60	224,11	258,85	153,83
51 – 55	206,38	206,03	143,89
46 – 50	174,82	155,13	126,96
41 – 45	150,16	117,80	115,22
36 – 40	164,49	104,61	102,88
31 – 35	183,29	87,18	91,78
26 – 30	146,07	70,99	75,89
21 – 25	100,32	60,50	66,06
16 – 20	99,41	88,51	80,97
unter 16	70,86	59,26	82,47
Männer im Alter von ... Jahren			
über 95	402,87	574,17	37,53
91 – 95	397,26	636,18	62,56
86 – 90	350,34	659,78	87,49
81 – 85	325,70	623,47	116,38
76 – 80	297,59	556,35	144,35
71 – 75	263,62	472,23	159,98
66 – 70	221,76	386,57	161,96
61 – 65	200,89	323,47	149,86
56 – 60	179,88	252,31	136,87
51 – 55	151,26	193,15	124,89
46 – 50	123,97	137,21	109,59
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	86,79	88,54	94,65
31 – 35	75,23	72,68	85,30
26 – 30	59,42	58,66	67,70
21 – 25	53,15	52,02	50,17
16 – 20	70,96	69,83	78,71
unter 16	81,28	73,43	71,14

¹ Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

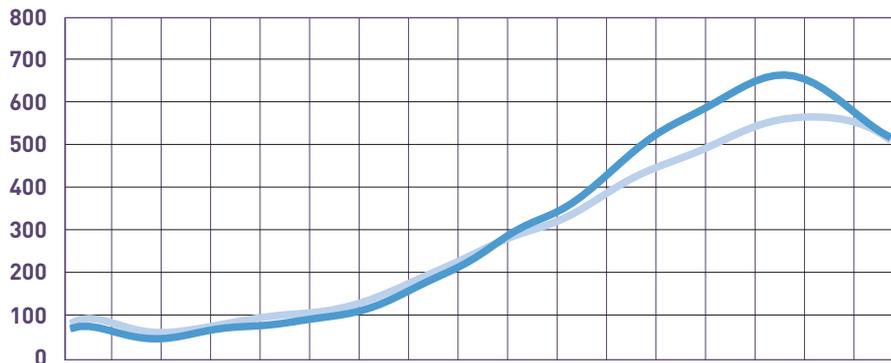
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ für ambulante und Zahnbehandlung 2008

■ Frauen ■ Männer

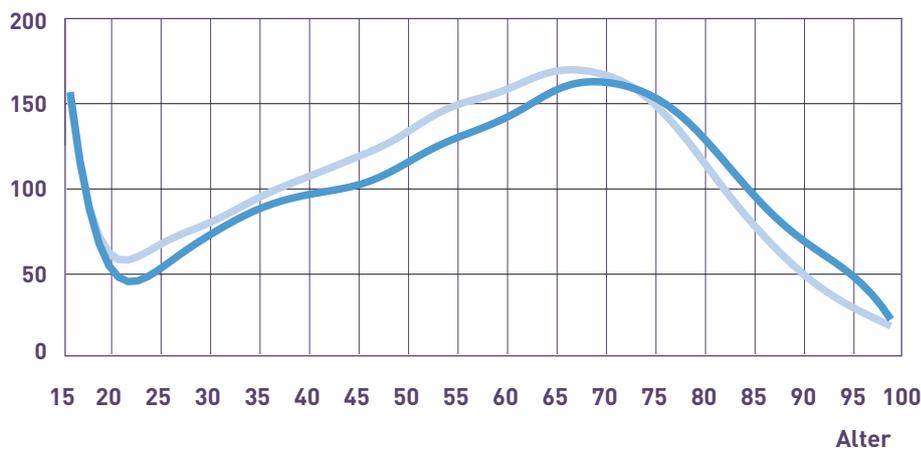
ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)



Arzneien und Verbandmittel



Zahnbehandlung und -ersatz



¹ Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Im stationären Bereich ist neben den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung auch die Dauer des Aufenthalts interessant:

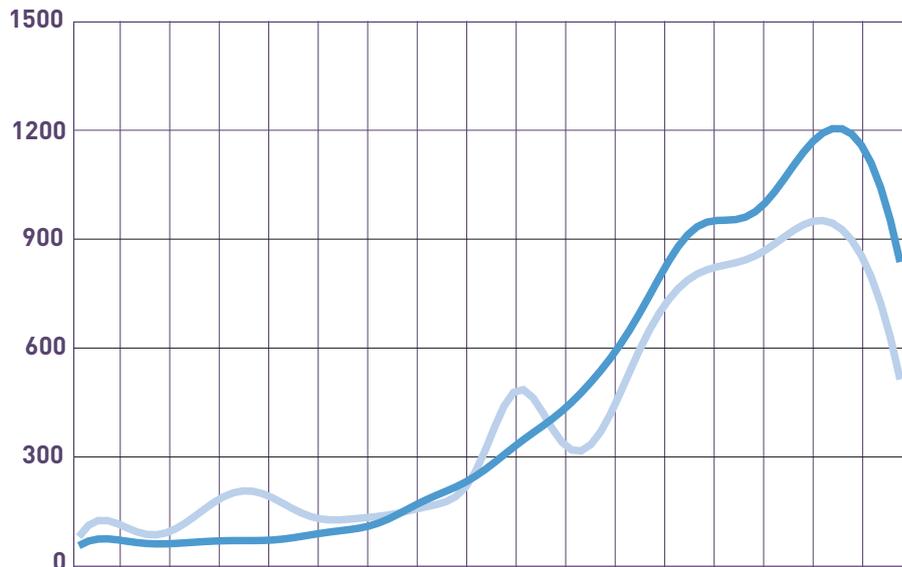
Ausgaben und Aufenthalt¹ nach Altersgruppen 2008	Ausgaben für Kranken- hausbehandlung	Krankenhaus- aufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	723,44	822,26
91 – 95	970,39	1.053,19
86 – 90	877,70	1.273,07
81 – 85	809,35	1.152,81
76 – 80	781,68	967,30
71 – 75	571,42	660,58
66 – 70	350,95	458,99
61 – 65	303,43	368,23
56 – 60	412,35	324,02
51 – 55	202,12	271,02
46 – 50	135,21	184,73
41 – 45	132,64	137,93
36 – 40	141,42	180,28
31 – 35	201,14	261,51
26 – 30	157,67	212,48
21 – 25	90,26	186,69
16 – 20	116,06	132,93
unter 16	84,93	60,35
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	1.226,61	1.243,78
91 – 95	1.065,50	1.392,63
86 – 90	1.037,37	1.376,17
81 – 85	917,40	1.145,01
76 – 80	923,18	957,40
71 – 75	655,88	741,48
66 – 70	502,74	547,43
61 – 65	377,49	415,34
56 – 60	287,33	320,32
51 – 55	197,13	228,89
46 – 50	140,36	148,96
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	80,07	73,09
31 – 35	72,45	67,14
26 – 30	61,05	83,80
21 – 25	74,26	136,22
16 – 20	67,24	96,53
unter 16	98,55	68,56

¹ Für die Ausgaben und den Aufenthalt wurden alle Werte jeweils auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

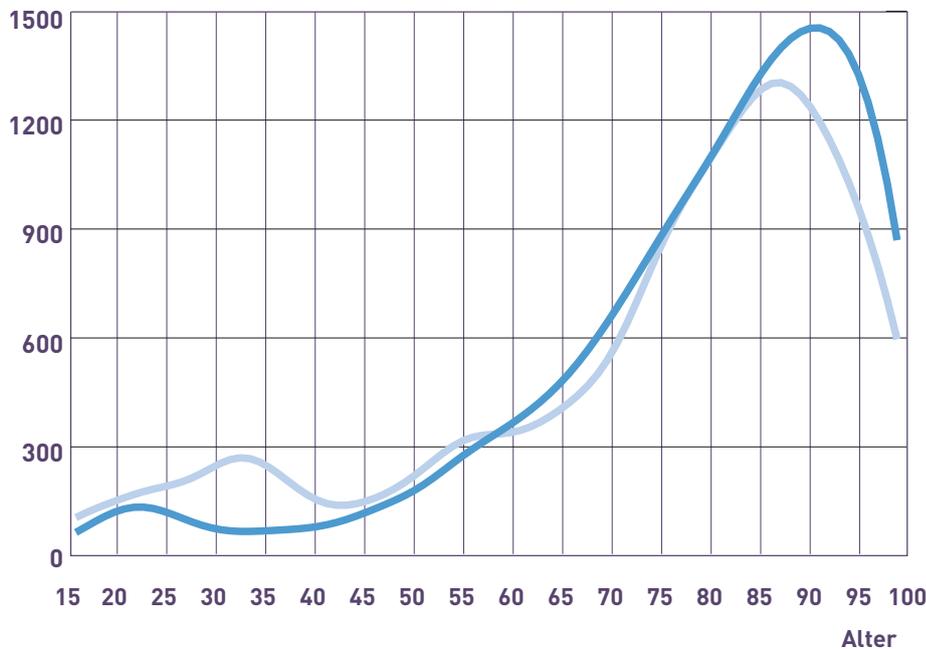
Altersabhängigkeit der Ausgaben und des Aufenthalts¹ im Krankenhaus 2008

■ Frauen ■ Männer

Ausgaben für Krankenhausbehandlung



Krankenhausaufenthalt in Tagen



¹ Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber in der Regel im Krankheitsfall sechs Wochen Lohnfortzahlung. Sie versichern deshalb meist erst ab dem 43. Krankheitstag ein Krankentagegeld. Da Selbstständige keine Lohnfortzahlung erhalten, vereinbaren sie in der Regel mit ihrem Krankenversicherungsunternehmen ein Krankentagegeld ab dem achten Krankheitstag.

Inanspruchnahme von Krankentagegeld¹ nach Altersgruppen 2008	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	130,64	293,20
56 – 60	140,77	324,38
51 – 55	95,46	288,05
46 – 50	114,44	196,45
41 – 45	72,38	154,33
36 – 40	63,29	113,62
31 – 35	144,87	90,49
26 – 30	43,65	63,62
21 – 25	36,26	53,49
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	166,38	336,07
56 – 60	122,20	289,84
51 – 55	118,61	199,18
46 – 50	91,10	139,30
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	97,58	73,44
31 – 35	114,94	69,17
26 – 30	93,86	77,70
21 – 25	145,90	71,68

1 Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

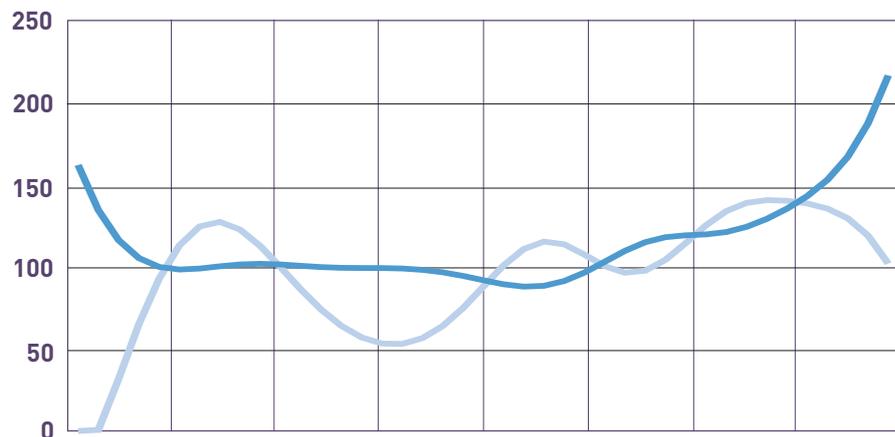
Z08/5105

Die Auswertung der Daten im Bereich der Krankentagegeldversicherung zeigt, dass mit zunehmendem Alter die Zahl der Krankheitstage im Allgemeinen steigt.

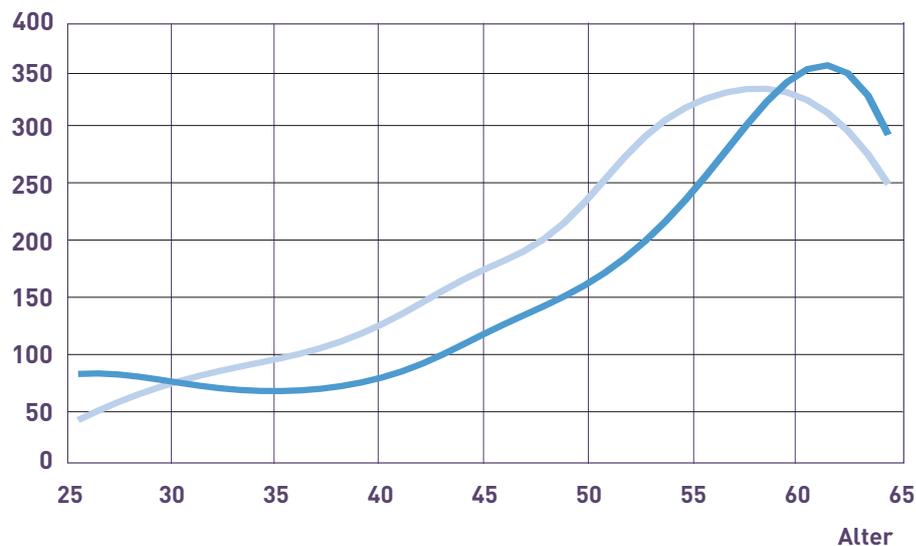
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld¹ 2008

■ Frauen ■ Männer

Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag



Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag



1 Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Z08/5106

Selbstbehaltstatistik

Der PKV-Verband untersucht auch die Abhängigkeit der Ausgaben vom tariflich vereinbarten Selbstbehalt. Aus dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial werden geeignete Selbstbehaltgruppen gebildet. Hierbei wird sichergestellt, dass die beobachteten Gruppen versicherter Personen genügend große Bestände aufweisen. Nur so ist eine fundierte Aussage möglich.

Die Profile sind umso steiler, je größer der Selbstbehalt ist. Bei der Beurteilung der Werte ist zu beachten, dass in hohen Altern die Bestandszahlen je Selbst-

behaltgruppe gering sein können, so dass statistische Schwankungen auftreten können. Die höhere Steilheit der Profile bedeutet nicht höhere Beiträge bei höherem Selbstbehalt, denn absolut gesehen sind die Leistungsausgaben bei höherem Selbstbehalt deutlich niedriger.

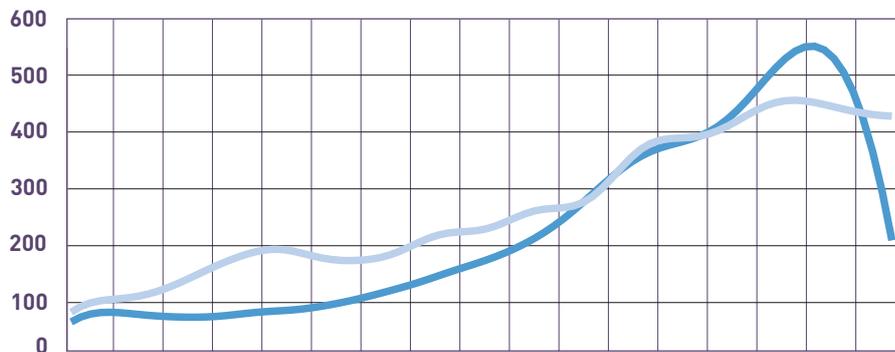
Ausgaben¹ im ambulanten Bereich nach Altersgruppen 2008	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	442,62	500,26	647,03	821,94
91 – 95	423,47	585,33	697,13	855,08
86 – 90	459,15	583,38	571,58	816,57
81 – 85	397,52	547,12	585,32	760,41
76 – 80	376,57	488,44	581,13	695,38
71 – 75	362,63	456,07	526,92	598,52
66 – 70	265,48	446,20	486,64	528,52
61 – 65	266,27	370,55	370,46	489,00
56 – 60	227,50	295,84	298,53	381,13
51 – 55	216,20	260,63	274,93	327,14
46 – 50	183,54	219,76	213,43	265,47
41 – 45	175,18	187,61	176,80	220,33
36 – 40	190,32	202,59	207,43	223,98
31 – 35	177,79	210,11	207,94	226,29
26 – 30	155,16	198,56	186,32	178,90
21 – 25	115,33	142,99	121,97	148,70
16 – 20	99,62	107,32	93,25	84,56
unter 16	71,55	70,95	57,70	59,59
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	392,01	514,32	475,88	879,74
91 – 95	521,45	762,17	785,11	971,89
86 – 90	511,11	647,07	667,68	880,41
81 – 85	418,25	584,31	672,80	817,74
76 – 80	375,61	541,00	569,65	757,28
71 – 75	339,51	452,36	571,36	588,13
66 – 70	270,57	395,66	398,23	455,77
61 – 65	211,14	302,04	303,27	361,43
56 – 60	171,81	225,44	217,30	256,39
51 – 55	145,99	165,45	161,46	185,79
46 – 50	121,06	126,39	124,59	128,27
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	87,32	85,25	82,97	94,45
31 – 35	80,75	74,02	64,78	70,15
26 – 30	76,19	111,48	60,78	56,32
21 – 25	68,05	86,87	69,94	57,91
16 – 20	80,12	70,97	82,10	72,63
unter 16	84,75	81,07	76,06	77,49

¹ Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

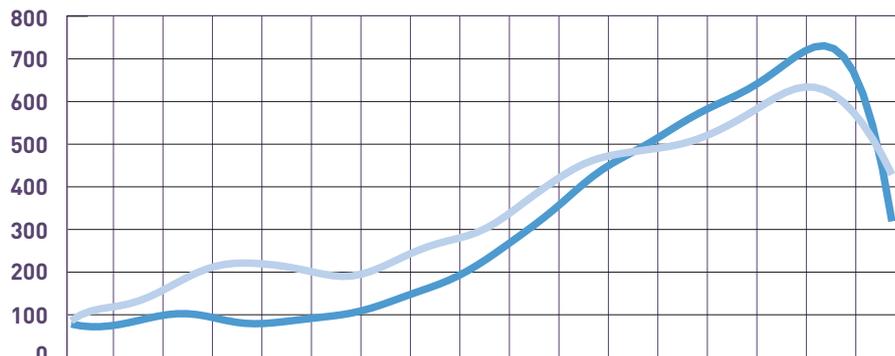
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2008

■ Frauen ■ Männer

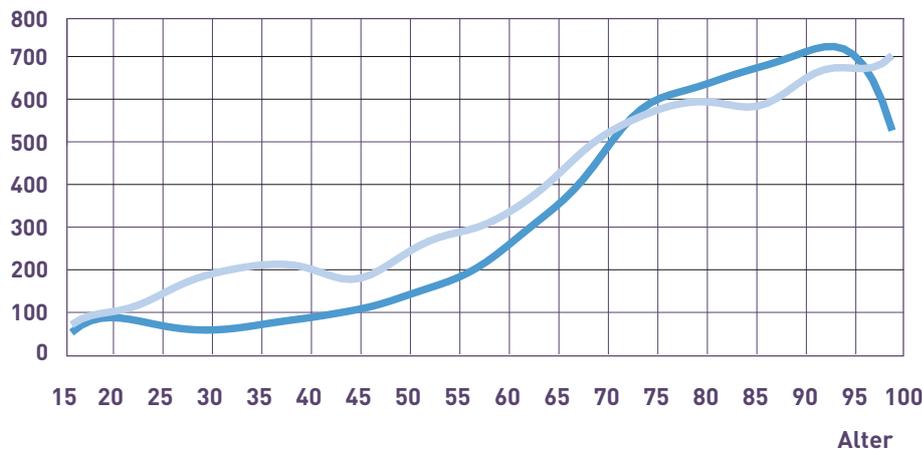
kein absoluter Selbstbehalt



Selbstbehalt bis 300 Euro



Selbstbehalt über 300 Euro bis 600 Euro

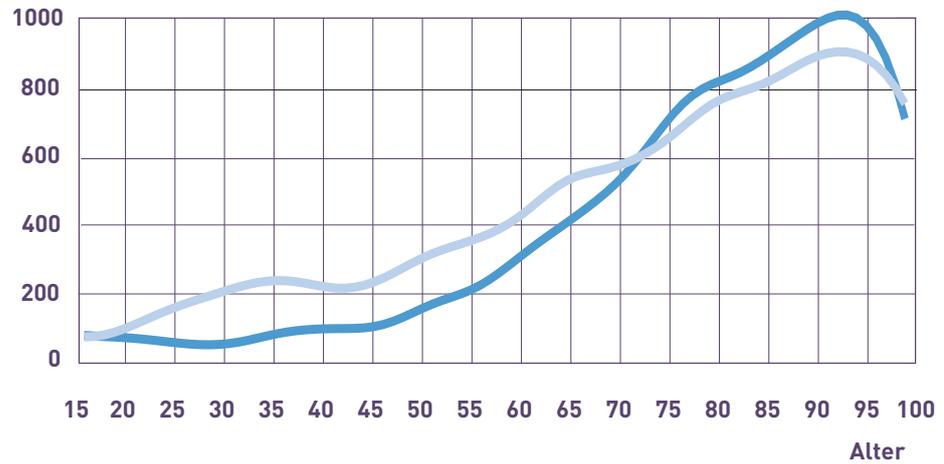


¹ Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2008 (Fortsetzung)

■ Frauen ■ Männer

Selbstbehalt über 600 Euro



¹ Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Z08/5108-2

In der unten stehenden Tabelle wird das Niveau der Ausgaben jeweils für Frauen und Männer in Abhängigkeit vom Selbstbehalt dargestellt. Der besseren Übersichtlichkeit halber sind die Werte auf die Tarifgruppe ohne Selbstbehalt normiert.

Abhängigkeit der Ausgaben vom Selbstbehalt 2008 ¹	Selbstbehalt			
	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen	100,00	80,67	66,47	38,85
Männer	100,00	86,40	67,08	48,87

¹ Die Angaben beziehen sich auf 41- bis 45-jährige Versicherte.

Z08/5109

5.2 Sterbetafel [G]

Eine weitere Grundlage bei der Kalkulation von Tarifen ist die Sterbewahrscheinlichkeit. Sie wird in Form einer Sterbetafel dargestellt, die nach Alter und Geschlecht sowohl die Restlebenserwartung in Jahren als auch die daraus resultierende Sterbewahrscheinlichkeit aufführt. Zur Erstellung der Sterbetafel werden die Meldungen der Unternehmen über ihre Verstorbenen aus den letzten Jahren zusammengefasst. Diese Werte werden mit statistischen Verfahren ausgeglichen und in die Zukunft weiterentwickelt. Die folgende Tabelle fasst die Restlebenserwartung gemäß der Sterbetafel „PKV 2009“ zusammen.

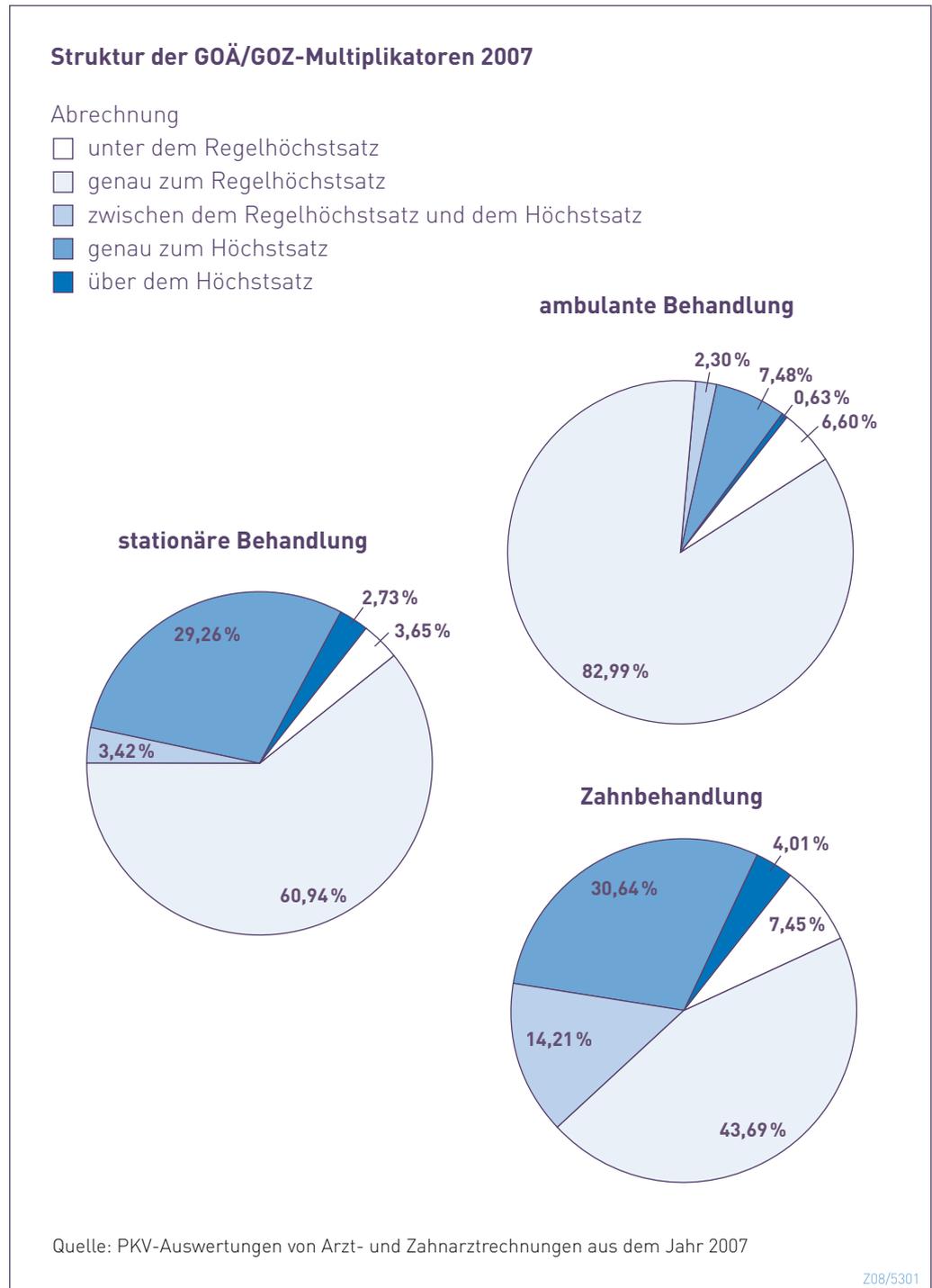
Sterbetafel „PKV 2009“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,14	83,64
5	82,22	78,72
10	77,25	73,75
15	72,28	68,80
20	67,34	63,89
25	62,40	59,02
30	57,46	54,12
35	52,51	49,20
40	47,59	44,30
45	42,70	39,45
50	37,88	34,67
55	33,14	30,00
60	28,49	25,46
65	23,93	21,05
70	19,46	16,80
75	15,18	12,88
80	11,27	9,45
85	7,97	6,63
90	5,39	4,51
95	3,56	3,22
100	2,17	2,13

Z08/5201

5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen

Der Verband wertet eine Stichprobe der bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arzt- und Zahnarztrechnungen aus. Pro Jahr werden insgesamt 40.000 anonymisierte Rechnungen ausgewertet. Die Hälfte hiervon stammt aus dem Bereich der ambulanten Arztbehandlung. Jeweils 10.000 Rechnungen entfallen auf die Bereiche der stationären Arztbehandlung und der Zahnarztbehandlung. Die Rechnungen werden jeweils am 10. eines Monats bei den 21 größten Mitgliedsunternehmen aus dem Tageseingang gezogen. Bei der Auswertung im PKV-Verband werden die Positionen der Rechnungen nach ihren Steigerungssätzen gemäß den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) [G] zusammengefasst.

Die folgende Grafik stellt dar, wie sich das Honorar der Ärzte auf Abrechnungen unter, zum und über dem Regelhöchstsatz und Höchstsatz verteilt.



Die anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen werden von den Versicherungsunternehmen nicht auf elektronischem Wege an den Verband übermittelt, sie müssen daher manuell erfasst werden. Die Eingabe und Auswertung der Rechnungen ist damit sehr zeitaufwendig. Aus diesem Grund können die Zahlen erst ein Jahr später als die übrigen PKV-Daten veröffentlicht werden.

Die Auswertung der Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Mehr als zwei Drittel der Rechnungen wurden 2007 genau zum Regelhöchstsatz erstellt. Betrachtet man nur

den ambulanten Bereich, so waren es sogar über 80 Prozent. Die höchsten Steigerungssätze finden sich allerdings seltener im ambulanten Bereich: Bei den stationären Behandlungen wie auch bei Zahnbehandlungen griffen die Ärzte jeweils in etwa 30 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz zurück – im ambulanten Bereich waren es 7,5 Prozent.

5.4 Krankenhausstatistik

Die Rechtsgrundlage für die Wahlleistung Unterkunft ist die Bundespflege-satzverordnung. Sie besagt, dass die Entgelte für die Ein- und Zweibettzimmer nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen dürfen; zusätzlich müssen die durch die Wahlleistung Unterkunft begründeten Kosten durch die Entgelte refinanziert werden. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in Auslegung der Rechtsvorgaben am 4. August 2000 ein Grundsatzurteil (Az.: III ZR 158/99) gefällt. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs sind höhere Preise als die Basispreise dann möglich, wenn der Patient zusätzliche Komfortvorteile nutzen kann. Auf der Grundlage des BGH-Urteils haben der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die „Gemeinsame Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“ vereinbart. Bei der Umsetzung dieser Empfehlung sind inzwischen für die meisten Krankenhäuser angemessene Zimmerpreise vereinbart worden.

Die durchschnittlichen Preise für Ein- und Zweibettzimmerzuschläge sind in den folgenden Tabellen auf den nächsten Seiten aufgeführt.

Einbettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2008 in Euro	2007 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	86,56	85,93	+0,63	+0,73
Bayern	84,63	84,79	- 0,16	-0,19
Berlin	89,11	90,39	- 1,28	- 1,42
Brandenburg	70,68	65,65	+5,03	+7,66
Bremen	90,58	90,42	+0,16	+0,18
Hamburg	83,41	84,21	- 0,80	- 0,95
Hessen	87,97	87,46	+0,51	+0,58
Mecklenburg- Vorpommern	70,17	69,42	+0,75	+ 1,08
Niedersachsen	81,41	81,38	+0,03	+0,04
Nordrhein- Westfalen	86,23	85,36	+0,87	+ 1,02
Rheinland- Pfalz	86,16	87,31	- 1,15	- 1,32
Saarland	64,10	62,00	+2,10	+3,39
Sachsen	64,25	64,11	+0,14	+0,22
Sachsen- Anhalt	83,91	87,54	- 3,63	- 4,15
Schleswig- Holstein	81,02	81,04	- 0,02	- 0,02
Thüringen	75,99	75,85	+0,14	+0,18
alte Länder (mit Berlin)	84,84	86,05	- 1,21	- 1,41
neue Länder	69,51	63,25	+ 6,26	+ 9,90
bundesweit	83,09	83,46	- 0,37	- 0,44

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z08/5401

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2008 in Euro	2007 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	42,10	41,47	+0,63	+1,52
Bayern	42,72	42,68	+0,04	+0,09
Berlin	41,66	42,88	-1,22	-2,85
Brandenburg	38,66	34,14	+4,52	+13,24
Bremen	45,84	45,22	+0,62	+1,37
Hamburg	39,72	39,74	-0,02	-0,05
Hessen	42,83	42,17	+0,66	+1,57
Mecklenburg- Vorpommern	30,54	30,26	+0,28	+0,93
Niedersachsen	40,76	41,01	-0,25	-0,61
Nordrhein- Westfalen	46,11	45,43	+0,68	+1,50
Rheinland- Pfalz	43,26	43,71	-0,45	-1,03
Saarland	28,78	29,04	-0,26	-0,90
Sachsen	29,87	31,04	-1,17	-3,77
Sachsen- Anhalt	40,79	42,34	-1,55	-3,66
Schleswig- Holstein	42,42	42,33	+0,09	+0,21
Thüringen	37,61	37,50	+0,11	+0,29
alte Länder (mit Berlin)	43,16	43,37	-0,21	-0,48
neue Länder	33,36	30,80	+2,56	+8,31
bundesweit	42,04	41,93	+0,11	+0,26

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z08/5402

5.5 Krankheitsartenstatistik

Auf den Rechnungen der Leistungserbringer müssen per Gesetz Diagnosen aufgeführt werden. Im Jahr 2007 haben 18 PKV-Unternehmen die Diagnosen der bei ihnen eingereichten Rechnungen gemäß International Classification of Diseases (ICD) [G] zu Krankheitsarten zusammengefasst und so an den PKV-Verband gemeldet. Da nicht alle großen Versicherungsunternehmen beteiligt sind, ist die Datenbasis relativ gering. Aus diesem Grunde können bei den Krankenhaustagen für Frauen und Männer nur zusammengefasste Werte angegeben werden.

Verweildauer und Leistungsaufteilung nach Krankheitsarten 2008	durchschnitt- liche Anzahl der Krank- haustage	Aufteilung der Leistungen in Prozent	
		Frauen	Männer
I. infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,3	1,81	1,94
II. Neubildungen	8,1	11,58	12,07
III. Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwech- selkrankheiten	7,9	3,07	3,18
IV. Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe	8,7	0,59	0,57
V. seelische Störungen	12,7	7,05	5,52
VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	6,8	8,22	8,75
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	8,5	10,74	16,08
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane	6,2	3,94	4,65
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane	5,6	10,09	11,11
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	5,6	4,75	4,39
XI. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	*	3,35	0,00
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	6,4	1,69	1,50
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	8,7	18,24	16,49
XIV. angeborene Missbildungen	3,9	0,81	0,73
XV. bestimmte Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität	5,2	0,45	0,40
XVI. Symptome und mangelhaft bezeich- nete Krankheiten und Todesursachen	5,6	6,53	5,50
XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalt- einwirkungen	7,0	7,09	7,12
insgesamt	7,5	100,00	100,00

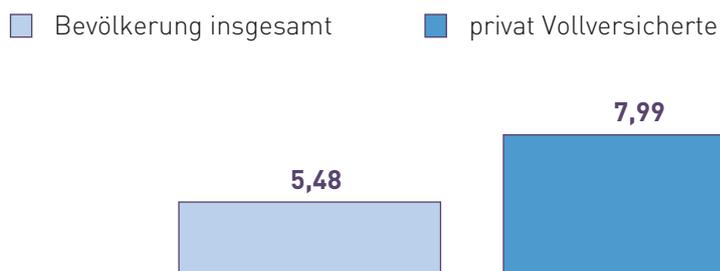
* Nicht auswertbar, da keine aussagekräftige Fallzahl.

AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 33 Millionen Menschen mit HIV, 2,0 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich im Jahr 2007 2,7 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert. 2,0 Millionen sind an AIDS gestorben¹. Die Bekämpfung von AIDS ist deshalb eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies gilt auch für Deutschland. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) wurden im Jahr 2008 4.496 positive HIV-Antikörpertests gemeldet. Hierunter waren 1.690 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2008 unter ihren Vollversicherten 687 Neuinfektionen.

Die PKV engagiert sich seit dem Jahr 2005 besonders im Kampf gegen AIDS. Dies geschieht nicht zuletzt deshalb, weil der Anteil der HIV-Infizierten im Versicherungskreis der PKV im Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativ hoch ist.

Anteil der HIV-Neuinfizierten je 100.000 Personen 2008



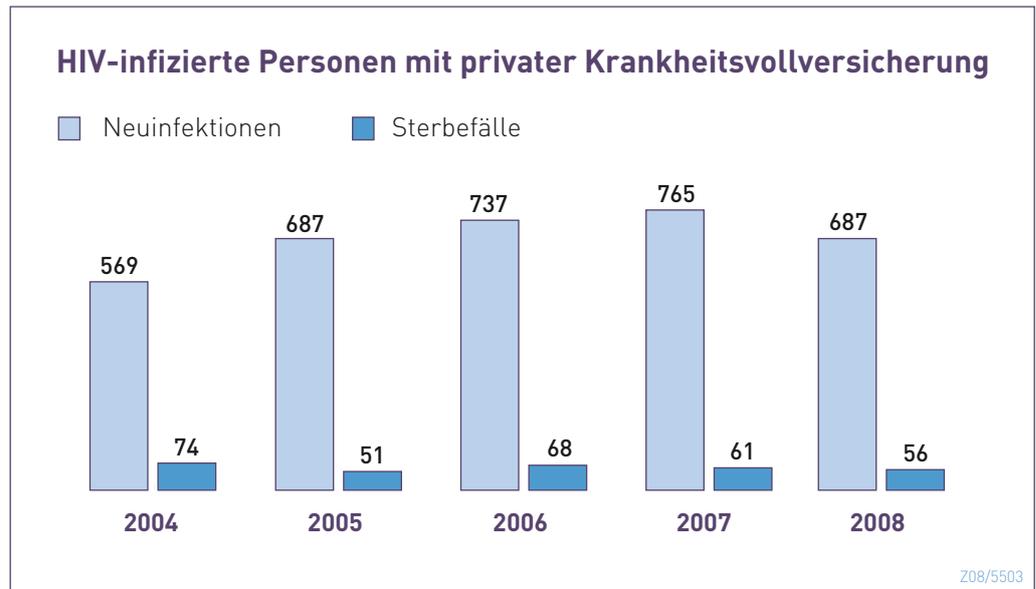
Quelle: Robert Koch-Institut¹ und eigene Erhebungen

¹ RKI: Die Gesamtzahl umfasst sowohl die Erstdiagnosen als auch diejenigen, bei denen der Meldestatus zum Zeitpunkt des HIV-Antikörpertests unbekannt ist.

Z08/5502

¹ Die WHO veröffentlicht ihre Berichte über die AIDS-Epidemie im Zwei-Jahres-Turnus.

Der PKV-Verband erfasst im Rahmen seiner AIDS-Statistik die Zahl der neu erkannten Fälle von HIV-Infektionen und die Zahl der im jeweiligen Berichtszeitraum verstorbenen HIV-infizierten Personen. Der Zeitpunkt des Erfassens bei der PKV muss nicht identisch sein mit dem Zeitpunkt, zu dem ein Versicherter die Diagnose erfahren hat. Der Grund liegt darin, dass in der PKV nur Leistungsfälle erfasst werden. Wer zum Beispiel aufgrund eines Selbstbehaltes keine Leistungen in Anspruch nimmt, wird nicht in der AIDS-Statistik erfasst.

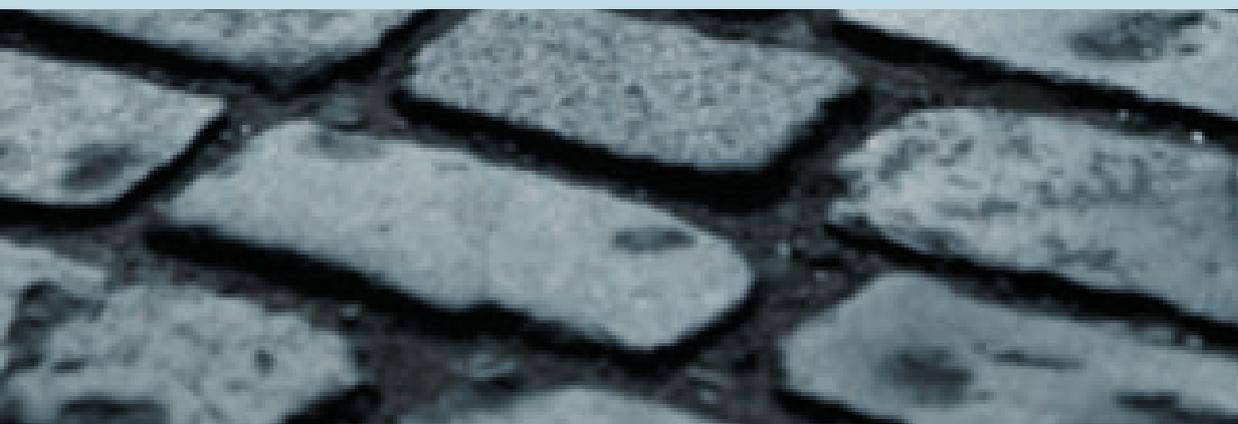


Die Zahl der Neuinfektionen verringerte sich 2008 gegenüber dem Vorjahr erkennbar, sie entspricht dem Wert aus dem Jahr 2005. Damit bleibt die Zahl der Neuinfektionen aber immer noch höher als in den Jahren vor diesem Zeitraum. Aufklärung bleibt weiterhin wichtig. Deshalb unterstützt die PKV jährlich mit insgesamt 3,5 Mio. Euro die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche AIDS-Stiftung in der AIDS-Prävention.

Die Behandlung von HIV-Infizierten verursachte im Jahr 2008 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von fast 18.000 Euro.



6. Zeitreihen 1998 - 2008



Krankheitsvoll- versicherung	1998	1999	2000	2001	2002
versicherte Personen	7.205.700	7.356.400	7.493.800	7.710.200	7.923.800
Nettoneuzugang	140.700	150.700	137.400	216.400	213.600
Zugänge aus der GKV	327.800	324.800	325.000	360.700	362.000
Abgänge zur GKV	154.800	149.200	148.600	147.500	129.800

Pflege- versicherung	1998	1999	2000	2001	2002
versicherte Personen	8.131.000	8.226.000	8.303.400	8.619.400	8.827.100
davon Leistungs- empfänger	96.968	102.947	106.709	110.980	114.452

Zusatzversiche- rungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	1998	1999	2000	2001	2002
Zusatzversiche- rungen insgesamt	13.942.200	13.736.800	13.824.700	13.913.000	14.160.700
Tarife für Wahl- leistungen im Krankenhaus	4.380.500	4.361.900	4.394.400	4.452.700	4.472.900
Krankentagegeld- versicherung	800.700	928.900	920.300	988.600	1.043.800
Krankenhaustage- geldversicherung	8.534.500	8.961.000	8.935.600	8.888.700	8.789.900
Pflegezusatzver- sicherung	543.000	570.300	605.100	655.700	690.000

1 Umstellung der Zählweise, nach alter Zählung 16.141.000

In den folgenden Tabellen sind die wichtigsten Zahlen im Zeitverlauf der letzten elf Jahre dargestellt. In den Fällen, in denen keine Daten angegeben werden, liegen sie uns entweder nicht vor oder sind zum Beispiel aufgrund von Umstellungen in der Datenerfassung nicht sinnvoll.

6.1 Versicherungsbestand

2003	2004	2005	2006	2007	2008
8.110.400	8.259.400	8.373.000	8.489.100	8.549.000	8.639.300
186.600	149.000	113.600	116.100	59.900	90.300
338.400	297.700	274.500	284.700	233.700	244.900
130.400	130.600	154.200	143.900	154.700	151.000

Z08/6101

2003	2004	2005	2006	2007	2008
8.999.300	9.117.600	9.164.300	9.276.800	9.320.000	9.352.400
116.845	122.583	128.343	134.722	140.230	142.060

Z08/6102

2003	2004	2005	2006	2007	2008
14.687.600	15.897.900 ¹	17.087.800	18.400.500	20.009.400	20.983.200
4.715.100	4.804.400	5.040.000	5.096.500	5.167.600	5.382.700
1.173.800	1.263.200	1.297.300	3.337.000	3.371.300	3.404.000
8.906.700	8.948.500	8.841.700	8.743.800	8.648.100	8.545.700
749.600	787.100	832.900	988.800	1.174.000	1.316.200

Z08/6103

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002
Krankenversicherung	17.170,7	17.935,5	18.703,4	19.763,2	21.096,6
davon					
Krankheitsvollversicherung	12.290,7	13.008,2	13.721,5	14.681,9	15.891,4
Pflegeversicherung	2.149,1	1.974,5	2.008,6	1.955,1	1.985,2
insgesamt	19.319,8	19.910,0	20.712,0	21.718,3	23.081,8

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002
Krankenversicherung	12.012,4	12.575,2	13.143,5	13.933,6	14.722,6
davon unter anderem					
ambulante Leistungen	4.703,0	5.044,4	5.397,9	5.912,5	6.132,1
stationäre Leistungen	4.371,3	4.537,5	4.662,3	4.762,2	4.822,0
Zahnleistungen	1.747,0	1.786,0	1.852,5	2.030,4	2.086,2
Pflegeversicherung	449,8	462,9	471,1	486,1	496,9
insgesamt	12.462,2	13.038,1	13.614,6	14.419,7	15.219,5

2003	2004	2005	2006	2007	2008
22.892,8	24.541,6	25.480,2	26.611,5	27.578,4	28.360,3
17.523,3	18.907,0	19.665,2	20.509,6	21.209,3	21.790,0
1.847,9	1.871,4	1.867,5	1.871,3	1.882,9	1.970,2
24.740,7	26.413,0	27.347,7	28.482,8	29.461,3	30.330,5

Z08/6201

2003	2004	2005	2006	2007	2008
15.292,1	16.024,9	16.750,4	17.274,7	18.319,5	19.551,3
6.580,1	6.968,4	7.382,8	7.682,8	8.273,9	8.921,1
4.867,9	5.042,5	5.203,8	5.388,7	5.556,0	5.838,5
2.160,6	2.316,8	2.436,9	2.501,4	2.716,6	2.902,1
517,9	528,5	549,8	563,8	578,1	617,7
15.810,0	16.553,4	17.300,2	17.838,5	18.897,6	20.169,0

Z08/6301

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002
Entnahmen	1.728,8	3.258,6	2.062,1	2.799,5	2.000,4
davon					
zur Verrechnung inkl. Mittel nach § 12a Abs. 2 VAG			1.409,2	2.071,7	1.137,9
zur Verrechnung gemäß § 12a Abs. 3 VAG					
zur Baraus- schüttung			652,9	727,8	862,5
Zuführung	3.236,0	3.295,5	2.861,1	2.304,9	1.660,2
Bestand	7.772,2	7.809,1	8.247,2	7.302,6	6.380,8

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002 ¹
Zuführung	5.925,1	7.523,6	7.409,6	8.668,9	8.077,3
davon					
Kranken- versicherung	4.982,3	5.693,2	6.193,4	6.615,7	6.773,6
Pflege- versicherung	942,8	1.830,4	1.216,2	2.053,2	1.303,7
Bestand	44.617,8	52.141,4	59.551,0	68.219,9	76.297,2
davon					
Kranken- versicherung	41.131,8	46.825,0	53.018,4	59.634,1	66.407,7
Pflege- versicherung	3.486,0	5.316,4	6.532,6	8.585,8	9.889,5

¹ Diese Jahreswerte wurden nachträglich korrigiert. Durch einen Meldefehler war ein Teil der Alterungsrückstellungen statt der Krankenversicherung der Pflegeversicherung zugeordnet worden. Der Fehler betraf aber nicht die jeweilige Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen.

2003	2004	2005	2006	2007	2008
2.311,6	2.084,0	2.409,0	2.497,9	2.379,4	3.498,5
1.495,4	833,2	1.185,9	1.118,4	1.049,8	2.026,3
	410,8	311,3	414,0	294,0	309,4
816,2	840,0	911,8	965,5	1.035,6	1.162,8
2.380,5	3.233,6	3.444,2	3.662,0	3.686,0	2.492,5
6.039,6	7.190,0	8.225,2	9.389,3	10.695,9	9.690,0

Z08/6401

2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹	2007	2008
8.841,3	8.673,1	9.559,3	10.061,8	10.212,6	10.733,9
6.933,1	7.514,1	7.892,8	8.813,6	8.933,5	8.696,2
1.908,2	1.159,0	1.666,5	1.248,2	1.279,1	2.037,7
85.138,5	93.811,6	103.370,9	113.432,7	123.645,3	134.379,2
73.340,8	80.854,9	88.747,7	97.561,3	106.494,8	115.191,0
11.797,7	12.956,7	14.623,2	15.871,4	17.150,5	19.188,2

Z08/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002
Abschlussaufwendungen	1.803,6	1.845,1	1.921,4	2.087,2	2.232,7
Verwaltungsaufwendungen	653,5	682,9	712,4	734,8	750,8

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	1998	1999	2000	2001
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,61	1,05	0,70	0,78
Anteil an verbundenen Unternehmen	2,20	0,74	1,25	1,75
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	2,06	0,34	3,00	1,62
Beteiligungen	0,71	0,79	1,65	0,70
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	0,19	0,22	0,53	3,26
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	24,40	30,79	35,55	31,15
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	26,43	14,95	11,70	17,18
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1,09	1,14	1,50	1,04
Namenschuldverschreibungen	21,38	29,14	22,99	13,45
Schuldscheinforderungen und Darlehen	18,07	18,74	17,39	20,68
übrige Ausleihungen	1,10	0,76	0,99	0,59
Einlagen bei Kreditinstituten	1,29	0,88	2,00	6,83
andere Kapitalanlagen	0,47	0,46	0,75	0,97
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2003	2004	2005	2006	2007	2008
2.295,3	2.328,8	2.361,0	2.416,1	2.383,4	2.528,6
758,0	758,6	781,7	786,1	783,1	790,2

Z08/6601

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0,66	0,64	0,60	0,66	0,24	0,15	0,54
1,37	0,87	0,62	0,19	0,55	0,60	1,36
1,89	0,71	0,39	0,42	0,18	0,63	1,78
3,03	0,64	0,98	0,37	1,23	0,97	1,19
3,66	3,46	2,91	2,06	2,22	2,33	3,19
23,20	13,60	15,71	16,70	20,80	15,08	14,78
17,22	13,75	7,60	18,00	6,81	5,93	8,84
0,80	1,07	1,87	1,26	2,20	1,35	1,31
20,64	27,23	20,77	19,83	24,91	25,73	21,63
22,34	34,22	38,69	20,30	16,50	18,19	18,02
0,46	0,55	0,54	0,29	0,51	0,45	0,11
3,95	2,58	6,95	6,04	2,48	3,14	17,52
0,78	0,68	2,37	13,88	21,37	25,45	9,73
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z08/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.737,5	1.795,2	1.832,8	1.888,5
Anteil an verbundenen Unternehmen	862,8	775,0	1.050,6	1.349,9
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	173,1	358,2	566,8	885,2
Beteiligungen	800,3	816,0	1.058,8	977,3
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	161,1	240,2	337,2	470,1
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	11.591,7	15.383,7	18.322,2	20.020,8
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	6.825,5	5.591,2	4.895,5	5.944,0
Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen	1.188,0	1.283,5	1.468,6	1.663,3
Namenschuldverschreibungen	19.323,3	22.616,0	25.054,2	25.226,1
Schuldscheinforderungen und Darlehen	13.324,9	15.034,5	16.550,1	20.090,5
übrige Ausleihungen	400,7	514,9	731,1	816,3
Einlagen bei Kreditinstituten	615,0	519,9	565,6	1.195,0
andere Kapitalanlagen	119,2	212,5	275,0	434,1
insgesamt	57.123,0	65.140,8	72.708,5	80.961,1

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1.767,2	1.838,7	1.870,0	1.893,0	1.716,8	1.590,0	1.514,2
1.442,8	1.546,4	1.502,7	1.381,2	1.321,0	1.333,1	1.639,8
544,6	689,4	727,7	547,5	540,3	635,8	1.050,3
1.579,2	1.417,0	1.527,0	1.196,8	1.435,9	1.350,3	1.528,8
834,3	878,6	833,8	642,3	687,4	58,7	361,9
21.499,1	21.445,7	22.601,6	25.419,6	27.115,6	29.331,1	30.327,5
4.159,3	4.514,1	4.427,1	6.424,9	6.504,6	7.048,2	8.240,1
1.846,5	2.032,6	2.389,9	2.661,0	3.214,0	3.387,6	3.540,7
27.580,7	31.370,7	33.060,5	36.779,8	41.976,8	47.256,6	49.463,5
23.696,3	28.873,7	35.440,1	39.428,6	42.859,8	46.705,8	49.199,5
864,5	1.001,8	1.113,8	1.186,9	1.328,4	1.565,5	1.695,4
1.988,0	1.927,5	1.849,6	1.374,6	1.459,5	1.641,1	2.496,3
432,7	216,1	713,6	252,1	356,7	437,8	432,1
88.235,2	97.752,3	108.057,4	119.188,3	130.516,8	142.341,6	151.490,1

Z08/6702

6.8 Kennzahlen

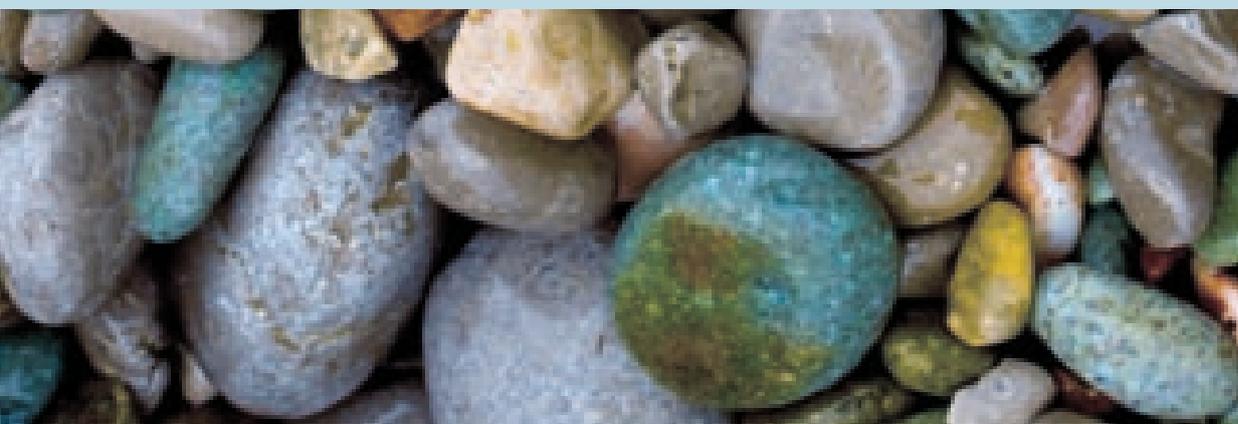
Kennzahlen in Prozent	1998	1999	2000	2001
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	13,02	13,80	14,16	13,83
RfB-Quote	35,83	34,34	33,66	27,20
RfB-Zuführungsquote	14,59	14,17	10,48	7,91
RfB-Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag	74,04	79,15	68,77	74,29
- Barausschüttung	25,96	20,85	31,23	25,71
Überschussverwendungsquote	92,66	92,79	92,16	93,45
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	8,13	7,75	6,06	3,77
Nettoverzinsung	7,83	7,57	7,21	6,24
Schadenquote	79,19	79,59	81,26	83,28
Quote der Abschlussaufwendungen	9,31	9,24	9,25	9,58
Quote der Verwaltungsaufwendungen	3,37	3,42	3,43	3,37
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	4,16	3,11	3,99	4,94
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	1,88	2,09	2,26	2,89
- Zusatzversicherung	7,21	-1,22	0,55	1,30
- insgesamt	5,33	-0,10	1,17	1,86
Vorsorgequote	40,37	40,96	40,94	38,83

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
13,40	13,26	13,21	13,76	14,17	14,90	14,50
23,01	20,46	23,81	26,38	29,55	32,82	29,21
6,03	8,06	10,92	10,94	11,42	11,15	7,67
57,13	64,82	50,02	56,87	54,07	51,00	64,32
42,87	35,18	49,98	43,13	45,93	49,00	35,68
91,86	91,49	91,96	92,00	91,93	89,64	89,03
5,00	8,14	10,66	10,14	10,96	10,43	9,21
4,53	4,85	4,78	5,11	4,82	4,75	3,56
82,11	79,56	77,69	78,40	77,82	78,83	79,85
9,64	9,24	8,79	8,61	8,46	8,08	8,33
3,24	3,05	2,86	2,85	2,76	2,66	2,60
6,23	7,25	6,74	3,50	4,09	3,27	4,77
2,77	2,35	1,83	1,38	1,57	0,71	1,04
0,63	3,69	9,84	7,48	9,30	7,45	6,40
1,38	3,21	6,99	5,40	6,76	5,34	4,80
34,51	37,26	40,18	41,87	42,50	42,44	35,70

Z08/6801



Anhang



I. Grundlagen

Das Grundlagenkapitel ermöglicht eine bessere Einordnung der Zahlen zur privaten Krankenversicherung: Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit der demografischen Situation in Deutschland, es folgen Angaben zur Beschäftigung und zum Einkommen der Arbeitnehmer. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich speziell dem Gesundheitswesen und informiert unter anderem über die Zahl der Leistungserbringer, die Höhe der Gesundheitsausgaben und deren Mitfinanzierung durch die PKV. Das Grundlagenkapitel endet mit einem Überblick über die wichtigsten Zahlen und Rechengrößen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland

Bevölkerung am 31. Dezember in 1.000 Personen	2006	2007	2008
insgesamt	82.314,9	82.217,8	82.002,4
davon			
Frauen	42.013,7	41.943,5	41.818,1
Männer	40.301,2	40.274,3	40.184,3
Geburten¹	672,7	684,9	682,5
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.245,2	4.192,3	4.154,1
6 bis unter 15	7.196,2	7.089,4	6.985,0
15 bis unter 25	9.610,6	9.498,5	9.379,5
25 bis unter 45	23.319,0	22.896,6	22.353,3
45 bis unter 65	21.644,6	22.022,3	22.401,5
ab 65	16.299,3	16.518,7	16.729,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2009)

1 Lebendgeborene

Z08/A1101

Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren¹	Frauen	Männer
0	82,40	77,17
5	77,73	72,55
10	72,76	67,58
15	67,79	62,62
20	62,85	57,74
25	57,92	52,91
30	52,99	48,06
35	48,07	43,23
40	43,20	38,44
45	38,40	33,76
50	33,71	29,27
55	29,15	24,99
60	24,71	20,93
65	20,41	17,11
70	16,25	13,54
75	12,38	10,34
80	8,97	7,65
85	6,19	5,46
90	4,15	3,84
95	2,88	2,71
100	2,10	1,98

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2009)

¹ nach Sterbetafel 2006/2008

Z08/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen	2006	2007	2008
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	26.449²	27.027²	27.578
davon			
Frauen	12.002	12.202	12.500
Männer	14.448	14.826	15.078
Arbeitslose³	4.487	3.777⁴	3.268
davon			
Frauen	2.149	1.873	1.600
Männer	2.338	1.900	1.668

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Dezember 2008 / August 2009)

- 1 Quartalsschnitt anhand der Zahlen für Ende März, Juni, September und Dezember
- 2 Die Gesamtzahl stimmt 2006 und 2007 aufgrund der Rundung nicht mit der Summe der weiblichen und männlichen Beschäftigten überein.
- 3 Jahresdurchschnitt
- 4 Die Meldungen an die Bundesagentur für Arbeit enthalten nicht immer Angaben zum Geschlecht. Deshalb ist die Gesamtzahl der Arbeitslosen 2007 höher als die Summe der weiblichen und männlichen Arbeitslosen.

Z08/A1103

durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer in Euro	2006¹	2007²	2008²
Frauen	2.785	2.819	2.900
Männer	3.889	3.571	3.671
insgesamt	3.510	3.344	3.438

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Juli 2009)

- 1 Angestellte im produzierenden Gewerbe, Handel, Kredit- und Versicherungsgewerbe
- 2 Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbe und in den Dienstleistungen, inkl. Sonderzahlungen. Seit Beginn 2007 werden die Zahlen durch die neue Vierteljährliche Verdiensterhebung ermittelt. Dadurch sind sie nicht mehr direkt mit den bisher veröffentlichten Zahlen vergleichbar.

Z08/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsberufen tätige Personen	2006	2007	2008
Ärzte	311.230	314.912	319.697
davon niedergelassen	127.048	127.132	125.754
Zahnärzte	65.378	65.842	66.318
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen¹ (ohne Altenpfleger)	1.866.000	1.880.000	
Altenpfleger	325.000	348.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt (Stand: Dezember 2008)

¹ u.a. Arzthelfer, Hebammen, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten

Z08/A1201

	2006	2007	2008 ¹
Krankenhäuser	2.104	2.087	2.067
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	510.767	506.954	499.506

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2009)

¹ Für 2008 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.

Z08/A1202

	2006	2007	2008
Apotheken	21.551	21.570	21.602

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Dezember 2008)

Z08/A1203

Gesundheitsausgaben	2006	2007¹
insgesamt in Mrd. Euro	244,9	252,8
BIP in Mrd. Euro	2.325,1	2.428,2
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent	10,5	10,4
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro	2.970,0	3.070,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2009)

1 Die Zahlen für 2008 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z08/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2005	2006	2007¹
Arztbehandlung	4.201	4.375	4.845
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	2.594	2.860	2.827
Krankenhaus	620	773	1.021
Zahnmedizin	2.140	1.684	1.788
insgesamt	9.556²	9.692	10.481

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: Mai 2009)

1 Die Zahlen für 2008 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.
 2 Die Zahl stimmt aufgrund von Rundungen nicht mit der Summe der einzelnen Leistungsbereiche überein.

Z08/A1205

I.3 Zahlen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2006	2007	2008
Frauen	37.371.812	37.353.441	37.232.173
davon unter anderem mitversichert	12.135.983	11.774.419	11.476.394
freiwillig versichert ²	1.477.606	1.417.297	1.400.683
Männer	33.026.937	33.078.029	33.006.118
davon unter anderem mitversichert	7.792.097	7.536.035	7.384.650
freiwillig versichert ²	3.302.820	3.087.321	3.052.436
insgesamt	70.398.749	70.431.470	70.238.291
davon unter anderem mitversichert	19.928.080	19.310.454	18.861.044
freiwillig versichert ²	4.780.426	4.506.971	4.453.119

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2008)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z08/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2006	2007	2008
Ortskrankenkassen	17	16	15
Betriebskrankenkassen	318	282	167
Innungskrankenkassen	25	23	15
Landwirtschaftliche Krankenkassen	9	9	9
Seekrankenkassen	2	2	0
Bundesknappschaft	2	2	1
Ersatzkassen für Arbeiter	6	6	1
Ersatzkassen für Angestellte	13	13	7
insgesamt	392	353	215

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2008)

Z08/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mio. Euro	2006	2007	2008
Einnahmen	149.518,9	155.678,4	159.964,3
davon unter anderem			
Beiträge der Mitglieder ¹	107.412,9	113.466,8	118.326,2
Beiträge der Rentner	32.461,1	33.977,3	35.005,0
sonstige Einnahmen	7.305,0	5.712,7	6.633,1
Ausgaben	147.561,7	153.616,3	150.900,2
davon unter anderem			
Leistungen für Mitglieder ^{1,2}	69.545,9	72.463,1	76.205,0
Leistungen für Rentner ²	68.925,7	71.855,1	74.695,2
sonstige Aufwendungen ³	1.024,2	1.152,1	1.753,5
Netto-Verwaltungskosten	8.060,3	8.132,2	8.283,1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2009)

1 Als Mitglieder werden in den Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums die Beitrag zahlenden Versicherten abzüglich der Rentner bezeichnet.

2 einschließlich deren Angehörigen

3 In den sonstigen Aufwendungen sind der Risikostrukturausgleich und der Risikopool nicht berücksichtigt.

Z08/A1303

Finanzsituation in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Mrd. Euro	2006	2007	2008
Kapitalreserve am 1. Januar	3,05	3,50	3,18
Defizit	-	0,32	-
Überschuss	0,45	-	0,63
Kapitalreserve am 31. Dezember	3,50	3,18	3,81

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2009)

Z08/A1304

Rechengrößen der gesetzlichen Krankenversicherung	1998	1999	2000	2001
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
West	38.654	39.114	39.574	40.034
Ost	32.211	33.132	39.574	
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren				
für alle übrigen Arbeitnehmer				
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	38.654	39.114	39.574	40.034
Ost	32.211	33.132	32.672	40.034
durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3,4}				
West	13,6	13,5	13,5	13,6
Ost	14,1	13,9	13,8	13,7
durchschnittlicher Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung⁴				
West	438,08	440,03	445,21	453,72
Ost	378,48	383,78	375,73	457,05

1 Angaben gemäß „Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für [Jahr] (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung [Jahr])“ der Bundesregierung

2 Hierbei handelt es sich um einen beobachteten Wert, der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird. Zum 1. Juli 2005 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Beitragssätze um 0,9 Prozent senken müssen. Zugleich wurde ein Zuschlag von 0,9 Prozent eingeführt, den die Versicherten selbst tragen müssen. Dieser Zuschlag ist in den hier angegebenen durchschnittlichen Beitragssatz eingerechnet.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008
40.500							
	41.400	41.850	42.300	42.750	42.750	43.200	44.100
	45.900	46.350	46.800	47.250	47.700	48.150	48.600
40.500	41.400	41.850	42.300	42.750	42.750	43.200	44.100
14,0	14,4	14,3	14,2	14,3	14,9	14,9 ³	15,5
14,0	14,1	14,0	13,9	13,9	14,5		14,9 ⁴
472,5	496,8	498,71	500,55	509,44	530,81	536,40	569,63
472,5	486,45	488,25	489,98	495,19	516,56		547,58 ⁴

3 Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Rechtskreisrennung aufgehoben, daher erfolgen auch keine getrennten statistischen Erhebungen mehr.

4 Seit dem 1. Januar 2009 müssen alle gesetzlichen Kassen einen einheitlichen Beitragssatz erheben. Dieser betrug von Januar bis Juni 15,5 Prozent, seit Juli 2009 beträgt er 14,9 Prozent (Stand: Oktober 2009).

Z08/A1305

II. Glossar

Abschlussaufwendungen

Zu den Abschlussaufwendungen zählt jeglicher Aufwand, der einem Versicherungsunternehmen direkt durch den Abschluss einer Versicherung entsteht – insbesondere die Vermittlerprovisionen.

Alterungsrückstellungen

Die private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen. Die Differenz wird zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen dann über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen. Die Einzelheiten der Bildung von Alterungsrückstellungen sind im Versicherungsaufsichtsgesetz und in der Kalkulationsverordnung geregelt.

Barausschüttung

Die Barausschüttung ist das, was man klassischerweise unter Beitragsrückerstattung [G] versteht. Diese erhält ein Versicherter, wenn er über einen vertraglich vereinbarten Zeitraum hinweg keine Leistungen in Anspruch nimmt, das heißt bei seinem Versicherungsunternehmen keine Rechnungen einreicht. Erfolgt die Beitragsrückerstattung durch eine Geldauszahlung und nicht durch Verrechnung, so spricht man von Barausschüttung. Die Höhe der Barausschüttung hängt von der Dauer der Leistungsfreiheit und den tariflich vereinbarten Rückerstattungsbeträgen ab.

Basistarif

Der brancheneinheitliche Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Er wird sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten. Für die Versicherungsunternehmen besteht in diesem Tarif hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang – z.B. für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind. Es darf im Basistarif weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse geben, die Leistungen orientieren sich am Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der GKV vom 1. Januar des Vorjahres begrenzt, für 2009 gilt einmalig der 1. Januar desselben Jahres als Bezugspunkt. Weist ein Basistarifversicherter Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts nach, so wird der Beitrag während dieser Zeit halbiert. Der Basistarif löst den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den Basistarif überführt wurden. Im Basistarif gelten limitierte Gebührensätze für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

Beihilfe

Beamte und manche Angestellten des öffentlichen Dienstes erhalten im Krankheits- und Pflegefall sowie bei Geburt und Tod in der Regel eine finanzielle Unterstützung von ihrem Dienstherrn (in der Regel Bund, Bundesland oder Kommune). Diese Unterstützung wird Beihilfe genannt. Auch für Ehegatten sowie für Kinder bis zum 25. Lebensjahr ohne eigenes oder mit nur geringem Einkommen erhalten die Beamten Beihilfe.

Die Beihilfe beträgt in der Regel 50 Prozent, für Beamte mit mindestens zwei Kindern 70 Prozent sowie für Ehegatten 70 Prozent und Kinder 80

Prozent. Pensionäre erhalten eine Beihilfe in Höhe von 70 Prozent der Krankheitskosten. Die Beihilfe sieht zunehmend Eigenbeteiligungen der Beihilfeberechtigten vor. Seit 2009 sind Beihilfeempfänger gesetzlich verpflichtet, sich für den von der Beihilfe nicht abgedeckten Anteil ihrer Krankheitskosten zu versichern.

Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung gibt an, bis zu welcher Höhe das Einkommen gesetzlich Versicherter für die Berechnung ihres Krankenversicherungsbeitrags berücksichtigt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich entsprechend der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Für die private Krankenversicherung ist sie im Zusammenhang mit dem Arbeitgeberzuschuss von Bedeutung: Aus der Beitragsbemessungsgrenze und dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung errechnet sich der Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Der maximale Arbeitgeberzuschuss für Privatversicherte beträgt die Hälfte des Höchstbeitrags, der anhand eines um 0,9 Prozentpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes berechnet wird.

Beitragsrückerstattung

Klassisch versteht man unter einer Beitragsrückerstattung eine Barausschüttung [G]. Eine weitere Art der Beitragsrückerstattung ist die Verrechnung. Sie erfolgt im Gegensatz zur Barausschüttung nicht individuell, sondern für Versichertenkollektive. Deshalb ist es irrelevant, ob der Einzelne Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht. Vielmehr sind die Ausgaben der Versicherung für das gesamte Kollektiv entscheidend. Durch die Verrechnung können Beitragserhöhungen verringert oder

verhindert oder sogar Beitragssenkungen durchgeführt werden.

Bilanzwert

Im Zahlenbericht werden traditionell die Bruttowerte (also die Angaben zum selbst abgeschlossenen Geschäft) ohne Angaben aus dem Rückversicherungsgeschäft veröffentlicht. Berücksichtigt man auch das in Rückdeckung gegebene Geschäft, so erhält man die Bilanzwerte, die ebenso wie die Bruttowerte in den Geschäftsberichten der Unternehmen ausgewiesen sind. Die Bilanzwerte finden im Zahlenbericht in der Kurzbilanz (Kapitel 1) Anwendung. Einige Tabellen in den übrigen Kapiteln enthalten neben den Bruttowerten auch die Ableitung der Bilanzwerte zwecks besserer Vergleichbarkeit mit der Kurzbilanz.

Bruttobeiträge, verdiente

Die verdienten Bruttobeiträge sind die Summe aller Versicherungsbeiträge, die ein Unternehmen zum Bilanzstichtag eingenommen hat. Sie beinhalten nicht nur gebuchte Beiträge, sondern auch die Veränderung der Beitragsüberträge – also derjenigen Beiträge, die der Versicherer bereits zum Bilanzstichtag eingenommen hat, die aber für die Risikoperiode nach dem Bilanzstichtag gezahlt wurden.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ)

Die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte bilden als Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums die Grundlage für die Vergütung der Leistungen, die im Zusammenhang mit der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von Privatpatienten stehen. Jeder ärztlichen Leistung ist dabei eine bestimmte Punktzahl zugeordnet, die multipliziert mit einem einheitlichen Punktwert (derzeit gerundet 5,8 Cent) einen

einfachen Gebührensatz in Euro ergibt. Der Arzt errechnet sein Honorar dann endgültig, indem er diesen einfachen Gebührensatz abhängig von Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie den Umständen bei der Ausführung mit einem zulässigen Steigerungssatz multipliziert.

- Im Normalfall darf der Arzt bzw. Zahnarzt die Behandlung eines Patienten ohne Begründung **bis zum Regelhöchstsatz** abrechnen. Dieser liegt für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen beim 2,3fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen beim 1,8fachen Satz und bei Laboruntersuchungen beim 1,15fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ.
- Wenn die erbrachten Leistungen hinsichtlich Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie der Umstände deutlich vom Regelfall abweichen, darf der Arzt bzw. Zahnarzt den Regelhöchstsatz überschreiten und **bis zum Höchstsatz** abrechnen. Für persönlich-ärztliche Leistungen ist eine Steigerung bis zum 3,5fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für Laboruntersuchungen bis zum 1,3fachen Satz möglich. Eine solche Steigerung über den Regelhöchstsatz hinaus muss stets begründet werden. Ist selbst der Höchstsatz für die Behandlung nicht angemessen, so darf der Arzt grundsätzlich auch diesen überschreiten. Allerdings muss er dies vor Beginn der Behandlung schriftlich begründen und die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einholen (Honorarvereinbarung).

GPV

Die Abkürzung GPV steht für Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. Mai 1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung

der Bundesbahnbeamten (KVB). Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde beschlossen, dass die Versicherung dieser Personen über die privaten Krankenversicherungsunternehmen erfolgen solle. KVB und PBeaKK sind geschlossene Versichertenkollektive, deren Bestände altern und sich reduzieren. Das Pflegerisiko dieser Versichertengruppe ist deshalb deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Auf Dauer könnten die Versicherten ihr Risiko nicht allein tragen. Um das finanzielle Risiko über alle Versicherungsunternehmen gleichmäßig zu verteilen, wird die Pflegeversicherung gesetzesgemäß als Gemeinschaftskalkulation mit Ausgleich betrieben.

ICD – International Classification of Diseases

Die „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) – die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme – wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Sie kommt bei der Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie bei der Todesursachenverschlüsselung zum Einsatz. Dahinter steht das Ziel, die Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit weltweit mit einer international einheitlichen Systematik erforschen zu können. Die aktuelle Version ist die ICD-10, wobei die Ziffer 10 für die zehnte Revision steht. Die deutsche Anpassung der ICD wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich aktualisiert.

Kapitalanlagebestand, mittlerer

Die Bezeichnung „mittlerer Kapitalanlagebestand“ wird für den durchschnittlichen Kapitalanlagebestand verwendet. Während die Angaben in Kapitel 3.3 zu den Kapitalanlagen den Stand 31. Dezember des Berichts-

jahres haben, wird beim mittleren Kapitalanlagebestand der Jahresdurchschnitt angegeben.

Kapitaldeckungsverfahren

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach dem Umlageverfahren arbeitet, wird die private Krankenversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Im Umlageverfahren werden alle laufenden Beitragseinnahmen in vollem Umfang für die laufenden Ausgaben verwendet. Es werden keine Rücklagen für die Zukunft gebildet. Im Kapitaldeckungsverfahren wird hingegen Vorsorge für die künftige Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bildung von Alterungsrückstellungen [G] getroffen.

Kennzahlen

Um externen Betrachtern eine Beurteilung der wirtschaftlichen Situation von privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erleichtern, hat die Branche speziell auf sie abgestimmte Kennzahlen definiert. Die zugrunde liegenden Daten können den Geschäftsberichten entnommen werden.

- Die **Eigenkapitalquote** errechnet sich aus dem Verhältnis von Eigenkapital und verdienten Bruttobeiträgen [G]. Sie ist ein Maß für die Solvabilität der Versicherungsunternehmen. Die Eigenkapitalbildung ist nach § 53c VAG gesetzlich vorgeschrieben. Demnach müssen Versicherungsunternehmen zum Ausgleich kurzfristiger Verluste eine bestimmte Menge Eigenkapital halten.
- Die **Nettoverzinsung** errechnet sich aus dem Verhältnis des Kapitalanlageergebnisses zum mittleren Kapitalanlagebestand [G]. Sie gibt an, welche Verzinsung die Unternehmen aus den Kapitalanlagen erzielen.
- Die **Quote der Abschlussaufwendungen** ergibt sich aus dem Verhältnis von Abschlussaufwendungen [G] und verdienten Bruttobeiträgen. Sie zeigt auf, wie viel Geld die Unternehmen für den Vertragsabschluss aufwenden.
- Die **Quote der Verwaltungsaufwendungen** errechnet sich aus dem Verhältnis der Verwaltungsaufwendungen [G] zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Beiträgen für die Verwaltung der Versicherungsverträge aufgewendet wird.
- Die **RfB-Entnahmeanteile** gliedern sich in zwei Kennzahlen: zum einen die **Barausschüttung** als Verhältnis der Barausschüttung aus Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) [G] zu der Gesamtentnahme aus den RfB; zum anderen die **Einmalbeiträge** als das Verhältnis aus Einmalbeiträgen aus den RfB zu der Gesamtentnahme aus den RfB. Die Kennzahlen zeigen auf, wofür die Versicherungsunternehmen die Entnahmen aus den RfB schwerpunktmäßig verwenden.
- Die **RfB-Quote** ergibt sich aus dem Verhältnis der RfB zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie bringt zum Ausdruck, in welchem Umfang die Unternehmen zusätzliche Mittel für Beitragsentlastungen in der Zukunft zur Verfügung haben.
- Die **RfB-Zuführungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis der RfB-Zuführung zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel der RfB für die Finanzierung zukünftiger beitragsentlastender Maßnahmen oder Barausschüttungen zugeführt wird.
- Das Verhältnis des Schadenaufwandes zu den verdienten Bruttobeiträgen ergibt die **Schadenquote**. Sie zeigt auf, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen.

- Die **Überschussverwendungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des verwendeten Überschusses zum Rohergebnis nach Steuern. Sie zeigt an, in welchem Umfang der wirtschaftliche Gesamterfolg an die Versicherten weitergegeben wird.
- Die **versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des versicherungsgeschäftlichen Ergebnisses zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Jahresbeitrageinnahmen nach Abzug der Aufwendungen übrig bleibt.
- Sämtliche Kennzahlen sind letztlich auch abhängig von der Bestands- und Beitragsentwicklung. Daher stellen die Kennzahlen zum **Wachstum** eine wichtige Grundlage für die Interpretation der übrigen Kennzahlen dar.

Kostenversicherung

Bei den meisten Krankenversicherungsarten handelt es sich um Kostenversicherungen. Dies bedeutet, dass die tatsächlich entstandenen Kosten ganz oder teilweise erstattet werden. Die Alternative zur Kostenversicherung ist die Tagegeldversicherung. Hier wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten pro Tag eine vertraglich vereinbarte Summe an den Versicherten ausgezahlt.

Limitierung

Die Limitierung ist ein Verfahren zur Vermeidung bzw. Abmilderung von Beitragsanpassungen. Die Mittel für Limitierung werden aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung als Einmalbeiträge entnommen.

Modifizierter Standardtarif

Der modifizierte Standardtarif wurde zum 1. Juli 2007 eingeführt. Diesen Tarif konnten bis Ende 2008 alle Personen ohne Krankenversicherungsschutz abschließen, die zuletzt privat versichert oder anderweitig

der PKV zuzuordnen waren. Für die Versicherungsunternehmen bestand Kontrahierungszwang, Risikozuschläge durften nicht erhoben werden. Der Beitrag war auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt, für Hilfebedürftige auf den halben Höchstbeitrag. Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Basistarif **[G]** eingeführt, in den alle der PKV zuzuordnenden Nichtversicherten auf Antrag aufgenommen werden müssen. Alle Versicherten des modifizierten Standardtarifs gingen zum Jahreswechsel in den Basistarif über, der modifizierte Standardtarif wurde anschließend eingestellt.

Nettoneuzugang

Der Nettoneuzugang beschreibt die Bestandsveränderung in der privaten Krankheitsvollversicherung insgesamt – also unter Berücksichtigung von Geburten und Todesfällen sowie von Abgängen durch den Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung und durch Vertragskündigungen. Dagegen werden beim Bruttoneuzugang alle Personen gezählt, die eine neue Krankheitsvollversicherung abgeschlossen haben, z.B. auch Wechsler innerhalb der privaten Krankenversicherung, ohne davon die Abgänge zu subtrahieren.

Rückdeckung

In Rückdeckung gegebenes Geschäft bedeutet: Gegen Zahlung einer Versicherungsprämie wird das Versicherungsrisiko an einen anderen Versicherer (Rückversicherer) abgegeben. Übernimmt ein Versicherer dagegen ein Risiko von einem anderen Versicherer gegen Zahlung eines Beitrags, so spricht man von einem in Rückdeckung genommenen Geschäft.

Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

In diesen Rückstellungen sind die Beträge enthalten, die den Versicherungsnehmern als Beitragsrückerstattung oder zur Abmilderung von Beitragserhöhungen gutgeschrieben werden. Die Verwendung erfolgt aufgrund gesetzlicher, satzungsmäßiger, vertraglicher oder freiwilliger Verpflichtungen.

Schadenregulierungsaufwendungen

Die Schadenregulierungsaufwendungen bezeichnen denjenigen Aufwand, der durch die Sachbearbeitung von Leistungsansprüchen entsteht – beispielsweise durch die Rechnungsprüfung. Die Versicherungsleistungen selbst fallen nicht darunter. Die Höhe der Schadenregulierungsaufwendungen hängt in erster Linie von der Versichertenstruktur ab: Je mehr kranke Versicherte eine Versicherung hat, desto höher sind ihre Schadenregulierungsaufwendungen.

Schadenrückstellung

Mit Schadenrückstellung bezeichnet man kurz die Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle. Die Unternehmen bilden diese Rückstellungen für Versicherungsfälle, die vor dem Bilanzstichtag erfolgt sind, deren Begleichung aber erst nach dem Bilanzstichtag vorgenommen werden kann.

Standardtarif

Der brancheneinheitliche Standardtarif wurde 1994 eingeführt. Die Leistungen orientieren sich am Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beitrag ist auf den (durchschnittlichen) Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. Januar des Vorjahres begrenzt. Den Standardtarif können Personen wählen, die ihre private Krankenversicherung vor 2009 abgeschlossen haben, seit mindes-

tens zehn Jahren privat vollversichert sind und ein bestimmtes Mindestalter erreicht haben oder Bezieher einer gesetzlichen Rente bzw. eines Ruhegehaltes sind und ein Einkommen unterhalb der niedrigeren Versicherungspflichtgrenze beziehen.

Für Neukunden ab 2009 übernimmt der Basistarif [G] die soziale Schutzfunktion im Alter.

Sterbetafel

Der PKV-Verband erstellt für die private Krankenversicherung eine eigene Sterbetafel. Diese wird von den Mitgliedsunternehmen zur Beitragskalkulation genutzt. Während das Statistische Bundesamt die Bevölkerungssterbetafel nur aus beobachteten Werten der Vergangenheit bildet, projiziert der Verband für die PKV-Sterbetafel zusätzlich in die Zukunft. Der Verband beobachtet die Sterblichkeit laufend; ergeben sich zu große Unterschiede zwischen den Beobachtungen und der Sterbetafel, wird eine neue Sterbetafel erstellt. Die aktuelle Sterbetafel wird als Sterbetafel „PKV 2009“ bezeichnet.

Versicherungspflichtgrenze

Arbeitnehmer sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Erst wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt – also das Einkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit – eine gewisse Grenze übersteigt, werden sie versicherungsfrei und können zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wählen. Diese Grenze bezeichnet man als Versicherungspflichtgrenze. Sie wird jährlich entsprechend dem durchschnittlichen Lohn- und Gehaltseinkommen angepasst.

Zum 1. Januar 2003 wurde die Versicherungspflichtgrenze außerordentlich um 450 Euro monatlich angehoben. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 aufgrund ihres Einkommens bereits privat voll-

versichert waren, gilt jedoch seitdem eine andere, niedrigere Grenze. Diese ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze [G].

Seit dem 2. Februar 2007 müssen Arbeitnehmer drei Jahre in Folge ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nachweisen, um in die private Krankenversicherung wechseln zu können.

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVG) ist eine der möglichen Rechtsformen von Krankenversicherungsunternehmen. Anders als eine Aktiengesellschaft hat ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit keine Aktionäre, sondern die Versicherungsnehmer sind zugleich Mitglieder und damit Träger des Versicherungsvereins.

Verwaltungsaufwendungen

Die Verwaltungsaufwendungen fassen jeglichen Aufwand zusammen, der einem Versicherungsunternehmen durch die Verwaltung und Bearbeitung eines Versicherungsvertrages entsteht – zum Beispiel Personalaufwand. In den Verwaltungsaufwendungen nicht enthalten sind die Aufwendungen für die Leistungsbearbeitung – die Schadenregulierungsaufwendungen [G] – und die Abschlussaufwendungen [G].

Zehn-Prozent-Zuschlag

Um Beitragssteigerungen im Alter zu verringern oder sogar zu verhindern, wurde zum 1. Januar 2000 in der privaten Krankheitsvollversicherung per Gesetz ein Zehn-Prozent-Zuschlag auf den Beitrag eingeführt. Dieser Zuschlag wird in der Regel von vollversicherten Personen ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr bezahlt. Die verzinslich angelegten Beträge kommen den Versicherten nach Vollendung des

65. Lebensjahres zugute, sie werden ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung des Beitragsanstieges verwendet.

Für Bestandskunden galt folgende Regelung:

1. Bestandsversicherte konnten den Zuschlag bei Einführung ablehnen. Diese Ablehnung gilt dauerhaft.
2. Ansonsten wurde der Zuschlag schrittweise auf den Beitrag aufgeschlagen, beginnend ab 2001 mit zwei Prozent und mit einer jährlichen Erhöhung um zwei Prozentpunkte. Dadurch zahlte der Bestand erst ab dem Jahr 2005 den vollen Zuschlag.

III. Mitgliederverzeichnis

Mitgliedsunternehmen

(Stand: Oktober 2009)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Tel.: (089) 67 85-0 Fax: (089) 67 85-65 23
www.gesundheit.allianz.de
service.apkv@allianz.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Moorgärten 12 - 14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: [04441] 9 05-0 Fax: [04441] 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Moorgärten 12 - 14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: [04441] 9 05-0 Fax: [04441] 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
Postanschrift: Postfach 86 01 40, 81628 München
Tel.: (089) 41 24-02 Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (01803) 55 66 22 Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de



Barmenia Krankenversicherung a.G.

Kronprinzenallee 12 - 18, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00 Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



Finanzgruppe

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Wangauer Straße 30, 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0 Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



Bayerische Beamten Versicherungen
BBV Krankenversicherung AG

BBV-Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Wangauer Straße 30, 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0 Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40 - 50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Tel.: (0221) 16 36-0 Fax: (0221) 16 36-2 00
www.central.de
info@central.de



CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0 Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0 Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de



**Debeka Krankenversicherungsverein
auf Gegenseitigkeit**

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Tel.: (0261) 4 98-0 Fax: (0261) 4 14 02
www.debeka.de
info@debeka.de



**DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G.**

Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 35 99-77 33 Fax: (040) 35 99-36 36
www.deutscherring.de
service@deutscherring.de



DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Riehler Straße 190, 50735 Köln
Postanschrift: 50729 Köln
Tel.: (0221) 7 57-0 Fax: (0221) 7 57-22 00
www.devk.de
info@devk.de



**DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Tel.: (0221) 5 78-0 Fax: (0221) 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com



**DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a.G.**

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0 Fax: (0211) 35 59 00-20
www.duesseldorfer-versicherung.de
service@duesseldorfer-versicherung.de



Gut versichert. Besser zusätzlich versichert.

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (01802) 58 96 32 Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de



**EUROPA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01 Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**

Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0 Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de



Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: (0221) 3 08-00 Fax: (0221) 3 08-1 03
www.gothaer.de
info@gothaer.de

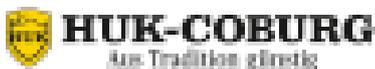


**HALLESCHER Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit**
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70166 Stuttgart
Tel.: (0711) 66 03-0 Fax: (0711) 66 03-2 90
www.hallesche.de
service@hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

**HanseMerkur Spezial
Krankenversicherung AG**
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de



INTER Krankenversicherung aG
Erzbergerstraße 9 - 15, 68165 Mannheim
Postanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-0 Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de



KarstadtQuelle Krankenversicherung AG
Nürnberger Straße 91 - 95,
90758 Fürth
Tel.: (0911) 1 48-01 Fax: (0911) 1 48-17 00
www.kqv.de
info@kqv.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29 Fax: kein Fax
mathilde@tuc-kunden.de

**Krankenunterstützungskasse der
Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)**

Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder -13 15
Fax: (0511) 9 12-16 82
www.kuk-bf-hannover.de
info@kuk-bf-hannover.de



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Tel.: (04131) 7 25-0 Fax: (04131) 40 34 02
www.lkh.de
info@lkh.de



**LIGA Krankenversicherung
katholischer Priester VVaG**
Dr.-Theobald-Schrems-Str. 3, 93055 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01 Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG
Kolde-Ring 21, 48151 Münster
Postanschrift: 48126 Münster
Tel.: (0251) 7 02-0 Fax: (0251) 7 02-10 99
www.lvm.de
info@lvm-krankenversicherung.de



Mannheimer Krankenkasse AG
Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-0 Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenkasse-AG
Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
Postanschrift: Postfach 61 04 80, 30604 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0 Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de



**MÜNCHENER VEREIN
Krankenkasse a.G.**
Pettenkoflerstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Tel.: (089) 51 52-0 Fax: (089) 51 52-15 01
www.muenchener-verein.de
info@muenchener-verein.de



NÜRNBERGER KRANKENVERSICHERUNG AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Tel.: (0911) 5 31-0 Fax: (0911) 5 31-32 06
www.nuernberger.de
info@nuernberger.de



**PAX-FAMILIENFÜRSORGE
Krankenkasse AG**
Doktorweg 2 - 4, 32756 Detmold
Tel.: (05231) 9 75-0 Fax: (05231) 9 75-1 02
www.familienfuersorge.de
info@familienfuersorge.de



**Provincial Krankenkasse
Hannover AG**
Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Tel.: (0511) 3 62-0 Fax: (0511) 3 62-29 60
www.vgh.de
service@vgh.de



R+V Krankenkasse AG
Taunusstraße 1, 65193 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0 Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de



SIGNAL Krankenkasse a.G.
Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-75 70 Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal-iduna.de
info@signal-iduna.de

SONO Krankenkasse a.G.
Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0 Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de



**ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese
Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbe-
kasse (KSK) – V.V.a.G.**
Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38 Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvaw.de
info@stmartinusvaw.de



Süddeutsche Krankenkasse a.G.
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
Tel.: (0711) 57 78-0 Fax: (0711) 57 78-7 77
www.sdk.de
sdk@sdk.de



**UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT**

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Tel.: (0681) 8 44-70 00 Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1 - 7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0 Fax: (0911) 53 07-15 74
www.universa.de
info@universa.de

VICTORIA

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe.

**VICTORIA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Victoriaplatz 2, Eingang Fischerstraße 2,
40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4 77-0 Fax: (0211) 4 77-43 56
www.victoria.de
krankenversicherung@victoria.de



**Württembergische Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 Fax: (0711) 6 62-25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

**Außerordentliches
Mitgliedsunternehmen:**



**Vereinigte Versicherungsgesellschaft
von Deutschland**

Friedrich-Bergius-Straße 9, 65203 Wiesbaden
Tel.: (0611) 2 38-0 Fax: (0611) 2 38-1 07
www.vereinigte.de
info@vereinigte.de

Verbundene Einrichtungen:



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Postanschrift: 70467 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 Fax: (0711) 13 56-33 95
www.pbeakk.de
pr@pbeakk.de

IV. Stichwortverzeichnis

AIDS-Statistik	87 f.
Alterungsrückstellungen	18 f., 23, 39, 43, 46 f., 51, 65 ff., 94 f., 114, 117
Basistarif.....	23, 31, 114
Beitragsbemessungsgrenze	112 f., 115
Einbettzimmerzuschlag	84
Frauen.....	105 ff.
Lebenserwartung	81, 106
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand	29, 32 ff.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff., 86
gesetzliche Krankenversicherung	110 ff.
Wechsler zwischen GKV und PKV.....	28, 90 f.
Versicherte mit privatem Zusatzschutz.....	14, 34
Veränderung der Leistungen je Versicherten	57 ff.
Einnahmen und Ausgaben	111
GPV	9, 41, 116
Jahresergebnis	19
Kennzahlen	21, 100 f., 117 f.
Kinder	
Versicherungsbestand	29, 33 f.
Versicherungsleistungen	56
Männer.....	105 ff.
Lebenserwartung.....	81, 106
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand	29, 32 ff.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff., 86
Mitgliedsunternehmen.....	9 ff., 16, 22, 121 ff.
Rückstellungen für	
Beitragsrückerstattung.....	20 f., 39, 43 f., 47, 51 f., 64, 67, 94 f., 117, 119
Standardtarif.....	31, 119
modifizierter Standardtarif	31 f., 118
Steuern	19
Umlage.....	31 f.
private Pflegeversicherung	41
verbundene Einrichtungen.....	9, 16, 22, 33, 125
Versicherungspflichtgrenze	13, 29, 112 f., 119 f.
Vorsorgequote.....	21, 67, 100 f.
Zehn-Prozent-Zuschlag	42, 66, 120
Zweibettzimmerzuschlag.....	85

