



Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010

Korrigierte Version (Stand Januar 2011)



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 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 Mitgliedsunternehmen	9
1.2 Versicherungsarten	13
1.3 Zahlen 2009	16
1.4 Aktuelle Entwicklung 2010	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 1999 - 2009	89
6.1 Versicherungsbestand	90
6.2 Beitragseinnahmen	94
6.3 Versicherungsleistungen	94
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	96
6.5 Alterungsrückstellungen	96
6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	98
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen	98
6.8 Kennzahlen	102

Anhang

I. Grundlagen	107
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland	107
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen	110
I.3 Zahlen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	112
II. Glossar	116
III. Mitgliederverzeichnis 2010	123
IV. Stichwortverzeichnis	128

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Folgen der Gesundheitsreform von 2007 machen sich auch in diesem Jahr wieder deutlich im Nettoneuzugang der privaten Krankenversicherung bemerkbar. Zwar erhöhte sich die Zahl der privat Vollversicherten im ersten Halbjahr 2010 um 44.500 Personen auf insgesamt 8,86 Millionen. Das ist allerdings weniger als die Hälfte des Zuwachses im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Im ersten Halbjahr 2009 war der starke Nettoneuzugang von 98.800 Personen freilich vor allem auf den Einmaleffekt der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Pflicht zur Versicherung zurückzuführen: Infolge dieser gesetzlichen Vorgabe hatten Tausende vormals Unversicherte 2009 eine private Kranken- und Pflegeversicherung abgeschlossen – darunter viele Beamte, die sich für den Anteil der Kosten, den die Beihilfe offen lässt, bis dahin nicht versichern mussten.

Ohne diesen Einmaleffekt wirken sich sowohl die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 2003 als auch die 3-Jahres-Wartefrist für Arbeitnehmer, die in die PKV wechseln wollen, unverändert negativ auf die Branche aus. Es ist zu hoffen, dass das von der Bundesregierung angekündigte Ende der 3-Jahres-Wartefrist künftig für eine Belebung des Wettbewerbs sorgen wird. Auch die seit Jahresbeginn geltende, erleichterte Absetzbarkeit der Versicherungsbeiträge von der Steuer dürfte sich positiv auf das Neugeschäft auswirken. Dem sogenannten Bürgerentlastungsgesetz ist es zu verdanken, dass fortan Beiträge zu einer Krankheitsvollversicherung zu mindestens 80 Prozent steuerlich geltend gemacht werden können – die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung sogar zu 100 Prozent.

Zurückblickend lässt sich dennoch sagen: Die PKV ist trotz aller gesetzlichen Einschränkungen in jedem Jahr eine wachsende Branche geblieben – was übrigens auch für ihre Kapitalanlagen gilt. Die Alterungsrückstellungen für die Versicherten stiegen 2009 um über 8 Prozent auf 145,3 Milliarden Euro, davon 124,9 Milliarden in der Krankenversicherung und 20,4 Milliarden in der Pflegeversicherung. Mit einer Nettoverzinsung von 4,27 Prozent konnte die Branche auch im Jahr 2009 den Höchstrechnungszins ohne Probleme bedienen.

Ein weiterer Überblick über das vergangene Jahr: Ende 2009 hatten etwa 10,8 Prozent der Menschen in Deutschland eine Krankheitsvollversicherung bei einem der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands, der Nettoneuzugang bis Jahresende betrug 171.600 Personen. Neben den 8,81 Millionen Vollversicherungen gab es Ende 2009 etwa 21,5 Millionen Zusatzversicherungen – fast eine halbe Million mehr als im Vorjahr. Die private Pflegeversicherung zählte zum Jahresende 9,5 Millionen Versicherte.

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2009 um 3,8 Prozent auf insgesamt 31,5 Milliarden Euro. In der Krankenversicherung wuchsen sie um 3,6 Prozent auf 29,4 Milliarden Euro, damit lag der Zuwachs deutlich über dem Vorjahresniveau von 2,8 Prozent. In der Pflegeversicherung stiegen die Einnahmen ebenfalls stärker als im Vorjahr um 5,3 Prozent auf knapp 2,1 Milliarden Euro (2008: plus 4,6 Prozent). Der Anteil der Krankheitsvollversicherung an den Gesamtbeitragseinnahmen lag 2009 bei 71,7 Prozent, die Zusatzversicherungen hatten mit 19,5 Prozent einen deutlich geringeren Anteil. Die Pflegeversicherung steuerte 6,6 Prozent zu den Gesamtbeitragseinnahmen bei, die Besonderen Versicherungsformen wie Auslandsreisekrankenversicherungen oder Brillenversicherungen 2,2 Prozent.

Die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung stiegen 2009 um 4,6 Prozent auf 20,5 Milliarden Euro (2008: plus 6,7 Prozent). In der Pflegeversicherung stiegen die Ausgaben stärker als im Vorjahr um knapp 8,1 Prozent auf 667,7 Millionen Euro (2008: plus 6,9 Prozent).

Die Beitragsrückerstattungen für Versicherte, die 2009 keine Leistungen in Anspruch genommen hatten, beliefen sich auf knapp 1,3 Milliarden Euro. Zur Abmilderung von Beitragsanpassungen wurden insgesamt 1,6 Milliarden Euro verrechnet.

Im Ausblick auf das Jahr 2010 kann die private Krankenversicherung mit einer Steigerung ihrer Beitragseinnahmen um 6,0 Prozent auf rund 33,4 Milliarden Euro rechnen. Die ausgezahlten Versicherungsleistungen erreichen Ende 2010 voraussichtlich eine Höhe von 22,1 Milliarden Euro, was einem Anstieg um 4,3 Prozent in der Krankenversicherung und 10,8 Prozent in der Pflegeversicherung entspräche. Dieser Kostenanstieg liegt deutlich über der allgemeinen Preissteigerung. Die PKV setzt sich im Interesse ihrer Versicherten auch wegen dieser Kostenentwicklung für eine generelle Vertragskompetenz mit allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen ein, um künftig stärker Einfluss auf die Qualität und die damit verbundenen Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen zu nehmen.

Der Anfang 2009 per Gesetz eingeführte brancheneinheitliche Basistarif, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind, hat sich bislang zu keiner Konkurrenz für die „echte“ PKV-Welt entwickelt: Ende Juni 2010 waren 18.200 Personen im Basistarif versichert. Dennoch bleibt der Tarif durch seine Subventionsbedürftigkeit eine latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung. Der PKV-Verband vertraut weiter darauf, dass der Gesetzgeber der ihm vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Beobachtungspflicht nachkommen wird.

Die private Krankenversicherung zeigt sich nach wie vor als wachsende, zukunftsfeste Branche, die sich auch unter erschwerten Bedingungen im Wettbewerb behaupten kann. Mit ihren stabilen und steigenden Kapitalanlagen sorgt sie überdies dafür, dass die Leistungen für ihre Versicherten dauerhaft gesichert sind – frei von staatlichen Zuschüssen und Schulden.

Köln, den 18. November 2010



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2009 veröffentlicht. Darüber hinaus bietet er einen Überblick über die ersten sechs Monate des aktuellen Jahres sowie die voraussichtliche Entwicklung bis zum Jahresende 2010. 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 2009 sowie die aktuelle Entwicklung 2010. 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



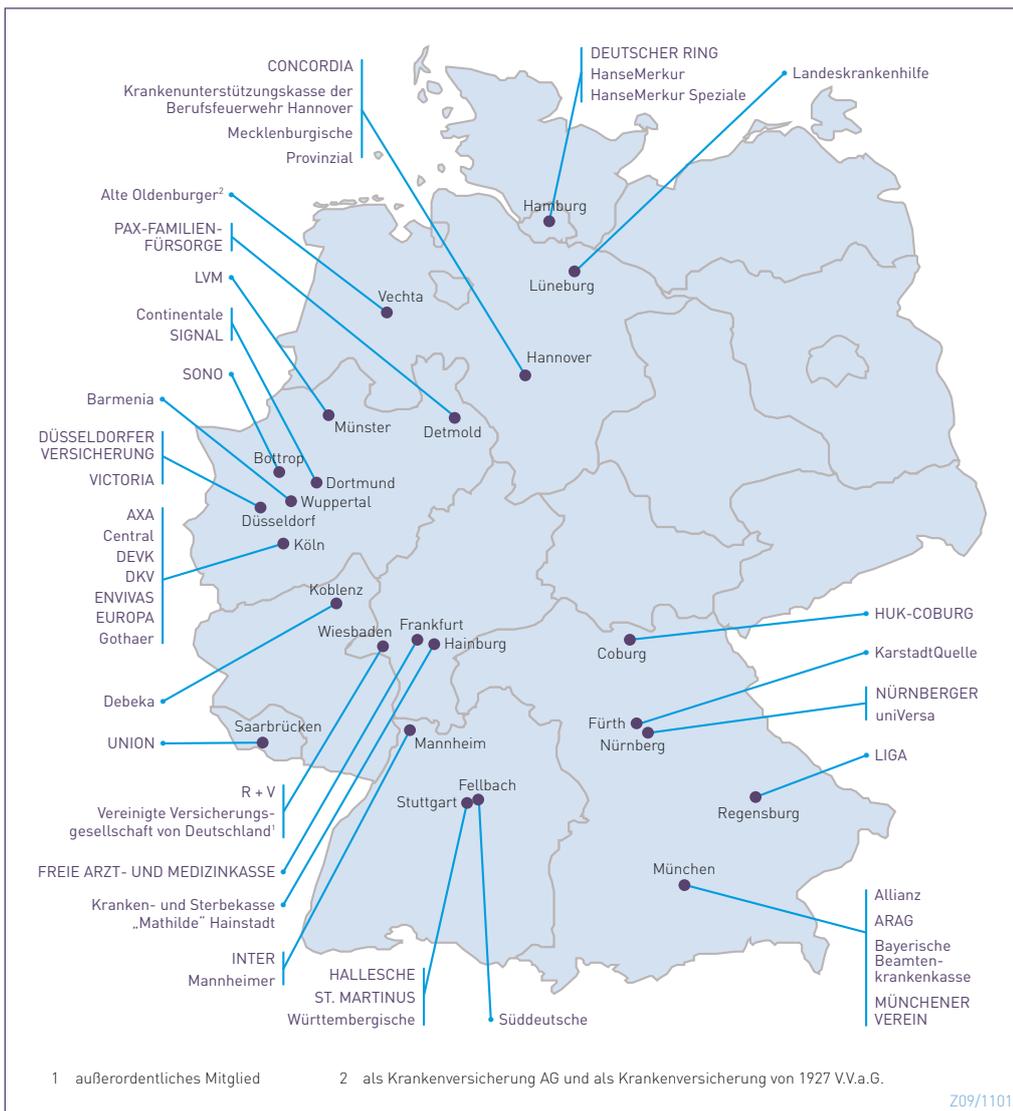
1.1 Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2009 45 (2008: 46) 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 2009



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2009 noch 31 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	
	2009	2008	2009	2008
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	18	26	28
Anzahl der Vollversicherten	4.428.900	4.369.600	4.382.000	4.269.700
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,27	50,58	49,73	49,42
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	13.582,0	13.095,9	17.885,9	17.234,6
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	43,16	43,18	56,84	56,82

Z09/1102

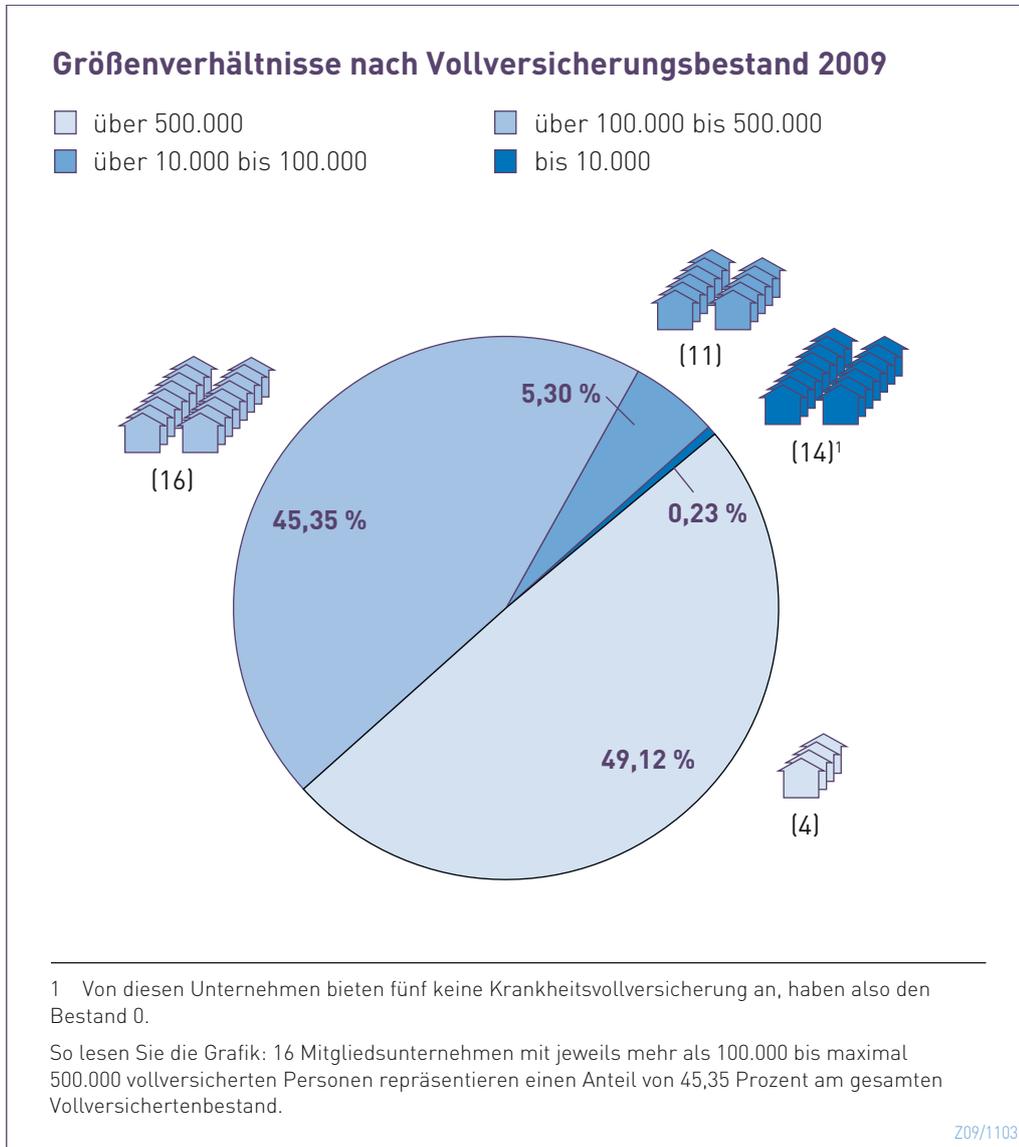
Elf Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.051,6 Mio. Euro machten 9,70 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 9,56 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

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.

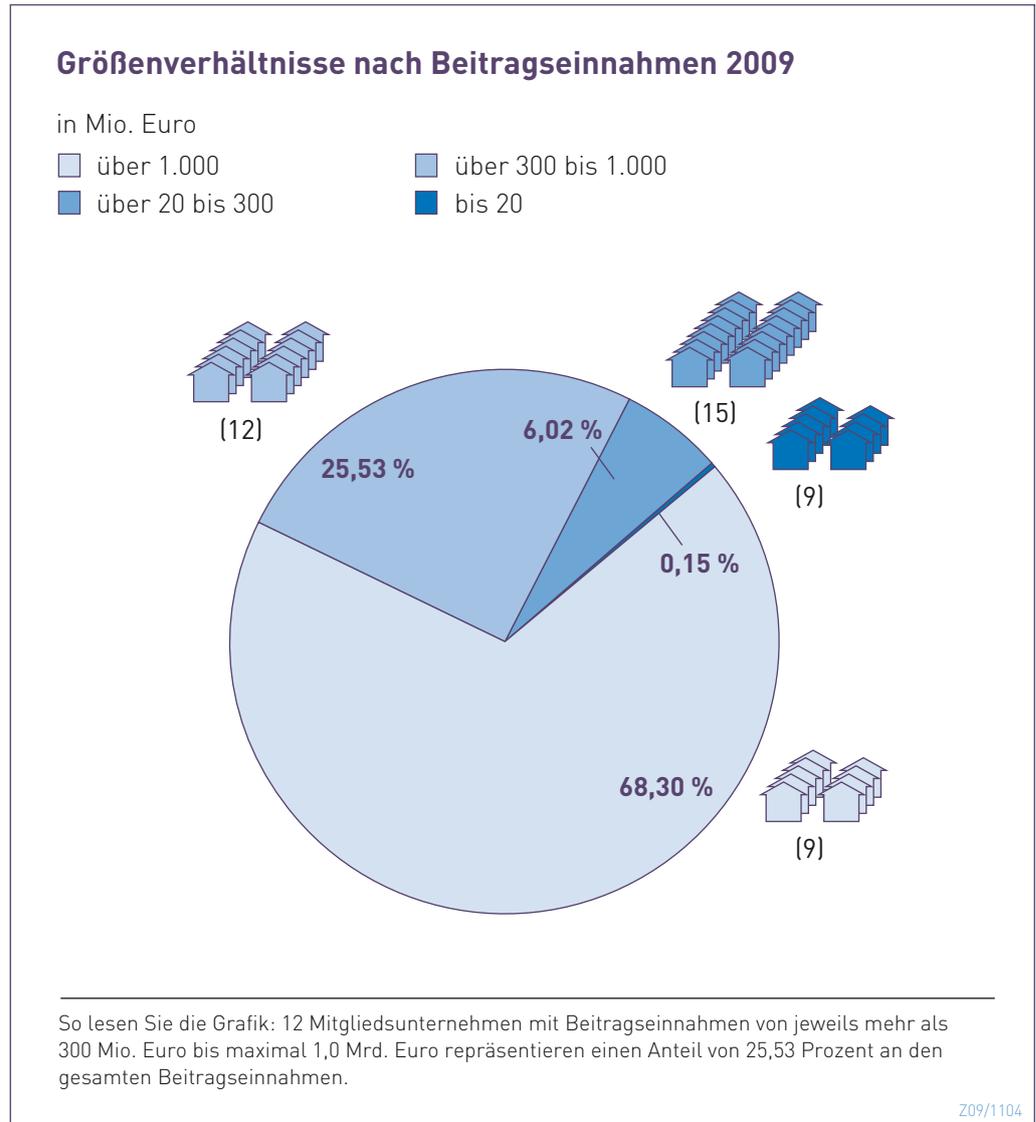
Größenverhältnisse der Unternehmen

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:

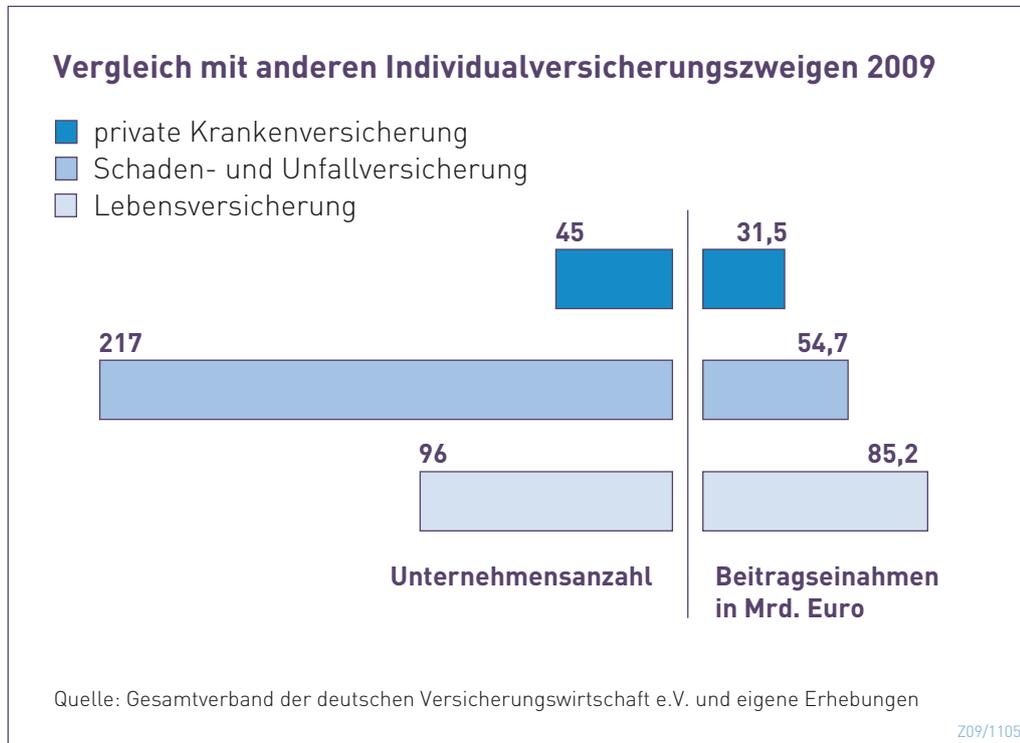


Klassifiziert man die Unternehmen nach dem Volumen der Beitragseinnahmen, ergibt sich folgende Struktur:



Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2009 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 Verdienstaussfall 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 2009

Mitgliedsunternehmen des Verbandes

45 Mitgliedsunternehmen	- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 26 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

Z09/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.810.900	8.639.300	+ 171.600	+ 1,99
Pflegeversicherung	9.534.100	9.373.900	+ 160.200	+ 1,71
Zusatzversicherungen¹ davon unter anderem	21.478.400	20.983.200	+ 495.200	+ 2,36
ambulante Tarife	6.761.700	6.627.800	+ 133.900	+ 2,02
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.565.400	5.382.700	+ 182.700	+ 3,39
Zahntarife	12.382.200	11.769.700	+ 612.500	+ 5,20
Krankentagegeldversicherung	3.450.800	3.404.000	+ 46.800	+ 1,37

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.

Z09/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	22.564,2	21.790,0	+ 774,2	+ 3,55
Pflegeversicherung	2.074,2	1.970,2	+ 104,0	+ 5,28
Zusatzversicherungen davon unter anderem	6.139,8	5.898,6	+ 241,2	+ 4,09
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.121,4	3.931,0	+ 190,4	+ 4,84
Krankentagegeld- versicherung	1.010,1	1.000,5	+ 9,6	+ 0,96
Besondere Versiche- rungsformen	689,7	671,7	+ 18,0	+ 2,68
insgesamt	31.467,9	30.330,5	+ 1.137,4	+ 3,75
insgesamt ohne Pflegeversicherung	29.393,7	28.360,3	+ 1.033,4	+ 3,64

Z09/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 71,71 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 13,10 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	20.453,4	19.551,3	+ 902,1	+ 4,61
Pflegeversicherung	667,7	617,7	+ 50,0	+ 8,09
insgesamt	21.121,1	20.169,0	+ 952,1	+ 4,72

Z09/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsbereichen

Versicherungsleistungen nach Leistungsbereichen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	9.316,0	8.921,1	+394,9	+4,43
stationäre Leistungen	6.114,0	5.838,5	+275,5	+4,72
Zahnleistungen	3.039,4	2.902,1	+137,3	+4,73
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	18.536,0	17.720,0	+816,0	+4,60

Z09/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	124.923,0	115.191,0	+9.732,0	+8,45
Pflegeversicherung	20.401,2	19.188,2	+1.213,0	+6,32
insgesamt	145.324,2	134.379,2	+10.945,0	+8,14

Z09/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der privaten Krankenversicherung 2009

in Mio. Euro

I. Erträge		39.696,1
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	31.463,1	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	1.513,9	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	6.719,1	
II. Aufwendungen		39.418,1
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	21.332,7	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	2.913,7	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	10.945,0	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.668,5	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	802,6	
3. Steuern	221,2	
4. sonstige Aufwendungen und Erträge	534,4	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		278,0

Z09/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der privaten Krankenversicherung 2009

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital		126,3
B. Immaterielle Vermögensgegenstände		215,3
C. Kapitalanlagen		163.331,4
I. Grundstücke	1.551,9	
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	4.878,2	
III. Sonstige Kapitalanlagen	156.876,5	
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	24,8	
E. Forderungen		1.219,8
F. Sonstige Vermögensgegenstände		473,2
G. Rechnungsabgrenzungsposten		3.055,4
I. Voraussichtliche Steuerentlastung		1,0
Summe Aktiva		168.422,4

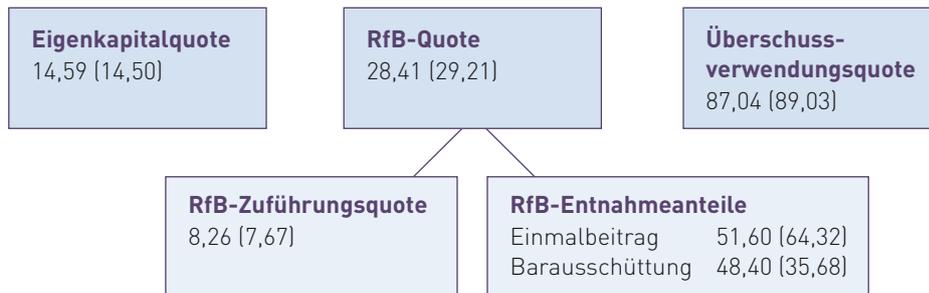
Passiva

A. Eigenkapital		4.739,6
B. Genussrechtskapital		30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten		23,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil		54,6
E. Versicherungstechnische Rückstellungen		159.577,1
I. Beitragsüberhänge	92,4	
II. Deckungsrückstellung	144.278,5	
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	5.403,9	
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	9.749,5	
V. Sonstige Rückstellungen	52,8	
G. Andere Rückstellungen		1.479,3
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft		1.091,3
I. Andere Verbindlichkeiten		1.310,7
K. Rechnungsabgrenzungsposten		116,1
Summe Passiva		168.422,4

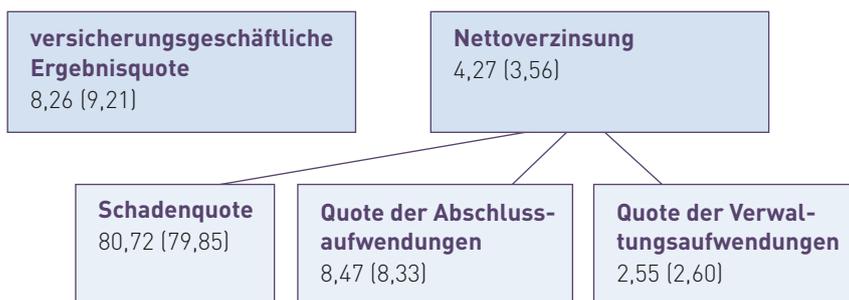
Kennzahlen

Kennzahlen der privaten Krankenversicherung 2009 in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



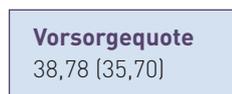
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z09/1309

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 2010

Mitgliedsunternehmen des Verbandes

45 Mitgliedsunternehmen¹	- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 26 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

¹ Stand 30. Juni 2010

Z09/1401

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	30. Juni 2010	31. Dez. 2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.855.400	8.810.900	+ 44.500	+ 0,51
Pflegeversicherung	9.576.200	9.534.100	+ 42.100	+ 0,44
Zusatzversicherungen¹ davon unter anderem	21.555.400	21.478.400	+ 77.000	+ 0,36
ambulante Tarife	6.780.800	6.761.700	+ 19.100	+ 0,28
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.577.600	5.565.400	+ 12.200	+ 0,22
Zahntarife	12.495.000	12.382.200	+ 112.800	+ 0,91

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.

Z09/1402

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 2010	31. Dez. 2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	18.200	13.500	+ 4.700	+ 34,81
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	4.400	4.600	- 200	- 4,35
aus der Nichtversicherung	6.600	5.200	+ 1.400	+ 26,92
aus der GKV ²	400	300	+ 100	+ 33,33
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	6.500	3.200	+ 3.300	+ 103,13
Wechsel zwischen den Unternehmen ³	300	200	+ 100	+ 50,00
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit⁴	5.900	4.600	+ 1.300	+ 28,26

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 seit 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 bis zum 30. Juni 2009 kündigen, aufgrund der Kündigungsfristen fand der faktische Wechsel aber oft erst 2010 statt.

4 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.

Z09/1403

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	1. Halbjahr 2010 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2009 in Mio. Euro
Krankheitsvollversicherung	12.090,0	22.564,2
Pflegeversicherung	1.060,0	2.074,2
Zusatzversicherungen davon unter anderem	3.210,0	6.139,8
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2.160,0	4.121,4
Krankentagegeldversicherung	520,0	1.010,1
Besondere Versicherungsformen	320,0	689,7
insgesamt	16.680,0	31.467,9
insgesamt ohne Pflegeversicherung	15.620,0	29.393,7

Z09/1404

Ende des Jahres 2010 kann die private Krankenversicherung voraussichtlich mit Beitragseinnahmen von 33,36 (davon Krankenversicherung 31,24 und Pflegeversicherung 2,12) Mrd. Euro rechnen. Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung von 6,0 (Krankenversicherung plus 6,3 und Pflegeversicherung plus 2,2) Prozent.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen)

Versicherungsleistungen	1. Halbjahr 2010 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2009 in Mio. Euro
Krankenversicherung	10.710,0	20.453,4
Pflegeversicherung	360,0	667,7
insgesamt	11.070,0	21.121,1

Z09/1405

Einschließlich der Schadenregulierungsaufwendungen [G] dürften an Versicherungsleistungen bis Ende 2010 rund 22,07 (davon Krankenversicherung 21,33 und Pflegeversicherung 0,74) Mrd. Euro zu erwarten sein. Die Zunahme wird mit 4,5 (Krankenversicherung plus 4,3 und Pflegeversicherung plus 10,8) Prozent voraussichtlich unter 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 31.467,9 Mio. Euro beträgt 71,71 Prozent. Ende 2009 hatten 10,77 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 9,87 Prozent nur gering.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung hat sich 2009 mit 171.600 Personen im Vergleich zum Vorjahr (90.300 Personen) fast verdoppelt. Das lässt sich im Wesentlichen auf einen Einmaleffekt zurückzuführen: Am 1. Januar 2009 war eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Kraft getreten, woraufhin Tausende vormals Unversicherte 2009 eine private Kranken- und Pflegeversicherung abgeschlossen haben – darunter viele Beamte, die sich für den Anteil der Kosten, den die Beihilfe offen lässt, bis dahin nicht versichern mussten.

	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.810.900	8.639.300	+171.600	+1,99

Z09/2101

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	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	288.200	244.900	+ 43.300	+ 17,68
Abgänge zur GKV	146.500	151.000	- 4.500	- 2,98
Differenz	141.700	93.900	+47.800	+50,91

Z09/2102

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.

	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	566.100	534.600	+ 31.500	+ 5,89

Z09/2103

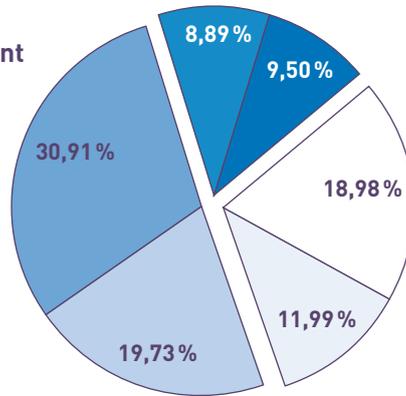
Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

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 2009 waren 47,6 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

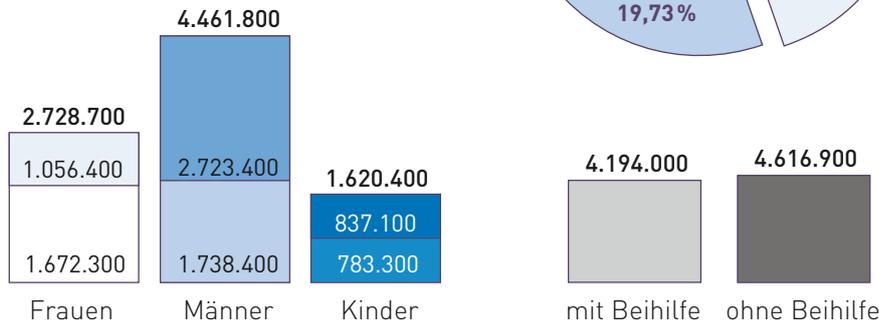
Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2009

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

in Prozent



absolut



Z09/2104

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

	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.300.200	7.217.600	+82.600	+1,14

Z09/2105

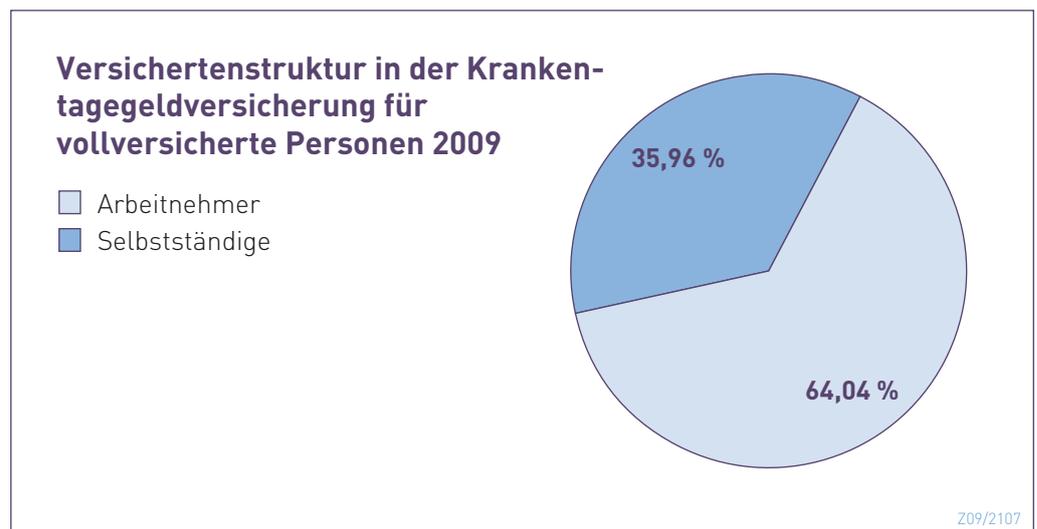
Krankentagegeld

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

	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.055.300	2.028.500	+26.800	+1,32

Z09/2106

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	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	5.700	5.411	+ 289	+ 5,34
ohne Beihilfe	32.700	31.050	+ 1.650	+ 5,31
insgesamt	38.400	36.461	+ 1.939	+ 5,32
davon Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	840	1.190	- 350	- 29,41

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.

Z09/2108

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 2,19 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

Basistarif [G]

Zum 1. Januar 2009 wurde per Gesetz ein brancheneinheitlicher Basistarif eingeführt. Sein Beitrag ist auf eine Höhe begrenzt, die sich am Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert; Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind in diesem Tarif nicht zulässig. Für die Versicherungsunternehmen besteht hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Der Basistarif löst den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den neuen Tarif überführt wurden. Der Versicherungsschutz des Basistarifs ist in Art, Umfang und Höhe mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.

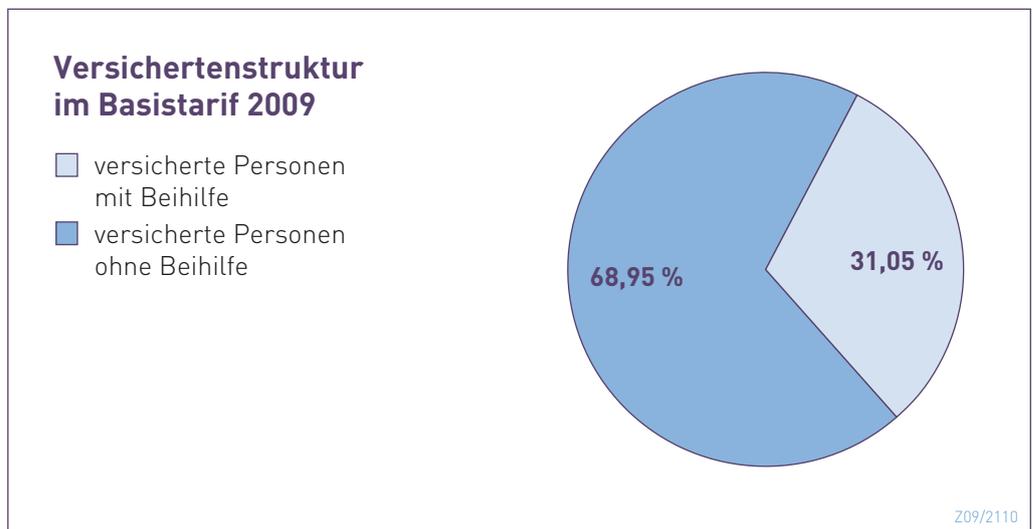
versicherte Personen im Basistarif ¹	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	13.500	0	+ 13.500	-
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	4.600	0	+ 4.600	-
aus der Nichtversicherung	5.200	0	+ 5.200	-
aus der GKV	300	0	+ 300	-
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	3.200	0	+ 3.200	-
Wechsel zwischen den Unternehmen	200	0	+ 200	-
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit²	4.600	0	+ 4.600	-

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

2 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.

Z09/2109

Der Basistarif muss sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten werden.



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.

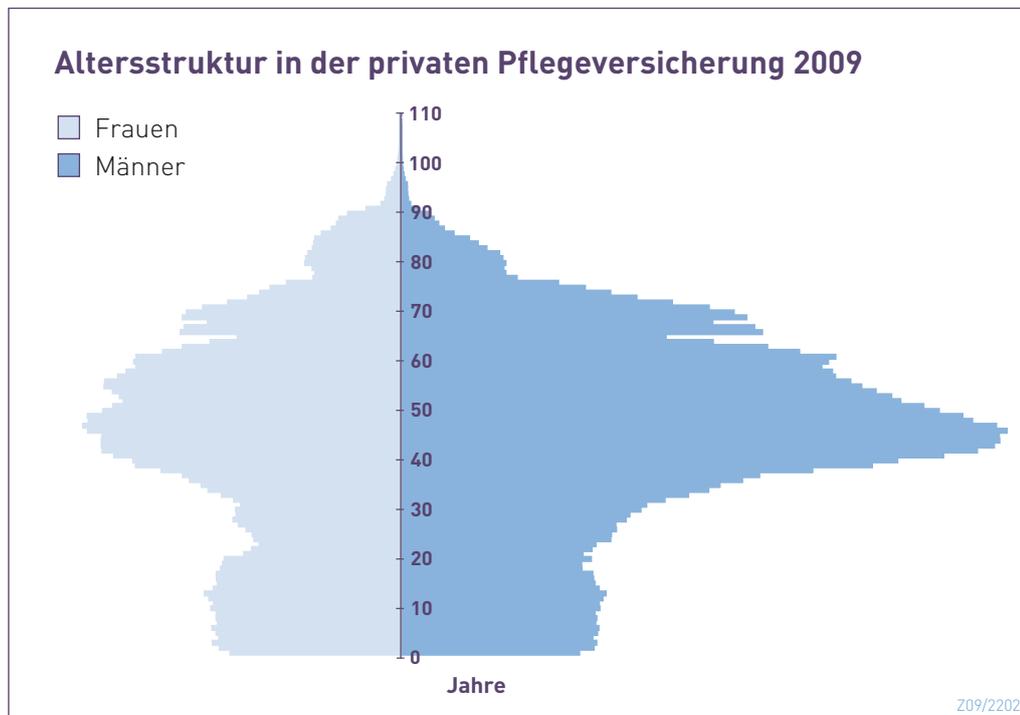
Personen mit Pflegeversicherung	2009	2008 ¹	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	2.847.100	2.795.200	+ 51.900	+ 1,86
Männer	5.009.500	4.923.200	+ 86.300	+ 1,75
Kinder	1.677.500	1.655.500	+ 22.000	+ 1,33
insgesamt	9.534.100	9.373.900	+ 160.200	+ 1,71

1 Die Angaben eines Unternehmens wurden nachträglich korrigiert.

Z09/2201

Während der Bestand in der Pflegeversicherung um 723.200 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:



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 2009 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherte Personen	21.478.400	20.983.200	+495.200	+2,36

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

Zusatzversicherte Personen mit GKV-Schutz		2009	2008	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	2.943.600	2.847.000	+96.600	+3,39
	Männer	2.308.200	2.242.400	+65.800	+2,93
	Kinder	1.509.900	1.538.400	-28.500	-1,85
	insgesamt	6.761.700	6.627.800	+133.900	+2,02
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.514.600	2.446.700	+67.900	+2,78
	Männer	1.729.100	1.664.200	+64.900	+3,90
	Kinder	1.321.700	1.271.800	+49.900	+3,92
	insgesamt	5.565.400	5.382.700	+182.700	+3,39
Zahntarife	Frauen	5.849.500	5.490.400	+359.100	+6,54
	Männer	4.457.500	4.179.500	+278.000	+6,65
	Kinder	2.075.200	2.099.800	-24.600	-1,17
	insgesamt	12.382.200	11.769.700	+612.500	+5,20
insgesamt¹	Frauen	7.668.300	7.267.300	+401.000	+5,52
	Männer	5.764.800	5.442.100	+322.700	+5,93
	Kinder	2.685.300	2.684.700	+600	+0,02
	insgesamt	16.118.400	15.394.100	+724.300	+4,71

Z09/2302

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

Zusatzversicherte Personen nach Versiche- rungsarten	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeld- versicherung¹	3.450.800	3.404.000	+ 46.800	+ 1,37
Krankenhaustage- geldversicherung	8.449.900	8.545.700	- 95.800	- 1,12
Pflegezusatz- versicherung²	1.500.500	1.316.200	+ 184.300	+ 14,00
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	1.308.100	1.131.200	+ 176.900	+ 15,64
Pflegekosten- versicherung	273.900	268.200	+ 5.700	+ 2,13

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.

Z09/2303

2.4 Besondere Versicherungsformen

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

versicherte Personen nach Versicherungsarten	2009	2008	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekranken- versicherung	24.770.900	23.762.900	+ 1.008.000	+ 4,24
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	9.906.200	9.980.800	- 74.600	- 0,75
Beihilfeablöse- versicherung	695.600	701.300	- 5.700	- 0,81
Restschuld- und Lohn- fortzahlungsversicherung	73.200	86.100	- 12.900	- 14,98

Z09/2401

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 2009 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2009	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	31.463,1
Entnahmen aus den RfB	1.513,9
Kapitalerträge	6.719,1
insgesamt	39.696,1

Z09/3001

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:

	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	31.463,1	30.324,3	+1.138,8	+3,76

Z09/3101

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	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	22.564,2	21.790,0	+ 774,2	+ 3,55
Pflegeversicherung	2.074,2	1.970,2	+ 104,0	+ 5,28
Zusatzversicherungen	6.139,8	5.898,6	+ 241,2	+ 4,09
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.121,4	3.931,0	+ 190,4	+ 4,84
Krankentagegeld- versicherung	1.010,1	1.000,5	+ 9,6	+ 0,96
Krankenhaustage- geldversicherung	628,9	644,8	- 15,9	- 2,47
Pflegezusatz- versicherung	379,4	322,3	+ 57,1	+ 17,72
Besondere Versiche- rungsformen	689,7	671,7	+ 18,0	+ 2,68
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	378,2	366,9	+ 11,3	+ 3,08
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	89,0	79,1	+ 9,9	+ 12,52
Beihilfeablöse- versicherung	218,1	220,9	- 2,8	- 1,27
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	4,4	4,8	- 0,4	- 8,33
insgesamt	31.467,9	30.330,5	+ 1.137,4	+ 3,75
insgesamt ohne Pflegeversicherung	29.393,7	28.360,3	+ 1.033,4	+ 3,64

Z09/3102

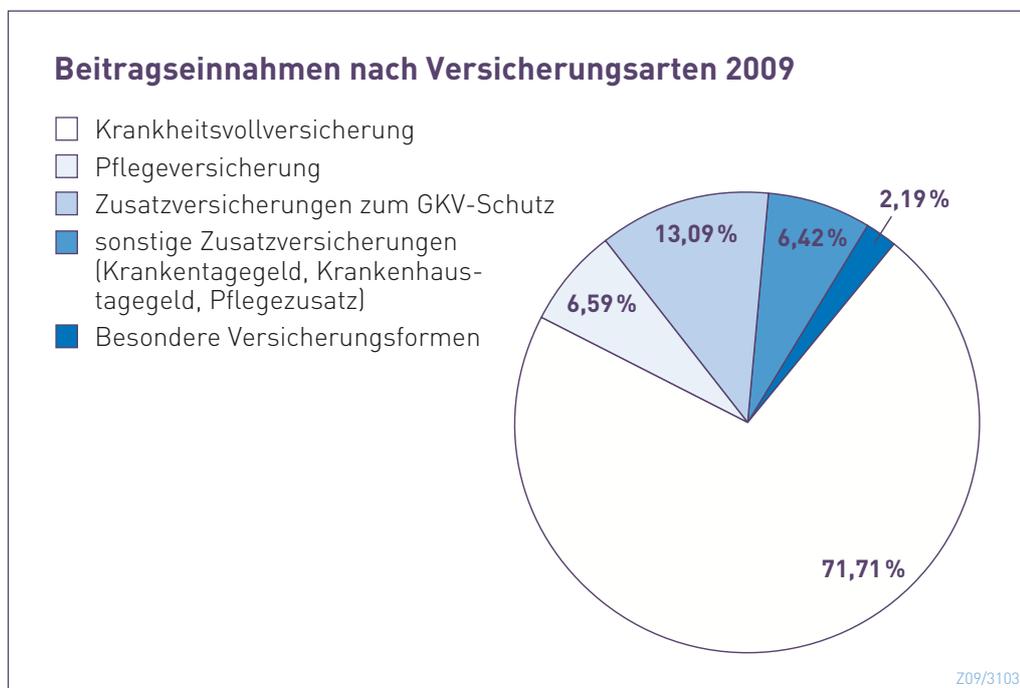
Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2009 insgesamt um 3,75 Prozent gestiegen. Die Steigerung ist zum einen auf den Versichertenzuwachs in der Voll- und Zusatzversicherung und zum anderen auf Beitragsanpassungen zurückzuführen. Die Erhöhung lag deutlich über dem Vorjahresniveau.

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 2009 ein Umlagevolumen von 226,8 Mio. Euro. Darin enthalten sind 35,7 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.

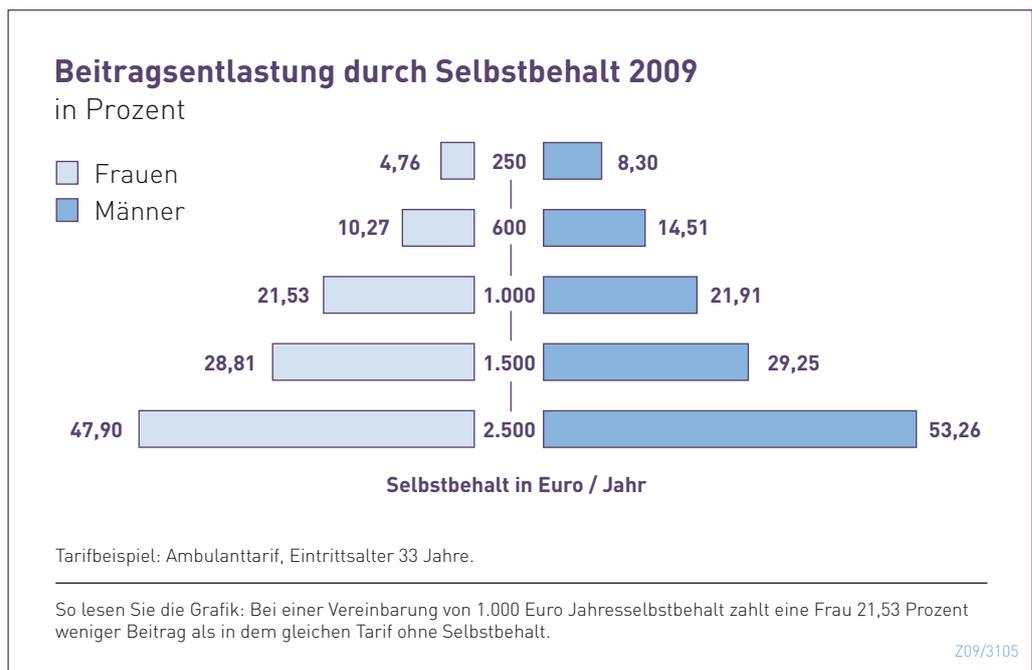
	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.142,6	1.115,6	+27,0	+2,42

Z09/3104

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:

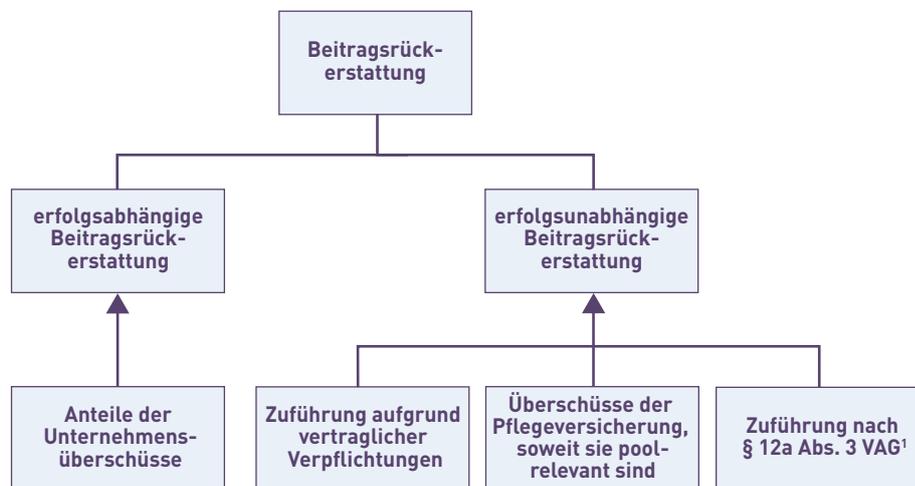


3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.353,2	1.318,3	+ 34,9	+ 2,65
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.149,6	1.078,3	+ 71,3	+ 6,61
erfolgsunabhängigen RfB	203,6	240,0	- 36,4	- 15,17
Pflegeversicherung	5,3	810,0	- 804,7	- 99,35
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	5,2	600,9	- 595,7	- 99,13
erfolgsunabhängigen RfB	0,1	209,1	- 209,0	- 99,95
Zusatzversicherungen	135,6	134,0	+ 1,6	+ 1,19
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	91,0	64,6	+ 26,4	+ 40,87
erfolgsunabhängigen RfB	44,6	69,4	- 24,8	- 35,73
Besondere Versicherungsformen	0,0	0,1	- 0,1	- 100,00
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,0	0,1	- 0,1	- 100,00
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
insgesamt	1.494,1	2.262,4	- 768,3	- 33,96
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.245,8	1.743,9	- 498,1	- 28,56
erfolgsunabhängigen RfB	248,3	518,5	- 270,2	- 52,11

Z09/3202

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	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	129,6	178,6	- 49,0	- 27,44
Anteil an verbundenen Unternehmen	143,0	448,9	- 305,9	- 68,14
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	101,6	583,9	- 482,3	- 82,60
Beteiligungen	269,6	392,9	- 123,3	- 31,38
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	732,0	1.050,0	- 318,0	- 30,29
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	5.013,9	4.864,1	+ 149,8	+ 3,08
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	5.980,4	2.908,6	+ 3.071,8	+ 105,61
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	464,7	431,7	+ 33,0	+ 7,64
Namenschuldverschreibungen	8.805,7	7.117,5	+ 1.688,2	+ 23,72
Schuldscheinforderungen und Darlehen	9.334,1	5.932,2	+ 3.401,9	+ 57,35
übrige Ausleihungen	1,2	36,8	- 35,6	- 96,74
Einlagen bei Kreditinstituten	5.338,7	5.765,9	- 427,2	- 7,41
andere Kapitalanlagen	3.848,3	3.202,4	+ 645,9	+ 20,17
insgesamt	40.162,8	32.913,5	+ 7.249,3	+ 22,03

Z09/3301

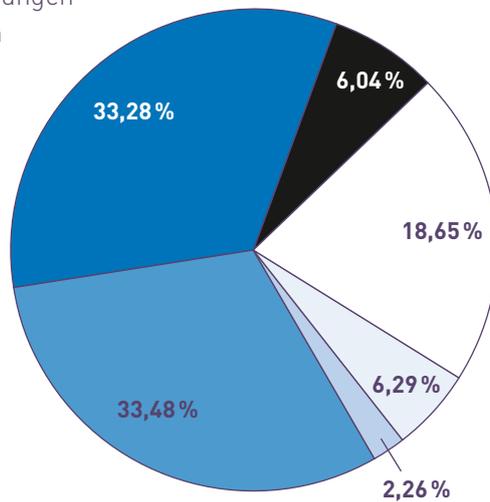
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.551,9	1.514,2	+37,7	+2,49
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.633,1	1.639,8	-6,7	-0,41
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.077,4	1.050,3	+27,1	+2,58
Beteiligungen	1.648,8	1.528,8	+120,0	+7,85
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	518,9	361,9	+157,0	+43,38
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	30.458,5	30.327,5	+131,0	+0,43
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	10.273,0	8.240,1	+2.032,9	+24,67
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	3.686,9	3.540,7	+146,2	+4,13
Namenschuldverschreibungen	54.681,4	49.463,5	+5.217,9	+10,55
Schuldscheinforderungen und Darlehen	54.342,0	49.199,5	+5.142,5	+10,45
übrige Ausleihungen	1.460,2	1.695,4	-235,2	-13,87
Einlagen bei Kreditinstituten	1.458,3	2.496,3	-1.038,0	-41,58
andere Kapitalanlagen	516,2	432,1	+84,1	+19,46
Kapitalanlagen	163.306,6	151.490,1	+11.816,5	+7,80
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	24,8	27,0	-2,2	-8,15
Bilanzwert [G]	163.331,4	151.517,1	+11.814,3	+7,80

Z09/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2009

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



Z09/3303

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

	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	6.719,1	4.447,4	+2.271,7	+51,08

Z09/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand **[G]** ergeben die Nettoverzinsung **[G]**. Diese betrug im Jahr 2009 4,27 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:

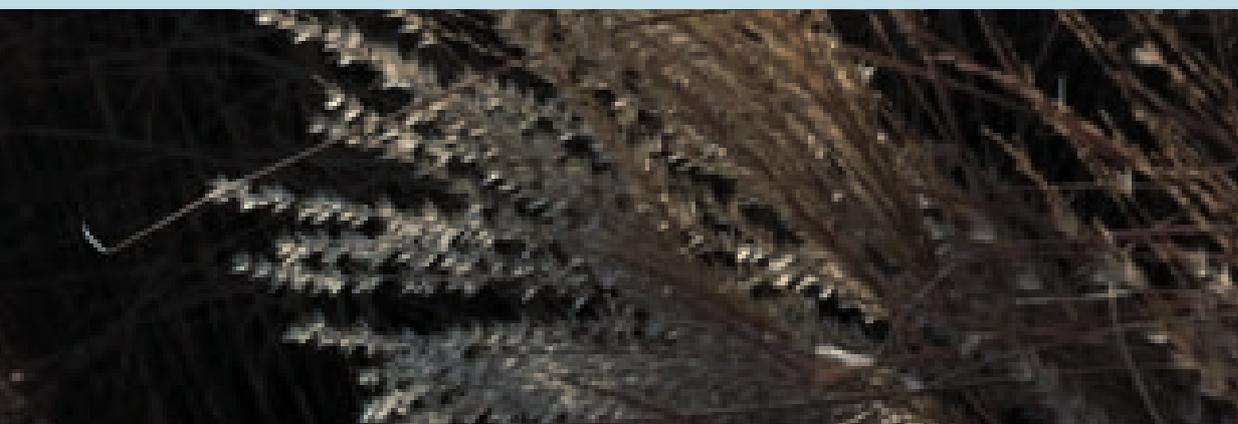
	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 12a VAG	785,2	325,2	+ 460,0	+ 141,45

Z09/3305

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

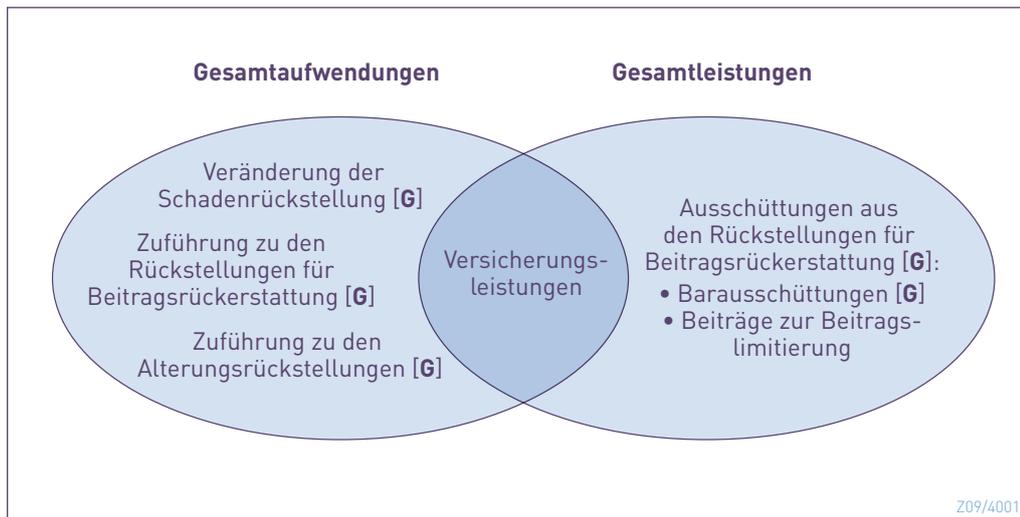


4. Aufwendungen



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	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	21.121,1	20.169,0	+ 952,1	+ 4,72
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	211,6	252,6	- 41,0	- 16,23
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	2.913,7	2.492,5	+ 421,2	+ 16,90
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	10.945,0	10.733,9	+ 211,1	+ 1,97
Gesamtaufwendungen	35.191,4	33.648,0	+ 1.543,4	+ 4,59

Z09/4002

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	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	21.121,1	20.169,0	+ 952,1	+ 4,72
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.275,9	1.162,8	+ 113,1	+ 9,73
Beträge zur Beitragslimitierung	1.310,5	2.026,3	- 715,8	- 35,33
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 12a Abs.2 VAG ¹	549,3	222,1	+ 327,2	+ 147,32
gemäß § 12a Abs.3 VAG ¹	264,4	309,4	- 45,0	- 14,54
Gesamtleistungen	24.521,2	23.889,6	+ 631,6	+ 2,64

1 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z09/4003

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.

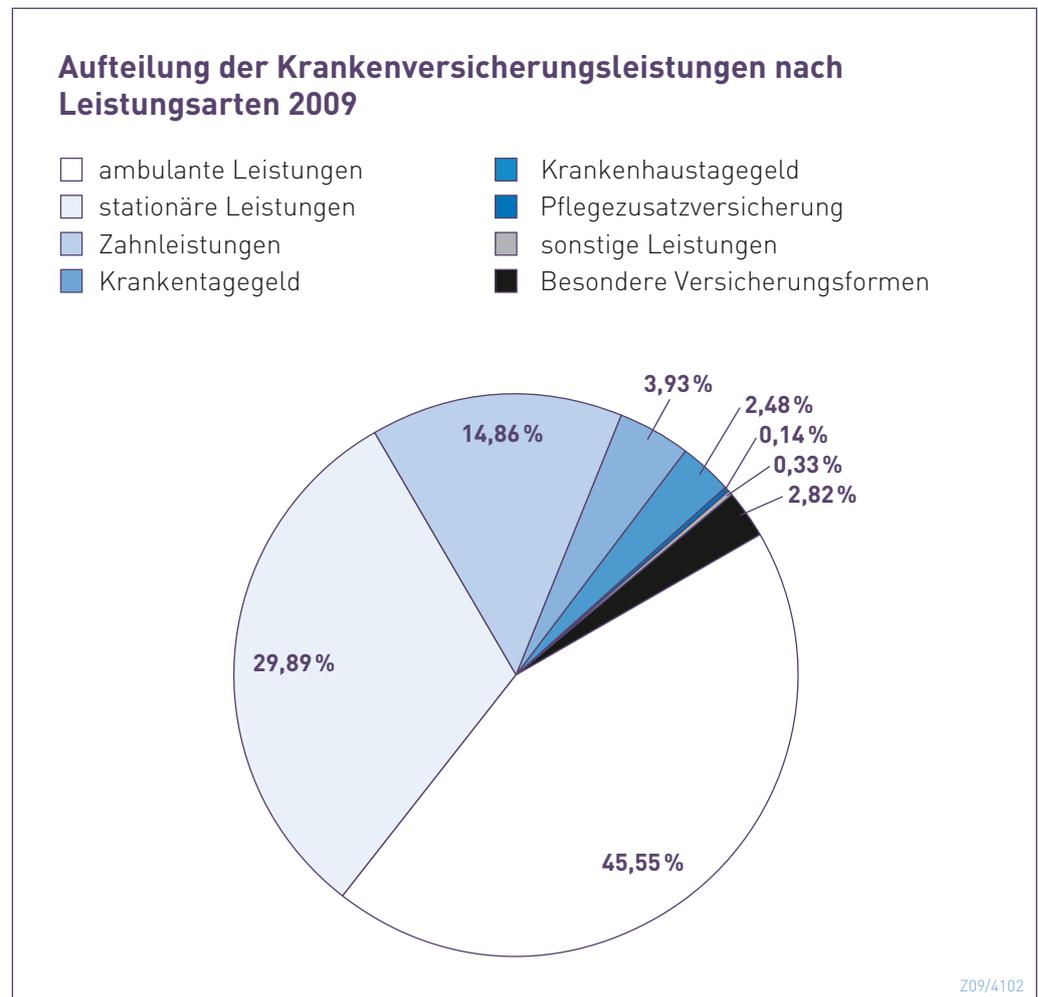
Die Versicherungsleistungen betragen 2009 insgesamt 21.121,1 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 84,5 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2008 betrug dieser Wert 80,7 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2009 bei 1.760,1 Mio. Euro, das waren 79,3 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	9.316,0	8.921,1	+394,9	+4,43
davon				
Arztbehandlung	5.124,3	4.944,0	+180,3	+3,65
Heilpraktikerbehandlung	207,5	196,6	+10,9	+5,54
Arzneien und Verbandmittel	2.330,8	2.223,3	+107,5	+4,84
Heilmittel	764,1	730,5	+33,6	+4,60
Hilfsmittel	739,4	719,9	+19,5	+2,71
Sonstiges	149,9	106,8	+43,1	+40,36
stationäre Leistungen	6.114,0	5.838,5	+275,5	+4,72
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	3.199,5	2.998,7	+200,8	+6,70
Wahlleistung Chefarzt	2.254,1	2.194,2	+59,9	+2,73
Wahlleistung Unterkunft	519,6	505,9	+13,7	+2,71
Ersatz-Krankenhaus- tagegeld	51,2	55,6	-4,4	-7,91
Sonstiges	89,6	84,1	+5,5	+6,54
Zahnleistungen	3.039,4	2.902,1	+137,3	+4,73
davon				
Zahnbehandlung	1.104,8	1.081,7	+23,1	+2,14
Zahnersatz	1.725,3	1.620,3	+105,0	+6,48
Kieferorthopädie	202,1	191,9	+10,2	+5,32
Sonstiges	7,2	8,2	-1,0	-12,20
Krankentagegeld	803,8	744,5	+59,3	+7,97
Krankenhaustagegeld	507,4	512,4	-5,0	-0,98
Pflegezusatzversicherung	29,6	24,2	+5,4	+22,31
sonstige Leistungen	66,6	58,3	+8,3	+14,24
Besondere Versiche- rungsformen	576,6	550,2	+26,4	+4,80
Krankenversicherung	20.453,4	19.551,3	+902,1	+4,61
Pflegeversicherung	667,7	617,7	+50,0	+8,09
insgesamt	21.121,1	20.169,0	+952,1	+4,72

Z09/4101

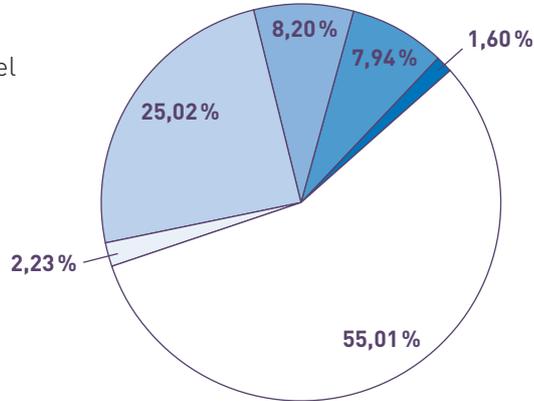
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die wichtigsten drei Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

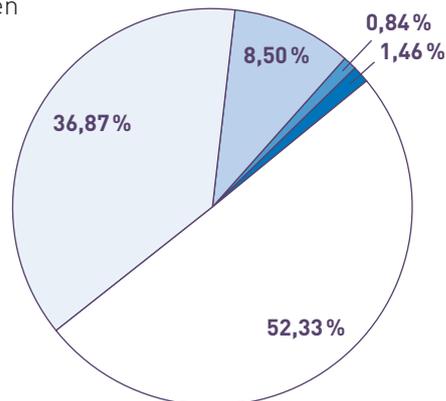
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2009

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



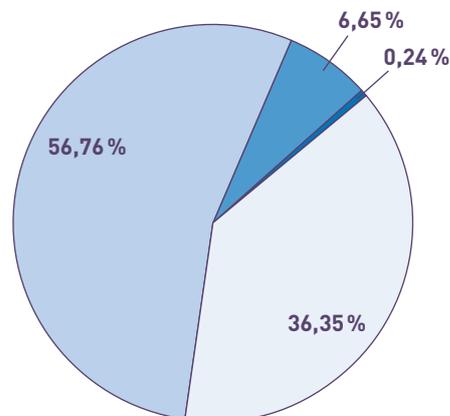
Aufteilung der stationären Leistungen 2009

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



Aufteilung der Zahnleistungen 2009

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z09/4103

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	39,51	51,20	9,30
davon			
Arztbehandlung	41,16	48,51	10,33
Heilpraktikerbehandlung	50,71	33,71	15,58
Arzneien und Verbandmittel	34,66	58,59	6,76
Heilmittel	40,93	49,52	9,56
Hilfsmittel	39,16	52,40	8,44
Sonstiges	35,02	58,66	6,32
stationäre Leistungen	39,85	54,40	5,75
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	32,73	59,83	7,45
Wahlleistung Chefarzt	46,98	49,19	3,83
Wahlleistung Unterkunft	53,58	44,04	2,38
Ersatz-Krankenhaustagegeld	45,25	42,16	12,60
Sonstiges	32,14	59,03	8,83
Zahnleistungen	39,37	51,27	9,37
davon			
Zahnbehandlung	34,38	56,51	9,11
Zahnersatz	46,23	53,11	0,66
Kieferorthopädie	8,03	6,61	85,36
Sonstiges	39,19	58,61	2,20
Krankentagegeld	21,77	78,21	0,02
Krankenhaustagegeld	41,75	53,86	4,39
Pflegezusatzversicherung	48,64	48,46	2,90
sonstige Leistungen	44,68	43,39	11,93
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,60	52,23	8,17
Pflegeversicherung	55,43	40,55	4,02
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,48	52,87	7,65

Z09/4104

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 2009 gegenüber 2008 in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+2,86	+6,12
davon		
Arztbehandlung	+2,09	+6,89
Heilpraktikerbehandlung	+3,93	-
Arzneien und Verbandmittel	+3,26	+5,40
Heilmittel	+3,02	+6,08
Hilfsmittel	+1,16	+6,68
stationäre Leistungen	+3,37	+6,54
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+5,10	+6,54
Wahlleistung Chefarzt	+0,78	-
Wahlleistung Unterkunft	+0,77	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	-9,66	-
Zahnleistungen	+3,16	+2,42
davon		
Zahnbehandlung	+0,60	+1,64
Zahnersatz	+4,88	+4,16
Kieferorthopädie	+3,72	+3,03
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+3,09	+6,30

Z09/4105

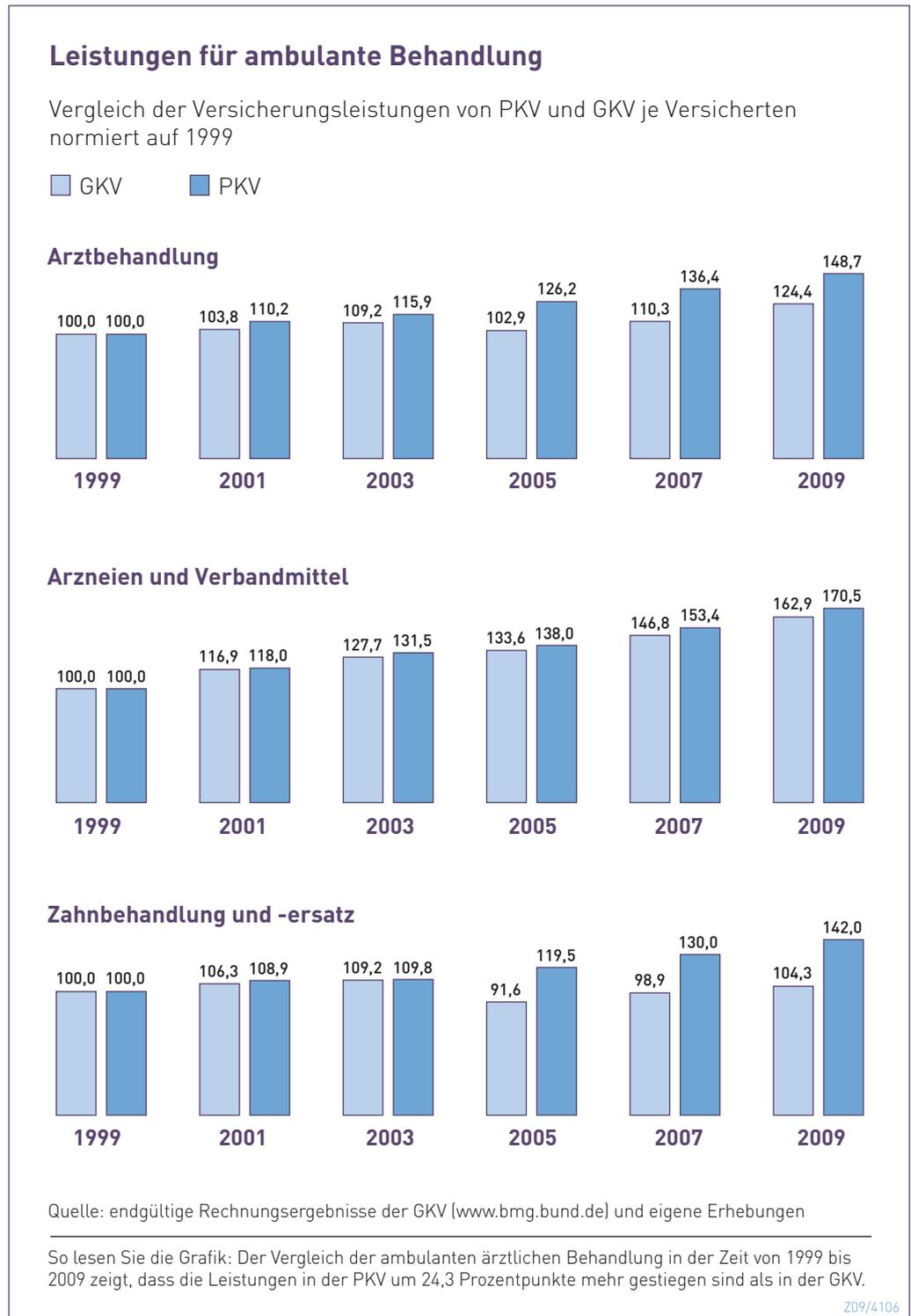
Der Ausgabenanstieg je Versicherten war im Jahr 2009 mit 3,09 Prozent weniger stark als im Vorjahr (2008: plus 5,83 Prozent), lag aber deutlich über der allgemeinen Preissteigerung von 0,38 Prozent. Moderater als im Vorjahr stiegen vor allem die Ausgaben im Bereich der ambulanten Leistungen (2008: plus 6,88 Prozent) und der Zahnleistungen (2008: plus 5,89 Prozent); die stationären Leistungen nahmen dagegen ähnlich stark wie im Vorjahr zu (2008: plus 3,81 Prozent).

Bei den ambulanten Leistungen war vor allem der Ausgabenanstieg für die Arztbehandlung (2008: plus 6,74 Prozent), für Arzneien und Verbandmittel (2008: plus 7,64 Prozent) und für Heilmittel (2008: plus 7,12 Prozent) weniger stark als im Vorjahr. Auch die Entwicklung bei den Hilfsmitteln hat sich abgeschwächt (2008: plus 5,79 Prozent). Bei den Zahnleistungen war der Anstieg beim Zahnersatz erneut am größten, allerdings weniger stark als im Vorjahr (2008: plus 7,67 Prozent). Für die Entwicklung im stationären Bereich ist vor allem der unverändert starke Anstieg bei den allgemeinen Krankenhausleistungen verantwortlich (2008: plus 5,80 Prozent). Sinkende Ausgaben gab es wie in den Vorjahren für das Ersatz-Krankenhaustagegeld (2008: minus 4,21 Prozent).

Dass der Ausgabenanstieg je Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals seit Jahren über dem in der privaten Krankenversicherung lag, hat vor allem politische Gründe: So wurde den Kassenärzten im Rahmen einer Honorarreform für 2009 ein Plus von 3,5 Milliarden Euro zugesprochen. Von Einmaleffekten abgesehen geht die Ausgabensteigerung in der PKV mittelfristig betrachtet deutlich über die in der GKV hinaus (siehe Folgeseite): So stiegen die Leistungen für die ambulante Arztbehandlung zwischen 1999 und 2009 um 48,7

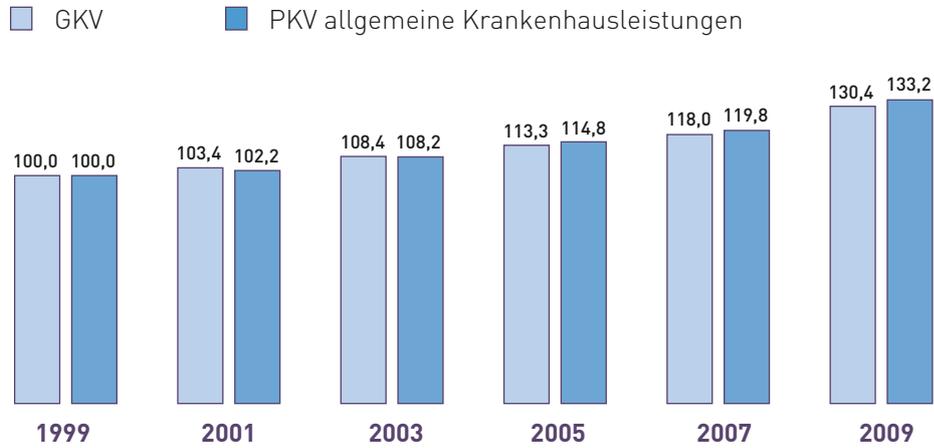
Prozent und damit fast doppelt so stark wie in der GKV (plus 24,4 Prozent). Im Bereich der Arzneimittel war der Anstieg mit 70,5 Prozent (GKV: 62,9 Prozent) ebenfalls deutlich höher. Den größten Unterschied gibt es bei der Zahnbehandlung und beim Zahnersatz (plus 42,0 Prozent gegenüber plus 4,3 Prozent), was unter anderem auf die Einschränkung der GKV-Leistungen im Zuge vergangener Gesundheitsreformen zurückzuführen ist.

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.

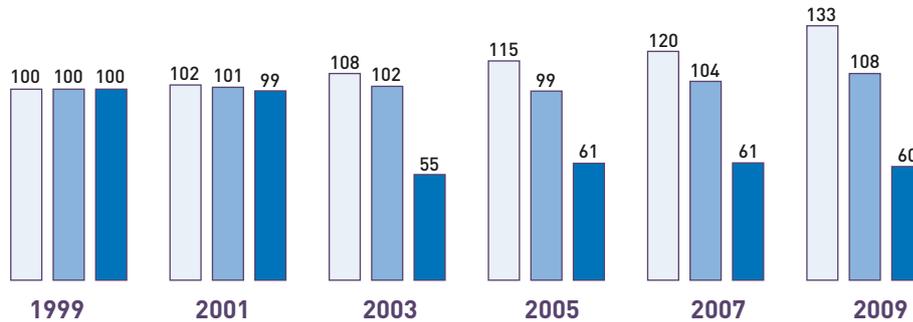


Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 1999



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



Quelle: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (www.bmg.bund.de) und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 1999 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 40 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 beiden folgenden Tabellen zeigen im Einzelnen, bei welchen Leistungsarten Auszahlungen in welcher Höhe angefallen sind:

ambulante Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	110,5	104,3	+6,2	+5,94
davon				
Pflegestufe I	23,1	20,8	+2,3	+11,06
Pflegestufe II	51,0	48,5	+2,5	+5,15
Pflegestufe III	36,4	35,0	+1,4	+4,00
Pflegegeld	151,0	139,9	+11,1	+7,93
davon				
Pflegestufe I	54,0	48,3	+5,7	+11,80
Pflegestufe II	64,4	60,4	+4,0	+6,62
Pflegestufe III	32,6	31,2	+1,4	+4,49
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	9,5	7,7	+1,8	+23,38
Pflegehilfsmittel	3,6	3,3	+0,3	+9,09
technische Hilfsmittel	16,0	15,3	+0,7	+4,58
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	4,8	4,6	+0,2	+4,35
Beiträge zur Rentenversicherung	25,6	23,8	+1,8	+7,56
Pflegekurse	0,4	0,1	+0,3	+300,00
Tages- und Nachtpflege	4,9	3,6	+1,3	+36,11
davon				
Pflegestufe I	1,3	0,9	+0,4	+44,44
Pflegestufe II	2,6	1,9	+0,7	+36,84
Pflegestufe III	1,0	0,8	+0,2	+25,00
Kurzzeitpflege	10,0	8,7	+1,3	+14,94
zusätzliche Betreuung	8,6	3,7	+4,9	+132,43
Kontrollpflege	1,0	0,9	+0,1	+11,11
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,2	0,2	+0,0	0,00
Medicproof	15,9	13,4	+2,5	+18,66
Arbeitslosenvers.-Beitrag/ KV-PV-Zuschuss	0,1	0,0	+0,1	-
insgesamt	362,1	329,5	+32,6	+9,89

Z09/4108

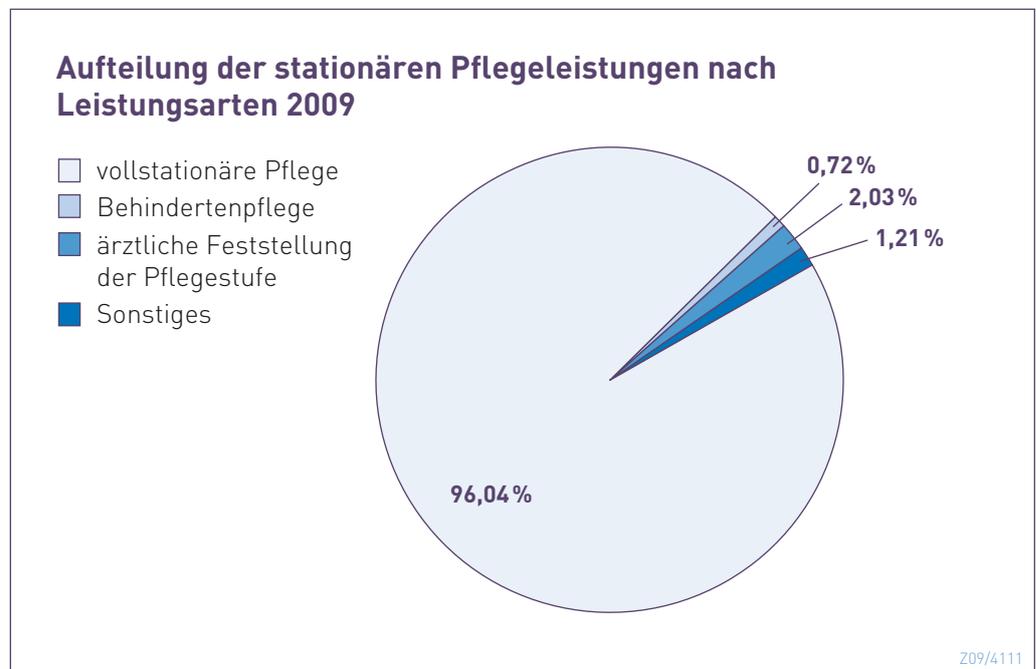
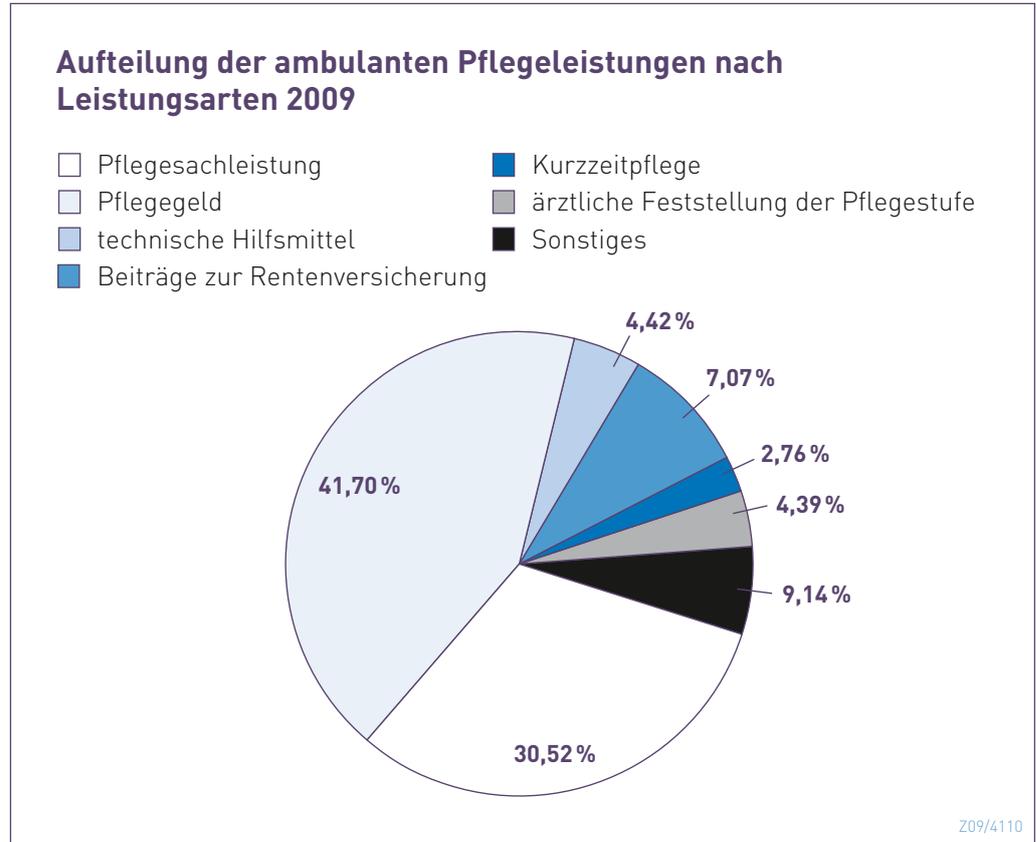
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2009 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 667,7 Mio. Euro einen Anteil von 45,77 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	293,0	281,2	+ 11,8	+ 4,20
davon				
Pflegestufe I	72,8	67,1	+5,7	+8,49
Pflegestufe II	130,3	126,7	+3,6	+2,84
Pflegestufe III	89,9	87,4	+2,5	+2,86
Zuschuss für vollstationäre Pflege	0,0	0,0	0,0	0,00
davon				
Pflegestufe I	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegestufe II	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,0	0,0	0,0	0,00
teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	0,5	0,5	0,0	0,00
davon				
Pflegestufe I	0,1	0,2	-0,1	-50,00
Pflegestufe II	0,2	0,2	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,2	0,1	+0,1	+100,00
Behindertenhilfe	2,2	2,1	+ 0,1	+ 4,76
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	3,6	0,0	+ 3,6	-
Leistungen bei Rückstufung	0,1	0,0	+ 0,1	-
Medicproof	6,2	4,4	+ 1,8	+ 40,91
insgesamt stationär	305,6	288,2	+ 17,4	+ 6,04

Z09/4109

Die Leistungen in der Kategorie „Zuschuss für vollstationäre Pflege“ liegen 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.

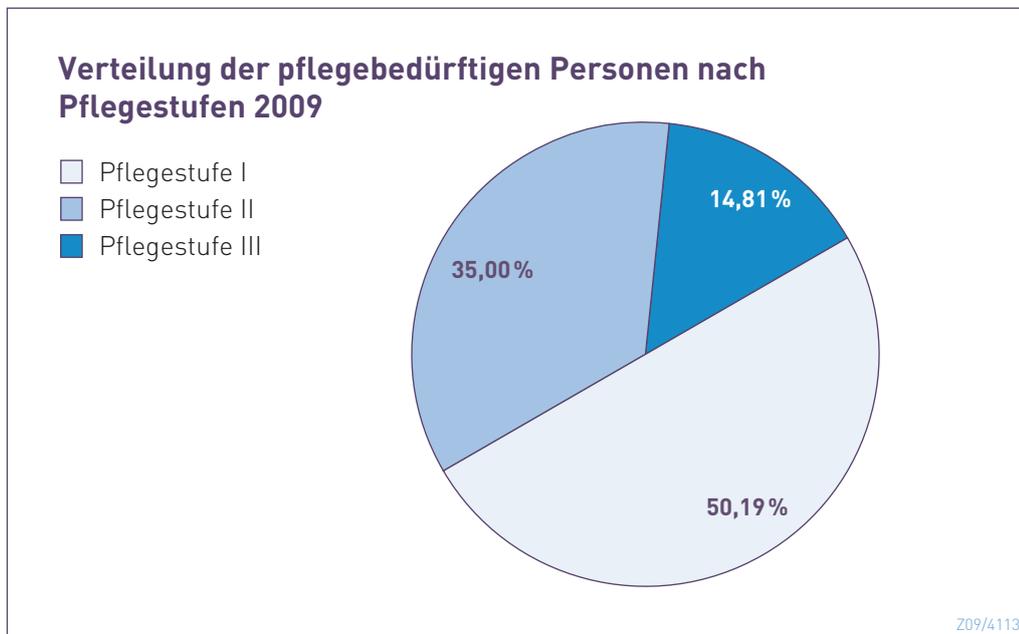
Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegestufen, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2009	2008 ¹	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	96.548	91.578	+4.970	+5,43
davon				
Pflegestufe I	54.974	49.596	+5.378	+10,84
Pflegestufe II	30.937	31.260	-323	-1,03
Pflegestufe III	10.637	10.722	-85	-0,79
stationäre Pflege	41.633	39.484	+2.149	+5,44
davon				
Pflegestufe I	14.379	12.289	+2.090	+17,01
Pflegestufe II	17.423	17.249	+174	+1,01
Pflegestufe III	9.831	9.946	-115	-1,16
insgesamt	138.181	131.062	+7.119	+5,43

1 Die Angaben eines Unternehmens wurden nachträglich korrigiert.

Z09/4112

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 2009 14,8 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der gesetzlichen Pflegeversicherung nur 12,3 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 sogenannte Schadenrückstellung.

	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Bruttoschadenrückstellung	5.444,8	5.233,2	+ 211,6	+ 4,04
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	40,9	41,0	- 0,1	- 0,24
Bilanzschaden- rückstellung [G]	5.403,9	5.192,2	+ 211,7	+ 4,08

Z09/4201

4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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

Entwicklung der RfB	in Mio. Euro				
	insgesamt	davon aus erfolgs- abhängigen RfB	davon aus erfolgsunabhängigen RfB für die Pflegever- sicherung	nach § 12a Abs. 3 VAG	Sonstige
Wert zum 31. Dezember 2008	9.690,0	7.810,9	1.053,3	751,8	74,0
Umbuchungen	0,0	6,9	1,3	0,0	-8,2
Entnahmen	2.850,8	2.527,4	0,0	264,4	59,0
davon zur Verrechnung ¹	1.574,9	1.304,0	0,0	264,4	6,5
Barausschüttung [G]	1.275,9	1.223,4	0,0	0,0	52,5
Zuführung	2.913,7	2.266,7	335,4	235,9	75,7
Wert zum 31. Dezember 2009	9.752,9	7.557,1	1.390,0	723,3	82,5
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	3,4				
Bilanzwert [G]	9.749,5				

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.

Z09/4301

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 2009:

Alterungs- rückstellungen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	124.923,0	115.191,0	+9.732,0	+8,45
Pflegeversicherung	20.401,2	19.188,2	+1.213,0	+6,32
Alterungsrückstellungen	145.324,2	134.379,2	+10.945,0	+8,14
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	1.045,7	1.017,5	+28,2	+2,77
Bilanzwert [G]	144.278,5	133.361,7	+10.916,8	+8,19

Z09/4401

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]	1.142,6	1.115,6	+27,0	+2,42
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnermäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	7.678,2	7.060,5	+617,7	+8,75
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	1.310,5	2.026,3	-715,8	-35,33
Limitierung gemäß § 12a Abs. 2 VAG²	549,3	222,1	+327,2	+147,32
Limitierung gemäß § 12a Abs. 3 VAG²	264,4	309,4	-45,0	-14,54
Gesamtzuführung	10.945,0	10.733,9	+211,1	+1,97

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

Z09/4402

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

	2009 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2009 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellun- gen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	29.393,7	9.732,0	33,11
Pflegeversicherung	2.074,2	1.213,0	58,48
insgesamt	31.467,9	10.945,0	34,78

Z09/4403

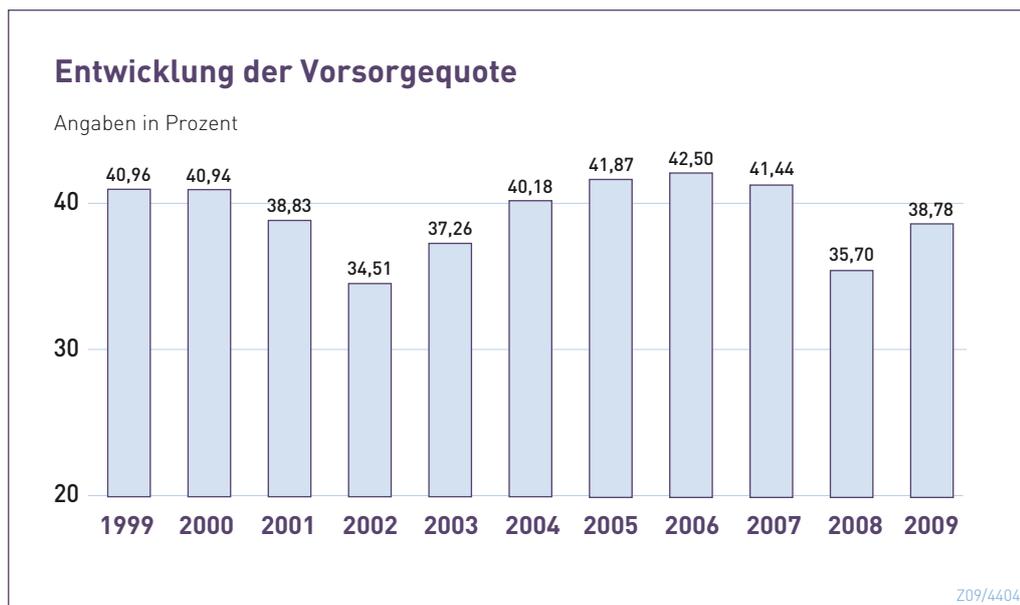
Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb ist der Anteil der Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen an den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

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].

	2009	2008	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.668,5	2.528,6	+139,9	+5,53
Verwaltungsaufwendungen	802,6	790,2	+12,4	+1,57
insgesamt	3.471,1	3.318,8	+152,3	+4,59

Z09/4501

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen verminderte sich 2009 auf 2,55 (2008: 2,61) 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 sogenannte 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.

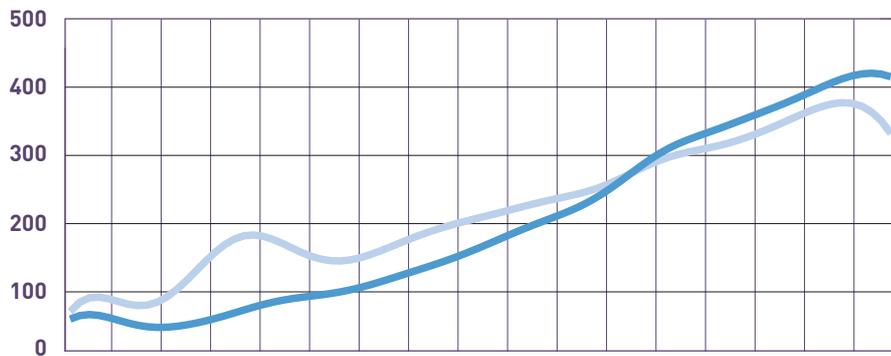
Ausgaben¹ nach Altersgruppen 2009	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz
Frauen im Alter von ... Jahren			
über 95	359,90	555,00	28,14
91 – 95	368,18	577,23	49,98
86 – 90	338,55	564,68	80,69
81 – 85	315,69	529,36	111,79
76 – 80	298,42	481,93	148,83
71 – 75	270,53	418,68	171,77
66 – 70	243,93	345,25	181,10
61 – 65	227,13	294,96	174,86
56 – 60	209,39	234,99	161,11
51 – 55	190,59	183,10	148,01
46 – 50	164,45	139,34	128,64
41 – 45	146,11	109,79	116,05
36 – 40	161,82	97,81	103,11
31 – 35	179,43	82,24	90,50
26 – 30	132,67	63,06	72,79
21 – 25	80,34	49,10	58,89
16 – 20	89,55	66,35	81,19
unter 16	69,84	54,68	83,93
Männer im Alter von ... Jahren			
über 95	404,29	570,23	50,60
91 – 95	404,26	646,07	73,04
86 – 90	363,51	660,82	96,20
81 – 85	340,40	631,48	127,34
76 – 80	314,49	562,44	160,14
71 – 75	268,24	468,07	168,24
66 – 70	225,57	375,46	173,78
61 – 65	196,94	303,19	161,48
56 – 60	167,66	227,55	145,23
51 – 55	140,70	173,29	129,20
46 – 50	117,94	122,30	111,33
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	89,49	87,86	93,00
31 – 35	73,37	69,05	81,44
26 – 30	55,61	51,16	61,16
21 – 25	46,56	43,80	45,92
16 – 20	64,62	58,23	80,39
unter 16	80,21	73,32	72,26

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

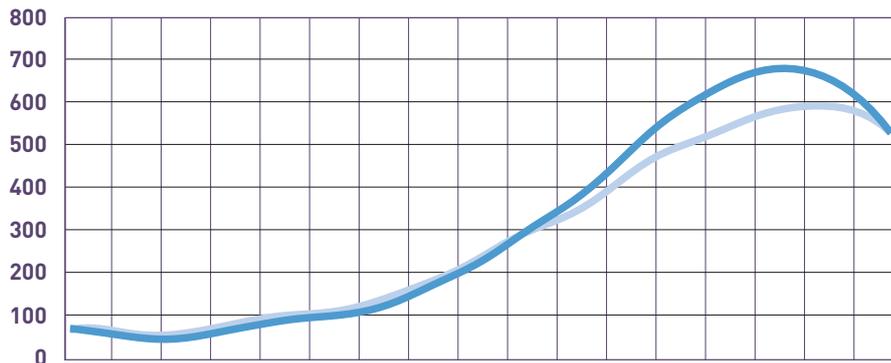
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ für ambulante und Zahnbehandlung 2009

■ Frauen ■ Männer

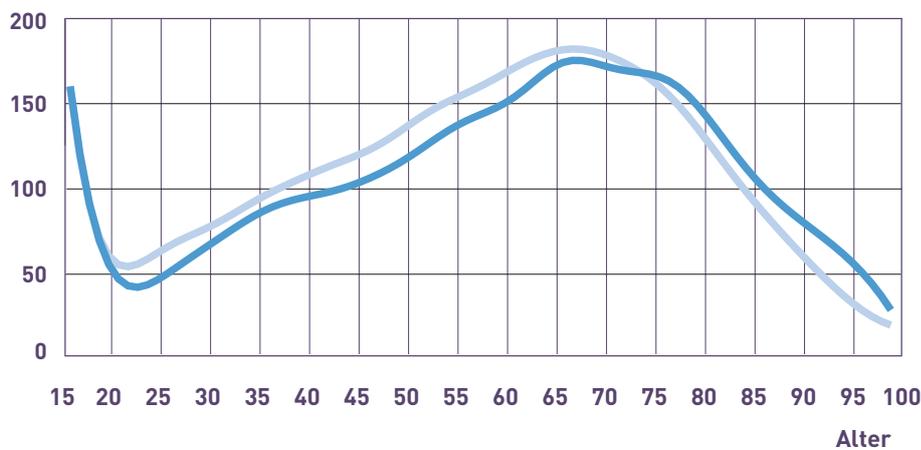
ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)



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:

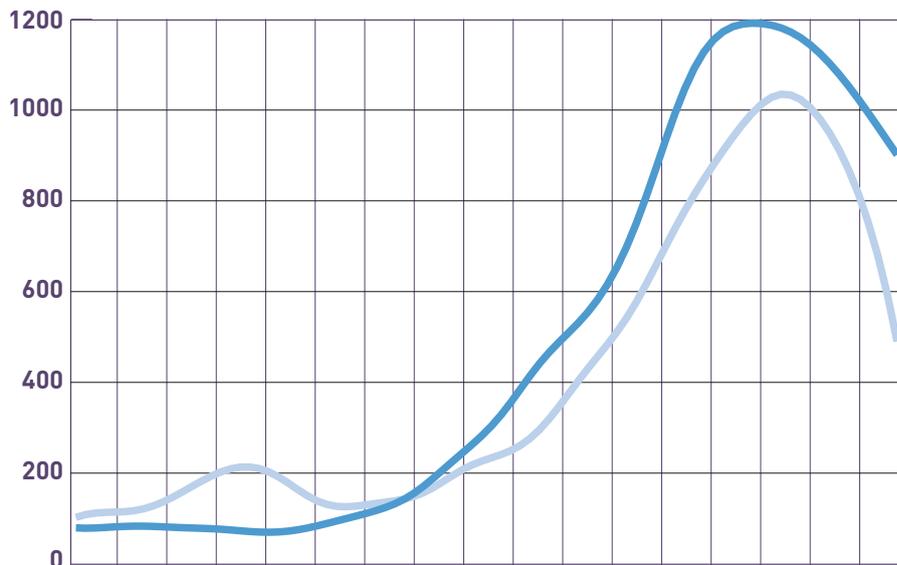
Ausgaben und Aufenthalt¹ nach Altersgruppen 2009	Ausgaben für Kranken- hausbehandlung	Krankenhaus- aufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	703,19	1.662,61
91 – 95	926,20	1.885,54
86 – 90	1.048,59	2.181,25
81 – 85	927,17	1.981,84
76 – 80	760,16	1.576,92
71 – 75	573,16	1.127,60
66 – 70	436,08	842,94
61 – 65	289,58	586,40
56 – 60	228,28	498,05
51 – 55	186,93	341,63
46 – 50	140,82	217,25
41 – 45	127,01	141,21
36 – 40	162,59	174,98
31 – 35	206,97	219,39
26 – 30	185,03	293,58
21 – 25	128,85	291,35
16 – 20	109,15	166,45
unter 16	90,16	60,07
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	995,90	2.192,56
91 – 95	1.071,12	2.541,77
86 – 90	1.161,25	2.504,66
81 – 85	1.194,27	2.078,97
76 – 80	1.041,90	1.715,30
71 – 75	724,88	1.286,60
66 – 70	557,32	885,51
61 – 65	447,33	630,79
56 – 60	296,85	447,09
51 – 55	208,94	266,00
46 – 50	133,04	146,86
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	75,09	75,55
31 – 35	72,45	80,64
26 – 30	73,77	130,65
21 – 25	88,16	187,86
16 – 20	76,35	114,25
unter 16	110,80	67,47

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

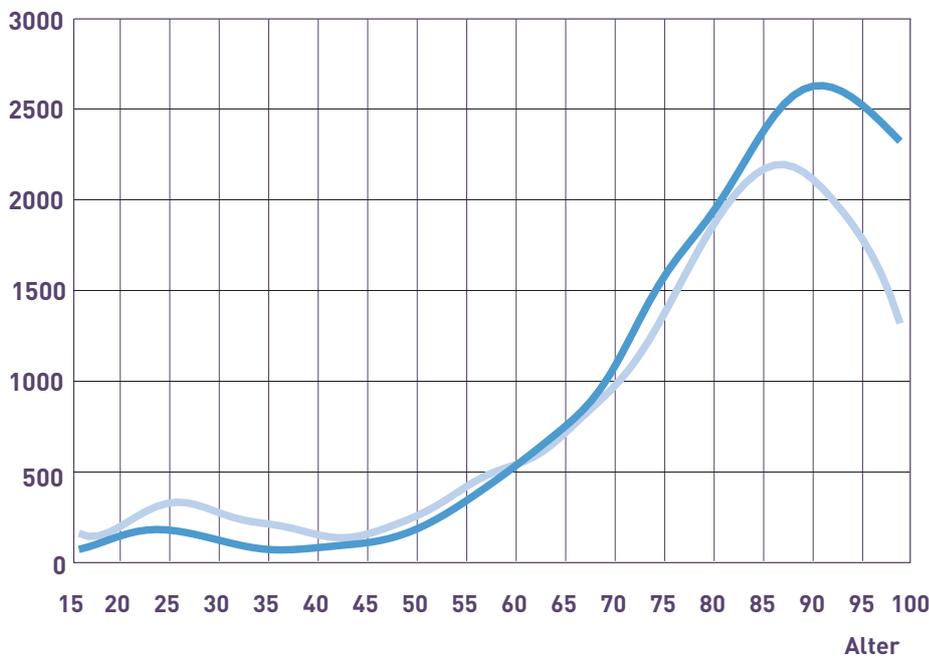
Altersabhängigkeit der Ausgaben und des Aufenthalts¹ im Krankenhaus 2009

■ 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 2009	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	107,44	314,23
56 – 60	118,76	308,78
51 – 55	91,54	249,66
46 – 50	121,23	190,97
41 – 45	73,45	135,49
36 – 40	108,05	108,65
31 – 35	80,89	84,96
26 – 30	156,19	62,21
21 – 25	35,62	52,46
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	149,30	362,43
56 – 60	129,37	294,00
51 – 55	123,27	198,92
46 – 50	114,44	136,90
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	98,93	73,20
31 – 35	111,68	65,70
26 – 30	102,95	71,29
21 – 25	61,49	67,65

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

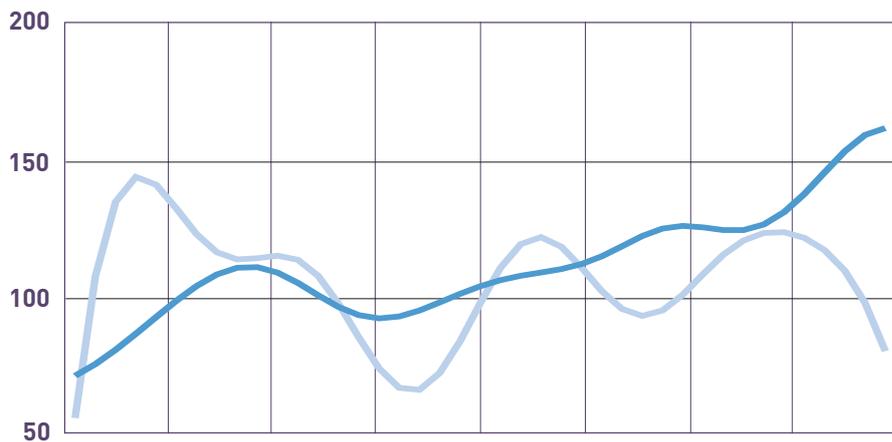
Z09/5105

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

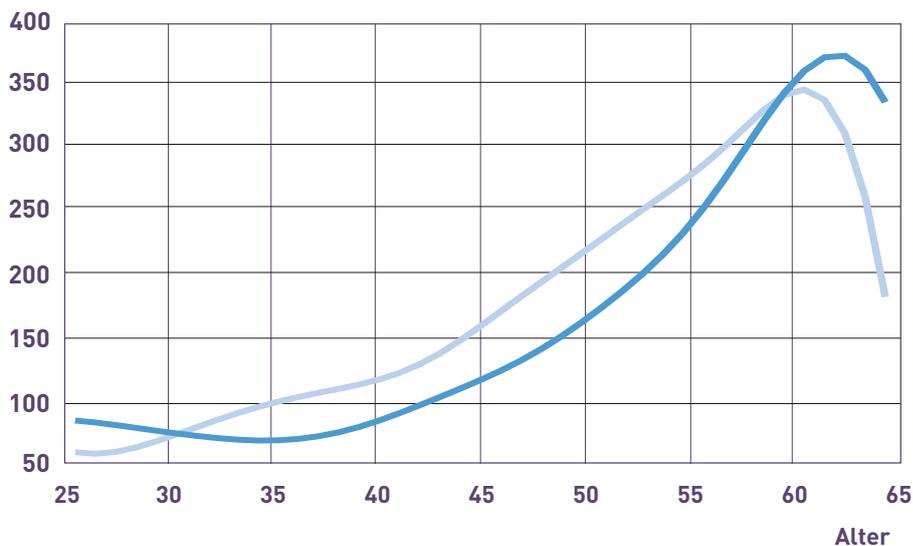
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld¹ 2009

■ 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.

Z09/5106

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.

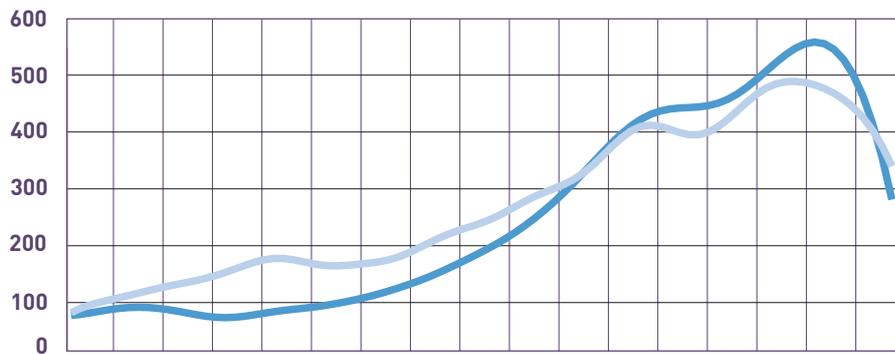
Ausgaben¹ im ambulanten Bereich nach Altersgruppen 2009	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	420,87	641,34	615,37	752,66
91 – 95	487,01	722,13	750,70	783,85
86 – 90	494,98	637,73	650,29	735,45
81 – 85	411,76	563,54	639,28	729,96
76 – 80	371,79	557,80	625,19	643,99
71 – 75	413,25	503,14	553,68	566,38
66 – 70	306,78	456,93	478,85	510,76
61 – 65	294,70	365,71	383,48	422,87
56 – 60	233,18	297,07	313,16	353,23
51 – 55	212,68	250,89	286,57	298,66
46 – 50	173,15	199,41	226,54	237,71
41 – 45	164,28	172,38	186,07	199,61
36 – 40	174,45	187,77	216,06	216,68
31 – 35	163,06	179,62	213,40	229,12
26 – 30	139,93	137,59	161,81	174,20
21 – 25	118,57	122,09	127,31	136,03
16 – 20	97,43	110,54	96,01	87,75
unter 16	70,68	72,18	61,48	64,97
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	353,04	648,46	718,32	788,08
91 – 95	573,86	787,56	772,65	957,52
86 – 90	493,00	696,39	695,79	880,20
81 – 85	453,57	633,13	729,34	765,26
76 – 80	440,73	618,61	669,85	701,89
71 – 75	407,17	498,38	597,13	552,81
66 – 70	315,91	451,53	444,92	433,62
61 – 65	244,14	311,49	332,52	334,32
56 – 60	190,64	231,32	238,04	240,28
51 – 55	147,67	179,41	171,99	177,31
46 – 50	120,32	129,90	127,53	122,15
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	87,16	82,09	81,23	88,34
31 – 35	75,56	71,00	68,73	66,17
26 – 30	82,47	69,32	68,20	59,64
21 – 25	78,73	85,61	72,38	75,73
16 – 20	82,58	84,25	81,95	79,30
unter 16	83,09	83,75	76,56	81,54

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

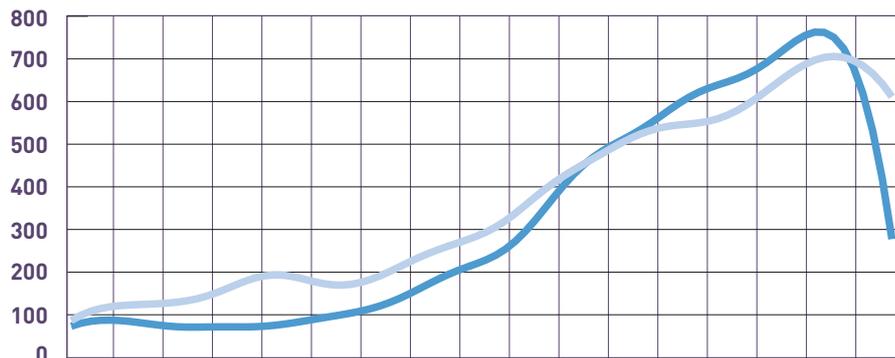
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2009

■ Frauen ■ Männer

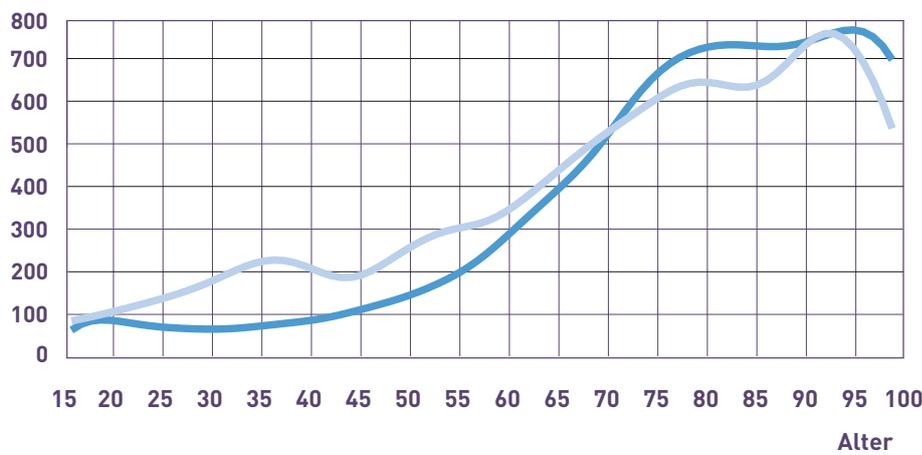
kein absoluter Selbstbehalt



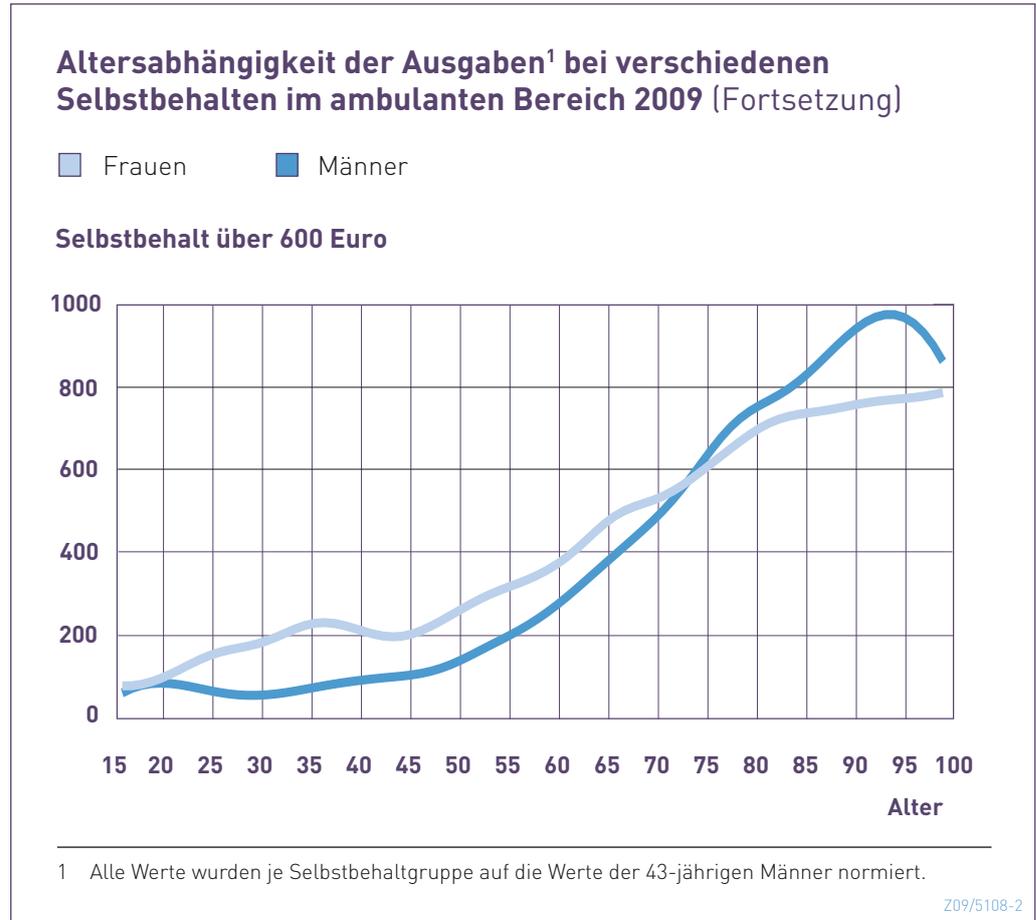
Selbstbehalt bis 300 Euro



Selbstbehalt über 300 Euro bis 600 Euro



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



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 2009 ¹	Selbstbehalt			
	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen	100,00	80,98	71,45	48,21
Männer	100,00	77,18	63,08	39,68

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

Z09/5109

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 2010“ zusammen.

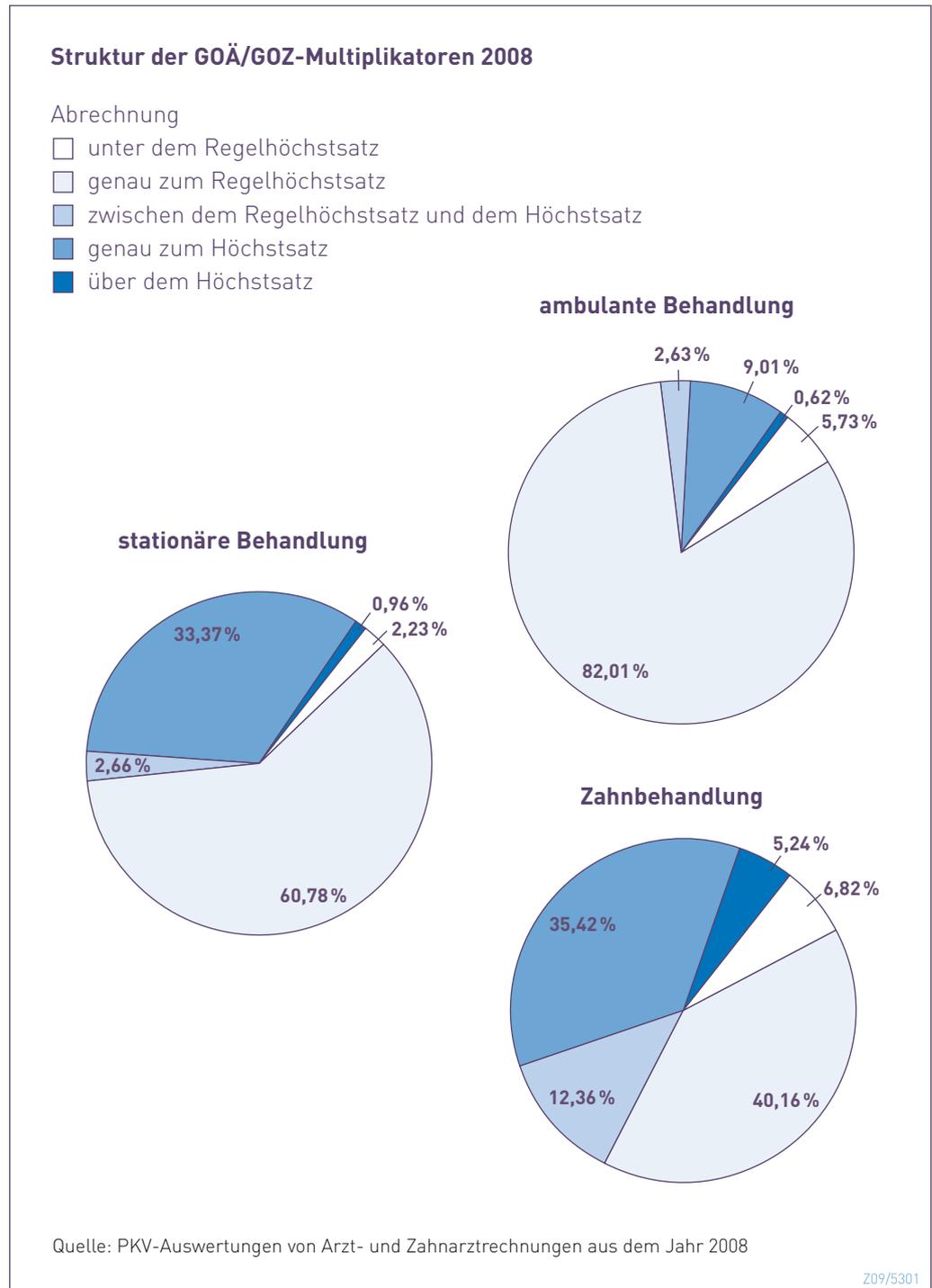
Sterbetafel „PKV 2010“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,28	83,85
5	82,36	78,94
10	77,38	73,97
15	72,42	69,01
20	67,47	64,10
25	62,54	59,22
30	57,60	54,32
35	52,65	49,40
40	47,72	44,50
45	42,82	39,63
50	37,99	34,85
55	33,25	30,18
60	28,59	25,64
65	24,03	21,23
70	19,56	16,98
75	15,26	13,03
80	11,33	9,55
85	7,98	6,70
90	5,39	4,57
95	3,56	3,22
100	2,17	2,13

Z09/5201

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. Rund zwei Drittel der Rechnungen wurden 2008 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 in jeweils über einem Drittel der Fälle auf den Höchstsatz zurück – im ambulanten Bereich waren es etwa 9 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	2009 in Euro	2008 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	86,97	86,51	+0,46	+0,53
Bayern	85,97	84,55	+1,42	+1,68
Berlin	90,10	90,53	-0,43	-0,47
Brandenburg	71,09	70,68	+0,41	+0,58
Bremen	91,88	90,58	+1,30	+1,44
Hamburg	84,44	83,47	+0,97	+1,16
Hessen	87,52	87,56	-0,04	-0,05
Mecklenburg- Vorpommern	68,73	69,99	-1,26	-1,80
Niedersachsen	81,88	81,23	+0,65	+0,80
Nordrhein- Westfalen	86,48	85,87	+0,61	+0,71
Rheinland- Pfalz	85,11	85,55	-0,44	-0,51
Saarland	65,39	64,50	+0,89	+1,38
Sachsen	63,81	63,74	+0,07	+0,11
Sachsen- Anhalt	84,26	83,91	+0,35	+0,42
Schleswig- Holstein	82,07	80,60	+1,47	+1,82
Thüringen	77,35	76,04	+1,31	+1,72
alte Länder (mit Berlin)	85,60	85,71	-0,11	-0,13
neue Länder	64,90	70,31	-5,41	-7,69
bundesweit	83,23	83,95	-0,72	-0,86

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z09/5401

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2009 in Euro	2008 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	43,05	42,05	+ 1,00	+ 2,38
Bayern	43,68	42,63	+ 1,05	+ 2,46
Berlin	42,82	42,70	+ 0,12	+ 0,28
Brandenburg	37,56	38,66	- 1,10	- 2,85
Bremen	46,47	45,84	+ 0,63	+ 1,37
Hamburg	40,74	39,53	+ 1,21	+ 3,06
Hessen	42,77	42,59	+ 0,18	+ 0,42
Mecklenburg- Vorpommern	29,25	30,30	- 1,05	- 3,47
Niedersachsen	41,19	40,61	+ 0,58	+ 1,43
Nordrhein- Westfalen	46,19	45,73	+ 0,46	+ 1,01
Rheinland- Pfalz	43,04	42,89	+ 0,15	+ 0,35
Saarland	29,68	29,01	+ 0,67	+ 2,31
Sachsen	30,05	29,80	+ 0,25	+ 0,84
Sachsen- Anhalt	40,95	40,79	+ 0,16	+ 0,39
Schleswig- Holstein	43,52	42,52	+ 1,00	+ 2,35
Thüringen	38,54	37,93	+ 0,61	+ 1,61
alte Länder (mit Berlin)	43,49	43,61	- 0,12	- 0,28
neue Länder	30,87	34,32	- 3,45	- 10,05
bundesweit	42,04	42,55	- 0,51	- 1,20

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z09/5402

5.5 Krankheitsartenstatistik

Auf den Rechnungen der Leistungserbringer müssen per Gesetz Diagnosen aufgeführt werden. Im Jahr 2009 haben 16 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 2009	durchschnitt- liche Anzahl der Kranken- haustage	Aufteilung der Leistungen in Prozent	
		Frauen	Männer
I. infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,6	1,75	1,85
II. Neubildungen	11,0	11,12	11,24
III. Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwech- selkrankheiten	10,4	2,95	2,92
IV. Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe	12,0	0,57	0,54
V. seelische Störungen	35,8	7,02	5,75
VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	8,7	7,85	8,33
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	10,3	10,01	14,88
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane	9,5	3,92	4,35
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane	8,1	11,48	12,76
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	7,5	4,51	4,10
XI. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	7,6	3,26	0,00
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	10,7	1,58	1,40
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	13,0	17,17	15,51
XIV. angeborene Missbildungen	8,4	0,70	0,62
XV. bestimmte Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität	15,6	0,38	0,33
XVI. Symptome und mangelhaft bezeich- nete Krankheiten und Todesursachen	8,3	8,84	8,28
XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalt- einwirkungen	10,2	6,89	7,14
insgesamt	11,1	100,00	100,00

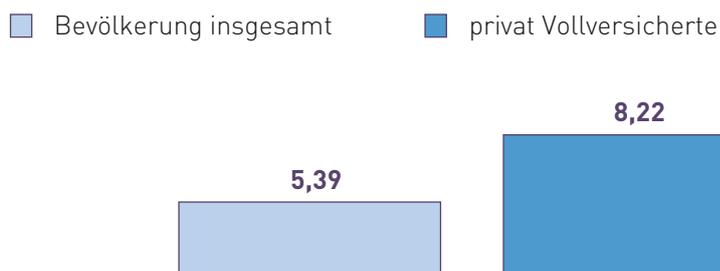
Z09/5501

AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 33,4 Millionen Menschen mit HIV, 2,1 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich im Jahr 2008 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 2009 4.409 positive HIV-Antikörpertests gemeldet. Hierunter waren 1.553 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2009 unter ihren Vollversicherten 717 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 2009



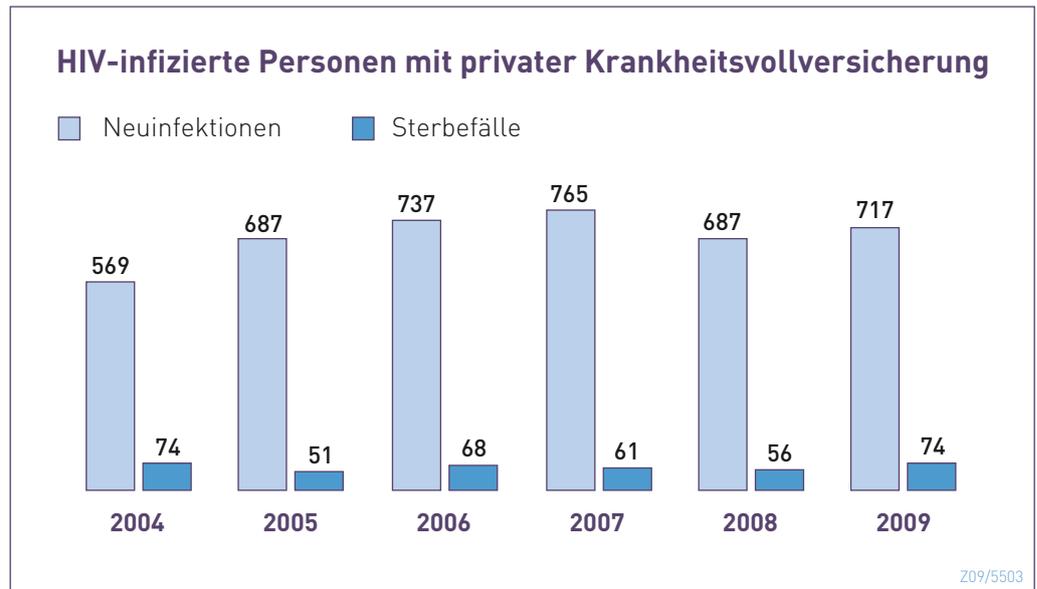
Quelle: Robert Koch-Institut¹ und eigene Erhebungen

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

Z09/5502

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 erhöhte sich 2009 wieder erkennbar. Aufklärung bleibt somit 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 2009 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt weiterhin Kosten in Höhe von fast 18.000 Euro.



6. Zeitreihen 1999 - 2009



Krankheitsvoll- versicherung	1999	2000	2001	2002	2003
versicherte Personen	7.356.400	7.493.800	7.710.200	7.923.800	8.110.400
Nettoneuzugang	150.700	137.400	216.400	213.600	186.600
Zugänge aus der GKV	324.800	325.000	360.700	362.000	338.400
Abgänge zur GKV	149.200	148.600	147.500	129.800	130.400
Vollversicherte mit Wahleis- tungen im Kranken- haus	6.416.700	6.516.300	6.784.600	6.967.800	7.102.000
Vollversicherte mit Beihilfebe- rechtigung	3.849.000	3.845.300	3.899.500	3.962.800	4.018.100

Pflege- versicherung	1999	2000	2001	2002	2003
versicherte Personen	8.226.000	8.303.400	8.619.400	8.827.100	8.999.300
davon Leistungs- empfänger	102.947	106.709	110.980	114.452	116.845

1 Die Angaben eines Unternehmens wurden nachträglich korrigiert.

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

2004	2005	2006	2007	2008	2009
8.259.400	8.373.000	8.489.100	8.549.000	8.639.300	8.810.900
149.000	113.600	116.100	59.900	90.300	171.600
297.700	274.500	284.700	233.700	244.900	288.200
130.600	154.200	143.900	154.700	151.000	146.500
7.117.000	7.205.900	7.206.300	7.214.900	7.217.600	7.300.200
4.053.700	4.119.900	4.141.800	4.148.900	4.161.500	4.194.000

Z09/6101

2004	2005	2006	2007	2008	2009
9.117.600	9.164.300	9.276.800	9.320.000	9.373.900 ¹	9.534.100
122.583	128.343	134.722	140.230	131.062 ¹	138.181

Z09/6102

Zusatzversicherungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	1999	2000	2001	2002	2003
Zusatzversicherungen insgesamt	13.736.800	13.824.700	13.913.000	14.160.700	14.687.600
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	4.361.900	4.394.400	4.452.700	4.472.900	4.715.100
Krankentagegeldversicherung	928.900	920.300	988.600	1.043.800	1.173.800
Krankenhaus-tagegeldversicherung	8.961.000	8.935.600	8.888.700	8.789.900	8.906.700
Pflegezusatzversicherung	570.300	605.100	655.700	690.000	749.600

1 Umstellung der Zählweise, nach alter Zählung 16.141.000

2004	2005	2006	2007	2008	2009
15.897.900 ¹	17.087.800	18.400.500	20.009.400	20.983.200	21.478.400
4.804.400	5.040.000	5.096.500	5.167.600	5.382.700	5.565.400
1.263.200	1.297.300	3.337.000	3.371.300	3.404.000	3.450.800
8.948.500	8.841.700	8.743.800	8.648.100	8.545.700	8.449.900
787.100	832.900	988.800	1.174.000	1.316.200	1.500.500

Z09/6103

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002	2003
Krankenversicherung	17.935,5	18.703,4	19.763,2	21.096,6	22.892,8
davon					
Krankheitsvollversicherung	13.008,2	13.721,5	14.681,9	15.891,4	17.523,3
Pflegeversicherung	1.974,5	2.008,6	1.955,1	1.985,2	1.847,9
insgesamt	19.910,0	20.712,0	21.718,3	23.081,8	24.740,7

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002	2003
Krankenversicherung	12.575,2	13.143,5	13.933,6	14.722,6	15.292,1
davon unter anderem					
ambulante Leistungen	5.044,4	5.397,9	5.912,5	6.132,1	6.580,1
stationäre Leistungen	4.537,5	4.662,3	4.762,2	4.822,0	4.867,9
Zahnleistungen	1.786,0	1.852,5	2.030,4	2.086,2	2.160,6
Pflegeversicherung	462,9	471,1	486,1	496,9	517,9
insgesamt	13.038,1	13.614,6	14.419,7	15.219,5	15.810,0

2004	2005	2006	2007	2008	2009
24.541,6	25.480,2	26.611,5	27.578,4	28.360,3	29.393,7
18.907,0	19.665,2	20.509,6	21.209,3	21.790,0	22.564,2
1.871,4	1.867,5	1.871,3	1.882,9	1.970,2	2.074,2
26.413,0	27.347,7	28.482,8	29.461,3	30.330,5	31.467,9

Z09/6201

2004	2005	2006	2007	2008	2009
16.024,9	16.750,4	17.274,7	18.319,5	19.551,3	20.453,4
6.968,4	7.382,8	7.682,8	8.273,9	8.921,1	9.316,0
5.042,5	5.203,8	5.388,7	5.556,0	5.838,5	6.114,0
2.316,8	2.436,9	2.501,4	2.716,6	2.902,1	3.039,4
528,5	549,8	563,8	578,1	617,7	667,7
16.553,4	17.300,2	17.838,5	18.897,6	20.169,0	21.121,1

Z09/6301

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002	2003
Entnahmen	3.258,6	2062,1	2799,5	2000,4	2311,6
davon					
zur Verrechnung inkl. Mittel nach § 12a Abs. 2 VAG		1.409,2	2.071,7	1.137,9	1.495,4
zur Verrechnung gemäß § 12a Abs. 3 VAG					
zur Baraus- schüttung		652,9	727,8	862,5	816,2
Zuführung	3.295,5	2.861,1	2.304,9	1.660,2	2.380,5
Bestand	7.809,1	8.247,2	7.302,6	6.380,8	6.039,6

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002 ¹	2003 ¹
Zuführung	7.523,6	7.409,6	8.668,9	8.077,3	8.841,3
davon					
Kranken- versicherung	5.693,2	6.193,4	6.615,7	6.773,6	6.933,1
Pflege- versicherung	1.830,4	1.216,2	2.053,2	1.303,7	1.908,2
Bestand	52.141,4	59.551,0	68.219,9	76.297,2	85.138,5
davon					
Kranken- versicherung	46.825,0	53.018,4	59.634,1	66.407,7	73.340,8
Pflege- versicherung	5.316,4	6.532,6	8.585,8	9.889,5	11.797,7

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.

2004	2005	2006	2007	2008	2009
2.084,0	2.409,0	2.497,9	2.379,4	3.498,5	2.850,8
833,2	1.185,9	1.118,4	1.049,8	2.026,3	1.310,5
410,8	311,3	414,0	294,0	309,4	264,4
840,0	911,8	965,5	1.035,6	1.162,8	1.275,9
3.233,6	3.444,2	3.662,0	3.686,0	2.492,5	2.913,7
7.190,0	8.225,2	9.389,3	10.695,9	9.690,0	9.752,9

Z09/6401

2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹	2007	2008	2009
8.673,1	9.559,3	10.061,8	10.212,6	10.733,9	10.945,0
7.514,1	7.892,8	8.813,6	8.933,5	8.696,2	9.732,0
1.159,0	1.666,5	1.248,2	1.279,1	2.037,7	1.213,0
93.811,6	103.370,9	113.432,7	123.645,3	134.379,2	145.324,2
80.854,9	88.747,7	97.561,3	106.494,8	115.191,0	124.923,0
12.956,7	14.623,2	15.871,4	17.150,5	19.188,2	20.401,2

Z09/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002	2003
Abschlussaufwendungen	1.845,1	1.921,4	2.087,2	2.232,7	2.295,3
Verwaltungsaufwendungen	682,9	712,4	734,8	750,8	758,0

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	1999	2000	2001	2002
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1,05	0,70	0,78	0,66
Anteil an verbundenen Unternehmen	0,74	1,25	1,75	1,37
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	0,34	3,00	1,62	1,89
Beteiligungen	0,79	1,65	0,70	3,03
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	0,22	0,53	3,26	3,66
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	30,79	35,55	31,15	23,20
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	14,95	11,70	17,18	17,22
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1,14	1,50	1,04	0,80
Namenschuldverschreibungen	29,14	22,99	13,45	20,64
Schuldscheinforderungen und Darlehen	18,74	17,39	20,68	22,34
übrige Ausleihungen	0,76	0,99	0,59	0,46
Einlagen bei Kreditinstituten	0,88	2,00	6,83	3,95
andere Kapitalanlagen	0,46	0,75	0,97	0,78
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2004	2005	2006	2007	2008	2009
2.328,8	2.361,0	2.416,1	2.383,4	2.528,6	2.668,5
758,6	781,7	786,1	783,1	790,2	802,6

Z09/6601

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0,64	0,60	0,66	0,24	0,15	0,54	0,32
0,87	0,62	0,19	0,55	0,60	1,36	0,36
0,71	0,39	0,42	0,18	0,63	1,78	0,25
0,64	0,98	0,37	1,23	0,97	1,19	0,67
3,46	2,91	2,06	2,22	2,33	3,19	1,82
13,60	15,71	16,70	20,80	15,08	14,78	12,49
13,75	7,60	18,00	6,81	5,93	8,84	14,89
1,07	1,87	1,26	2,20	1,35	1,31	1,16
27,23	20,77	19,83	24,91	25,73	21,63	21,93
34,22	38,69	20,30	16,50	18,19	18,02	23,24
0,55	0,54	0,29	0,51	0,45	0,11	0,00
2,58	6,95	6,04	2,48	3,14	17,52	13,29
0,68	2,37	13,88	21,37	25,45	9,73	9,58
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z09/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	1999	2000	2001	2002
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.795,2	1.832,8	1.888,5	1.767,2
Anteil an verbundenen Unternehmen	775,0	1.050,6	1.349,9	1.442,8
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	358,2	566,8	885,2	544,6
Beteiligungen	816,0	1.058,8	977,3	1.579,2
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	240,2	337,2	470,1	834,3
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	15.383,7	18.322,2	20.020,8	21.499,1
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	5.591,2	4.895,5	5.944,0	4.159,3
Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen	1.283,5	1.468,6	1.663,3	1.846,5
Namenschuldverschreibungen	22.616,0	25.054,2	25.226,1	27.580,7
Schuldscheinforderungen und Darlehen	15.034,5	16.550,1	20.090,5	23.696,3
übrige Ausleihungen	514,9	731,1	816,3	864,5
Einlagen bei Kreditinstituten	519,9	565,6	1.195,0	1.988,0
andere Kapitalanlagen	212,5	275,0	434,1	432,7
insgesamt	65.140,8	72.708,5	80.961,1	88.235,2

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.838,7	1.870,0	1.893,0	1.716,8	1.590,0	1.514,2	1.551,9
1.546,4	1.502,7	1.381,2	1.321,0	1.333,1	1.639,8	1.633,1
689,4	727,7	547,5	540,3	635,8	1.050,3	1.077,4
1.417,0	1.527,0	1.196,8	1.435,9	1.350,3	1.528,8	1.648,8
878,6	833,8	642,3	687,4	58,7	361,9	518,9
21.445,7	22.601,6	25.419,6	27.115,6	29.331,1	30.327,5	30.458,5
4.514,1	4.427,1	6.424,9	6.504,6	7.048,2	8.240,1	10.273,0
2.032,6	2.389,9	2.661,0	3.214,0	3.387,6	3.540,7	3.686,9
31.370,7	33.060,5	36.779,8	41.976,8	47.256,6	49.463,5	54.681,4
28.873,7	35.440,1	39.428,6	42.859,8	46.705,8	49.199,5	54.342,0
1.001,8	1.113,8	1.186,9	1.328,4	1.565,5	1.695,4	1.460,2
1.927,5	1.849,6	1.374,6	1.459,5	1.641,1	2.496,3	1.458,3
216,1	713,6	252,1	356,7	437,8	432,1	516,2
97.752,3	108.057,4	119.188,3	130.516,8	142.341,6	151.490,1	163.306,6

Z09/6702

6.8 Kennzahlen

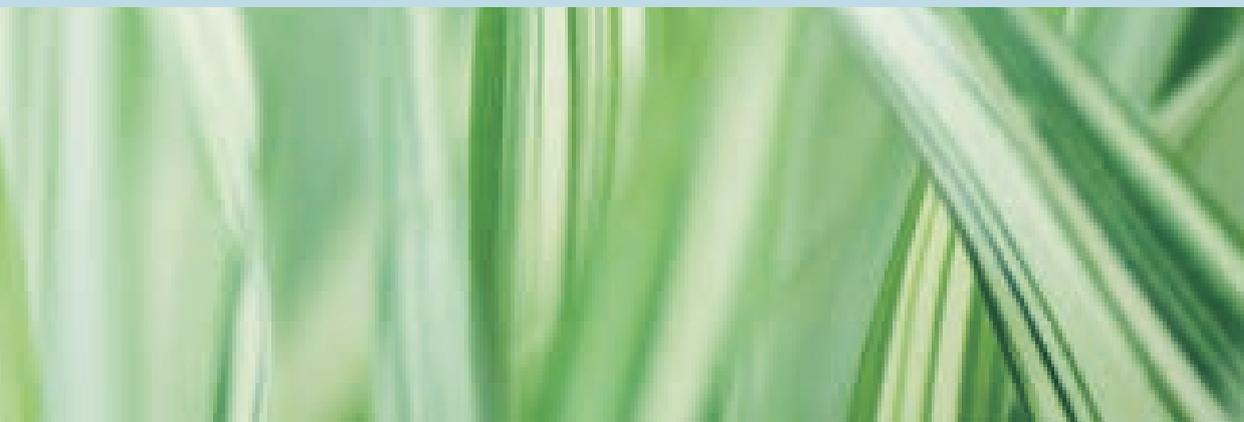
Kennzahlen in Prozent	1999	2000	2001	2002
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	13,80	14,16	13,83	13,40
RfB-Quote	34,34	33,66	27,20	23,01
RfB-Zuführungsquote	14,17	10,48	7,91	6,03
RfB-Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag	79,15	68,77	74,29	57,13
- Barausschüttung	20,85	31,23	25,71	42,87
Überschussverwendungsquote	92,79	92,16	93,45	91,86
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	7,75	6,06	3,77	5,00
Nettoverzinsung	7,57	7,21	6,24	4,53
Schadenquote	79,59	81,26	83,28	82,11
Quote der Abschlussaufwendungen	9,24	9,25	9,58	9,64
Quote der Verwaltungsaufwendungen	3,42	3,43	3,37	3,24
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	3,11	3,99	4,94	6,23
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	2,09	2,26	2,89	2,77
- Zusatzversicherung	-1,22	0,55	1,30	0,63
- insgesamt	-0,10	1,17	1,86	1,38
Vorsorgequote	40,96	40,94	38,83	34,51

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
13,26	13,21	13,76	14,17	14,90	14,50	14,59
20,46	23,81	26,38	29,55	32,82	29,21	28,41
8,06	10,92	10,94	11,42	11,15	7,67	8,26
64,82	50,02	56,87	54,07	51,00	64,32	51,60
35,18	49,98	43,13	45,93	49,00	35,68	48,40
91,49	91,96	92,00	91,93	89,64	89,03	87,04
8,14	10,66	10,14	10,96	10,43	9,21	8,26
4,85	4,78	5,11	4,82	4,75	3,56	4,27
79,56	77,69	78,40	77,82	78,83	79,85	80,72
9,24	8,79	8,61	8,46	8,08	8,33	8,47
3,05	2,86	2,85	2,76	2,66	2,60	2,55
7,25	6,74	3,50	4,09	3,27	2,93	3,78
2,35	1,83	1,38	1,57	0,71	1,04	2,06
3,69	9,84	7,48	9,30	7,45	6,40	2,38
3,21	6,99	5,40	6,76	5,34	4,80	2,29
37,26	40,18	41,87	42,50	42,44	35,70	38,78

Z09/6801



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	2007	2008	2009
insgesamt	82.217,8	82.002,4	81.802,3
davon			
Frauen	41.943,5	41.818,1	41.698,7
Männer	40.274,3	40.184,3	40.103,6
Geburten¹	684,9	682,5	665,1
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.192,3	4.154,1	4.117,3
6 bis unter 15	7.089,4	6.985,0	6.905,3
15 bis unter 25	9.498,5	9.379,5	9.251,5
25 bis unter 45	22.896,6	22.353,3	21.818,3
45 bis unter 65	22.022,3	22.401,5	22.808,0
ab 65	16.518,7	16.729,0	16.901,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2010)

1 Lebendgeborene

Z09/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. Die aktuelle Sterbetafel 2007/2009 lag zum Drucktermin des Zahlenberichts noch nicht vor.

Z09/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen	2007	2008	2009
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	27.027³	27.578	27.501
davon			
Frauen	12.202	12.500	12.642
Männer	14.826	15.078	14.859
Arbeitslose²	3.777⁴	3.268	3.423⁴
davon			
Frauen	1.873	1.600	1.556
Männer	1.900	1.668	1.868

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Dezember 2009 / August 2010)

- 1 Quartalsschnitt anhand der Zahlen für Ende März, Juni, September und Dezember
- 2 Jahresdurchschnitt
- 3 Die Gesamtzahl stimmt aufgrund der Rundung nicht mit der Summe der weiblichen und männlichen Beschäftigten überein.
- 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. Für 2009 ergibt sich die Abweichung aus der Rundung.

Z09/A1103

durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer¹ in Euro	2007	2008	2009
Frauen	2.819	2.900	2.962
Männer	3.571	3.671	3.671
insgesamt	3.344	3.438	3.456

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2010)

- 1 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 früher veröffentlichten Zahlen vergleichbar.

Z09/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsberufen tätige Personen	2007	2008	2009
Ärzte	314.912	319.697	325.945
davon niedergelassen	127.132	125.754	125.264
Zahnärzte	65.842	66.349	67.157
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen¹ (ohne Altenpfleger)	2.102.000	2.144.000	
Altenpfleger	354.000	363.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt
(Stand: Dezember 2009)

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

Z09/A1201

	2007	2008	2009 ¹
Krankenhäuser	2.087	2.083	2.080
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	506.954	503.360	503.422

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2010)

¹ Für 2009 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.

Z09/A1202

	2007	2008	2009
Apotheken	21.570	21.602	21.548

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Dezember 2009)

Z09/A1203

Gesundheitsausgaben	2007	2008¹
insgesamt in Mrd. Euro	253,3	263,2
BIP in Mrd. Euro	2.428,2	2.495,8
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent	10,4	10,5
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro	3.080	3.210

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2009)

1 Die Zahlen für 2009 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z09/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2006	2007	2008¹
Arztbehandlung	4.375	4.845	5.145
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	2.860	2.827	2.771
Krankenhaus	773	1.021	829
Zahnmedizin	1.684	1.788	2.116
insgesamt	9.692	10.481	10.861

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: Oktober 2010)

1 Die Zahlen für 2009 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z09/A1205

I.3 Zahlen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2007	2008	2009
Frauen	37.353.441	37.232.173	37.116.943
davon unter anderem mitversichert	11.774.419	11.476.394	11.225.960
freiwillig versichert ²	1.417.297	1.400.683	1.396.033
Männer	33.078.029	33.006.118	32.945.760
davon unter anderem mitversichert	7.536.035	7.384.650	7.339.906
freiwillig versichert ²	3.087.321	3.052.436	3.022.512
insgesamt	70.431.470	70.238.291	70.062.703
davon unter anderem mitversichert	19.310.454	18.861.044	18.565.866
freiwillig versichert ²	4.506.971	4.453.119	4.418.545

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2009)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z09/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2007	2008	2009
Ortskrankenkassen	16	15	15
Betriebskrankenkassen	282	167	138
Innungskrankenkassen	23	15	13
Landwirtschaftliche Krankenkassen	9	9	9
Seekrankenkassen	2	0	0
Bundesknappschaft	2	1	1
Ersatzkassen¹	19	8	8
insgesamt	353	215	184

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2009)

1 Seit 2009 findet keine Differenzierung nach Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte mehr statt.

Z09/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mio. Euro	2007	2008	2009⁴
Einnahmen	155.678,4	159.964,3	172.202,0
davon unter anderem			
Beiträge der Mitglieder ¹	113.466,8	118.326,2	
Beiträge der Rentner	33.977,3	35.005,0	
sonstige Einnahmen	5.712,7	6.633,1	3.786,0
sonstige Einnahmen	1.500,0	2.500,0	7.200,0
Ausgaben	153.616,3	150.900,2	170.784,2
davon unter anderem			
Leistungen für Mitglieder ^{1,2}	72.463,1	76.205,0	81.522,6
Leistungen für Rentner ²	71.855,1	74.695,2	78.875,1
sonstige Aufwendungen ³	1.152,1	1.753,5	1.478,2
Netto-Verwaltungskosten	8.132,2	8.283,1	8.950,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2010)

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.

4 Seit Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 differenziert die Statistik bei den Einnahmen nicht mehr nach Mitgliedern und Rentnern.

Z09/A1303

Finanzsituation in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Mrd. Euro	2007	2008	2009
Kapitalreserve am 1. Januar	3,50	3,18	3,81
Defizit	0,32		
Überschuss		0,63	0,99
Kapitalreserve am 31. Dezember	3,18	3,81	4,80

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2010)

Z08/A1304

Rechengrößen der gesetzlichen Krankenversicherung	1999	2000	2001	2002
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
West	39.114	39.574	40.034	40.500
Ost	33.132	39.574	40.034	40.500
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren				
für alle übrigen Arbeitnehmer				
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	39.114	39.574	40.034	40.500
Ost	33.132	32.672	40.034	40.500
durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3,4}				
West	13,5	13,5	13,6	14,0
Ost	13,9	13,8	13,7	14,0
durchschnittlicher Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung⁴				
West	440,03	445,21	453,72	472,5
Ost	383,78	375,73	457,05	472,5

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.

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
41.400	41.850	42.300	42.750	42.750	43.200	44.100	45.000
45.900	46.350	46.800	47.250	47.700	48.150	48.600	49.950
41.400	41.850	42.300	42.750	42.750	43.200	44.100	45.000
14,4	14,3	14,2	14,3	14,9	14,9 ³	15,5	15,5
14,1	14,0	13,9	13,9	14,5		14,9 ⁴	
496,8	498,71	500,55	509,44	530,81	536,40	569,63	558,75
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 2009 15,5 Prozent, von Juli bis Dezember 2009 14,9 Prozent (Stand: Oktober 2010).

Z09/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 eine Höhe begrenzt, die sich am Höchstbeitrag der GKV vom 1. Januar des Vorjahres orientiert, für 2009 galt 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 Ausgleichsbetrieben 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. 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 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 Beitragsrücker-

stattung 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 mindestens 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 2010“ 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 vollversichert 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 Leistungssachbearbeitung – 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 2010)



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 82 01 73, 81801 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

Warngauer 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 Zusatzversichert.

ENVIVAS Krankenversicherung AG

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



ERGO Direkt Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
Tel.: (0911) 1 48-01 Fax: (0911) 1 48-17 00
http://www.ergodirekt.de
E-Mail: info@ergodirekt.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 Spezialie 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
 Bahnhofplatz, 96450 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: 68120 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-0 Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.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.ligabank.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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherungs-AG
 Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
 Postanschrift: 30619 Hannover
 Tel.: (0511) 53 51-0 Fax: (0511) 53 51-4 44
 www.mecklenburgische.de
 service@mecklenburgische.de



MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

Pettenkofersstraße 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
Krankenversicherung AG

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



Provincial Krankenversicherung
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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherung 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.stmartinusvawg.de
info@stmartinusvawg.de



Süddeutsche Krankenversicherung 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



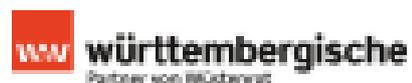
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT

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 07-16 76
www.universa.de
info@universa.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, 23, 39, 43, 46 f., 51, 65 ff., 96 f., 116, 119
Basistarif.....	23, 31 f., 116, 120
Beitragsbemessungsgrenze	114 f., 117
Einbettzimmerzuschlag	84
Frauen.....	107 ff.
Lebenserwartung	81, 108
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand	29, 33 f.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff., 86
gesetzliche Krankenversicherung	112 ff.
Einnahmen und Ausgaben.....	113
Versicherte mit privatem Zusatzschutz.....	14, 22, 34
Wechsler zwischen GKV und PKV.....	23, 28, 32, 90 f.
GPV	9, 41, 118
Jahresergebnis	19
Kennzahlen	21, 102 f., 119 f.
Kinder	107 f.
Versicherungsbestand	29, 33 f.
Versicherungsleistungen	56
Männer.....	107 ff.
Lebenserwartung.....	81, 108
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand	29, 33 f.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff., 86
Mitgliedsunternehmen.....	9 ff., 16, 22, 123 ff.
Rückstellungen für	
Beitragsrückerstattung.....	20 f., 39, 43 f., 47, 51 f., 64 ff., 96 f., 102 f., 119, 120 f.
Standardtarif.....	31, 121
modifizierter Standardtarif	23, 31, 120
Steuern	19
Umlage.....	31
private Pflegeversicherung.....	41
verbundene Einrichtungen.....	9, 16, 22, 33, 127
Versicherungspflichtgrenze	13, 29, 114 f., 121 f.
Vorsorgequote.....	21, 67, 102 f.
Zehn-Prozent-Zuschlag	42, 66, 122
Zweibettzimmerzuschlag.....	85

