



Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012



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 2012	16
2. Versicherungsbestand	23
2.1 Krankheitsvollversicherung	25
2.2 Pflegeversicherung	31
2.3 Zusatzversicherungen	32
2.4 Besondere Versicherungsformen	34
3. Erträge	35
3.1 Beitragseinnahmen	37
3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	41
3.3 Kapitalerträge	43
4. Aufwendungen	47
4.1 Versicherungsleistungen	50
4.2 Schadenrückstellung	62
4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	62
4.4 Alterungsrückstellungen	63
4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	66
5. Statistiken zur Tarifikalkulation	67
5.1 Profile	69
5.2 Sterbetafel	79
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	79
5.4 Krankenhausstatistik	81
5.5 Krankheitsartenstatistik	83
6. Zeitreihen 2002- 2012	87
6.1 Versicherungsbestand	88
6.2 Beitragseinnahmen	90
6.3 Versicherungsleistungen	92
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 2013	123
IV. Stichwortverzeichnis	128

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Private Krankenversicherung hat auch im Jahr 2012 ihre Attraktivität unter Beweis gestellt: Die Zahl der Krankheitsvoll- und Zusatzversicherungen stieg netto um 551.900 neue Policen auf die Gesamtzahl von 32,03 Millionen Versicherungen. Dabei entfallen netto 572.000 neue Policen auf den Bereich der Zusatzversicherung, womit nun insgesamt 23,1 Millionen Zusatzversicherungen bestehen. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Gesamtzahl der Zusatzversicherungen damit um fast neun Millionen oder knapp zwei Drittel erhöht. Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, ist also ungebrochen. Besonders stark war 2012 der Anstieg bei privaten Pflegezusatzversicherungen: Ihre Zahl nahm um 16,3 Prozent auf einen Gesamtbestand von 2,2 Millionen Versicherungen zu. Der Bedarf an einer kapitalgedeckten weiteren Säule der Absicherung für den Pflegefall ist offensichtlich.

In der Krankheitsvollversicherung haben sich 2012 mehrere Sondereffekte auf das Neugeschäft ausgewirkt: So ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt auf den höchsten Stand seit langem gestiegen. Dadurch kam es automatisch zu entsprechend vielen Wechseln von Versicherten in die Gesetzliche Krankenversicherung. Dies betrifft vor allem Kleinselbstständige, die im Zuge der guten Konjunktur in eine Festanstellung wechseln und sich daraufhin zwangsläufig gesetzlich versichern müssen, wenn sie Einkünfte unterhalb der Versicherungspflichtgrenze haben. Darüber hinaus hat auch die verpflichtende Einführung von Unisex-Tarifen zum Jahresende 2012 bei vielen potenziellen Kunden zu einer abwartenden Haltung geführt. Zudem wurde der Neuzugang im Vergleich zu früheren Jahren auch verringert durch die Abkehr mehrerer großer Versicherungsunternehmen von sogenannten „Billigtarifen“ – also den bewussten Verzicht auf ein ganzes Marktsegment. Infolge dieser Sondereffekte ist der Bestand in der Krankheitsvollversicherung zum Jahresende leicht auf 8,96 Millionen Personen gesunken. Das sind 0,2 Prozent oder 20.100 weniger Versicherte als im Vorjahr. Gleichwohl zeigt der langfristige Trend, dass heute über eine Million Menschen mehr in der PKV versichert sind als noch vor zehn Jahren. Die Private Pflegeversicherung zählte zum Jahresende 9,6 Millionen Versicherte.

Einen Teil der Beiträge ihrer Kunden legt die Private Krankenversicherung auf dem Kapitalmarkt an. Aus diesem Geld werden die im Alter steigenden Gesundheitskosten der Versicherten finanziert. Diese Alterungsrückstellungen haben sich 2012 weiter positiv entwickelt. Sie stiegen bis Ende 2012 um 7,2 Prozent auf 181,6 Milliarden Euro: davon 155,9 Milliarden Euro in der Krankenversicherung (plus 7,2 Prozent) und 25,7 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung (plus 7,0 Prozent). Damit haben sich die Alterungsrückstellungen in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Mit gut 4,2 Prozent durchschnittlicher Nettoverzinsung hat die Branche den Höchstrechnungszins von 3,5 Prozent erneut sicher bedient.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung nahmen 2012 um 2,8 Prozent auf insgesamt 35,6 Milliarden Euro zu. Der Zuwachs in der Krankenversicherung um 3,2 Prozent auf 33,6 Milliarden Euro liegt deutlich unter dem Vorjahreswert von 4,5 Prozent. In der Pflegeversicherung verringerten sich dank einer Beitragssenkung die Einnahmen um 4,5 Prozent auf gut 2,0 Milliarden Euro (2011: plus 0,4 Prozent). Die Krankheitsvollversicherung

hatte 2012 einen Anteil von 72,6 Prozent an den Gesamtbeitragseinnahmen. Deutlich geringer war der Anteil der Zusatzversicherungen mit 19,7 Prozent, gleiches gilt für die Pflegeversicherung mit 5,6 Prozent und für Besondere Versicherungsformen mit 2,1 Prozent.

Die Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung stiegen 2012 um 2,1 Prozent auf 22,5 Milliarden Euro (2011: plus 3,9 Prozent). Die Leistungen der Pflegeversicherung erhöhten sich um 8,2 Prozent auf 779,3 Millionen Euro (2011: plus 3,1 Prozent). Insgesamt liegen die Leistungen damit bei 23,3 Milliarden Euro.

Köln, Dezember 2013



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2012 veröffentlicht. 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. 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

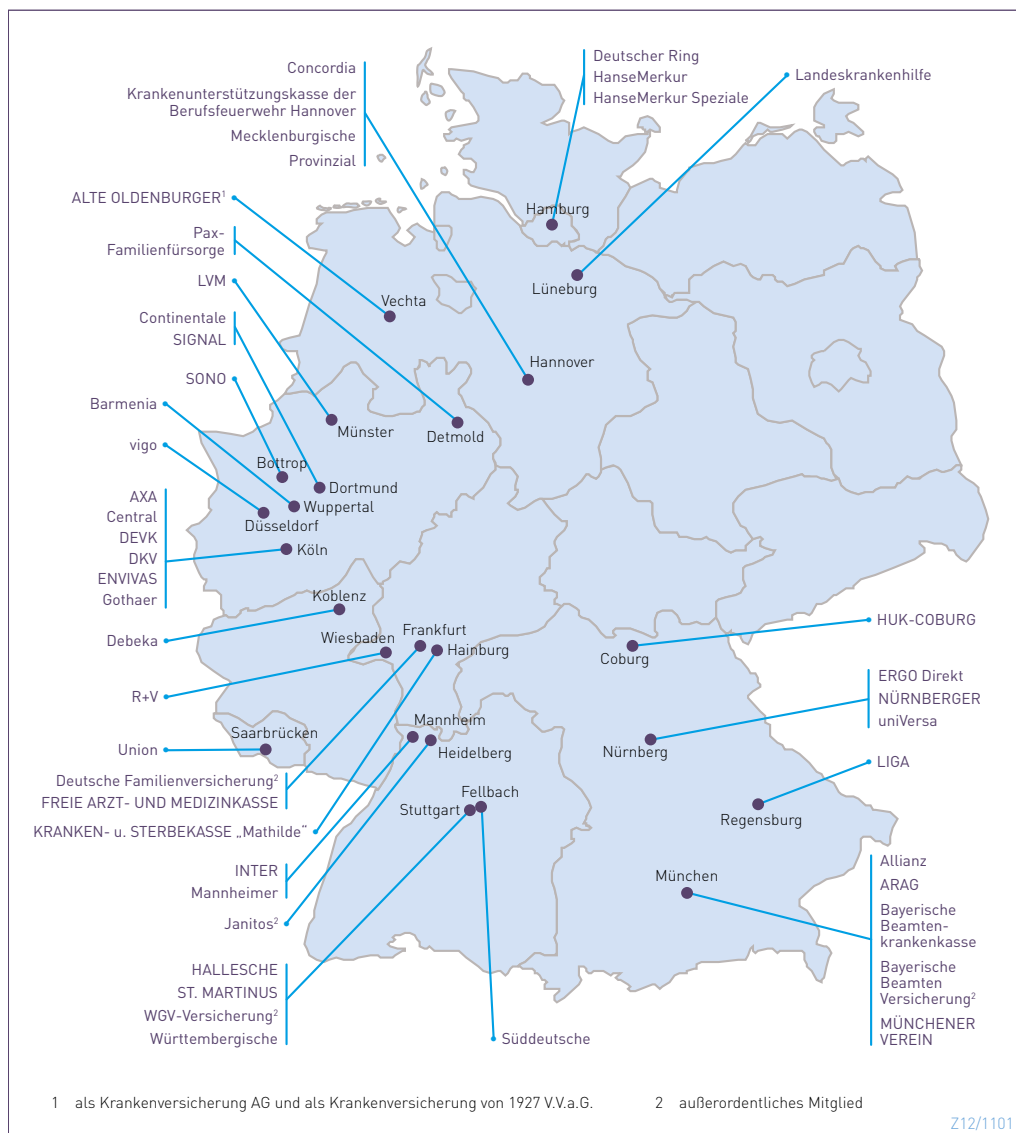
1.1 Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2012 43 (2011: 43) ordentliche und fünf außerordentliche 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 2012



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2012 noch 24 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 (VVaG) [G] betrieben.

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2012	2011	2012	2011
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.558.500	4.466.600	4.397.800	4.509.800
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,90	49,76	49,10	50,24
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.238,9	14.318,1	20.388,7	20.349,3
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,77	41,30	57,23	58,70

Z12/1102

Zehn Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.763,9 Mio. Euro machten 10,56 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,84 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 Krankheitskostenrisikos privat abgedeckt haben. Aus diesem Grund kann aus dem Verhältnis von Beitragseinnahmen zum Versicherungsbestand kein durchschnittliches Beitragsniveau abgeleitet werden.

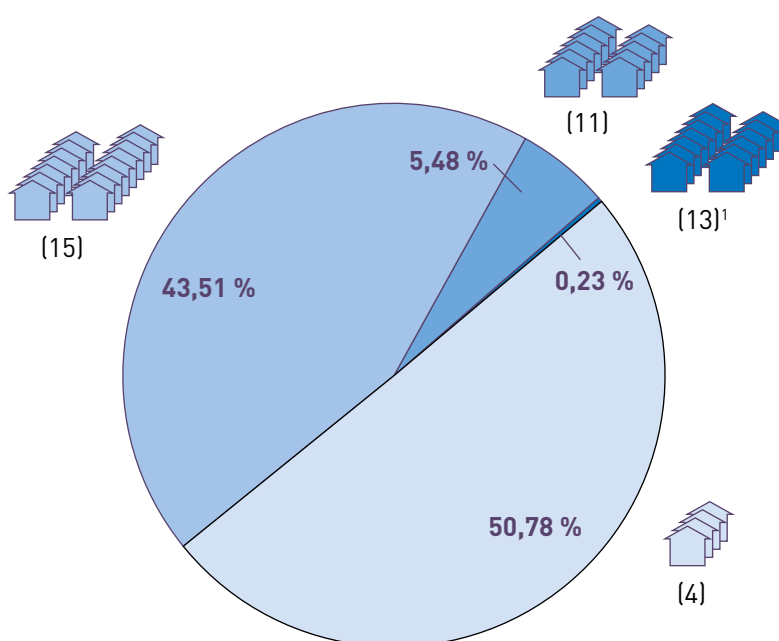
Größenverhältnisse der Unternehmen

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

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

Größenverhältnisse nach Vollversicherungsbestand 2012

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



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

So lesen Sie die Grafik: 15 Mitgliedsunternehmen mit jeweils mehr als 100.000 bis maximal 500.000 vollversicherten Personen repräsentieren einen Anteil von 43,51 Prozent am gesamten Vollversichertenbestand.

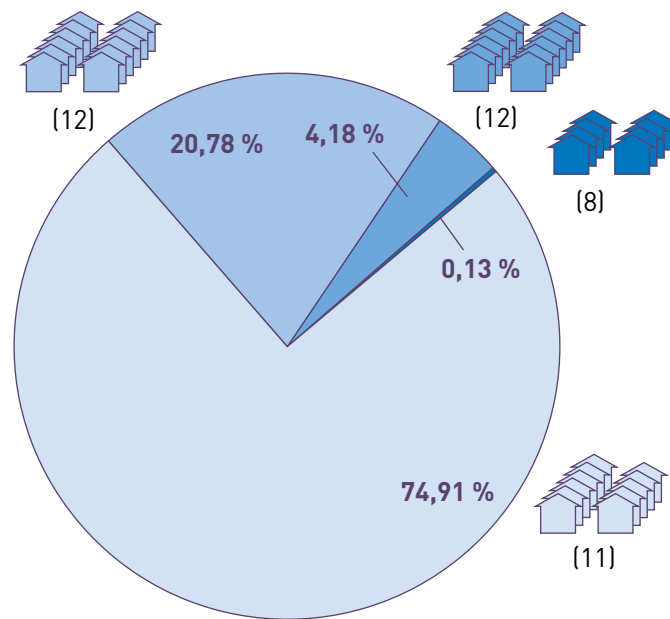
Z12/1103

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

Größenverhältnisse nach Beitragseinnahmen 2012

in Mio. Euro

- | | |
|-----------------|--------------------|
| über 1.000 | über 300 bis 1.000 |
| über 20 bis 300 | bis 20 |

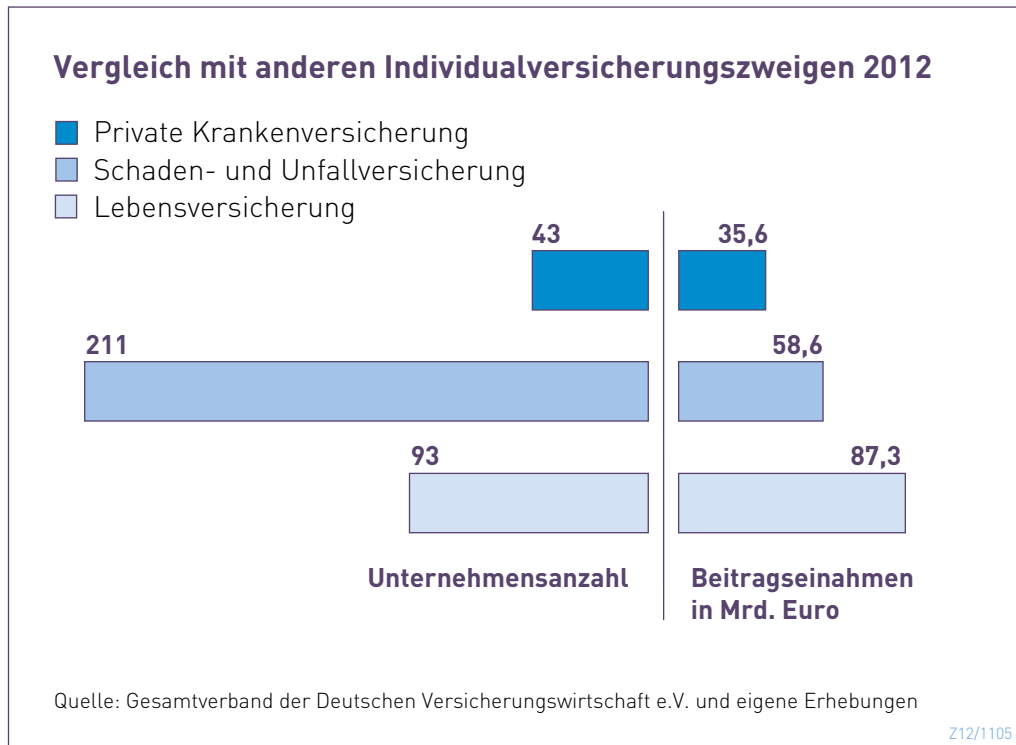


So lesen Sie die Grafik: 12 Mitgliedsunternehmen mit Beitragseinnahmen von jeweils mehr als 300 Mio. Euro bis maximal 1,0 Mrd. Euro repräsentieren einen Anteil von 20,78 Prozent an den gesamten Beitragseinnahmen.

Z12/1104

Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2012 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 Sozialen 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 Verdienstausfall 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. Dieses Geld steht dann zur freien Verfügung. Seit Januar 2013 gibt es diese Versicherung auch in einer staatlich geförderten Variante.
- **Pflegekostenversicherung**
In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Kosten wird ein prozentualer Anteil erstattet.

Besondere Versicherungsformen

Auslandsreisekrankenversicherung

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

Spezielle Ausschnittsversicherungen

Diese Versicherungen decken ein spezielles Risiko ab, zum Beispiel Kosten von Sehhilfen. 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 2012

Mitgliedsunternehmen des Verbandes

**43 Mitglieds-
unternehmen**

- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

**5 außerordentliche
Mitgliedsunternehmen¹**

- 5 Aktiengesellschaften

**2 verbundene
Einrichtungen**

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

¹ Seit dem 15. Juni 2010 können Unternehmen, welche die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben, dem Verband nur noch als außerordentliche Mitglieder beitreten.

Z12/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	8.956.300	8.976.400	- 20.100	- 0,22
Pflegeversicherung	9.619.600	9.666.900	- 47.300	- 0,49
Zusatzversicherungen¹ davon unter anderem	23.070.900	22.498.900	+ 572.000	+ 2,54
ambulante Tarife	7.740.200	7.678.300	+ 61.900	+ 0,81
Tarife für Wahlleistung- en im Krankenhaus	5.776.600	5.712.800	+ 63.800	+ 1,12
Zahntarife	13.574.400	13.218.800	+ 355.600	+ 2,69
Krankentagegeld- versicherung	3.627.600	3.599.300	+ 28.300	+ 0,79

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.

Z12/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.862,9	25.150,9	+ 712,0	+ 2,83
Pflegeversicherung	2.010,7	2.105,1	- 94,4	- 4,48
Zusatzversicherungen davon unter anderem	7.028,4	6.682,6	+ 345,8	+ 5,17
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.756,6	4.524,5	+ 232,1	+ 5,13
Krankentagegeld- versicherung	1.123,1	1.068,0	+ 55,1	+ 5,16
Besondere Versicherungsformen	725,6	728,8	- 3,2	- 0,44
insgesamt	35.627,6	34.667,4	+ 960,2	+ 2,77
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.616,9	32.562,3	+ 1.054,6	+ 3,24

Z12/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 72,59 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 13,35 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	22.507,7	22.053,6	+ 454,1	+ 2,06
Pflegeversicherung	779,3	720,5	+ 58,8	+ 8,16
insgesamt	23.287,0	22.774,1	+ 512,9	+ 2,25

Z12/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsbereichen

Versicherungsleistungen nach Leistungsbereichen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	10.006,3	9.864,4	+ 141,9	+ 1,44
stationäre Leistungen	6.741,1	6.695,1	+ 46,0	+ 0,69
Zahnleistungen	3.649,7	3.408,3	+ 241,4	+ 7,08
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	20.475,0	20.030,4	+ 444,6	+ 2,22

Z12/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	155.907,4	145.404,6	+ 10.502,8	+ 7,22
Pflegeversicherung	25.708,3	24.022,8	+ 1.685,5	+ 7,02
insgesamt	181.615,7	169.427,4	+ 12.188,3	+ 7,19

Z12/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2012

in Mio. Euro

I. Erträge	44.558,3
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	34.665,3
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	1.668,4
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	8.224,6
II. Aufwendungen	44.186,9
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	23.595,9
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	4.944,6
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	12.188,3
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb	
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.588,3
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	879,4
3. Steuern	281,4
4. Sonstige Aufwendungen und Erträge	-291,0
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen	371,4

Z12/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2012

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	221,4
C. Kapitalanlagen	202.473,5
I. Grundstücke	1.620,2
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	6.157,2
III. Sonstige Kapitalanlagen	194.695,4
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7
E. Forderungen	959,4
F. Sonstige Vermögensgegenstände	1.945,9
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.226,3
I. Voraussichtliche Steuerentlastung	48,3
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	36,8
Summe Aktiva	208.911,6

Passiva

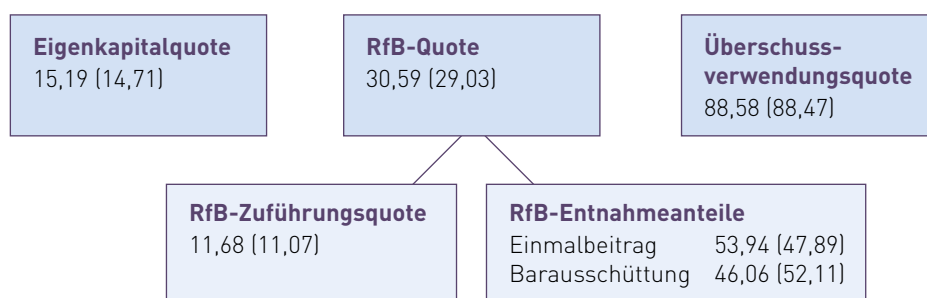
A. Eigenkapital	5.490,9
B. Genussrechtskapital	30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	30,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	199.418,4
I. Beitragsüberhänge	111,1
II. Deckungsrückstellung	180.629,2
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	6.100,4
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	12.490,0
V. Sonstige Rückstellungen	87,7
G. Andere Rückstellungen	1.430,1
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	1.018,4
I. Andere Verbindlichkeiten	1.461,0
K. Rechnungsabgrenzungsposten	30,0
L. Passive latente Steuern gemäß §274 HGB	2,1
Summe Passiva	208.911,6

Kennzahlen

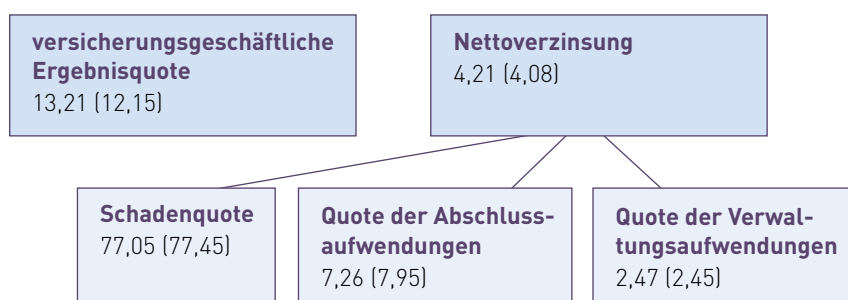
Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2012

in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



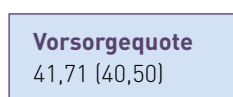
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z12/1309

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.



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 35.627,6 Mio. Euro beträgt 72,59 Prozent. Ende 2012 hatten 10,92 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 9,90 Prozent nur gering.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung lag 2012 mit minus 20.100 Personen deutlich unter dem Neuzugang des Vorjahres (80.900 Personen). Grund dafür sind mehrere Sondereffekte, die zusammen im Jahr 2012 zum Tragen kamen (siehe Vorwort).

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.956.300	8.976.400	- 20.100	- 0,22

Z12/Z101

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	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	159.900	232.000	- 72.100	- 31,08
Abgänge zur GKV	162.400	157.600	+ 4.800	+ 3,05
Differenz	- 2.500	74.400	- 76.900	- 103,36

Z12/2102

Der Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV weicht erkennbar vom Nettoneuzugang ab. Das liegt daran, dass zum Beispiel auch Neugeborene, Todesfälle sowie Zuwanderer und Auswanderer beim Nettoneuzugang erfasst werden.

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.

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	413.200	488.300	- 75.100	- 15,38

Z12/2103

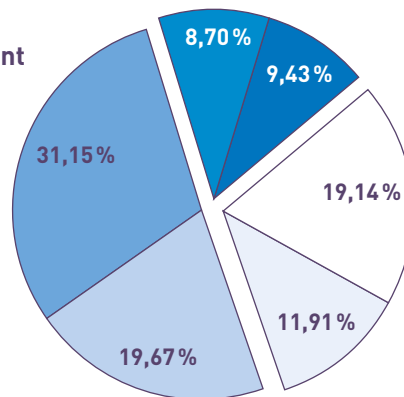
Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

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 2012 waren 47,5 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

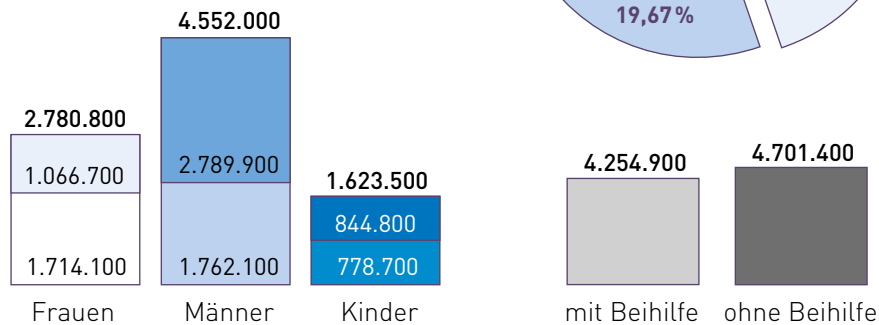
Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2012

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

in Prozent



absolut



Z12/2104

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

Fast 82 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.304.100	7.322.500	- 18.400	- 0,25

Z12/2105

Krankentagegeld

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

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.027.000	2.050.300	- 23.300	- 1,14

Z12/2106

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbstständige, die das Risiko des Einkommensausfalls oft bereits von einem frühen Zeitpunkt 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	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.400	6.200	+ 200	+ 3,23
ohne Beihilfe	37.100	35.600	+ 1.500	+ 4,21
insgesamt	43.500	41.800	+ 1.700	+ 4,07
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	546	776	- 230	- 29,64

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

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

Z12/2108

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 1,26 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

Basistarif [G]

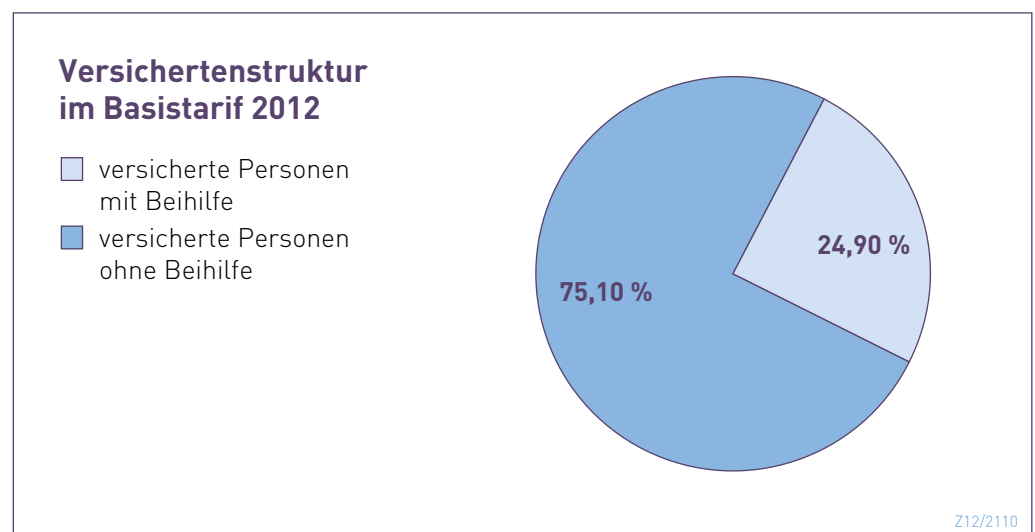
Der brancheneinheitliche Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 per Gesetz eingeführt. Sein Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt; Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind in diesem Tarif nicht zulässig. Für die Versicherungsunternehmen besteht hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Der Basistarif löste 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	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	30.200	26.100	+ 4.100	+ 15,7
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	3.700	4.000	- 300	- 7,5
aus der Nichtversicherung	9.900	8.600	+ 1.300	+ 15,1
aus der GKV ²	500	400	+ 100	+ 25,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	15.000	12.300	+ 2.700	+ 22,0
Wechsel zwischen den Unternehmen	700	500	+ 200	+ 40,0
sonstiger Zugang	400	300	+ 100	+ 33,3
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	11.900	9.600	+ 2.300	+ 24,0

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 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.

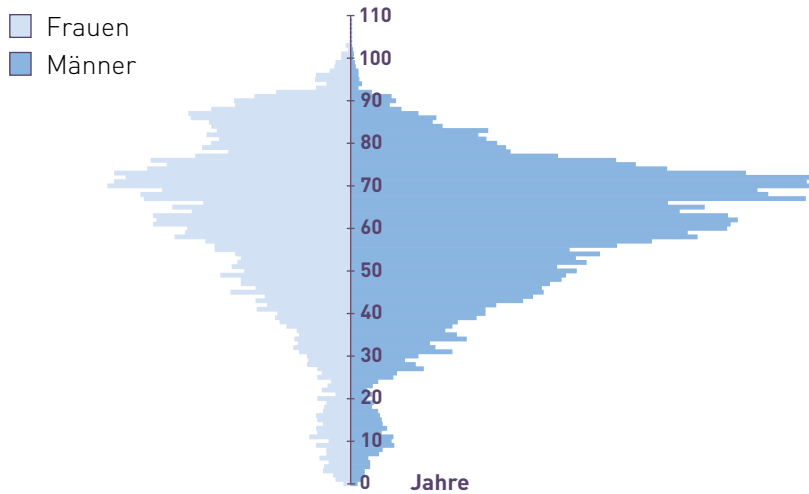
Z12/2109

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



Im Rahmen der einheitlichen Kalkulation des Basistarifs erfasst der PKV-Verband auch das Alter der Versicherten.

Altersstruktur im Basistarif 2012



Z12/2111

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.

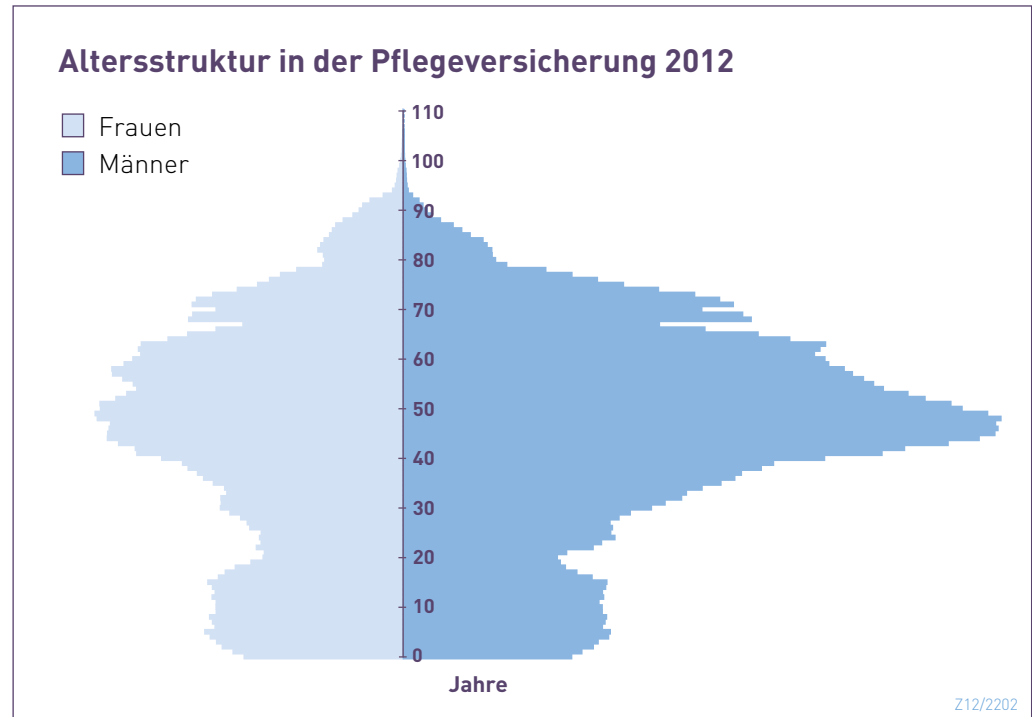
Personen mit Pflegeversicherung	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.077.800	3.086.300	- 8.500	- 0,28
Männer	4.900.300	4.924.600	- 24.300	- 0,49
Kinder	1.641.500	1.656.000	- 14.500	- 0,88
insgesamt	9.619.600	9.666.900	- 47.300	- 0,49

Z12/2201

Der Bestand in der Pflegeversicherung übertrifft den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 663.300 Personen. Auch die Bestandsentwicklung weicht deutlich von der Krankenversicherung ab. Die Ursache hierfür liegt bei den verbundenen Einrichtungen, da diese kaum noch Neuzugang haben.¹

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.

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



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 2012 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen¹	23.070.900	22.498.900	+572.000	+2,54

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.

Z12/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2012	2011	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.513.000	3.464.000	+49.000	+1,41
	Männer	2.744.100	2.673.500	+70.600	+2,64
	Kinder	1.483.100	1.540.800	-57.700	-3,74
	insgesamt	7.740.200	7.678.300	+61.900	+0,81
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.588.900	2.568.200	+20.700	+0,81
	Männer	1.796.500	1.768.800	+27.700	+1,57
	Kinder	1.391.200	1.375.800	+15.400	+1,12
	insgesamt	5.776.600	5.712.800	+63.800	+1,12
Zahntarife	Frauen	6.641.700	6.411.100	+230.600	+3,60
	Männer	5.071.500	4.870.800	+200.700	+4,12
	Kinder	1.861.200	1.936.900	-75.700	-3,91
	insgesamt	13.574.400	13.218.800	+355.600	+2,69
insgesamt¹	Frauen	8.513.900	8.273.300	+240.600	+2,91
	Männer	6.456.300	6.233.600	+222.700	+3,57
	Kinder	2.578.200	2.632.500	-54.300	-2,06
	insgesamt	17.548.400	17.139.400	+409.000	+2,39

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifar-ten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderun-gen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.

Z12/2302

Die folgenden Versicherungsarten sind nicht nur für gesetzlich Versicherte, sondern auch Privatversicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeld- versicherung¹	3.627.600	3.599.300	+ 28.300	+ 0,79
Krankenhaustage- geldversicherung	8.153.500	8.246.300	- 92.800	- 1,13
Pflegezusatz- versicherung²	2.186.700	1.880.400	+ 306.300	+ 16,29
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	1.984.700	1.683.500	+ 301.200	+ 17,89
Pflegekosten- versicherung	332.900	308.300	+ 24.600	+ 7,98

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.

Z12/2303

2.4 Besondere Versicherungsformen

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

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekranken- versicherung	24.705.800	24.937.400	- 231.600	- 0,93
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	10.670.400	10.337.000	+ 333.400	+ 3,23
Beihilfeablöse- versicherung	683.100	682.300	+ 800	+ 0,12
Restschuld- und Lohn- fortzahlungsversicherung	44.800	55.800	- 11.000	- 19,71

Z12/2401

Obwohl der Bestand in der Auslandsreisekrankenversicherung sehr hoch ist, hat diese Versicherungsform gemessen an den Beitragseinnahmen nur eine geringe Relevanz. Auch die Bedeutung der Speziellen Ausschnittsversicherungen innerhalb der PKV-Produktwelt ist trotz der vergleichsweise hohen Zahl der Verträge gering. Da der Auslandsschutz auch einer von mehreren Bestandteilen einer Speziellen Ausschnittsversicherung sein kann, sind Bestandsschwankungen zwischen diesen Versicherungsarten keine Besonderheit.



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 2012 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2012	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	34.665,3
Entnahmen aus den RfB	1.668,4
Kapitalerträge	8.224,6
insgesamt	44.558,3

Z12/3001

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:

	2012 in Mio. Euro	2011 in Mio. Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	34.665,3	34.657,0	+8,3	+0,02

Z12/3101

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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.862,9	25.150,9	+ 712,0	+ 2,83
Pflegeversicherung	2.010,7	2.105,1	- 94,4	- 4,48
Zusatzversicherungen	7.028,4	6.682,6	+ 345,8	+ 5,17
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.756,6	4.524,5	+ 232,1	+ 5,13
Krankentagegeld- versicherung	1.123,1	1.068,0	+ 55,1	+ 5,16
Krankenhaustage- geldversicherung	572,7	592,8	- 20,1	- 3,39
Pflegezusatz- versicherung	576,0	497,3	+ 78,7	+ 15,83
Besondere Versicherungsformen	725,6	728,8	- 3,2	- 0,44
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	369,0	382,6	- 13,6	- 3,55
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	115,1	106,3	+ 8,8	+ 8,28
Beihilfeablöse- versicherung	233,6	232,6	+ 1,0	+ 0,43
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	7,9	7,3	+ 0,6	+ 8,22
insgesamt	35.627,6	34.667,4	+ 960,2	+ 2,77
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.616,9	32.562,3	+ 1.054,6	+ 3,24

Z12/3102

Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2012 insgesamt um 2,8 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung deutlich unter dem Vorjahresniveau.

Umlage in der Privaten Pflegeversicherung

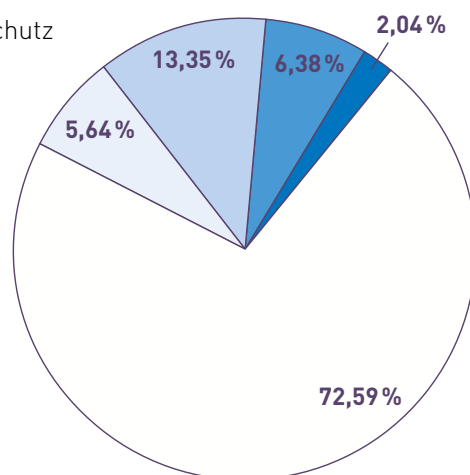
Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Daher wird in der Privaten Pflegeversicherung das übliche 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 2012 ein Umlagevolumen von 129,9 Mio. Euro. Darin enthalten sind 19,2 Mio. Euro Umlage zugunsten der GPV [G]. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.

Anteil der Versicherungsarten an den Beitragseinnahmen

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

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2012

- ☐ Krankheitsvollversicherung
- ☐ Pflegeversicherung
- ☐ Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz
- ☐ sonstige Zusatzversicherungen (Krankentagegeld, Krankenhaus-tagegeld, Pflegezusatz)
- ☐ Besondere Versicherungsformen



Z12/3103

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 bei seiner Einführung 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.

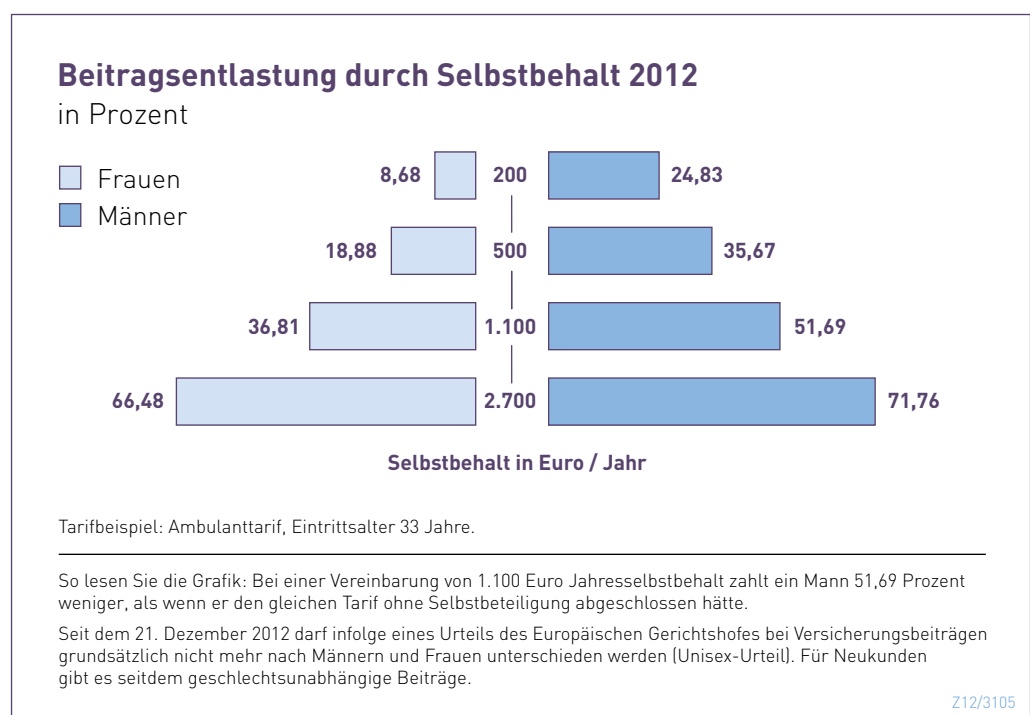
	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.267,9	1.245,5	+22,4	+1,80

Z12/3104

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:



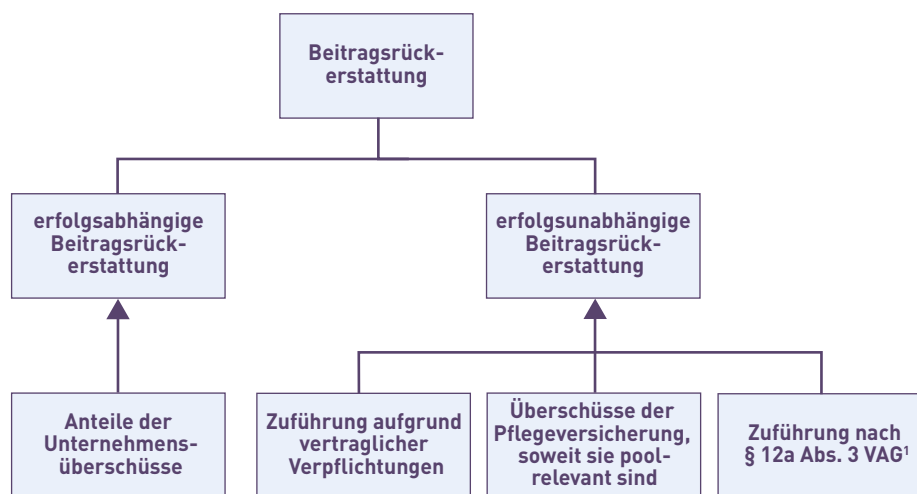
Z12/3105

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 Prämien ermäßigung 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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.270,1	1.182,1	+88,0	+7,44
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.082,3	1.041,8	+40,5	+3,89
erfolgsunabhängigen RfB	187,8	140,3	+47,5	+33,86
Pflegeversicherung	283,5	16,9	+266,6	+1.577,51
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	208,1	16,8	+191,3	+1.138,69
erfolgsunabhängigen RfB	75,4	0,1	+75,3	+75.300,00 ¹
Zusatzversicherungen	129,5	129,0	+0,5	+0,39
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	106,4	81,8	+24,6	+30,07
erfolgsunabhängigen RfB	23,1	47,2	-24,1	-51,06
Besondere Versicherungsformen	0,1	0,1	+0,0	+0,00
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,1	0,1	+0,0	+0,00
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	+0,0	-
insgesamt	1.683,2	1.328,1	+355,1	+26,74
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.396,9	1.140,5	+256,4	+22,48
erfolgsunabhängigen RfB	286,3	187,6	+98,7	+52,61

¹ Der Einsatz der RfB-Mittel in der Pflege erfolgt aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Branchenkalkulation bei allen Unternehmen zum gleichen Zeitpunkt. Deswegen kommt es zu den starken Schwankungen beim Vergleich mit dem Vorjahreswert, wenn in einem Jahr (wie in 2012) ein Mitteleinsatz stattfand und im Vorjahr (wie in 2011) nicht.

Z12/3202

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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	77,3	110,7	- 33,4	- 30,17
Anteil an verbundenen Unternehmen	629,2	413,8	+ 215,4	+ 52,05
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	441,5	170,7	+ 270,8	+ 158,64
Beteiligungen	272,9	259,4	+ 13,5	+ 5,20
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	21,9	75,2	- 53,3	- 70,88
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	9.398,3	6.021,3	+ 3.377,0	+ 56,08
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	9.960,6	5.642,1	+ 4.318,5	+ 76,54
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	952,0	905,8	+ 46,2	+ 5,10
Namensschuldverschreibungen	5.924,2	8.968,0	- 3.043,8	- 33,94
Schuldscheinforderungen und Darlehen	9.457,4	6.434,5	+ 3.022,9	+ 46,98
übrige Ausleihungen	56,0	7,9	+ 48,1	+ 608,86
Einlagen bei Kreditinstituten	1.380,8	1.702,2	- 321,4	- 18,88
andere Kapitalanlagen	4.631,0	5.383,9	- 752,9	- 13,98
insgesamt	43.203,1	36.095,5	+ 7.107,6	+ 19,69

Z12/3301

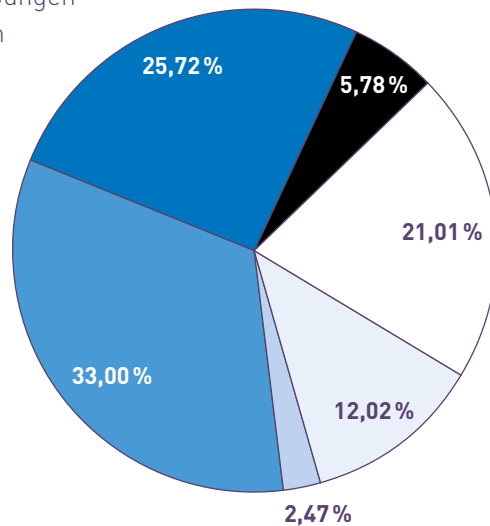
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.620,2	1.625,4	- 5,2	- 0,32
Anteil an verbundenen Unternehmen	2.293,3	2.059,8	+ 233,5	+ 11,34
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.547,8	1.170,3	+ 377,5	+ 32,26
Beteiligungen	2.065,3	1.909,8	+ 155,5	+ 8,14
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	250,8	499,0	- 248,2	- 49,74
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	42.547,6	36.001,1	+ 6.546,5	+ 18,18
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	24.330,9	17.475,4	+ 6.855,5	+ 39,23
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	4.992,1	4.446,6	+ 545,5	+ 12,27
Namensschuldverschreibungen	66.811,5	65.130,4	+ 1.681,1	+ 2,58
Schuldscheinforderungen und Darlehen	52.083,3	53.837,4	- 1.754,1	- 3,26
übrige Ausleihungen	772,9	960,4	- 187,5	- 19,52
Einlagen bei Kreditinstituten	2.527,2	2.612,5	- 85,3	- 3,27
andere Kapitalanlagen	629,9	573,8	+ 56,1	+ 9,78
Kapitalanlagen	202.472,8	188.301,9	+ 14.170,9	+ 7,53
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7	0,6	+ 0,1	+ 16,67
Bilanzwert [G]	202.473,5	188.302,5	+ 14.171,0	+ 7,53

Z12/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2012

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



Z12/3303

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

	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	8.224,6	7.417,8	+806,8	+10,88

Z12/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand [G] ergeben die Nettoverzinsung [G]. Diese betrug im Jahr 2012 4,21 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:

	2012 in Mio. Euro	2011 in Mio. Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 12a VAG	867,8	710,5	+ 157,3	+ 22,14

Z12/3305

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

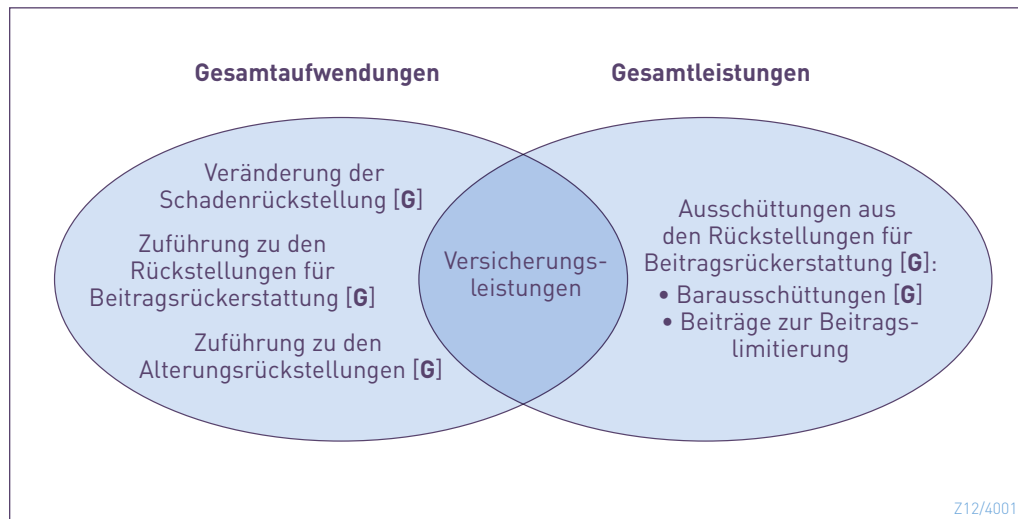


4. Aufwendungen



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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	23.287,0	22.774,1	+ 512,9	+ 2,25
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	308,9	130,6	+ 178,3	+ 136,52
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	4.944,6	4.156,8	+ 787,8	+ 18,95
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen	12.188,3	11.422,6	+ 765,7	+ 6,70
Gesamtaufwendungen	40.728,8	38.484,1	+ 2.244,7	+ 5,83

Z12/4002

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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	23.287,0	22.774,1	+ 512,9	+ 2,25
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.421,4	1.390,8	+ 30,6	+ 2,20
Beträge zur Beitragslimitierung	1.515,4	1.188,7	+ 326,7	+ 27,48
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 12a Abs. 2 VAG ¹	659,0	549,2	+ 109,8	+ 19,99
gemäß § 12a Abs. 3 VAG ¹	190,4	186,6	+ 3,8	+ 2,04
Gesamtleistungen	27.073,2	26.089,4	+ 983,8	+ 3,77

¹ Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z12/4003

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 betrugen 2012 insgesamt 23.287,0 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 93,1 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2011 betrug dieser Wert 91,1 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2012 bei 1.940,6 Mio. Euro, das waren 42,8 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

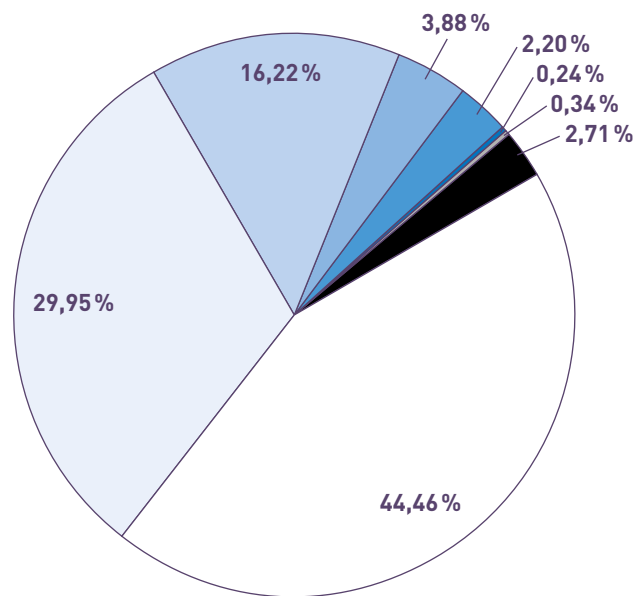
Leistungsart	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	10.006,3	9.864,4	+ 141,9	+ 1,44
davon				
Arztbehandlung	5.471,2	5.405,3	+ 65,9	+ 1,22
Heilpraktikerbehandlung	245,1	239,3	+ 5,8	+ 2,42
Arzneien und Verbandmittel	2.461,1	2.448,7	+ 12,4	+ 0,51
Heilmittel	861,7	838,6	+ 23,1	+ 2,75
Hilfsmittel	812,5	790,5	+ 22,0	+ 2,78
Sonstiges	154,7	142,0	+ 12,7	+ 8,94
stationäre Leistungen	6.741,1	6.695,1	+ 46,0	+ 0,69
davon				
allgemeine Krankenhausleistungen	3.699,6	3.650,4	+ 49,2	+ 1,35
Wahlleistung Chefarzt	2.343,6	2.345,5	- 1,9	- 0,08
Wahlleistung Unterkunft	541,1	542,9	- 1,8	- 0,33
Ersatz-Krankenhaustagegeld	49,5	51,5	- 2,0	- 3,88
Sonstiges	107,3	104,8	+ 2,5	+ 2,39
Zahnleistungen	3.649,7	3.408,3	+ 241,4	+ 7,08
davon				
Zahnbehandlung	1.290,7	1.198,0	+ 92,7	+ 7,74
Zahnersatz	2.121,4	1.984,5	+ 136,9	+ 6,90
Kieferorthopädie	230,1	219,0	+ 11,1	+ 5,07
Sonstiges	7,5	6,8	+ 0,7	+ 10,29
Krankentagegeld	874,3	864,0	+ 10,3	+ 1,19
Krankenhaustagegeld	495,4	505,3	- 9,9	- 1,96
Pflegezusatzversicherung	54,0	44,4	+ 9,6	+ 21,62
sonstige Leistungen	77,9	62,6	+ 15,3	+ 24,44
Besondere Versicherungsformen	609,0	609,5	- 0,5	- 0,08
Krankenversicherung	22.507,7	22.053,6	+ 454,1	+ 2,06
Pflegeversicherung	779,3	720,5	+ 58,8	+ 8,16
insgesamt	23.287,0	22.774,1	+ 512,9	+ 2,25

Z12/4101

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

Aufteilung der Krankenversicherungsleistungen nach Leistungsarten 2012

- | | |
|---|---|
|  ambulante Leistungen |  Krankenhaustagegeld |
|  stationäre Leistungen |  Pflegezusatzversicherung |
|  Zahnleistungen |  sonstige Leistungen |
|  Krankentagegeld |  Besondere Versicherungsformen |

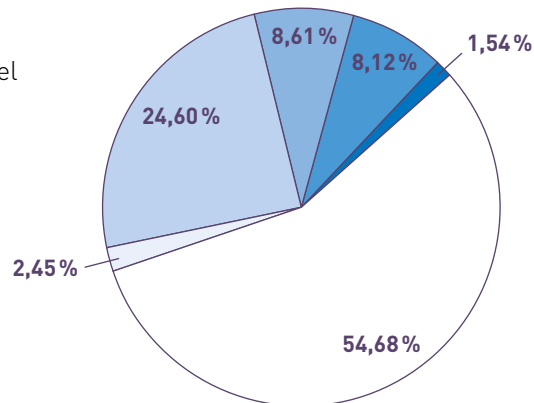


Z12/4102

Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

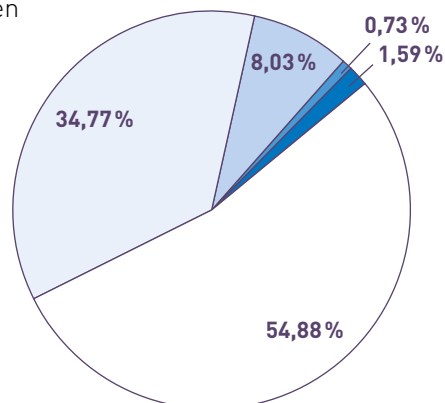
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2012

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



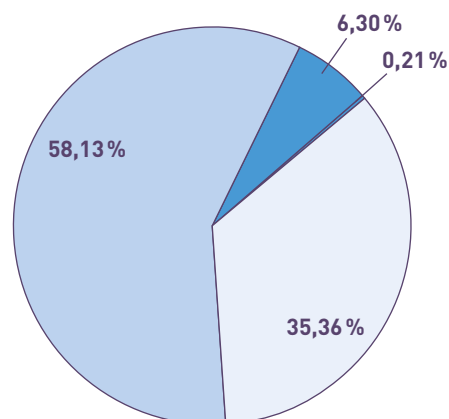
Aufteilung der stationären Leistungen 2012

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



Aufteilung der Zahnleistungen 2012

- ☐ Zahnbehandlung
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Kieferorthopädie
- ☐ Sonstiges



Z12/4103

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

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2012	Frauen	in Prozent Männer	Kinder
ambulante Leistungen	38,97	52,55	8,48
davon			
Arztbehandlung	40,60	50,28	9,12
Heilpraktikerbehandlung	51,78	32,57	15,65
Arzneien und Verbandmittel	33,65	60,06	6,29
Heilmittel	41,47	49,43	9,10
Hilfsmittel	38,98	52,63	8,39
Sonstiges	31,29	61,61	7,10
stationäre Leistungen	38,63	55,83	5,54
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	31,86	61,26	6,88
Wahlleistung Chefarzt	46,26	49,95	3,79
Wahlleistung Unterkunft	52,91	44,64	2,45
Ersatz-Krankenhaustagegeld	44,00	41,58	14,42
Sonstiges	31,23	60,31	8,46
Zahnleistungen	41,33	49,74	8,93
davon			
Zahnbehandlung	35,71	55,33	8,96
Zahnersatz	48,42	51,06	0,52
Kieferorthopädie	7,55	5,90	86,55
Sonstiges	39,76	58,38	1,86
Krankentagegeld	23,85	76,14	0,01
Krankenhaustagegeld	41,43	54,01	4,56
Pflegezusatzversicherung	47,72	49,01	3,27
sonstige Leistungen	44,76	44,37	10,87
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,28	53,11	7,61
Pflegeversicherung	49,02	46,00	4,98
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	39,03	53,79	7,18

Z12/4104

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 2012	in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+ 1,09	+ 1,73
davon		
Arztbehandlung	+ 0,88	+ 2,31
Heilpraktikerbehandlung	+ 2,09	-
Arzneien und Verbandmittel	+ 0,16	+ 0,83
Heilmittel	+ 2,40	+ 2,36
Hilfsmittel	+ 2,44	+ 2,84
stationäre Leistungen	+ 0,42	+ 2,93
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 1,00	+ 2,93
Wahlleistung Chefarzt	- 0,61	-
Wahlleistung Unterkunft	- 0,86	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 4,29	-
Zahnleistungen	+ 6,72	+ 0,92
davon		
Zahnbehandlung	+ 7,37	+ 2,37
Zahnersatz	+ 6,54	- 3,03
Kieferorthopädie	+ 4,69	+ 2,63
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+ 1,97	+ 2,43

Z12/4105

Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2012 mit 1,97 Prozent weniger stark als im Vorjahr (2011: plus 3,22 Prozent). Er entspricht damit annähernd der allgemeinen Preissteigerung von 1,96 Prozent.

Im Einzelnen sind die Leistungen pro Kopf vor allem im Zahnbereich stark gestiegen (2011: plus 5,05 Prozent), wofür maßgeblich die zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verantwortlich ist. Dies zeigt sich besonders deutlich im Vergleich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Dagegen sind die Ausgaben im stationären Bereich erheblich schwächer als im Vorjahr gestiegen (2011: plus 3,61 Prozent). Hier lässt sich deutlich sehen, dass das zum Jahreswechsel 2012 in Kraft getretene gesetzliche Verbot von überhöhten Abrechnungen in Privatkliniken, die mit öffentlichen Krankenhäusern verbunden sind, den Versicherten direkt zugutekommt. Auch die Entwicklung zu kürzeren Behandlungsdauern im Krankenhaus haben die Ausgaben spürbar gesenkt, da damit auch weniger Zimmerzuschläge abgerechnet werden.

Den größten Einfluss auf die Gesamthöhe der Leistungen hat die Entwicklung bei der ambulanten Arztbehandlung. Hier haben die Aufwendungen pro Kopf verglichen mit dem Vorjahr weniger stark zugenommen (2011: plus 2,22 Prozent). Sehr gering war der Ausgabenanstieg je Versicherten bei Arznei- und Verbandmitteln (2011: plus 0,82 Prozent), was den gesetzlichen Arzneimittelerstattungen und der erfolgreichen Tätigkeit der Rabatt-Einzugsstelle ZESAR zu verdanken ist.

Diese erfreuliche Entwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ausgabensteigerung in der PKV im ambulanten Bereich die in der GKV mittelfristig immer noch deutlich übertrifft (siehe folgende Grafik). Zudem steigen die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau, da die privatärztliche Gebührenordnung von ihrem Grundsatz her deutlich über die Vergütung in der GKV hinausgeht.

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

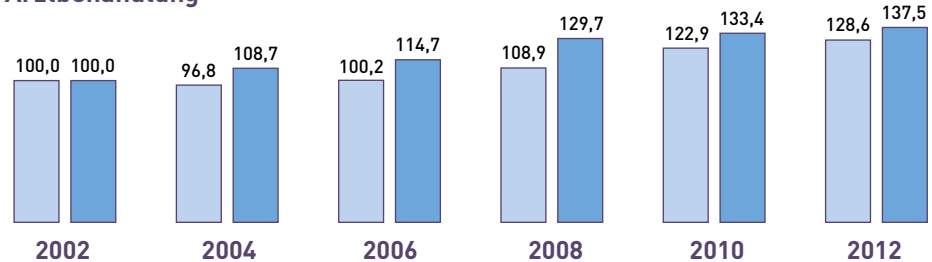
Leistungen für ambulante Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2002

■ GKV

■ PKV

Arztbehandlung



Arzneien und Verbandmittel



Zahnbehandlung und -ersatz



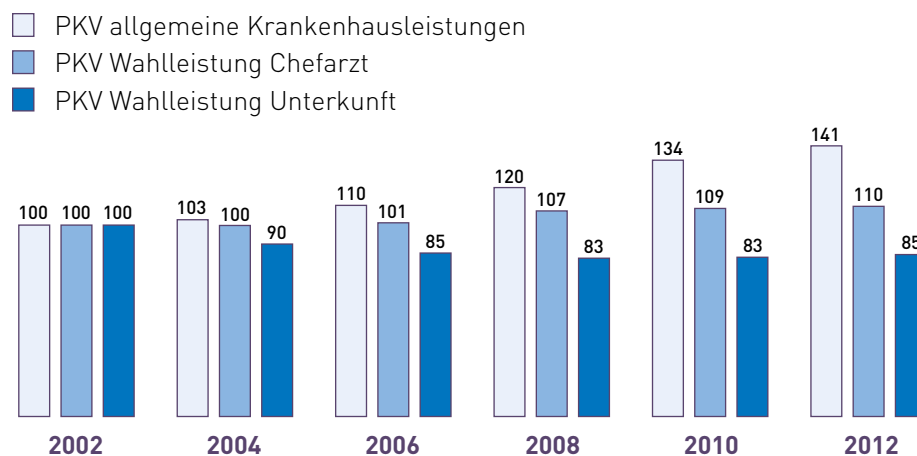
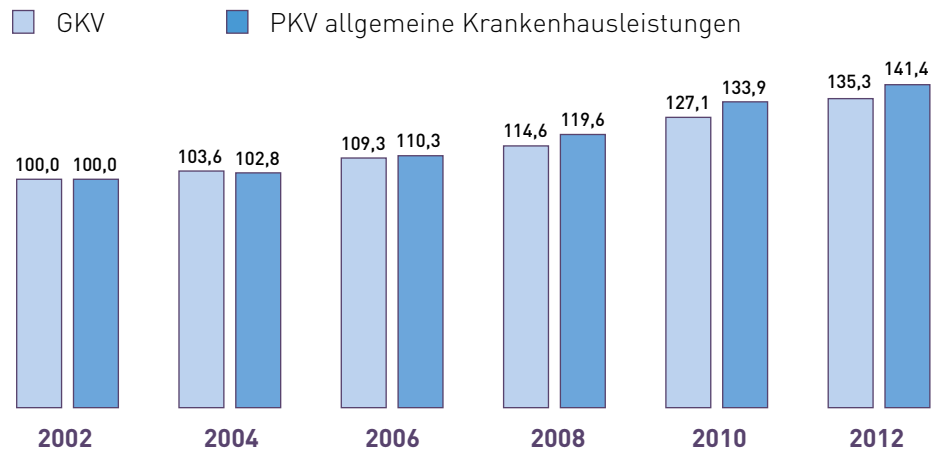
Quelle: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (www.bmg.bund.de) und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich der ambulanten ärztlichen Behandlung in der Zeit von 2002 bis 2012 zeigt, dass die Leistungen in der PKV um 8,9 Prozentpunkte mehr gestiegen sind als in der GKV.

Z12/4106

Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2002



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

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2002 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 15 Prozentpunkte gesunken sind.

Z12/4107

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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	121,8	117,1	+4,7	+4,01
davon				
Pflegestufe I	27,4	26,0	+1,4	+5,38
Pflegestufe II	56,9	54,7	+2,2	+4,02
Pflegestufe III	37,5	36,4	+1,1	+3,02
Pflegegeld	174,9	160,2	+14,7	+9,18
davon				
Pflegestufe I	66,5	59,0	+7,5	+12,71
Pflegestufe II	73,6	68,1	+5,5	+8,08
Pflegestufe III	34,8	33,1	+1,7	+5,14
Ersatzpflegekraft	13,8	11,9	+1,9	+15,97
Pflegehilfsmittel	3,8	3,6	+0,2	+5,56
technische Hilfsmittel	17,9	17,0	+0,9	+5,29
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	5,8	5,1	+0,7	+13,73
Beiträge zur Rentenversicherung	26,3	25,7	+0,6	+2,33
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	0,00
Tages- und Nachtpflege	7,1	6,4	+0,7	+10,94
davon				
Pflegestufe I	1,7	1,5	+0,2	+13,33
Pflegestufe II	3,8	3,5	+0,3	+8,57
Pflegestufe III	1,6	1,4	+0,2	+14,29
Kurzzeitpflege	12,6	11,5	+1,1	+9,57
zusätzliche Betreuung	14,7	13,7	+1,0	+7,30
Kontrollpflege	1,2	1,1	+0,1	+9,09
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,1	0,1	0,0	0,00
Medicproof	23,5	17,1	+6,4	+37,43
Arbeitslosenvers.-Beitrag/ KV-PV-Zuschuss	0,1	0,1	0,0	0,00
insgesamt	423,7	390,7	+33,0	+8,45

Z12/4108

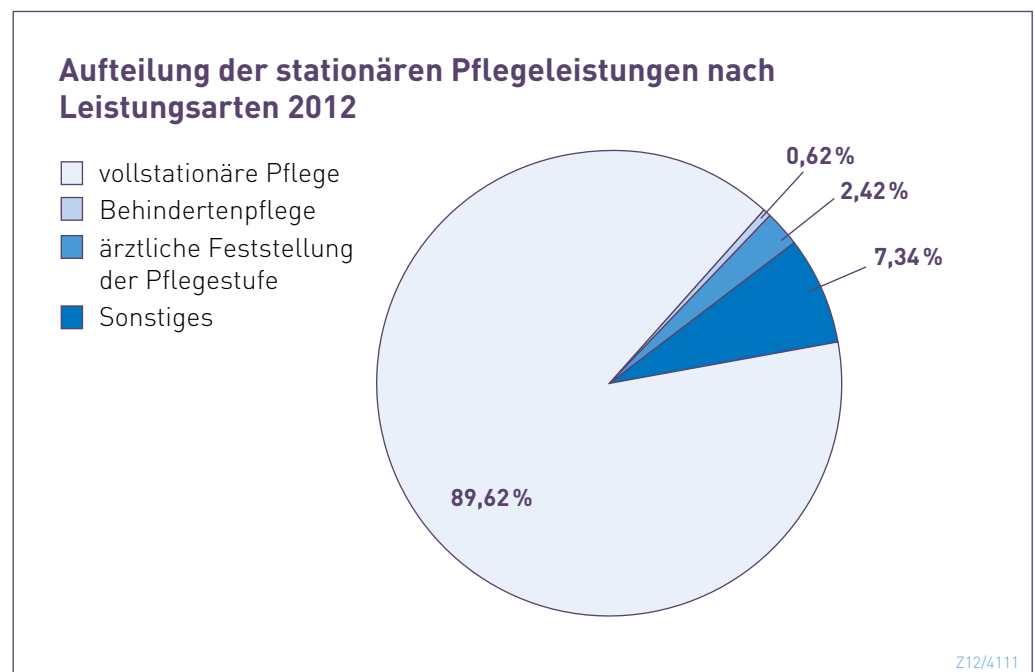
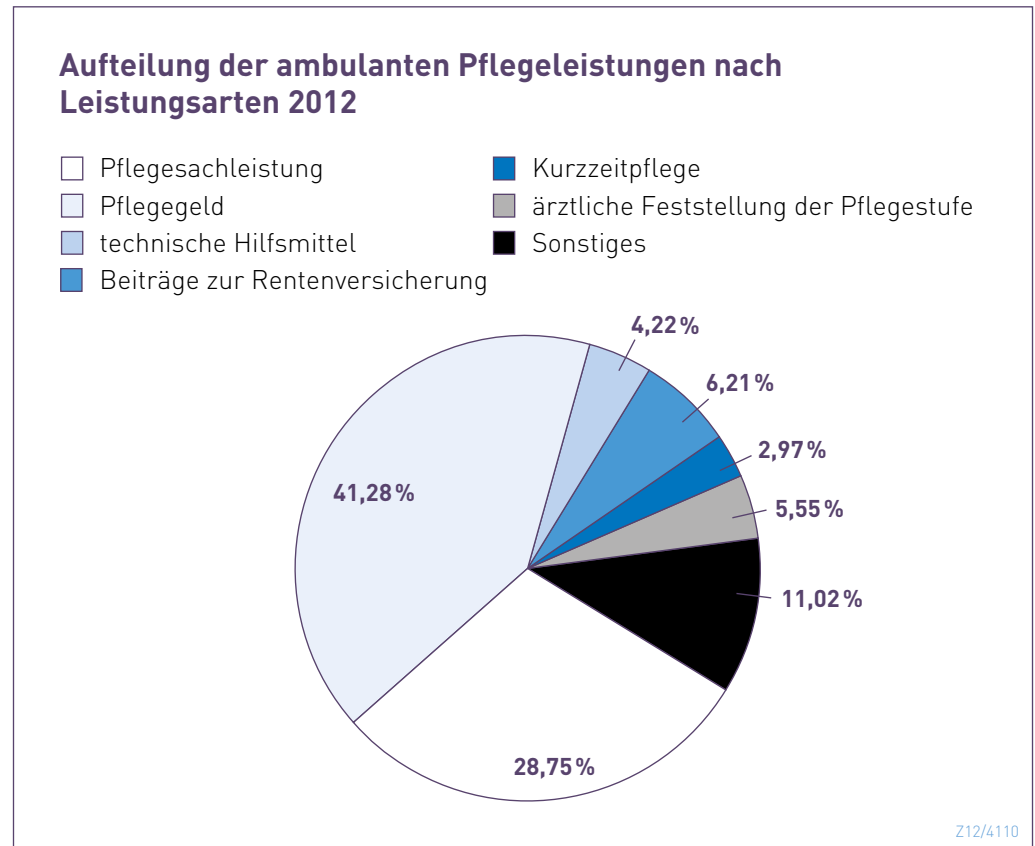
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2012 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 779,3 Mio. Euro einen Anteil von 45,63 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	317,7	298,1	+19,6	+6,57
davon				
Pflegestufe I	83,9	77,3	+6,6	+8,54
Pflegestufe II	137,3	130,0	+7,3	+5,62
Pflegestufe III	96,5	90,8	+5,7	+6,28
Zuschuss für vollstationäre Pflege¹	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	1,0	0,9	+0,1	+11,11
davon				
Pflegestufe I	0,2	0,2	0,0	0,00
Pflegestufe II	0,4	0,4	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,4	0,3	+0,1	+33,33
Behindertenhilfe	2,2	2,2	0,0	0,00
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	26,0	22,0	+4,0	+18,18
Leistungen bei Rückstufung	0,1	0,1	0,0	0,00
Medicproof	8,6	6,5	+2,1	+32,31
insgesamt stationär	355,6	329,8	+25,8	+7,82

1 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.

Z12/4109

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



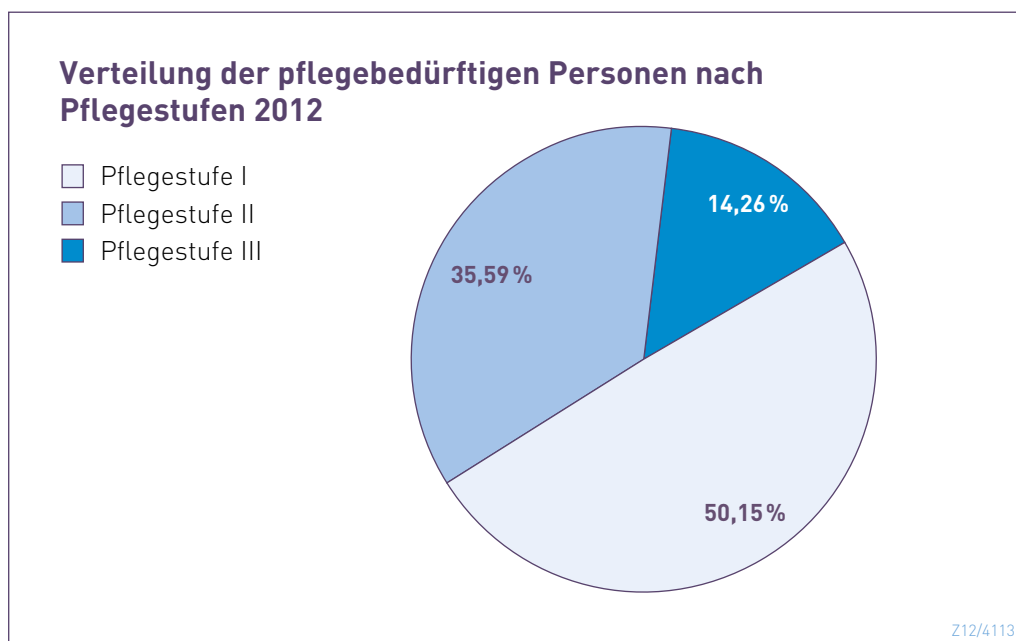
Aufgrund gesetzlicher Bedingungen zur Pflegeversicherung werden für die Private Pflegeversicherung umfassende Statistiken erhoben. Anders als in der Privaten Krankenversicherung kann deshalb in der Pflegeversicherung die Zahl der Leistungsempfänger exakt ermittelt werden.

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

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	105.758	101.237	+ 4.521	+ 4,47
davon				
Pflegestufe I	59.926	57.009	+ 2.917	+ 5,12
Pflegestufe II	34.693	33.433	+ 1.260	+ 3,77
Pflegestufe III	11.139	10.795	+ 344	+ 3,19
stationäre Pflege	45.383	43.862	+ 1.521	+ 3,47
davon				
Pflegestufe I	15.872	14.883	+ 989	+ 6,65
Pflegestufe II	19.104	18.662	+ 442	+ 2,37
Pflegestufe III	10.407	10.317	+ 90	+ 0,87
insgesamt	151.141	145.099	+ 6.042	+ 4,16

Z12/4112

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



Z12/4113

Die wenigsten Leistungsempfänger erhalten Leistungen der Pflegestufe III. Dies gilt für die Private wie auch die Soziale Pflegeversicherung. Allerdings ist in der Privaten Pflegeversicherung der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen deutlich höher als in der Sozialen Pflegeversicherung. Denn während in der Privaten Pflegeversicherung im Jahr 2012 rund 14,3 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 12,6 Prozent der Leistungsempfänger (inkl. Härtefälle).

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.

	2012 in Mio. Euro	2011 in Mio. Euro	Veränderung absolut in Prozent	
Bruttoschadenrückstellung	6.139,8	5.830,9	+308,9	+5,30
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	39,4	45,3	-5,9	-13,02
Bilanzschaden- rückstellung [G]	6.100,4	5.785,6	+314,8	+5,44

Z12/4201

4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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

Entwicklung der RfB		in Mio. Euro			
	insge- samt	davon aus erfolgs- abhängigen RfB	davon aus erfolgsunabhängigen RfB für die Pflegever- sicherung	nach § 12a Abs. 3 VAG	Sonstige
Wert zum 31. Dezember 2011	10.673,2	8.952,1	1.110,5	443,9	166,7
Umbuchungen	0,0	-617,6	617,6	0,0	0,0
Entnahmen	3.127,2	2.458,9	349,9	190,4	128,0
davon zur					
Verrechnung ¹	1.705,8	1.173,3	332,4	190,4	9,7
Barausschüttung [G]	1.421,4	1.285,6	17,5	0,0	118,3
Zuführung	4.944,6	4.157,8	444,8	208,8	133,2
Wert zum 31. Dezember 2012	12.490,6	10.033,4	1.823,0	462,3	171,9
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,6				
Bilanzwert [G]	12.490,0				

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.

Z12/4301

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 2012:

Alterungs- rückstellungen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	155.907,4	145.404,6	+ 10.502,8	+ 7,22
Pflegeversicherung	25.708,3	24.022,8	+ 1.685,5	+ 7,02
Alterungsrückstellungen	181.615,7	169.427,4	+ 12.188,3	+ 7,19
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	986,5	1.007,4	- 20,9	- 2,07
Bilanzwert [G]	180.629,2	168.420,0	+ 12.209,2	+ 7,25

Z12/4401

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]	1.267,9	1.245,5	+22,4	+1,80
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnungsmäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	8.555,6	8.252,6	+303,0	+3,67
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	1.515,4	1.188,7	+326,7	+27,48
Limitierung gemäß § 12a Abs. 2 VAG²	659,0	549,2	+109,8	+19,99
Limitierung gemäß § 12a Abs. 3 VAG²	190,4	186,6	+3,8	+2,04
Gesamtzuführung	12.188,3	11.422,6	+765,7	+6,70

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

Z12/4402

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

	2012 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2012 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	33.616,9	10.502,8	31,24
Pflegeversicherung	2.010,7	1.685,5	83,83
insgesamt	35.627,6	12.188,3	34,21

Z12/4403

Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb sind die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

Vorsorgequote

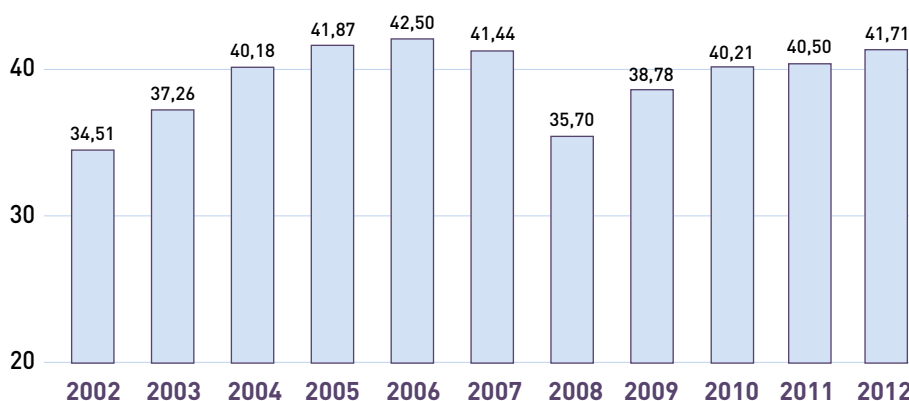
Die Private Krankenversicherung ergreift Vorsorgemaßnahmen um sicherzustellen, dass die Beiträge durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen im Alter nicht steigen. Derartige Maßnahmen werden in der GKV nicht getroffen. In der PKV geschieht dies auf dreierlei Weise durch

- 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.

Entwicklung der Vorsorgequote

Angaben in Prozent



Z12/4404

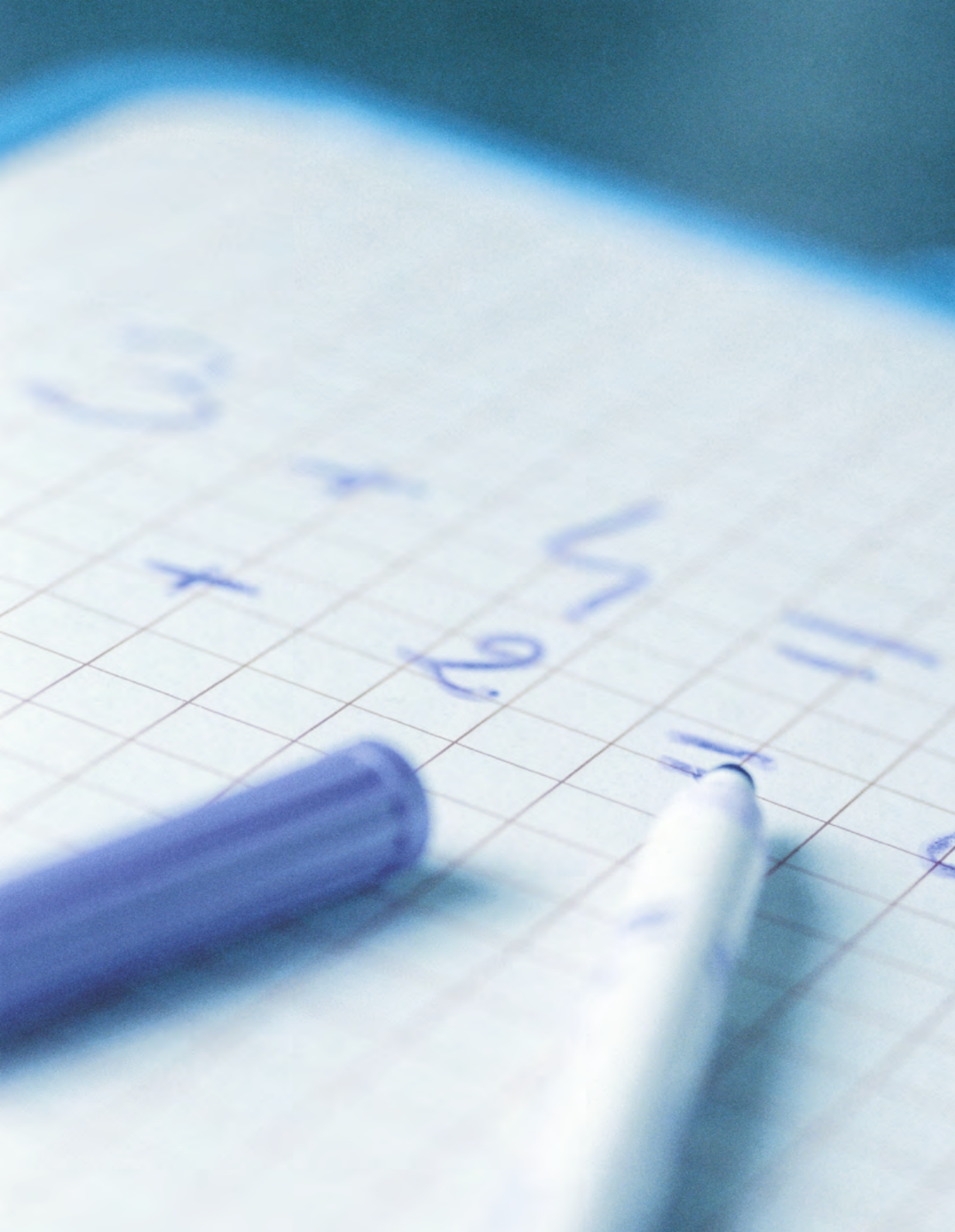
4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2012 in Mio. Euro	2011 in Mio. Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.588,3	2.756,2	- 167,9	- 6,09
Verwaltungsaufwendungen	879,4	849,2	+ 30,2	+ 3,56
insgesamt	3.467,7	3.605,4	- 137,7	- 3,82

Z12/4501

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen stieg 2012 leicht auf 2,54 (2011: 2,45) Prozent. Seit 1975 (7,21 Prozent) hat der Anteil der Verwaltungsaufwendungen stark 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.

5.1 Profile

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

Wagnisstatistiken

Die 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 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 (zwischen 20 und 35 Jahren) höhere Leistungsausgaben pro Person. Dafür sind teilweise Schwangerschaft und Mutterschaft verantwortlich. Seit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wurden ab August 2006 in der Beitragskalkulation die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft durch eine Umlage gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt. Seit dem 21. Dezember 2012 darf infolge eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes bei Versicherungsbeiträgen grundsätzlich nicht mehr nach Männern und Frauen unterschieden werden (Unisex-Urteil). Deswegen werden für die neuen Unisex-Tarife die Kopfschäden unter Einbeziehung der Geschichtsverteilung ermittelt und die statistischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Inanspruchnahme von Leistungen auf diese Weise berücksichtigt.

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.

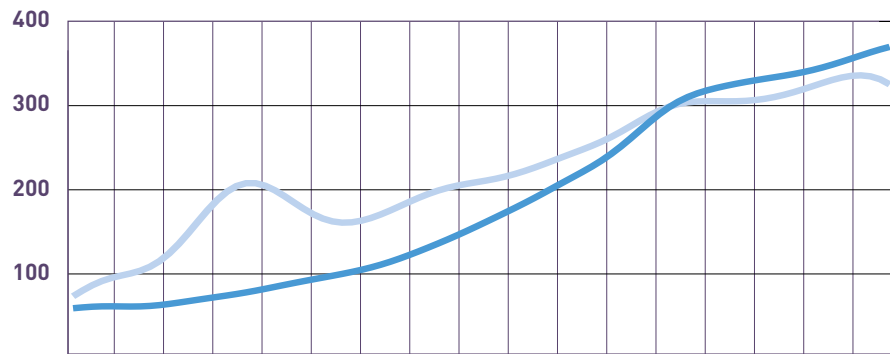
Ausgaben¹ nach Altersgruppen 2012	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz
Frauen im Alter von ... Jahren			
über 95	334,60	468,68	34,03
91 – 95	319,62	479,78	53,19
86 – 90	309,11	479,64	84,90
81 – 85	302,66	463,24	121,35
76 – 80	298,07	422,94	159,36
71 – 75	271,90	360,58	177,68
66 – 70	246,87	312,78	177,65
61 – 65	224,12	258,39	171,78
56 – 60	209,76	214,16	160,79
51 – 55	196,99	175,46	151,21
46 – 50	174,34	142,15	132,87
41 – 45	161,17	114,79	116,25
36 – 40	183,70	109,93	102,35
31 – 35	203,45	89,11	90,96
26 – 30	166,82	82,23	80,47
21 – 25	106,48	63,27	67,28
16 – 20	91,75	62,95	94,06
unter 16	65,61	52,85	86,55
Männer im Alter von ... Jahren			
über 95	365,57	490,62	51,19
91 – 95	340,18	534,80	77,12
86 – 90	330,20	557,08	105,54
81 – 85	320,45	536,93	137,65
76 – 80	300,61	486,52	167,18
71 – 75	257,21	420,04	175,03
66 – 70	220,86	348,43	171,43
61 – 65	187,96	270,61	164,12
56 – 60	161,04	210,74	150,39
51 – 55	135,41	153,52	131,27
46 – 50	113,27	115,36	113,65
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	89,17	85,96	89,83
31 – 35	77,52	70,40	79,39
26 – 30	70,15	66,06	66,40
21 – 25	60,56	72,60	54,90
16 – 20	61,97	56,81	93,49
unter 16	74,40	69,77	74,87

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

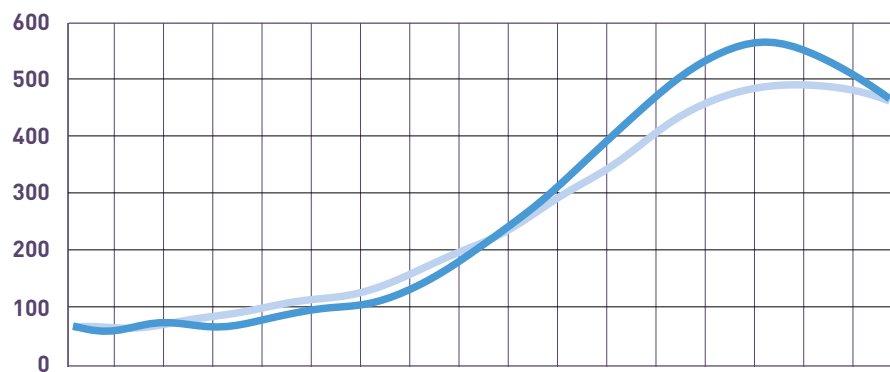
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ für ambulante und Zahnbehandlung 2012

■ Frauen ■ Männer

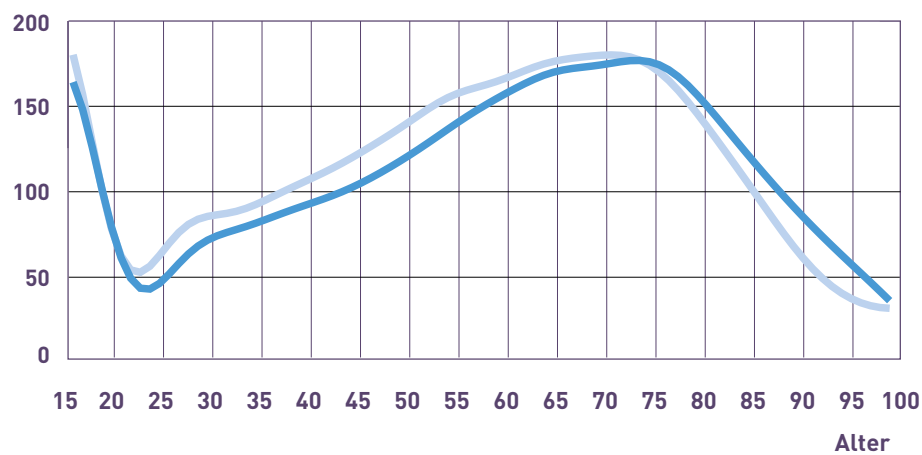
ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)



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:

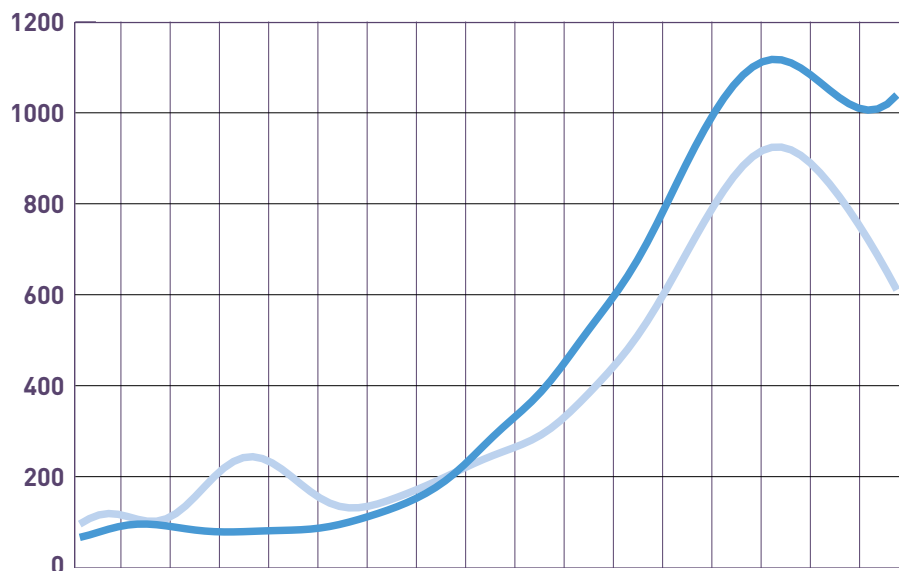
Ausgaben und Aufenthalt¹ nach Altersgruppen 2012	Ausgaben für Kranken- hausbehandlung	Krankenhaus- aufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	669,76	777,51
91 – 95	834,90	1.014,88
86 – 90	899,23	1.102,12
81 – 85	836,35	968,60
76 – 80	661,83	718,04
71 – 75	492,20	507,67
66 – 70	381,97	400,79
61 – 65	286,66	307,01
56 – 60	240,32	280,15
51 – 55	192,96	224,65
46 – 50	152,84	177,16
41 – 45	131,10	156,63
36 – 40	179,74	220,66
31 – 35	232,28	305,58
26 – 30	186,42	234,92
21 – 25	97,56	133,17
16 – 20	117,97	138,59
unter 16	81,76	73,72
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	1.026,20	953,74
91 – 95	1.040,86	1.119,87
86 – 90	1.099,81	1.150,28
81 – 85	1.016,03	944,26
76 – 80	853,17	745,54
71 – 75	653,29	564,46
66 – 70	520,66	458,58
61 – 65	376,74	341,03
56 – 60	282,73	267,22
51 – 55	187,12	182,87
46 – 50	130,58	128,24
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	82,34	81,98
31 – 35	77,66	78,71
26 – 30	75,09	76,90
21 – 25	90,70	107,75
16 – 20	83,40	78,76
unter 16	94,37	80,00

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

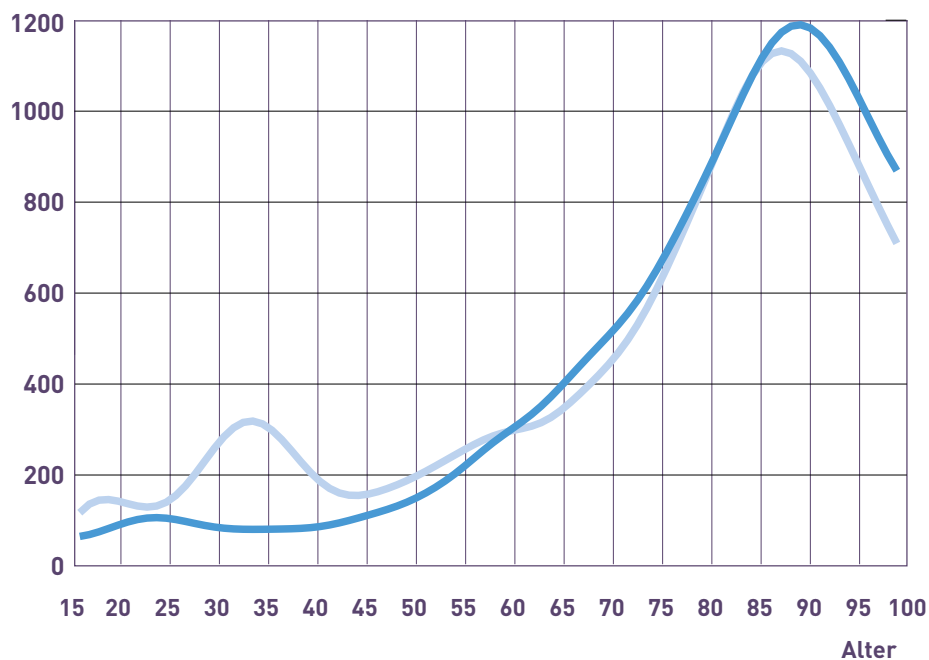
Altersabhängigkeit der Ausgaben und des Aufenthalts¹ im Krankenhaus 2012

■ 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 Krankentagegeld ¹ nach Altersgruppen 2012	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	122,07	327,73
56 – 60	99,12	321,16
51 – 55	89,48	250,38
46 – 50	98,81	188,70
41 – 45	100,02	141,43
36 – 40	66,63	115,14
31 – 35	48,57	79,64
26 – 30	84,58	62,26
21 – 25	448,34	40,69
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	174,00	355,76
56 – 60	142,66	273,73
51 – 55	129,99	193,53
46 – 50	101,75	135,46
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	76,49	77,93
31 – 35	109,11	69,81
26 – 30	180,84	68,16
21 – 25	53,87	54,62

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

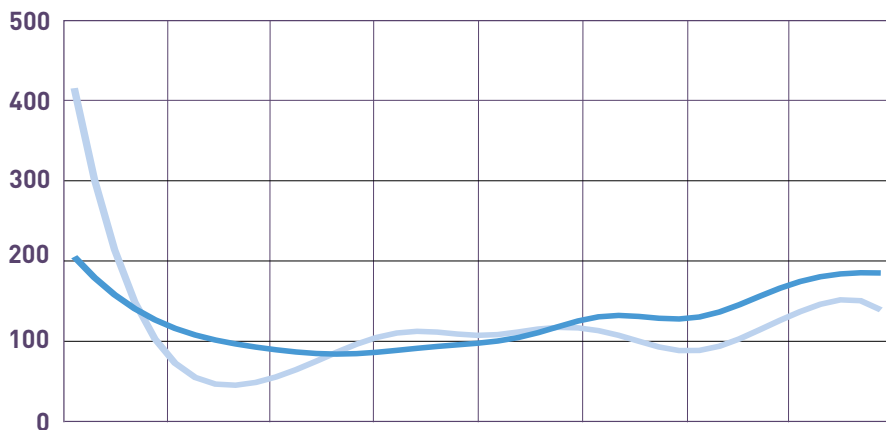
Z12/5105

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

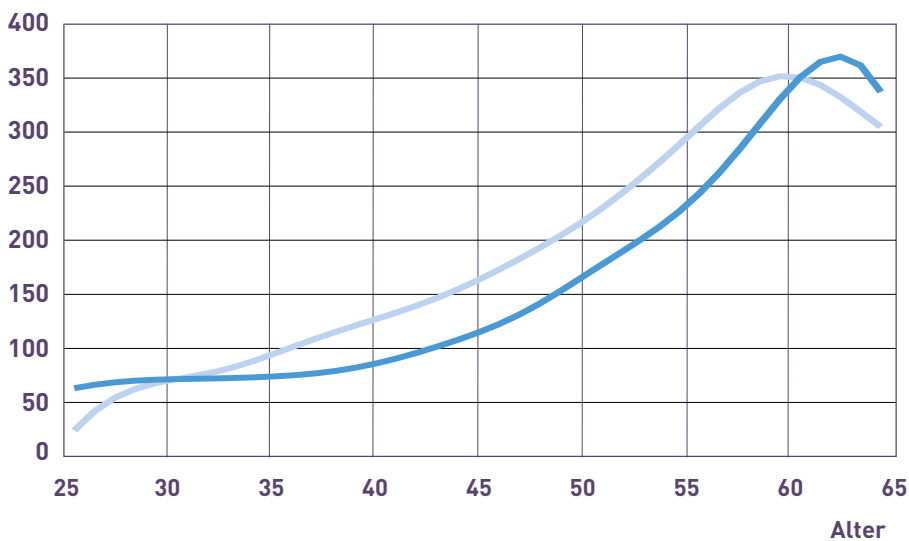
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld¹ 2012

■ 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.

Z12/5106

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.

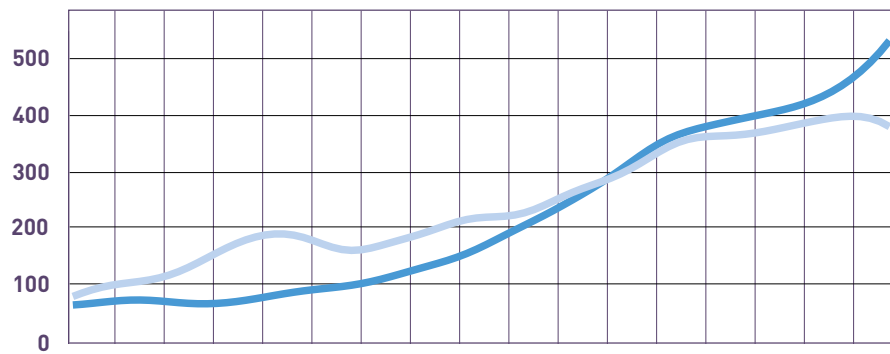
Ausgaben¹ im ambu- lanten Bereich nach Altersgruppen 2012	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	391,76	747,16	610,77	648,70
91 – 95	376,54	765,53	606,12	642,15
86 – 90	378,15	642,55	644,44	648,22
81 – 85	354,92	602,33	638,16	614,85
76 – 80	360,81	523,65	605,67	540,68
71 – 75	297,53	496,14	495,98	481,65
66 – 70	270,83	416,98	438,67	412,61
61 – 65	234,16	325,73	385,02	319,00
56 – 60	221,82	301,78	318,15	284,60
51 – 55	197,54	242,46	276,26	236,22
46 – 50	178,04	194,41	213,86	196,88
41 – 45	162,20	177,78	198,86	168,40
36 – 40	190,10	209,78	222,30	204,76
31 – 35	179,52	229,77	211,39	180,30
26 – 30	151,99	204,72	183,92	136,81
21 – 25	111,40	124,31	128,18	92,58
16 – 20	95,00	98,21	98,98	79,42
unter 16	70,10	68,20	58,07	55,23
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	480,89	592,29	674,32	636,67
91 – 95	444,82	667,57	650,68	779,75
86 – 90	396,18	673,29	692,15	715,29
81 – 85	388,53	598,12	788,12	685,74
76 – 80	364,91	592,31	675,42	587,18
71 – 75	306,79	478,67	535,08	453,98
66 – 70	265,17	390,33	427,00	363,29
61 – 65	211,66	295,21	316,44	266,57
56 – 60	171,95	216,34	222,65	197,58
51 – 55	140,41	164,69	168,09	154,26
46 – 50	115,47	124,06	127,07	111,88
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	90,20	91,64	86,46	79,94
31 – 35	77,08	88,63	71,20	63,95
26 – 30	68,11	85,02	106,60	66,18
21 – 25	87,83	97,53	73,85	73,42
16 – 20	69,96	71,09	78,86	60,43
unter 16	80,31	79,76	74,24	75,80

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

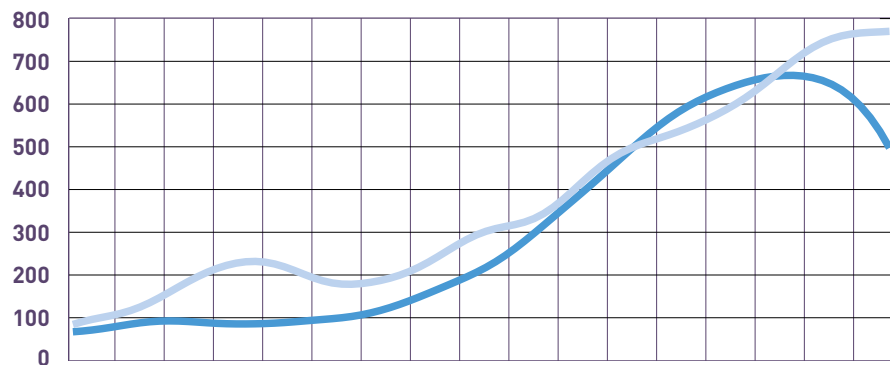
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2012

■ Frauen ■ Männer

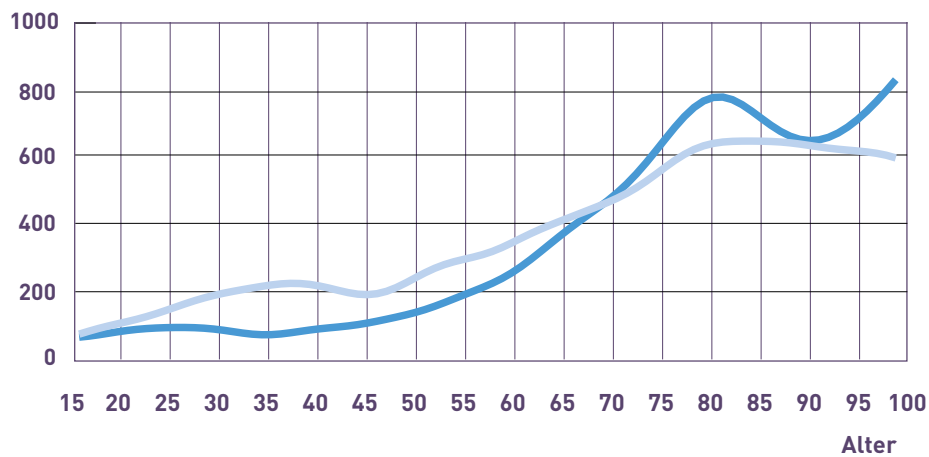
kein absoluter Selbstbehalt



Selbstbehalt bis 300 Euro



Selbstbehalt über 300 Euro bis 600 Euro

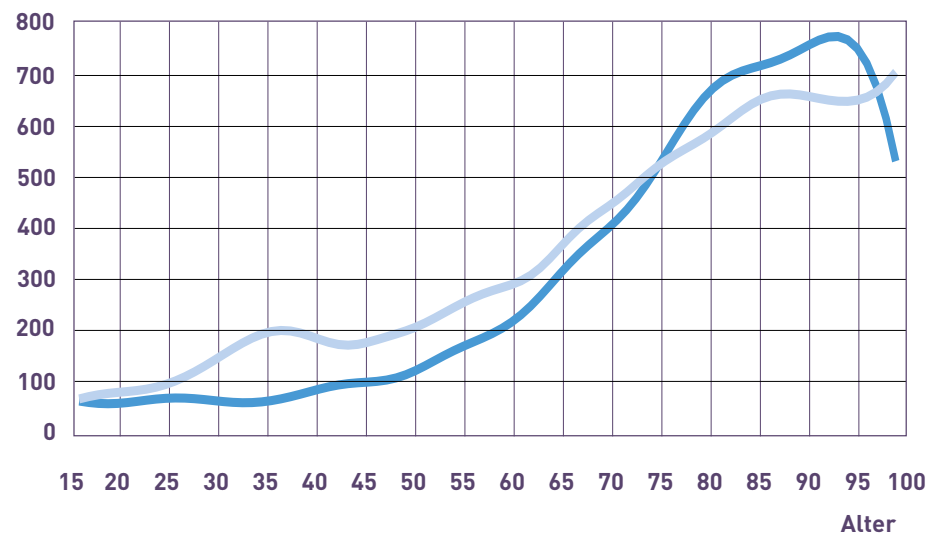


¹ Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2012 (Fortsetzung)

■ Frauen ■ Männer

Selbstbehalt über 600 Euro



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

Z12/5108-2

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

Abhängigkeit der Ausgaben vom Selbstbehalt 2012 ¹	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen	100,00	79,00	69,94	50,52
Männer	100,00	86,59	85,74	52,45

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

Z12/5109

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 2013“ zusammen.

Sterbetafel „PKV 2013“

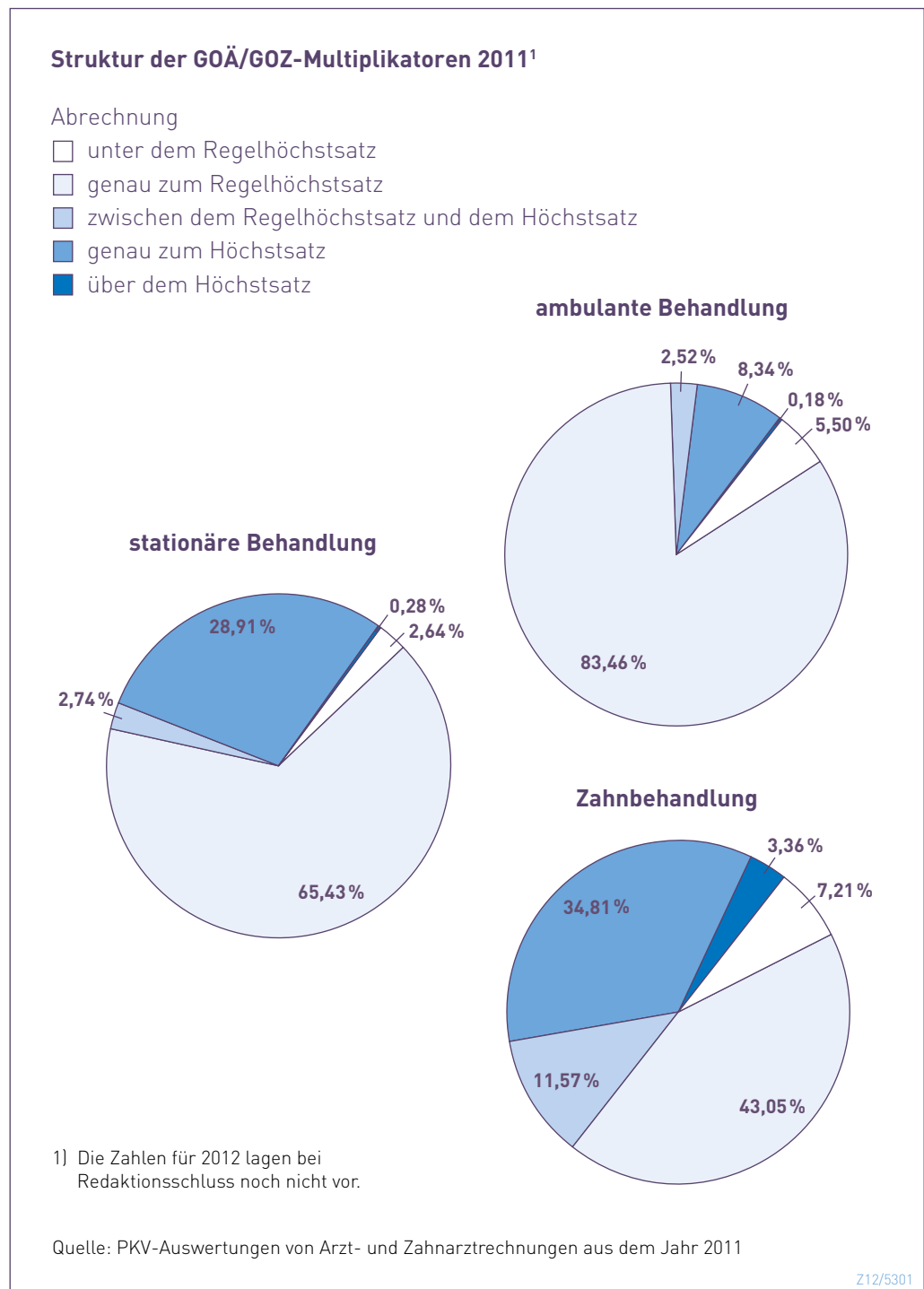
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,47	84,15
5	82,54	79,23
10	77,56	74,26
15	72,60	69,29
20	67,65	64,38
25	62,72	59,51
30	57,78	54,60
35	52,83	49,68
40	47,89	44,77
45	42,99	39,89
50	38,15	35,10
55	33,39	30,42
60	28,73	25,89
65	24,16	21,48
70	19,69	17,23
75	15,37	13,23
80	11,38	9,67
85	7,99	6,74
90	5,39	4,57
95	3,56	3,22
100	2,17	2,13

Z12/5201

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 19 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 Auswertung der anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Mehr als zwei Drittel der Rechnungen wurden 2011 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 etwa 30 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück – im ambulanten Bereich waren es gut acht 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 aufgeführt.

Einbettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2012 in Euro	2011 ² in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	90,03	89,74	+ 0,29	+ 0,32
Bayern	93,20	90,31	+ 2,89	+ 3,20
Berlin	118,41	120,34	- 1,93	- 1,60
Brandenburg	70,84	71,33	- 0,49	- 0,69
Bremen	96,11	95,01	+ 1,10	+ 1,16
Hamburg	95,91	96,69	- 0,78	- 0,81
Hessen	90,23	91,58	- 1,35	- 1,47
Mecklenburg- Vorpommern	77,59	80,50	- 2,91	- 3,61
Niedersachsen	84,49	85,34	- 0,85	- 1,00
Nordrhein- Westfalen	93,92	91,79	+ 2,13	+ 2,32
Rheinland- Pfalz	89,98	88,36	+ 1,62	+ 1,83
Saarland	62,86	64,62	- 1,76	- 2,72
Sachsen	64,78	65,44	- 0,66	- 1,01
Sachsen- Anhalt	90,65	91,73	- 1,08	- 1,18
Schleswig- Holstein	82,78	84,19	- 1,41	- 1,67
Thüringen	72,16	77,96	- 5,80	- 7,44
alte Länder (mit Berlin)	92,13	91,00	+ 1,13	+ 1,24
neue Länder	68,72	67,75	+ 0,97	+ 1,43
bundesweit	89,79	88,67	+ 1,12	+ 1,26

¹ Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer
² Werte im Vergleich zum Zahlenbericht des Vorjahres leicht korrigiert

Z12/5401

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2012 in Euro	2011 ² in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	45,25	45,20	+ 0,05	+ 0,11
Bayern	46,40	44,47	+ 1,93	+ 4,34
Berlin	45,40	46,09	- 0,69	- 1,50
Brandenburg	37,47	37,69	- 0,22	- 0,58
Bremen	49,54	47,67	+ 1,87	+ 3,92
Hamburg	47,14	47,00	+ 0,14	+ 0,30
Hessen	43,56	44,53	- 0,97	- 2,18
Mecklenburg- Vorpommern	30,00	30,79	- 0,79	- 2,57
Niedersachsen	42,88	43,30	- 0,42	- 0,97
Nordrhein- Westfalen	50,85	49,22	+ 1,63	+ 3,31
Rheinland- Pfalz	48,04	46,32	+ 1,72	+ 3,71
Saarland	29,31	30,38	- 1,07	- 3,52
Sachsen	29,71	29,82	- 0,11	- 0,37
Sachsen- Anhalt	44,14	44,47	- 0,33	- 0,74
Schleswig- Holstein	43,99	44,64	- 0,65	- 1,46
Thüringen	35,83	38,83	- 3,00	- 7,73
alte Länder (mit Berlin)	46,88	46,49	+ 0,39	+ 0,84
neue Länder	32,84	32,38	+ 0,46	+ 1,42
bundesweit	45,49	45,09	+ 0,40	+ 0,89

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

2 Werte im Vergleich zum Zahlenbericht des Vorjahres leicht korrigiert

Z12/5402

5.5 Krankheitsartenstatistik

Auf den Rechnungen der Leistungserbringer müssen per Gesetz Diagnosen aufgeführt werden. Im Jahr 2012 haben 12 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 2012	durchschnitt- liche Anzahl der Kranken- haustage	Aufteilung der Leistungen in Prozent	
		Frauen	Männer
I. infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,9	2,02	2,00
II. Neubildungen	8,6	11,52	12,28
III. Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwech- selkrankheiten	8,0	3,58	3,58
IV. Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe	9,2	0,80	0,69
V. seelische Störungen	33,0	8,80	7,35
VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	6,9	8,05	8,74
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	8,0	10,55	16,82
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane	7,4	4,02	4,34
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane	6,1	8,03	8,59
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	5,9	4,72	4,02
XI. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5,2	3,00	0
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	8,4	1,72	1,49
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	9,1	18,24	16,23
XIV. angeborene Missbildungen	6,4	1,01	0,93
XV. bestimmte Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität	11,6	0,57	0,45
XVI. Symptome und mangelhaft bezeich- nete Krankheiten und Todesursachen	6,0	5,84	4,98
XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalt- einwirkungen	7,6	7,53	7,51
insgesamt	9,5	100,00	100,00

Z12/5501

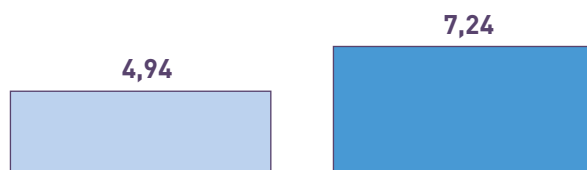
AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 35,3 Millionen Menschen mit HIV; 3,3 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich 2,3 Millionen Menschen im Jahr 2012 neu mit HIV infiziert. 1,6 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 4.050 positive HIV-Antikörpertests im Jahr 2012 gemeldet. Hierunter waren 1.096 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt, die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2012 unter ihren Vollversicherten 649 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 2012

■ Bevölkerung insgesamt ■ privat Vollversicherte



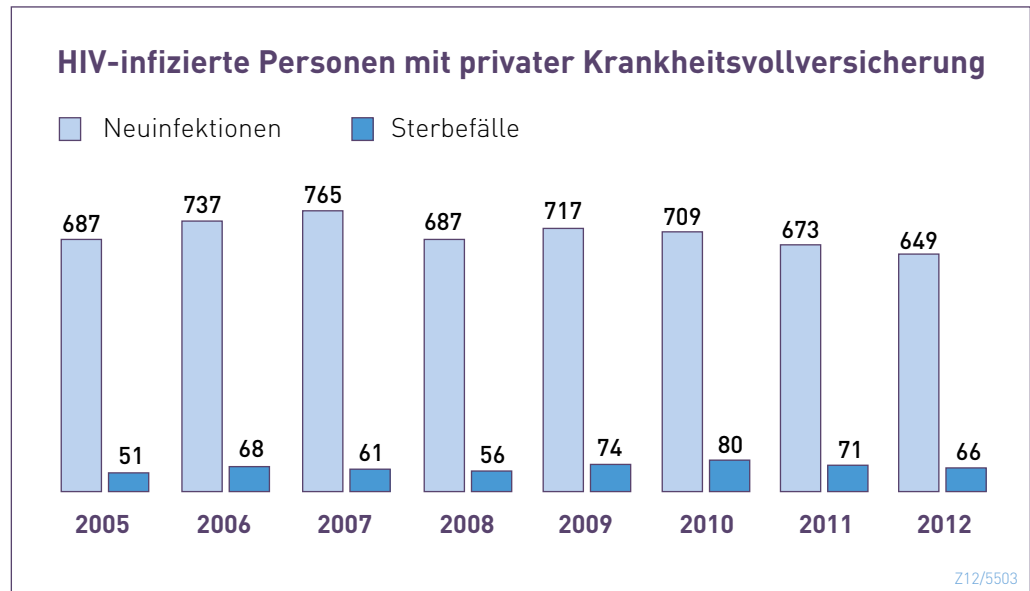
Quelle: Robert Koch-Institut¹ und eigene Erhebungen

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

Z12/5502

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

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



Die Zahl der Neuinfektionen verringerte sich 2012 deutlich. Sie ist aber noch immer hoch. Aufklärung bleibt somit weiterhin wichtig. Deshalb unterstützt die Private Krankenversicherung 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 2012 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von fast 20.000 Euro.



6. Zeitreihen 2002 - 2012



Krankheitsvoll- versicherung	2002	2003	2004	2005	2006
versicherte Personen	7.923.800	8.110.400	8.259.400	8.373.000	8.489.100
Nettoneuzugang	213.600	186.600	149.000	113.600	116.100
Zugänge aus der GKV	362.000	338.400	297.700	274.500	284.700
Abgänge zur GKV	129.800	130.400	130.600	154.200	143.900
Vollversi- cherte mit Wahlleistungen im Krankenhaus	6.967.800	7.102.000	7.117.000	7.205.900	7.206.300
Vollversicherte mit Beihilfebe- rechtigung	3.962.800	4.018.100	4.053.700	4.119.900	4.141.800

Pflege- versicherung	2002	2003	2004	2005	2006
versicherte Personen	8.827.100	8.999.300	9.117.600	9.164.300	9.276.800
davon Leistungs- empfänger	114.452	116.845	122.583	128.343	134.722

1 Angaben von Unternehmen 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

2007	2008	2009	2010	2011	2012
8.549.000	8.639.300	8.810.900	8.895.500	8.976.400	8.956.300
59.900	90.300	171.600	84.600	80.900	-20.100
233.700	244.900	288.200	227.700	232.000	159.900
154.700	151.000	146.500	153.200	157.600	162.400
7.214.900	7.217.600	7.300.200	7.298.800	7.322.500	7.304.100
4.148.900	4.161.500	4.194.000	4.226.300	4.246.700	4.254.900

Z12/6101

2007	2008	2009	2010	2011	2012
9.320.000	9.373.900 ¹	9.534.100	9.593.000	9.666.900	9.619.600
140.230	131.062 ¹	138.181	142.696	145.099	151.141

Z12/6102

Zusatzversicherungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	2002	2003	2004	2005	2006
Zusatzversicherungen insgesamt	14.160.700	14.687.600	15.897.900 ¹	17.087.800	18.400.500
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	4.472.900	4.715.100	4.804.400	5.040.000	5.096.500
Krankentagegeldversicherung	1.043.800	1.173.800	1.263.200	1.297.300	3.337.000
Krankenhaustagegeldversicherung	8.789.900	8.906.700	8.948.500	8.841.700	8.743.800
Pflegezusatzversicherung	690.000	749.600	787.100	832.900	988.800

¹ Umstellung der Zählweise, nach alter Zählung 16.141.000

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	2002	2003	2004	2005	2006
Krankenversicherung	21.096,6	22.892,8	24.541,6	25.480,2	26.611,5
davon					
Krankheitsvollversicherung	15.891,4	17.523,3	18.907,0	19.665,2	20.509,6
Pflegeversicherung	1.985,2	1.847,9	1.871,4	1.867,5	1.871,3
insgesamt	23.081,8	24.740,7	26.413,0	27.347,7	28.482,8

2007	2008	2009	2010	2011	2012
20.009.400	20.983.200	21.478.400	21.969.400	22.498.900	23.070.900
5.167.600	5.382.700	5.565.400	5.643.500	5.712.800	5.776.600
3.371.300	3.404.000	3.450.800	3.536.600	3.599.300	3.627.600
8.648.100	8.545.700	8.449.900	8.333.900	8.246.300	8.153.500
1.174.000	1.316.200	1.500.500	1.699.500	1.880.400	2.186.700

Z12/6103

2007	2008	2009	2010	2011	2012
27.578,4	28.360,3	29.393,7	31.174,3	32.562,3	33.616,9
21.209,3	21.790,0	22.564,2	24.072,1	25.150,9	25.862,9
1.882,9	1.970,2	2.074,2	2.096,0	2.105,1	2.010,7
29.461,3	30.330,5	31.467,9	33.270,3	34.667,4	35.627,6

Z12/6201

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2002	2003	2004	2005
ambulante Leistungen	6.132,1	6.582,3	6.968,4	7.382,8
davon				
Arztbehandlung	3.467,9	3.700,1	3.947,1	4.164,0
Heilpraktikerbehandlung	114,9	120,5	136,2	151,5
Arzneien und Verbandmittel	1.509,3	1.652,0	1.700,7	1.798,0
Heilmittel	495,3	523,2	564,0	596,2
Hilfsmittel	485,2	523,8	549,2	590,1
Sonstiges	59,5	62,7	71,2	83,0
stationäre Leistungen	4.822,0	4.866,7	5.042,5	5.203,8
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	2.280,8	2.388,8	2.454,1	2.628,5
Wahlleistung Chefarzt	1.854,3	1.909,8	1.936,6	1.942,2
Wahlleistung Unterkunft	555,5	441,0	523,7	506,9
Ersatz-Krankenhaustagegeld	73,9	65,2	63,3	58,7
Sonstiges	57,5	61,9	64,8	67,5
Zahnleistungen	2.086,2	2.160,0	2.316,8	2.436,9
davon				
Zahnbehandlung	825,7	853,8	894,7	937,9
Zahnersatz	1.116,8	1.161,1	1.256,3	1.321,4
Kieferorthopädie	129,3	131,7	151,7	166,1
Sonstiges	14,4	13,4	14,1	11,5
Krankentagegeld	736,7	729,8	726,0	717,9
Krankenhaustagegeld	519,0	508,9	511,8	508,9
Pflegezusatzversicherung	7,8	9,9	11,9	14,6
sonstige Leistungen	42,4	52,9	50,5	52,7
Besondere Versicherungsformen	376,4	381,6	397,0	432,8
Krankenversicherung	14.722,6	15.292,1	16.024,9	16.750,4
Pflegeversicherung	496,9	517,9	528,5	549,8
insgesamt	15.219,5	15.810,0	16.553,4	17.300,2

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
7.682,8	8.273,9	8.921,1	9.316,0	9.556,7	9.864,4	10.006,3
4.291,6	4.591,4	4.944,0	5.124,3	5.238,9	5.405,3	5.471,2
166,1	186,8	196,6	207,5	218,7	239,3	245,1
1.881,0	2.047,4	2.223,3	2.330,8	2.406,3	2.448,7	2.461,1
631,9	676,0	730,5	764,1	800,5	838,6	861,7
623,1	674,5	719,9	739,4	762,3	790,5	812,5
89,1	97,8	106,8	149,9	130,0	142,0	154,7
5.388,7	5.556,0	5.838,5	6.114,0	6.425,8	6.695,1	6.741,1
2.714,4	2.809,5	2.998,7	3.199,5	3.458,2	3.650,4	3.699,6
2.031,9	2.092,8	2.194,2	2.254,1	2.293,0	2.345,5	2.343,6
513,5	519,6	505,9	519,6	525,9	542,9	541,1
58,9	56,7	55,6	51,2	51,1	51,5	49,5
70,0	77,4	84,1	89,6	97,6	104,8	107,3
2.501,4	2.716,6	2.902,1	3.039,4	3.214,4	3.408,3	3.649,7
974,5	1.029,5	1.081,7	1.104,8	1.145,0	1.198,0	1.290,7
1.340,1	1.491,8	1.620,3	1.725,3	1.852,6	1.984,5	2.121,4
174,1	186,5	191,9	202,1	210,1	219,0	230,1
12,7	8,8	8,2	7,2	6,7	6,8	7,5
707,5	705,4	744,5	803,8	840,2	864,0	874,3
494,1	500,6	512,4	507,4	504,3	505,3	495,4
17,2	20,3	24,2	29,6	35,4	44,4	54,0
51,0	47,7	58,3	66,6	50,5	62,6	77,9
432,0	499,0	550,2	576,6	589,4	609,5	609,0
17.274,7	18.319,5	19.551,3	20.453,4	21.216,7	22.053,6	22.507,7
563,8	578,1	617,7	667,7	698,8	720,5	779,3
17.838,5	18.897,6	20.169,0	21.121,1	21.915,5	22.774,1	23.287,0

Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Person in Prozent	2002	2003	2004	2005
ambulante Leistungen	+3,31	+4,66	+3,70	+4,27
davon				
Arztbehandlung	-2,09	+4,03	+4,49	+3,83
Heilpraktikerbehandlung		+2,24	+10,71	+9,50
Arzneien und Verbandmittel	+4,47	+6,72	+0,84	+4,05
Heilmittel	+5,02	+3,00	+5,59	+4,03
Hilfsmittel	+1,67	+5,27	+2,69	+5,75
Sonstiges		+2,76	+11,25	+14,71
stationäre Leistungen	-0,02	-0,91	+1,35	+2,19
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	+3,69	+2,12	+0,63	+5,42
Wahlleistung Chefarzt	-3,19	+0,43	-0,65	-1,49
Wahlleistung Unterkunft	-27,90	-22,60	+16,35	-4,92
Ersatz-Krankenhaustagegeld		-13,96	-4,99	-8,82
Sonstiges		+4,89	+2,59	+2,53
Zahnleistungen	-0,08	+0,96	+5,06	+3,52
davon				
Zahnbehandlung	-4,34	+0,82	+2,64	+3,17
Zahnersatz	+1,16	+1,37	+5,98	+3,52
Kieferorthopädie	+7,12	-0,67	+12,78	+7,77
Sonstiges		-9,24	+2,99	-19,77
Krankentagegeld	+2,08	-3,41	-2,56	-2,67
Krankenhaustagegeld	-4,17	-4,38	-1,50	-2,14
Pflegezusatzversicherung		+23,00	+17,89	+21,38
sonstige Leistungen	-70,66	+21,77	-6,52	+2,76
Besondere Versicherungsformen		-1,14	+1,89	+7,30
Krankenversicherung	+2,76	+1,28	+2,64	+2,88
Pflegeversicherung	-0,58	+1,62	-0,05	+2,39
Versicherungsleistungen insgesamt	+2,64	+1,29	+2,56	+2,86
davon Gesamt für Krankheitskosten	+0,76	+2,26	+3,13	+3,49

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
+2,65	+6,58	+6,88	+2,86	+0,79	+2,27	+1,09
+1,66	+5,88	+6,74	+2,09	+0,45	+2,22	+0,88
+8,12	+11,32	+4,33	+3,93	+3,56	+8,42	+2,09
+3,19	+7,72	+7,64	+3,26	+1,43	+0,82	+0,16
+4,55	+5,87	+7,12	+3,02	+2,93	+3,79	+2,40
+4,16	+7,13	+5,80	+1,16	+1,29	+2,74	+2,44
+5,91	+8,61	+8,28	+38,21	-14,55	+8,24	+8,56
+2,01	+2,34	+4,36	+3,37	+4,15	+3,61	+0,42
+1,86	+2,44	+5,80	+5,10	+6,19	+4,58	+1,00
+2,99	+2,43	+3,60	+0,78	-0,34	+1,62	-0,61
-0,26	+0,62	-3,80	+0,77	-0,84	+2,58	-0,86
-1,23	-4,37	-3,05	-9,66	-2,24	0,00	-4,29
+2,22	+9,52	+7,70	+4,90	+7,30	+6,44	+2,05
+1,25	+7,48	+5,90	+3,16	+3,94	+5,05	+6,72
+2,48	+4,56	+4,15	+0,60	+1,86	+3,67	+7,37
+0,04	+10,17	+7,67	+4,88	+5,53	+6,13	+6,54
+3,41	+6,00	+2,01	+3,72	+2,18	+3,29	+4,69
+9,42	-31,79	-7,77	-12,63	-8,43	0,00	+10,53
-2,79	-1,33	+4,63	+6,35	+3,01	+1,89	+0,85
-4,23	+0,27	+1,46	-2,47	-2,05	-0,72	-2,30
+15,91	+16,67	+18,49	+20,21	+17,99	+24,25	+21,13
-4,57	-7,44	+21,07	+12,54	-25,29	+22,98	+23,97
-1,54	+14,31	+9,31	+3,23	+0,73	+2,46	-0,43
+1,73	+4,95	+5,79	+3,04	+2,23	+2,98	+1,71
+1,15	+1,48	+5,91	+6,48	+3,14	+2,15	+7,79
+1,71	+4,84	+5,80	+3,15	+2,26	+2,96	+1,91
+2,19	+5,37	+5,83	+3,09	+2,16	+3,22	+1,97

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	2002	2003	2004	2005	2006
Entnahmen	2000,4	2311,6	2.084,0	2.409,0	2.497,9
davon					
zur Verrechnung inkl. Mittel nach § 12a Abs. 2 VAG	1.137,9	1.495,4	833,2	1.185,9	1.118,4
zur Verrechnung gemäß § 12a Abs. 3 VAG			410,8	311,3	414,0
zur Baraus- schüttung	862,5	816,2	840,0	911,8	965,5
Zuführung	1.660,2	2.380,5	3.233,6	3.444,2	3.662,0
Bestand	6.380,8	6.039,6	7.190,0	8.225,2	9.389,3

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Zuführung	8.077,3	8.841,3	8.673,1	9.559,3	10.061,8
davon					
Kranken- versicherung	6.773,6	6.933,1	7.514,1	7.892,8	8.813,6
Pflege- versicherung	1.303,7	1.908,2	1.159,0	1.666,5	1.248,2
Bestand	76.297,2	85.138,5	93.811,6	103.370,9	113.432,7
davon					
Kranken- versicherung	66.407,7	73.340,8	80.854,9	88.747,7	97.561,3
Pflege- versicherung	9.889,5	11.797,7	12.956,7	14.623,2	15.871,4

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.

2007	2008	2009	2010	2011	2012
2.379,4	3.498,5	2.850,8	4.230,5	2.766,1	3.127,2
1.049,8	2.026,3	1.310,5	2.493,6	1.188,7	1.515,4
294,0	309,4	264,4	468,4	186,6	190,4
1.035,6	1.162,8	1.275,9	1.268,5	1.390,8	1.421,4
3.686,0	2.492,5	2.913,7	3.760,1	4.156,8	4.944,6
10.695,9	9.690,0	9.752,9	9.282,5	10.673,2	12.490,6

Z12/6401

2007	2008	2009	2010	2011	2012
10.212,6	10.733,9	10.945,0	12.680,6	11.422,6	23.610,9
8.933,5	8.696,2	9.732,0	10.547,5	9.934,1	20.436,9
1.279,1	2.037,7	1.213,0	2.133,1	1.488,5	3.174,0
123.645,3	134.379,2	145.324,2	158.004,8	169.427,4	181.615,7
106.494,8	115.191,0	124.923,0	135.470,5	145.404,6	155.907,4
17.150,5	19.188,2	20.401,2	22.534,3	24.022,8	25.708,3

Z12/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	2002	2003	2004	2005	2006
Abschlussaufwendungen	2.232,7	2.295,3	2.328,8	2.361,0	2.416,1
Verwaltungsaufwendungen	750,8	758,0	758,6	781,7	786,1

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2002	2003	2004	2005
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,66	0,64	0,60	0,66
Anteil an verbundenen Unternehmen	1,37	0,87	0,62	0,19
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1,89	0,71	0,39	0,42
Beteiligungen	3,03	0,64	0,98	0,37
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	3,66	3,46	2,91	2,06
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	23,20	13,60	15,71	16,70
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	17,22	13,75	7,60	18,00
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	0,80	1,07	1,87	1,26
Namensschuldverschreibungen	20,64	27,23	20,77	19,83
Schuldscheinforderungen und Darlehen	22,34	34,22	38,69	20,30
übrige Ausleihungen	0,46	0,55	0,54	0,29
Einlagen bei Kreditinstituten	3,95	2,58	6,95	6,04
andere Kapitalanlagen	0,78	0,68	2,37	13,88
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2007	2008	2009	2010	2011	2012
2.383,4	2.528,6	2.668,5	2.649,0	2.756,2	2.588,3
783,1	790,2	802,6	815,0	849,2	879,4

Z12/6601

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0,24	0,15	0,54	0,32	0,46	0,31	0,18
0,55	0,60	1,36	0,36	1,83	1,15	1,46
0,18	0,63	1,78	0,25	0,27	0,47	1,02
1,23	0,97	1,19	0,67	0,74	0,72	0,63
2,22	2,33	3,19	1,82	1,20	0,21	0,05
20,80	15,08	14,78	12,49	15,27	16,68	21,75
6,81	5,93	8,84	14,89	17,87	15,63	23,06
2,20	1,35	1,31	1,16	1,86	2,51	2,20
24,91	25,73	21,63	21,93	26,19	24,84	13,71
16,50	18,19	18,02	23,24	14,53	17,83	21,89
0,51	0,45	0,11	0,00	0,02	0,02	0,13
2,48	3,14	17,52	13,29	4,81	4,72	3,20
21,37	25,45	9,73	9,58	14,95	14,91	10,72
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z12/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	2002	2003	2004	2005
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.767,2	1.838,7	1.870,0	1.893,0
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.442,8	1.546,4	1.502,7	1.381,2
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	544,6	689,4	727,7	547,5
Beteiligungen	1.579,2	1.417,0	1.527,0	1.196,8
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	834,3	878,6	833,8	642,3
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	21.499,1	21.445,7	22.601,6	25.419,6
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	4.159,3	4.514,1	4.427,1	6.424,9
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1.846,5	2.032,6	2.389,9	2.661,0
Namensschuldverschreibungen	27.580,7	31.370,7	33.060,5	36.779,8
Schuldscheinforderungen und Darlehen	23.696,3	28.873,7	35.440,1	39.428,6
übrige Ausleihungen	864,5	1.001,8	1.113,8	1.186,9
Einlagen bei Kreditinstituten	1.988,0	1.927,5	1.849,6	1.374,6
andere Kapitalanlagen	432,7	216,1	713,6	252,1
insgesamt	88.235,2	97.752,3	108.057,4	119.188,3

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.716,8	1.590,0	1.514,2	1.551,9	1.600,9	1.625,4	1.620,2
1.321,0	1.333,1	1.639,8	1.633,1	2.075,1	2.059,8	2.293,3
540,3	635,8	1.050,3	1.077,4	1.155,4	1.170,3	1.547,8
1.435,9	1.350,3	1.528,8	1.648,8	1.747,4	1.909,8	2.065,3
687,4	58,7	361,9	518,9	476,6	499,0	250,8
27.115,6	29.331,1	30.327,5	30.458,5	33.671,0	36.001,1	42.547,6
6.504,6	7.048,2	8.240,1	10.273,0	14.153,4	17.475,4	24.330,9
3.214,0	3.387,6	3.540,7	3.686,9	3.943,3	4.446,6	4.992,1
41.976,8	47.256,6	49.463,5	54.681,4	58.998,7	65.130,4	66.811,5
42.859,8	46.705,8	49.199,5	54.342,0	54.302,9	53.837,4	52.083,3
1.328,4	1.565,5	1.695,4	1.460,2	1.042,8	960,4	772,9
1.459,5	1.641,1	2.496,3	1.458,3	1.788,4	2.612,5	2.527,2
356,7	437,8	432,1	516,2	526,3	573,8	629,9
130.516,8	142.341,6	151.490,1	163.306,6	175.482,2	188.301,9	202.472,8

Z12/6702

6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2002	2003	2004	2005
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	13,40	13,26	13,21	13,76
RfB- Quote	23,01	20,46	23,81	26,38
RfB- Zuführungsquote	6,03	8,06	10,92	10,94
RfB- Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag	57,13	64,82	50,02	56,87
- Barausschüttung	42,87	35,18	49,98	43,13
Überschussverwendungsquote	91,86	91,49	91,96	92,00
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	5,00	8,14	10,66	10,14
Nettoverzinsung	4,53	4,85	4,78	5,11
Schadenquote	82,11	79,56	77,69	78,40
Quote der Abschlussaufwendungen	9,64	9,24	8,79	8,61
Quote der Verwaltungsaufwendungen	3,24	3,05	2,86	2,85
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	6,23	7,25	6,74	3,50
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	2,77	2,35	1,83	1,38
- Zusatzversicherung	0,63	3,69	9,84	7,48
- insgesamt	1,38	3,21	6,99	5,40
Vorsorgequote	34,51	37,26	40,18	41,87

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14,17	14,90	14,50	14,59	14,54	14,71	15,19
29,55	32,82	29,21	28,41	26,11	29,03	30,59
11,42	11,15	7,67	8,26	10,30	11,07	11,68
54,07	51,00	64,32	51,60	67,45	47,89	53,94
45,93	49,00	35,68	48,40	32,55	52,11	46,06
91,93	89,64	89,03	87,04	88,38	88,47	88,58
10,96	10,43	9,21	8,26	10,81	12,15	13,21
4,82	4,75	3,56	4,27	4,23	4,08	4,21
77,82	78,83	79,85	80,72	78,78	77,45	77,05
8,46	8,08	8,33	8,47	7,96	7,95	7,26
2,76	2,66	2,60	2,55	2,45	2,45	2,47
4,09	3,27	2,93	3,78	5,70	4,19	2,79
1,57	0,71	1,04	2,06	0,96	0,91	-0,22
9,30	7,45	6,40	2,38	2,41	2,41	2,56
6,76	5,34	4,80	2,29	1,99	1,98	1,77
42,50	42,44	35,70	38,78	40,21	40,50	41,71

Z12/6801



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 Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung.

I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland

Bevölkerung am 31. Dezember in 1.000 Personen	2010	2011	2012
insgesamt	81.751,6	81.843,7	82.020,6
davon			
Frauen	41.639,2	41.637,1	41.673,7
Männer	40.112,4	40.206,7	40.346,9
Geburten¹	677,9	662,7	673,6
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.099,6	4.089,7	4.108,2
6 bis unter 15	6.841,6	6.742,4	6.628,8
15 bis unter 25	9.136,4	9.040,4	8.957,3
25 bis unter 45	21.387,6	21.081,8	20.877,3
45 bis unter 65	23.442,2	24.008,9	24.446,0
ab 65	16.844,3	16.880,6	17.002,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2013)

1 Lebendgeborene

Z12/A1101

Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren¹	Frauen	Männer
0	82,73	77,72
5	78,04	73,08
10	73,07	68,11
15	68,10	63,15
20	63,16	58,25
25	58,22	53,40
30	53,29	48,56
35	48,38	43,72
40	43,50	38,93
45	38,69	34,22
50	33,98	29,67
55	29,41	25,37
60	24,96	21,31
65	20,68	17,48
70	16,53	13,89
75	12,60	10,58
80	9,13	7,77
85	6,29	5,52
90	4,25	3,84
95	2,97	2,71
100	2,14	1,98

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2012)

¹ nach Sterbetafel 2009/2011. Eine neuere Sterbetafel lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z12/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen**Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹**

davon

Frauen

Männer

Arbeitslose²

davon

Frauen

Männer

2010**2011****2012****27.853****28.558****29.049**

12.837

13.139

13.391

15.016

15.419

15.658

3.238**2.976****2.897**

1.479

1.390

1.347

1.760

1.586

1.550

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Juni 2013)

1 Quartalsschnitt anhand der Zahlen für Ende März, Juni, September und Dezember

2 Jahresdurchschnitt

Z12/A1103

**durchschnittliche Brutto-
monatsverdienste der
Arbeitnehmer¹** in Euro**Frauen****Männer****insgesamt****2010****2011****2012**

3.025

3.110

3.180

3.769

3.901

4.000

3.543**3.661****3.749**

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2013)

1 Vollzeitbeschäftigte 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 früher veröffentlichten Zahlen vergleichbar.

Z12/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsberufen tätige Personen	2010	2011	2012
Ärzte	333.599	342.063	348.695
davon niedergelassen	124.685	124.012	123.213
Zahnärzte	67.820	68.502	69.236
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen^{1,2} (ohne Altenpfleger)	2.252.000	2.285.000	
Altenpfleger²	421.000	444.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt
(Stand: Januar 2013/September 2013)

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

2 Die Zahlen für 2012 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z12/A1201

Anzahl der Krankenhäuser/ Krankenhausbetten	2010	2011	2012¹
Krankenhäuser	2.064	2.045	2.017
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	502.749	502.029	501.489

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2013)

1 Für 2012 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.

Z12/A1202

Anzahl der Apotheken	2010	2011	2012
Apotheken	21.441	21.238	20.921

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Dezember 2012)

Z12/A1203

Gesundheitsausgaben	2010	2011	2012
insgesamt in Mrd. Euro ¹	288,3	293,8	
BIP in Mrd. Euro ¹	2.476,8	2.570,8	2.643,9
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent	11,5	11,3	
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro ¹	3.530	3.590	

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: April 2013)

1 Die Zahlen für 2012 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z12/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2009	2010	2011
Arztbehandlung	5.235	5.227	5.382
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	2.600	2.620	2.846
Krankenhaus	576	665	530
Zahnmedizin	2.224	2.260	2.352
insgesamt	10.635	10.772	11.110

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: März 2013)

Z12/A1205

I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2010	2011	2012
Frauen	36.975.233	36.901.675	36.922.495
davon			
mitversichert	10.959.306	10.660.887	10.433.981
freiwillig versichert ²	1.411.268	1.578.442	1.640.226
Männer	32.857.478	32.863.492	32.987.374
davon			
mitversichert	7.238.597	7.102.310	7.033.499
freiwillig versichert ²	3.041.035	3.398.780	3.543.590
insgesamt	69.832.711	69.765.167	69.909.869
davon			
mitversichert	18.197.903	17.763.197	17.467.480
freiwillig versichert ²	4.452.303	4.977.222	5.183.816

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2012)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z12/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2010	2011	2012
Ortskrankenkassen	15	13	12
Betriebskrankenkassen	138	124	119
Innungskrankenkassen	13	7	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen	9	9	9
Bundesknappschaft	1	1	1
Ersatzkassen	8	6	6
insgesamt	184	160	153

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2012)

Z12/A1302

**Einnahmen und Ausgaben
der GKV in Mio. Euro**

	2010	2011	2012
Einnahmen	175.597,3	183.773,6	189.688,2
davon			
Bundeszuschuss	15.700,0	15.300,0	14.000,0
Ausgaben	175.993,0	179.608,5	184.248,6
davon			
Leistungsausgaben	164.963,8	168.742,0	173.152,4
Netto- Verwaltungskosten	9.510,2	9.440,9	9.665,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2013)

Z12/A1303

**Finanzsituation in der
Sozialen Pflegeversicherung
in Mrd. Euro**

	2010	2011	2012
Kapitalreserve am 1. Januar	4,80	5,13	5,45
Defizit	-	-	-
Überschuss	0,34	0,31	0,10
Kapitalreserve am 31. Dezember	5,13	5,45	5,55

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: August 2013)

Z12/A1304

Rechengrößen der Gesetzlichen Krankenversicherung	2002	2003	2004	2005
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
West	40.500			
Ost				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren		41.400	41.850	42.300
für alle übrigen Arbeitnehmer		45.900	46.350	46.800
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	40.500	41.400	41.850	42.300
Ost				
(durchschnittlicher) allgemeiner Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung²				
West	14,0	14,4	14,3	14,2
Ost	14,0	14,1	14,0	13,9
(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung				
West	472,5	496,80	498,71	500,55
Ost	472,5	486,45	488,25	489,98

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

2 Es handelt sich um einen beobachteten Wert, der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde. 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. Seit dem 1. Januar 2009 müssen alle gesetzlichen Kassen einen einheitlichen Beitragssatz erheben.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
42.750	42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900	47.250
47.250	47.700	48.150	48.600	49.950	49.500	50.850	52.200
42.750	42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900	47.250
14,3	14,9	14,9 ³	15,5/ 14,9 ⁴	14,9	15,5	15,5	15,5
13,9	14,5						
509,44	530,81	536,40	569,63/ 547,58 ⁴	558,75	575,44	592,88	610,31
495,19	516,56						

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

4 Der einheitliche Beitragssatz betrug von Januar bis Juni 2009 15,5 Prozent, von Juli bis Dezember 2009 14,9 Prozent.

Z12/A1305

II. Glossar

Abschlussaufwendungen

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

Alterungsrückstellungen

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

Barausschüttung

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

Basistarif

Der brancheneinheitliche Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Er wird sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten. Für die Versicherungsunternehmen besteht in diesem Tarif hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang – z. B. für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind. Es darf im Basistarif weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse geben, die Leistungen orientieren sich am Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Weist ein Basistarifversicherter Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts nach, so wird der Beitrag während dieser Zeit halbiert. Der Basistarif löste 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 Angestellte 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 und eingetragene Lebenspartner 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 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 bzw. 5,6 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 verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden. Ist selbst der Höchstsatz für die Behandlung nicht angemessen, so darf der Arzt grundsätzlich auch diesen überschreiten. Allerdings muss er dies vor Beginn der Behandlung schriftlich begründen und die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einholen (Honorarvereinbarung).

GPV

Die Abkürzung GPV steht für Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. Mai 1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde beschlossen, dass die Versicherung dieser Personen über

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

ICD – International Classification of Diseases

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

Kapitalanlagebestand, mittlerer

Die Bezeichnung „mittlerer Kapitalanlagebestand“ wird für den durchschnittlichen Kapitalanlagebestand verwendet. Während die Angaben in Kapitel 3.3 zu den Kapitalanlagen den Stand 31. Dezember des Berichtsjahres 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 Abschlusssaufwendungen** ergibt sich aus dem Verhältnis von Abschlusssaufwendungen [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** [G] 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 Jahresbeitragseinnahmen 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 wer-

den. 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 Betrags, so spricht man von einem in Rückdeckung genommenen Geschäft.

Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

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

Schadenregulierungsaufwendungen

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

Schadenrückstellung

Mit Schadenrückstellung bezeichnet man kurz die Rückstellung für noch nicht abgewinkelte 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 Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung 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.

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].

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 2013)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München
Postanschrift: Postfach 11 30, 85765 Unterföhring
Tel.: (089) 38 00-10 00 / Fax: (0800) 4 40 01 03
www.allianzdeutschland.de
service.apkv@allianz.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Straße 96, 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 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Straße 96, 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 AG

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.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

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



Gesundheit bewegt uns.

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-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

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



Continental 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



Versichern und Bausparen

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.
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 Krankenversicherungs-
verein a.G.**
Neue Rabenstraße 15–19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 41 24-79 69 / Fax: (040) 41 24-76 78
www.deutscherring-kranken.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 AG
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



ENVIVAS Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (0800) 4 25 25 25 / 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
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**
Hansaallee 154, 60320 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 Speziale
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
Bahnhofsplatz, 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 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de

**KRANKEN- u. STERBEKASSE „Mathilde“
VVG Hainstadt am Main**

Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29
www.mathilde-hainstadt.de
info@mathilde-hainstadt.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



Landeskrankehilfe 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
VVG**

Friedenstraße 18, 93053 Regensburg
Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG

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



Mannheimer Krankenversicherung AG

Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-51 00 / Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Platz der Mecklenburgischen 1, 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.

Pettenkoferstraße 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
im Raum der Kirchen**

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



**Provinzial 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

Raiffeisenplatz 1, 65189 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 35-0 / 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.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.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 AG

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



vigo Krankenversicherung VVaG

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.vigo-krankenversicherung.de
service@vigo-krankenversicherung.de



Wüstenrot & Württembergische.
Der Vorsorge-Spezialist.

Württembergische Krankenversicherung AG

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

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:



Versichert nach dem Reinheitsgebot

Bayerische Beamten Versicherung AG

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Tel.: (089) 67 87-0 / Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
info@bbv.de



CSS Versicherung AG

Pflugstraße 20, LI-9490 Vaduz
Tel.: (00423) 3 75 02 77 / Fax: (00423) 3 75 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com



DFV Deutsche Familienversicherung AG

Reuterweg 47, 60323 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 9 58 69 69 / Fax: (069) 9 58 69 58
www.dfv.ag
service@dfv.ag



Europ Assistance Versicherungs-AG

Infanteriestraße 11, 80797 München
Tel.: (089) 5 59 87-0 / Fax: (089) 5 59 87-1 99
www.europ-assistance.de
info@europ-assistance.de



Janitos Versicherung AG

Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Postanschrift: Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg
Tel.: (06221) 7 09-10 00 / Fax: (06221) 7 09-10 01
www.janitos.de
info@janitos.de



WGV-Versicherung AG

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de



Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Postanschrift: Postfach 68 29, 97018 Würzburg
Tel.: (0931) 27 95-0 / Fax: (0931) 27 95-2 95
www.wuerzburger.com
info@wuerzburger.com

Verbundene Einrichtungen:



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7, 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: Postfach 30 08 66, 70448 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 95
www.pbeakk.de
pr@pbeakk.de

IV. Stichwortverzeichnis

AIDS-Statistik	85 f.
Alterungsrückstellungen	18, 19, 37, 41, 44 f., 49, 63 ff., 96 f., 116, 119
Basistarif	29 ff., 116, 120, 121
Beitragsbemessungsgrenze	114 f., 117
Einbettzimmerzuschlag	81 f.
Frauen	107 ff.
Lebenserwartung	79, 108
Selbstbehalt	40, 75 ff.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	54, 70 ff., 84
Gesetzliche Krankenversicherung	112 ff.
Einnahmen und Ausgaben	55 ff., 113
Versicherte mit privatem Zusatzschutz	14, 17, 33, 38 f.
Wechsler zwischen GKV und PKV	25 f., 30, 88 f.
GPV	9, 39, 118
Jahresergebnis	19
Kennzahlen	21, 102 f., 119 f.
Kinder	107 f.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	54
Männer	107 ff.
Lebenserwartung	79, 108
Selbstbehalt	40, 75 ff.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	54, 70 ff., 84
Mitgliedsunternehmen	9 ff., 16, 123 ff.
Rückstellungen für	
Beitragsrückerstattung	19, 21, 37, 41 f., 44 f., 49 f., 62 ff., 96 f., 102 f., 119, 120
Standardtarif	29, 121
modifizierter Standardtarif	29 f., 120
Steuern	19 f.
Umlage	29, 69
Private Pflegeversicherung	39
verbundene Einrichtungen	9, 16, 31, 127
Versicherungspflichtgrenze	13, 27, 114 f., 121
Vorsorgequote	21, 65, 102 f.
Zehn-Prozent-Zuschlag	40, 64, 122
Zweibettzimmerzuschlag	81, 83

