



Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastrasse 40 · 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 Zahlenüberblick	16
2. Versicherungsbestand	23
2.1 Krankheitsvollversicherung	25
2.2 Pflegeversicherung	32
2.3 Zusatzversicherungen	33
2.4 Besondere Versicherungsformen	36
3. Erträge	37
3.1 Beitragseinnahmen	39
3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung ...	43
3.3 Kapitalerträge	45
4. Aufwendungen	49
4.1 Versicherungsleistungen	52
4.2 Schadenrückstellung [G]	64
4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	64
4.4 Alterungsrückstellungen [G]	65
4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	68
5. Statistiken zur Tarifikalkulation	69
5.1 Profile	71
5.2 Sterbetafel [G]	81
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	81
5.4 Krankenhausstatistik	83
5.5 AIDS-Statistik	86
6. Zeitreihen 2003 - 2013	89
6.1 Versicherungsbestand	91
6.2 Beitragseinnahmen	92
6.3 Versicherungsleistungen	94
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)	98
6.5 Alterungsrückstellungen	98
6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	100
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen	100
6.8 Kennzahlen	104

Anhang	
I. Grundlagen	109
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland	109
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen.....	112
I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung	114
II. Glossar	118
III. Mitgliederverzeichnis	125
IV. Stichwortverzeichnis	130

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

hinter der Privaten Krankenversicherung liegt erneut ein bewegtes Jahr voller Herausforderungen. Die Branche hat nicht nur in Rekordzeit zum Jahresbeginn 2013 ihr gesamtes Neugeschäft auf geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife umgestellt („Unisex-Tarife“), sondern zugleich ein gänzlich neues Vorsorgeprodukt auf den Markt gebracht: die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung. Der Bedarf nach dieser neuen Form der kapitalgedeckten Absicherung für den Pflegefall ist groß: 2013 wurden 353.600 geförderte Verträge abgeschlossen, was mehr als doppelt so viel ist wie der Neuzugang in der ungeförderten Pflegezusatzversicherung. Die Gesamtzahl an Pflegezusatzversicherungen stieg damit auf über 2,7 Millionen. Das Wachstum in der Pflegezusatzversicherung ist damit noch stärker als in den Jahren zuvor.

Auch bei ihren Kapitalanlagen hat die Branche 2013 trotz der anhaltenden Niedrigzinsphase ihre Kompetenz erneut beweisen können: Mit gut 4,0 Prozent durchschnittlicher Nettoverzinsung hat sie den Höchstrechnungszins von 3,5 Prozent erneut sicher bedient. Die Alterungsrückstellungen der Versicherten stiegen bis Ende 2013 um 6,8 Prozent auf 194,0 Milliarden Euro: 166,9 Milliarden Euro in der Krankenversicherung (plus 7,1 Prozent) und 27,1 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung (plus 5,5 Prozent). Damit haben sich die Alterungsrückstellungen der Versicherten in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt.

Das Neugeschäft aus Krankheitsvoll- und Zusatzversicherung beläuft sich 2013 auf netto insgesamt 387.400 neue Policen, sodass die Gesamtzahl auf 32,4 Millionen Versicherungen ansteigt. Damit hat die Private Krankenversicherung ihre Attraktivität erneut sichtbar unter Beweis gestellt. Netto 453.600 neue Policen entfallen auf den Bereich der Zusatzversicherung, womit nun insgesamt 23,5 Millionen Zusatzversicherungen bei den ordentlichen Mitgliedern des PKV-Verbandes bestehen. Berücksichtigt man auch Unternehmen, die ausschließlich Zusatzversicherungen anbieten („außerordentliche Mitgliedsunternehmen“), so liegt die Gesamtzahl sogar bei 23,9 Millionen Zusatzversicherungen.

In der Vollversicherung trugen unterdessen zwei Sondereffekte dazu bei, dass das Neugeschäft im Jahr 2013 erneut leicht rückläufig war. So fiel der Wechsel von Versicherten in die Gesetzliche Krankenversicherung in diesem Jahr besonders hoch aus, weil die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt im Vergleich zu 2012 noch weiter gestiegen ist und damit den höchsten Stand seit Jahren erreichte. Nach Zahlen der Bundesagentur für Arbeit befanden sich Ende 2013 über 350.000 Menschen mehr als im Vorjahr in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Zu ihnen zählen auch viele vormals Selbstständige, die eine Anstellung unter der Versicherungspflichtgrenze annahmen und sich deshalb zwangsläufig gesetzlich versichern mussten. Darüber hinaus verringert auch die Abkehr des Großteils der Branche von sogenannten „Billigtarifen“ – also der bewusste Verzicht auf ein ganzes Marktsegment – nach wie vor den Neuzugang im Vergleich zu früheren Jahren. Als Ergebnis dieser Effekte ist der Bestand in der Krankheitsvollversicherung zum Jahresende 2013 leicht auf 8,89 Millionen Personen gesunken. Das sind 0,7 Prozent oder 66.200 weniger Versicherte als zum Jahresende 2012. Gleichwohl zeigt der langfristige Trend, dass heute über eine Dreiviertelmillion Menschen mehr in der PKV versichert sind als noch vor zehn Jahren. Die Private Pflegepflichtversicherung zählte zum Jahresende 9,5 Millionen Versicherte.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung nahmen 2013 bei den ordentlichen Mitgliedern des PKV-Verbandes um 0,8 Prozent auf insgesamt 35,9 Milliarden Euro zu. In der Krankenversicherung liegt der Zuwachs um 0,7 Prozent auf 33,9 Milliarden Euro deutlich unter dem Vorjahreswert von 3,2 Prozent. Dies lässt sich im Wesentlichen durch die moderate Beitragsentwicklung in der Branche, den leicht rückgängigen Bestand in der Vollversicherung sowie durch einen bilanziellen Sondereffekt infolge der Einführung des sogenannten Notlagentarifs erklären. In der Pflegeversicherung erhöhten sich die Einnahmen um 2,6 Prozent auf gut 2,1 Milliarden Euro. Zählt man auch die außerordentlichen Mitglieder des PKV-Verbandes hinzu, so stiegen die Beitragseinnahmen in Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt auf 36,0 Milliarden Euro.

Die Krankheitsvollversicherung hatte 2013 einen Anteil von 71,7 Prozent an den Gesamtbeitragseinnahmen. Deutlich geringer war der Anteil der Zusatzversicherungen mit 20,6 Prozent, der Pflegeversicherung mit 5,7 Prozent und der Besonderen Versicherungsformen mit 2,0 Prozent.

Die Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung stiegen 2013 um 4,0 Prozent auf 23,4 Milliarden Euro. Die Leistungen der Privaten Pflegeversicherung erhöhten sich um 10,0 Prozent auf 857,1 Millionen Euro. Insgesamt liegen die Leistungen damit bei rund 24,3 Milliarden Euro, was einem Zuwachs von 4,2 Prozent gegenüber dem Jahr 2012 entspricht.

Köln, November 2014



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

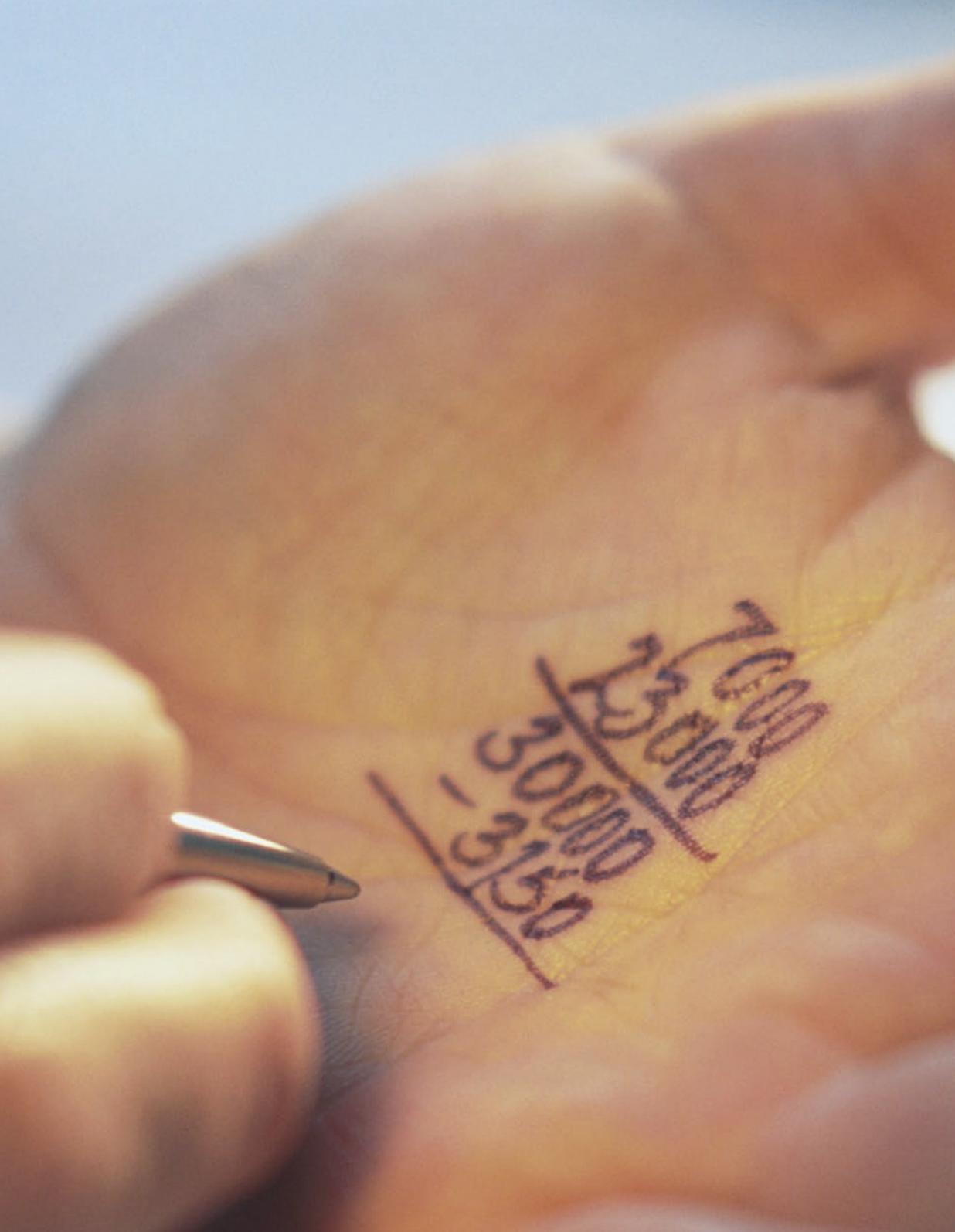
Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2013 veröffentlicht. Für einen besseren Überblick werden die Werte überwiegend in Tabellen und Grafiken dargestellt.

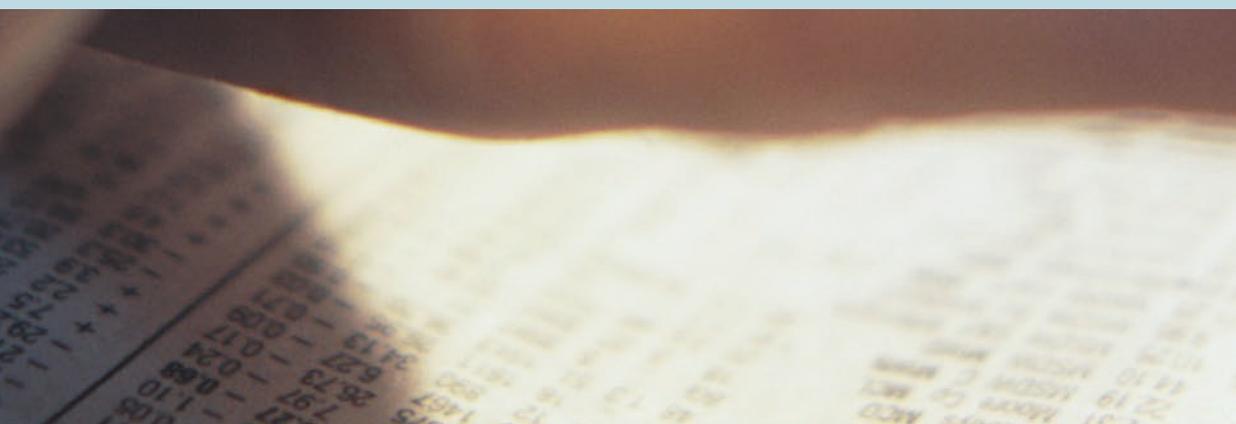
Kapitel 1 gibt Informationen zum Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und eine Erläuterung der Versicherungsarten, die die PKV anbietet. Darüber hinaus enthält das Kapitel einen ersten Zahlenüberblick. Es folgt in Kapitel 2 die Darstellung des Versicherungsbestandes. Die Kapitel 3 und 4 (Erträge 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



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2013 noch 22 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	
	2013	2012	2013	2012
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.575.300	4.558.500	4.314.800	4.397.800
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,47	50,90	48,53	49,10
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.368,3	14.318,1	20.555,6	21.309,5
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,78	40,19	57,22	59,81

Z13/1102

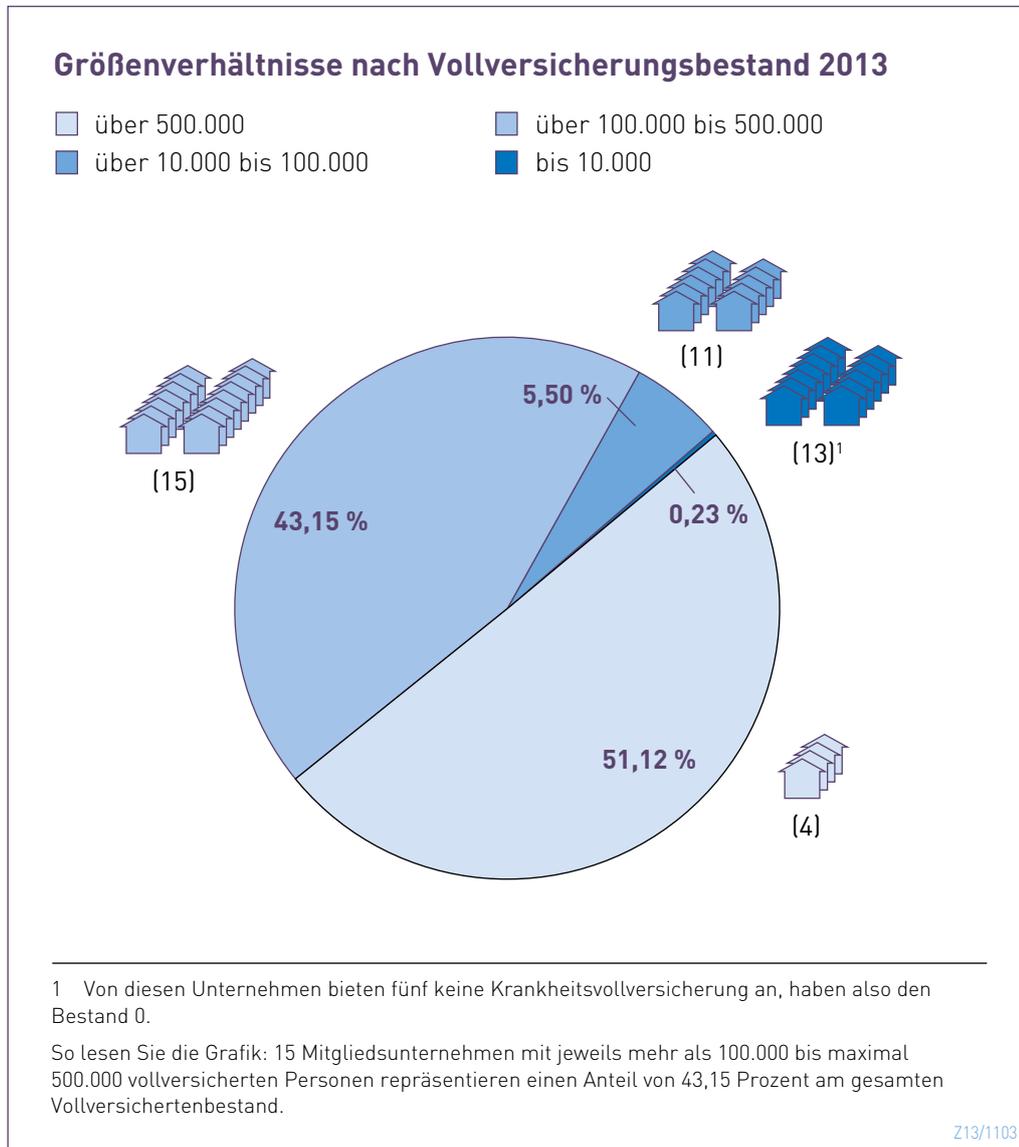
Zehn Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.870,2 Mio. Euro machten 10,77 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,93 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

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.

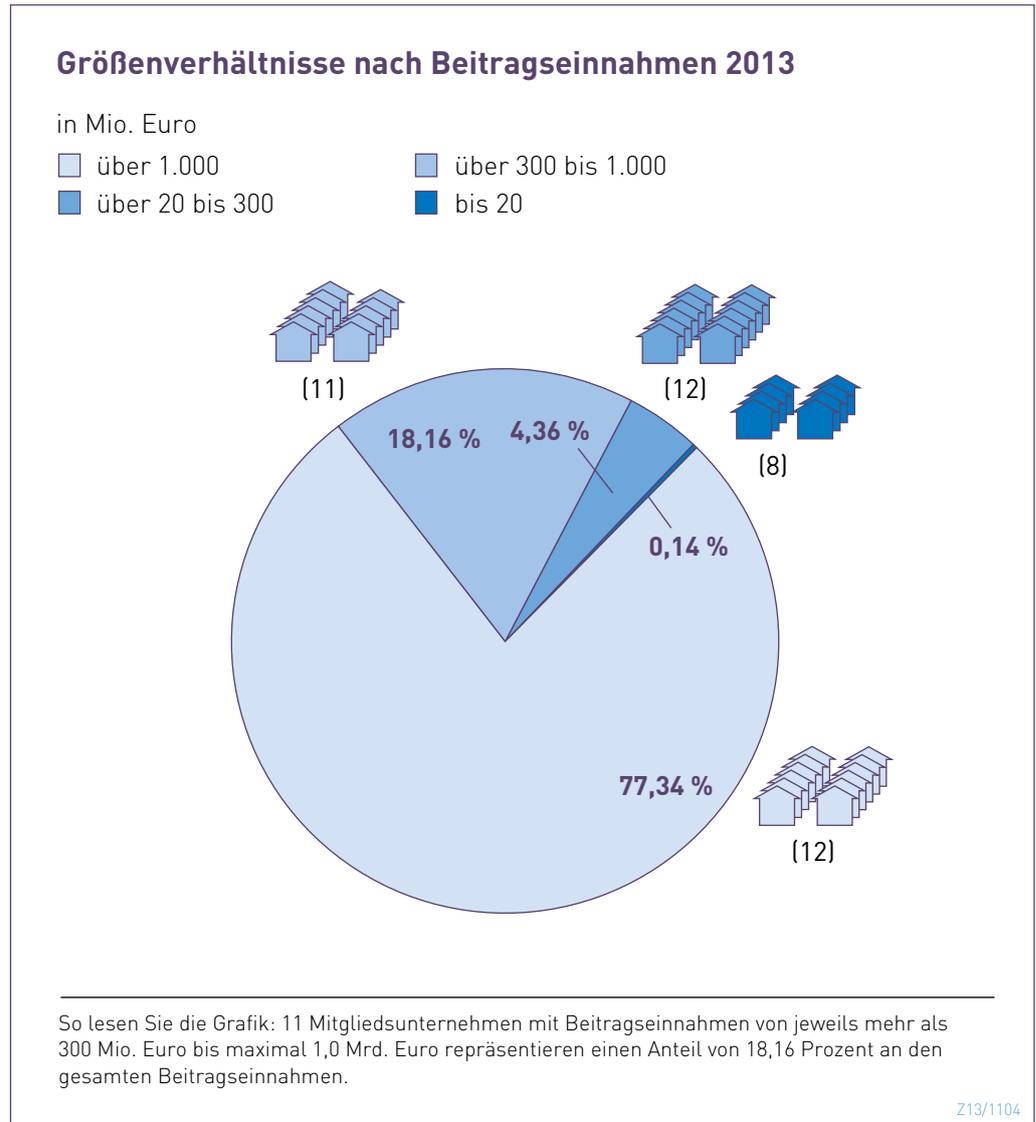
Größenverhältnisse der Unternehmen

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:

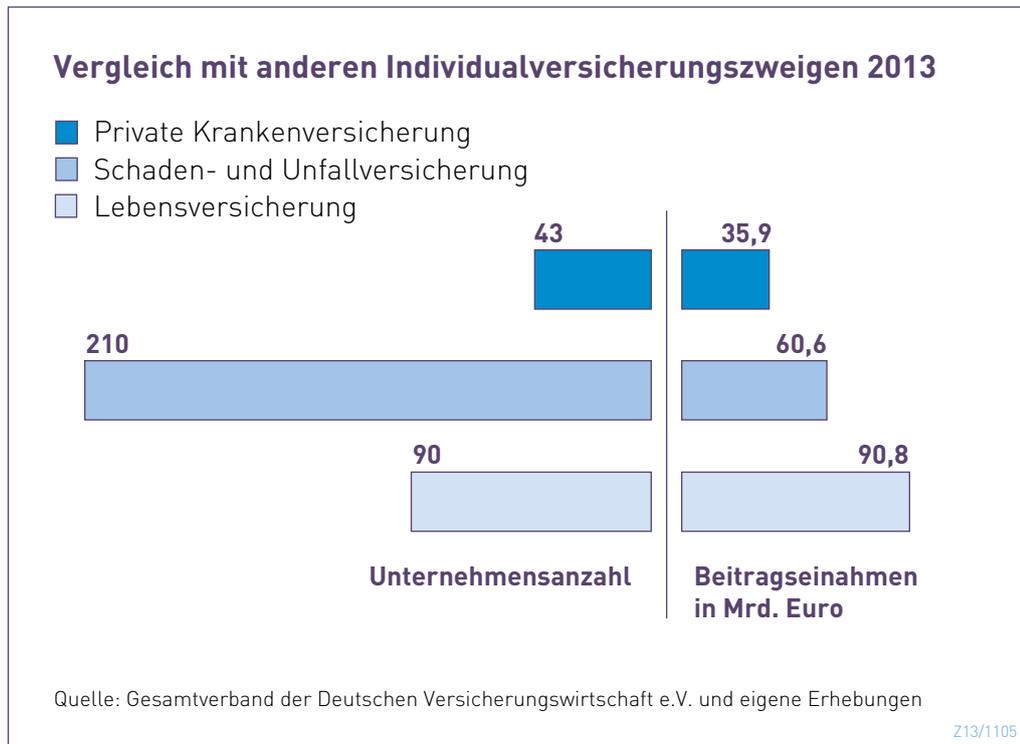


Klassifiziert man die Unternehmen nach dem Volumen der Beitragseinnahmen, ergibt sich folgende Struktur:



Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2013 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 Verdienstaufschlag im Krankheitsfall absichern. Selbstständige, die gesetzlich versichert sind, können das private Krankentagegeld anstelle des gesetzlichen Krankengeldes wählen. Im Gegenzug wird ihr Beitragssatz in der GKV leicht reduziert. Darüber hinaus können alle gesetzlich Versicherten, also z. B. auch Arbeitnehmer, eine private Krankentagegeldversicherung als Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld abschließen. Besonders interessant ist dies, wenn das Krankengeld der GKV deutlich vom Nettoeinkommen abweicht. Die Tagesgeldhöhe 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 als staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung [G].
- **Pflegekostenversicherung**
In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Kosten wird ein prozentualer Anteil erstattet.

Besondere Versicherungsformen

Auslandsreisekrankenversicherung

Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet Schutz bei Aufenthalten 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 Ausschnittversicherungen

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 Zahlenüberblick

Mitgliedsunternehmen des Verbandes 2013

43 Mitgliedsunternehmen	- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 24 Aktiengesellschaften
7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen¹	- 7 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.

Z13/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.890.100	8.956.300	- 66.200	- 0,74
Pflegeversicherung	9.537.500	9.619.600	- 82.100	- 0,85
Zusatzversicherungen^{1,2} davon unter anderem	23.524.500	23.070.900	+ 453.600	+ 1,97
ambulante Tarife	7.748.200	7.740.200	+ 8.000	+ 0,10
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.804.300	5.776.600	+ 27.700	+ 0,48
Zahntarife	13.821.800	13.574.400	+ 247.400	+ 1,82
Krankentagegeldversicherung	3.605.100	3.627.600	- 22.500	- 0,62

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.

2 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen für 2013 auf 23.879.700. Seit 2013 werden auch alle Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.743,4	25.862,9	- 119,5	- 0,46
Pflegeversicherung	2.062,1	2.010,7	+ 51,4	+ 2,56
Zusatzversicherungen davon unter anderem	7.396,4	7.028,4	+ 368,0	+ 5,24
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.958,1	4.756,6	+ 201,5	+ 4,24
Krankentagegeld- versicherung	1.126,0	1.123,1	+ 2,9	+ 0,26
Besondere Versicherungsformen	722,0	725,6	- 3,6	- 0,50
insgesamt¹	35.923,9	35.627,6	+ 296,3	+ 0,83
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.861,8	33.616,9	+ 244,9	+ 0,73

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Beitragseinnahmen für 2013 auf 36.033,1 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Einnahmen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 71,66 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 13,80 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	23.399,3	22.507,7	+ 891,6	+ 3,96
Pflegeversicherung	857,1	779,3	+ 77,8	+ 9,98
insgesamt¹	24.256,4	23.287,0	+ 969,4	+ 4,16

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2013 auf 24.334,3 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Leistungen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsbereichen

Versicherungsleistungen nach Leistungsbereichen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	10.438,3	10.006,3	+432,0	+4,32
stationäre Leistungen	6.991,0	6.741,1	+249,9	+3,71
Zahnleistungen	3.846,8	3.649,7	+197,1	+5,40
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	21.352,9	20.475,0	+877,9	+4,29

Z13/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	166.902,8	155.907,4	+10.995,4	+7,05
Pflegeversicherung	27.108,5	25.708,3	+1.400,2	+5,45
insgesamt	194.011,3	181.615,7	+12.395,6	+6,83

Z13/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2013

in Mio. Euro

I. Erträge		46.409,2
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	35.934,9	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	1.994,3	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	8.480,0	
II. Aufwendungen		46.041,0
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	24.308,5	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	4.897,7	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	12.395,6	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.415,5	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	843,0	
3. Steuern	364,0	
4. Sonstige Aufwendungen und Erträge	816,7	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		368,2

Z13/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2013

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	230,6
C. Kapitalanlagen	217.926,5
I. Grundstücke	1.676,6
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	6.855,1
III. Sonstige Kapitalanlagen	209.394,1
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7
E. Forderungen	827,1
F. Sonstige Vermögensgegenstände	915,3
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.272,0
I. Voraussichtliche Steuerentlastung	48,3
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	25,6
Summe Aktiva	223.245,4

Passiva

A. Eigenkapital	5.783,5
B. Genussrechtskapital	30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	30,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	214.329,1
I. Beitragsüberhänge	115,8
II. Deckungsrückstellung	194.011,3
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	6.179,1
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	13.920,9
V. Sonstige Rückstellungen	102,0
G. Andere Rückstellungen	1.511,9
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	0,8
I. Andere Verbindlichkeiten	1.532,2
K. Rechnungsabgrenzungsposten	24,8
L. Passive latente Steuern gemäß §274 HGB	2,4
Summe Passiva	223.245,4

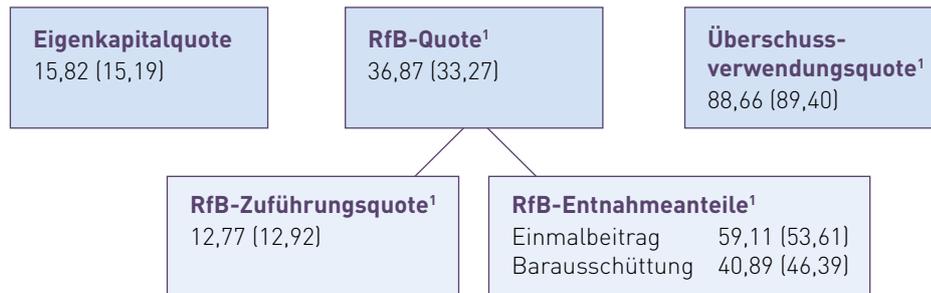
Z13/1308

Kennzahlen

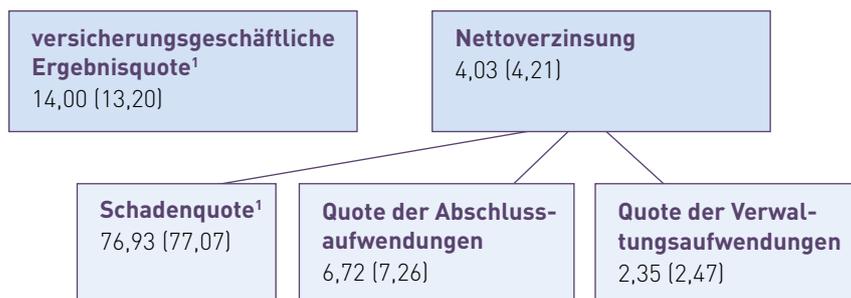
Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2013

in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



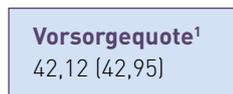
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



¹ Wert für 2012 aufgrund eines Fehlers nachträglich korrigiert.

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 35.923,9 Mio. Euro beträgt 71,66 Prozent. Ende 2013 hatten 10,84 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 9,85 Prozent nur gering.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung lag 2013 mit minus 66.200 Personen unter dem Neuzugang des Vorjahres (minus 20.100 Personen). Grund dafür sind mehrere Sondereffekte, die zusammen im Jahr 2013 zum Tragen kamen (siehe Vorwort).

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.890.100	8.956.300	- 66.200	- 0,74

Z13/2101

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

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

Wanderungsbewegung	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	123.900	159.900	-36.000	-22,51
Abgänge zur GKV	161.200	162.400	-1.200	-0,74
Differenz	-37.300	-2.500	-34.800	-1.392,00

Z13/2102

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.

Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	316.400	413.200	-96.800	-23,43

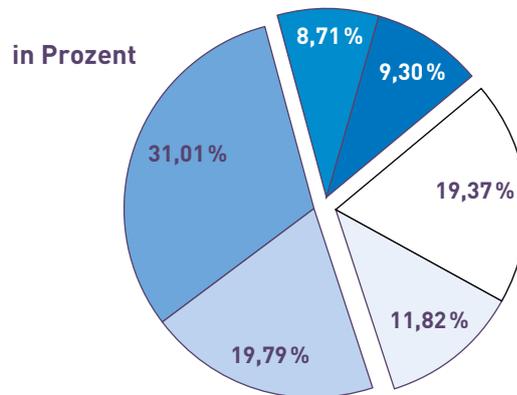
Z13/2103

Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

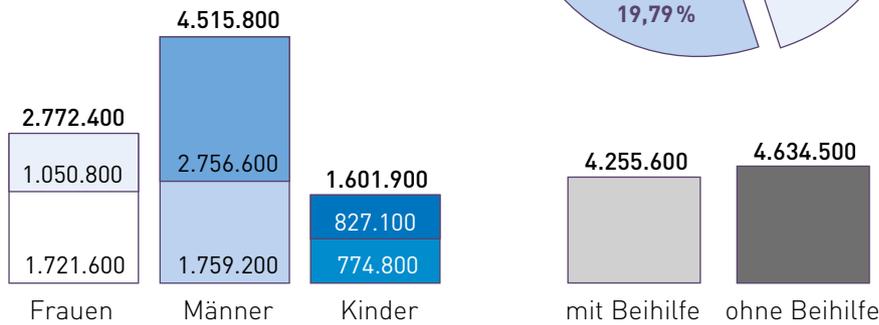
Die Zusammensetzung des Versichertenbestandes kann man untergliedern in Personen, die beihilfeberechtigt sind, und Personen ohne Beihilfeberechtigung [G]. Beihilfeberechtigt sind in erster Linie Beamte und ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Eine weitere Aufgliederung ist nicht möglich. Im Jahr 2013 waren 47,9 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2013

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



absolut



Z13/2104

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.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.250.300	7.304.100	- 53.800	- 0,74

Z13/2105

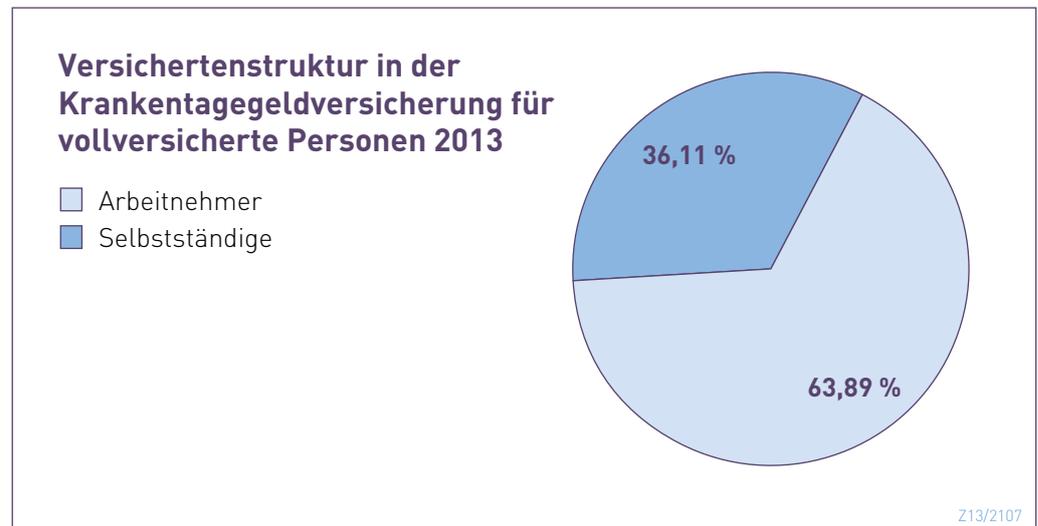
Krankentagegeld

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

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.972.600	2.027.000	- 54.400	- 2,68

Z13/2106

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	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.400	+ 100	+ 1,56
ohne Beihilfe	38.900	37.100	+ 1.800	+ 4,85
insgesamt	45.400	43.500	+ 1.900	+ 4,37
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	445	546	- 101	- 18,50

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.

Z13/2108

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 0,98 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	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	26.700	30.200	- 3.500	- 11,59
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	3.200	3.700	- 500	- 13,51
aus der Nichtversicherung	10.200	9.900	+ 300	+ 3,03
aus der GKV ²	500	500	0	0,00
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	11.400	15.000	- 3.600	- 24,00
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	700	+ 200	+ 28,57
sonstiger Zugang	500	400	+ 100	+ 25,00
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	13.900	11.900	+ 2.000	+ 16,81

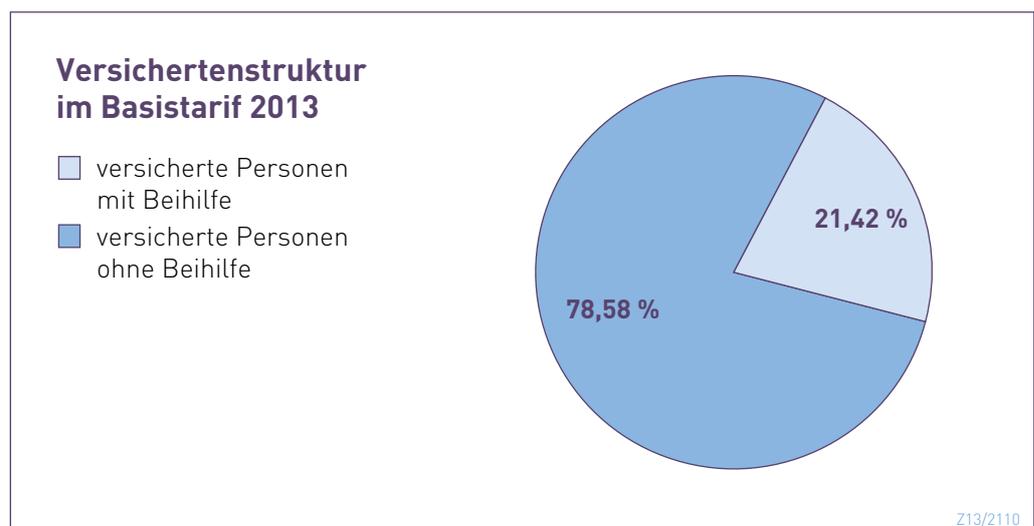
1 Die versicherten Personen im Basistarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

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.

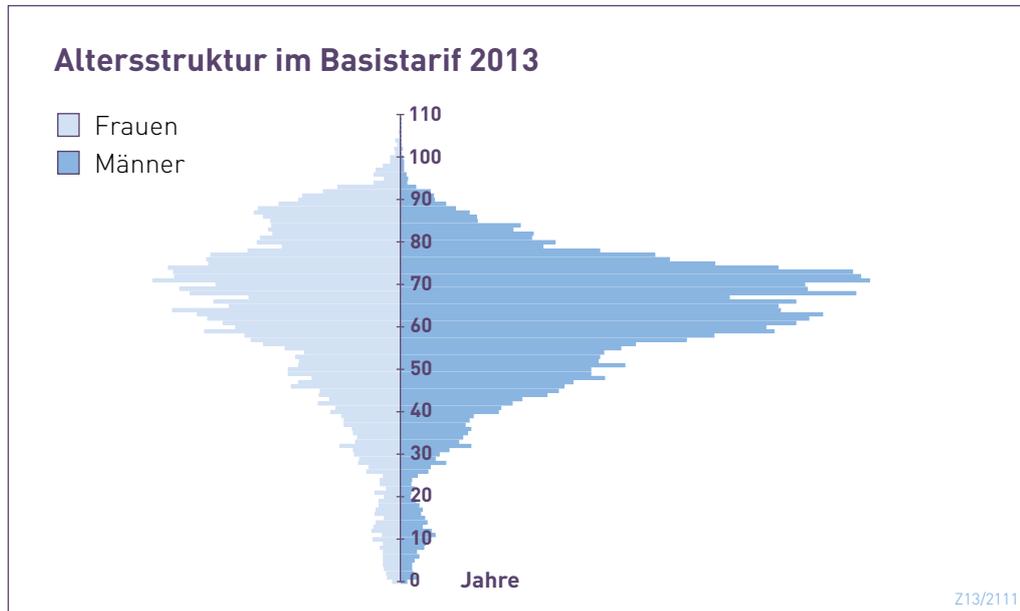
3 Während nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert.

Z13/2109

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.



Notlagentarif [G]

Für Versicherte mit zeitweisen Zahlungsschwierigkeiten hat der Gesetzgeber im August 2013 den brancheneinheitlichen Notlagentarif eingeführt. In diesen Tarif werden Versicherte umgestellt, wenn sie trotz Mahnungen längerfristig ihre Beiträge nicht bezahlen. Die Leistungen umfassen – außer bei Kindern und Jugendlichen – nur Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Nachdem die Schulden beglichen sind, kehren die Versicherten in ihren alten Tarif zurück.

versicherte Personen im Notlagentarif ¹	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	5.912	0	+5.912	-
ohne Beihilfe	87.649	0	+87.649	-
insgesamt	93.561	0	+93.561	-

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

Z13/2112

2.2 Pflegeversicherung

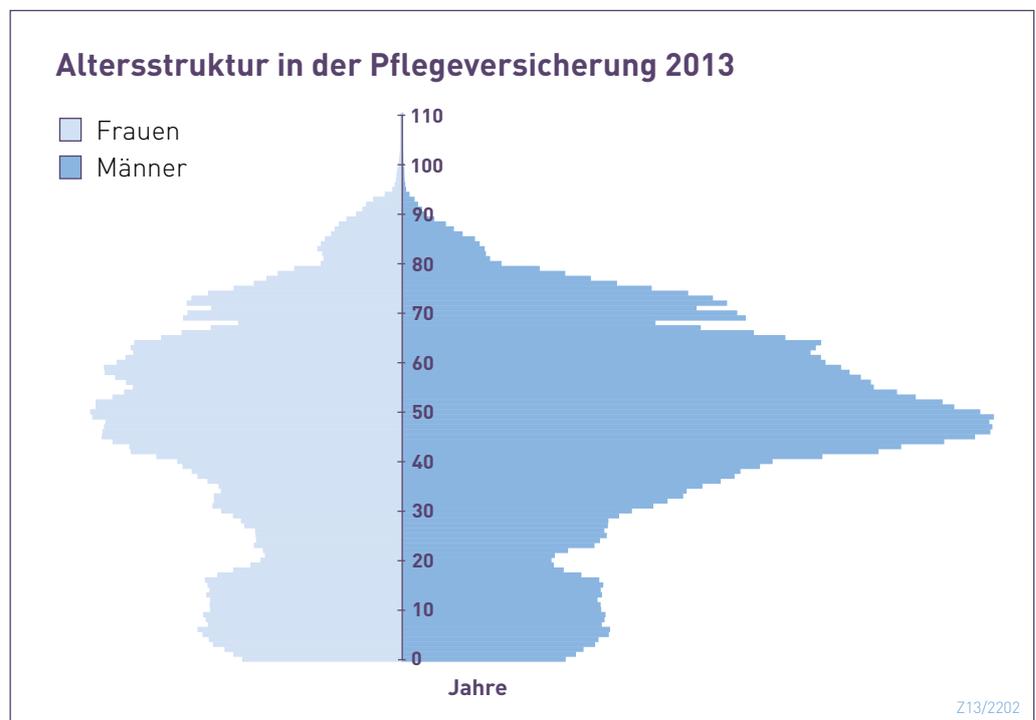
Der Bestand in der Pflegeversicherung weicht von der Krankheitsvollversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Personen mit Pflegeversicherung	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.059.000	3.077.800	-18.800	-0,61
Männer	4.851.900	4.900.300	-48.400	-0,99
Kinder	1.626.600	1.641.500	-14.900	-0,91
insgesamt	9.537.500	9.619.600	-82.100	-0,85

Z13/2201

Der Bestand in der Pflegeversicherung übertrifft den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 647.400 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

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



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

2.3 Zusatzversicherungen

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

Auch im Jahr 2013 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen^{1,2}	23.524.500	23.070.900	+453.600	+1,97

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.

2 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen für 2013 auf 23.879.700. Seit 2013 werden auch alle Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2013	2012	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.547.000	3.513.000	+34.000	+0,97
	Männer	2.773.100	2.744.100	+29.000	+1,06
	Kinder	1.428.100	1.483.100	-55.000	-3,71
	insgesamt	7.748.200	7.740.200	+8.000	+0,10
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.598.200	2.588.900	+9.300	+0,36
	Männer	1.809.900	1.796.500	+13.400	+0,75
	Kinder	1.396.200	1.391.200	+5.000	+0,36
	insgesamt	5.804.300	5.776.600	+27.700	+0,48
Zahntarife	Frauen	6.822.100	6.641.700	+180.400	+2,72
	Männer	5.186.600	5.071.500	+115.100	+2,27
	Kinder	1.813.100	1.861.200	-48.100	-2,58
	insgesamt	13.821.800	13.574.400	+247.400	+1,82
insgesamt^{1,2}	Frauen	8.651.800	8.513.900	+137.900	+1,62
	Männer	6.558.300	6.456.300	+102.000	+1,58
	Kinder	2.514.600	2.578.200	-63.600	-2,47
	insgesamt	17.724.700	17.548.400	+176.300	+1,00

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz für 2013 auf 18.054.100. Seit 2013 werden auch Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

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

Z13/2302

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung¹	3.605.100	3.627.600	-22.500	-0,62
Krankenhaustagegeldversicherung	8.027.600	8.153.500	-125.900	-1,54
Pflegezusatzversicherung^{2,3}	2.355.300	2.186.700	+168.600	+7,71
davon				
Pflegetagegeldversicherung	2.150.400	1.984.700	+165.700	+8,35
Pflegekostenversicherung	344.900	332.900	+12.000	+3,60
geförderte Pflegezusatzversicherung³ [G]	353.600	0	+353.600	-

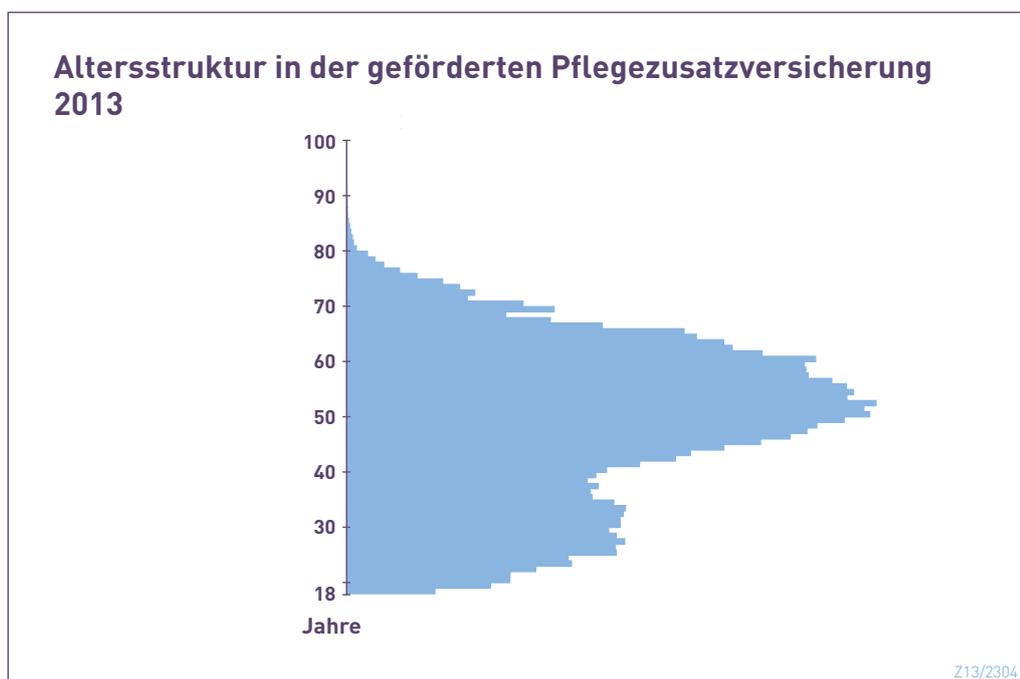
1 In diesen Angaben sind auch die in Kapitel 2.1 genannten vollversicherten Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

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

3 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Pflegezusatzversicherungen für 2013 auf 2.373.400 und die Zahl der geförderten Pflegezusatzversicherungen auf 359.600. Seit 2013 werden auch Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/2303

Anders als bei sonstigen Zusatzversicherungen erfasst der PKV-Verband bei der geförderten Pflegezusatzversicherung auch das Alter der Versicherten.



2.4 Besondere Versicherungsformen

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

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung¹	22.608.955	24.705.800	- 2.096.845	- 8,49
Spezielle Ausschnittsversicherungen	11.273.589	10.670.400	+ 603.189	+ 5,65
Beihilfeablöseversicherung	669.842	683.100	- 13.258	- 1,94
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	11.361	44.800	- 33.439	- 74,64

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Auslandsreisekrankenversicherungen für 2013 auf 22.756.900. Seit 2013 werden auch Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/2401

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 2013 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2013	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	35.934,9
Entnahmen aus den RfB	1.994,3
Kapitalerträge	8.480,0
insgesamt	46.409,2

Z13/3001

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:

	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	35.934,9	34.665,3	+1.269,6	+3,66

Z13/3101

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 Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	25.743,4	25.862,9	- 119,5	- 0,46
Pflegeversicherung	2.062,1	2.010,7	+ 51,4	+ 2,56
Zusatzversicherungen	7.396,4	7.028,4	+ 368,0	+ 5,24
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.958,1	4.756,6	+ 201,5	+ 4,24
Krankentagegeldversicherung	1.126,0	1.123,1	+ 2,9	+ 0,26
Krankenhaustagegeldversicherung	567,9	572,7	- 4,8	- 0,84
Pflegezusatzversicherung	696,6	576,0	+ 120,6	+ 20,94
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	47,8	0,0	+ 47,8	-
Besondere Versicherungsformen	722,0	725,6	- 3,6	- 0,50
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	352,3	369,0	- 16,7	- 4,53
Spezielle Ausschnittsversicherungen	124,6	115,1	+ 9,5	+ 8,25
Beihilfeablöseversicherung	236,6	233,6	+ 3,0	+ 1,28
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	8,5	7,9	+ 0,6	+ 7,59
insgesamt¹	35.923,9	35.627,6	+ 296,3	+ 0,83
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.861,8	33.616,9	+ 244,9	+ 0,73

¹ Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Beitragseinnahmen für 2013 auf 36.033,1 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Einnahmen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

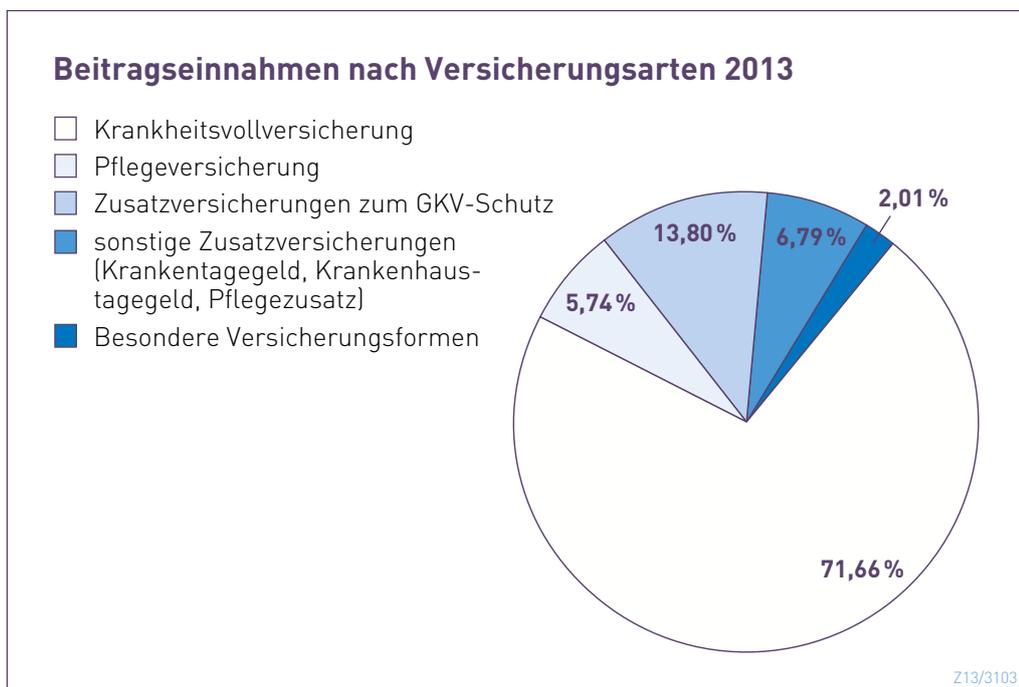
Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2013 insgesamt um 0,8 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung deutlich unter dem Vorjahresniveau.

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 2013 ein Umlagevolumen von 122,8 Mio. Euro. Darin enthalten sind 14,7 Mio. Euro Umlage zugunsten der GPV [G]. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.

Anteil der Versicherungsarten an den Beitragseinnahmen

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



Gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]

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

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

1. Bestandsversicherte konnten sich 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.

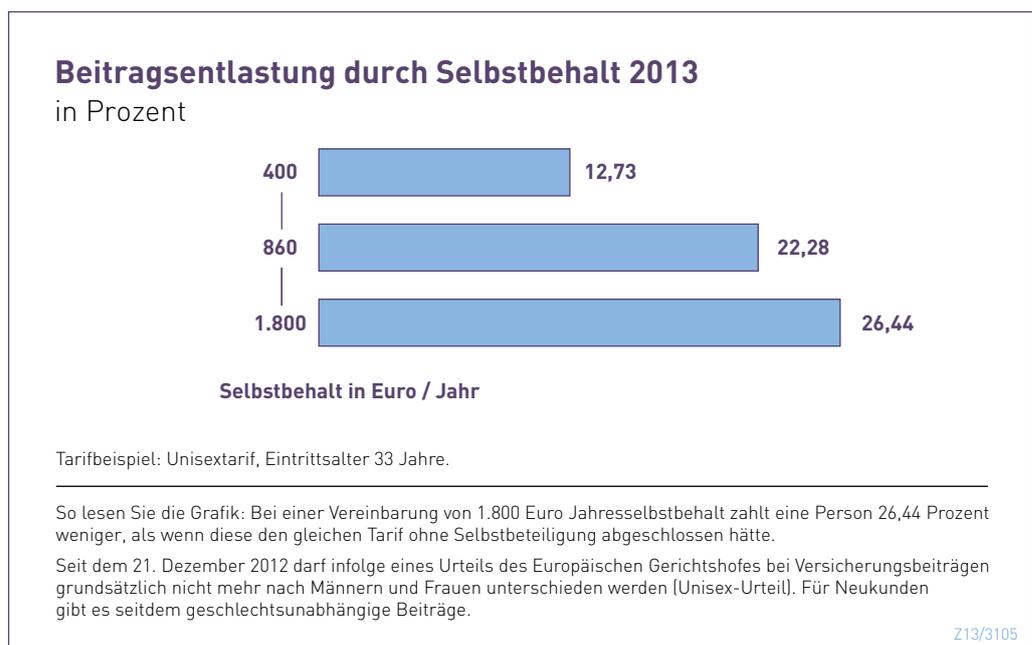
	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.226,9	1.267,9	-41,0	-3,23

Z13/3104

Selbstbehalt und Beitrag

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

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

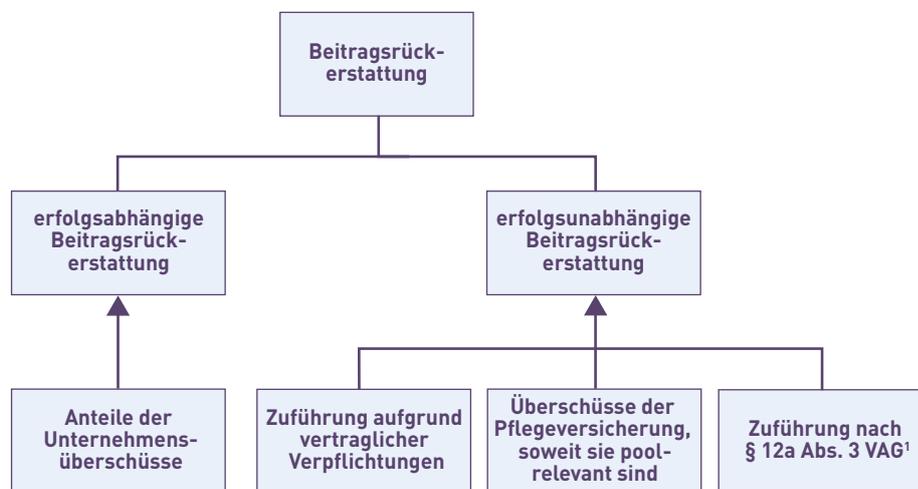


3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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

Näheres zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.3.

Arten der Beitragsrückerstattung [G]



1 § 12a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) besagt: Die Zinserträge der Unternehmen, die über den jeweils geltenden Rechnungszins (überwiegend 3,5 Prozent) hinausgehen, kommen zu 90 Prozent den Versicherten zugute. Hiervon ist ein Teil für die über 65-jährigen Versicherten bestimmt. Dieses Geld ist innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur 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	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.700,2	1.270,1	+430,1	+33,86
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.604,5	1.082,3	+522,2	+48,25
erfolgsunabhängigen RfB	95,7	187,8	-92,1	-49,04
Pflegeversicherung	124,4	283,5	-159,1	-56,12
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	115,4	208,1	-92,7	-44,55
erfolgsunabhängigen RfB	9,0	75,4	-66,4	-88,06
Zusatzversicherungen	200,7	129,5	+71,2	+54,98
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	166,8	106,4	+60,4	+56,77
erfolgsunabhängigen RfB	33,9	23,1	+10,8	+46,75
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	2.025,4	1.683,2	+342,2	+20,33
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.886,8	1.396,9	+489,9	+35,07
erfolgsunabhängigen RfB	138,6	286,3	-147,7	-51,59

Z13/3202

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	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	138,8	77,3	+ 61,5	+ 79,56
Anteil an verbundenen Unternehmen	891,0	629,2	+ 261,8	+ 41,61
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	548,1	441,5	+ 106,6	+ 24,14
Beteiligungen	266,6	272,9	- 6,3	- 2,31
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	20,2	21,9	- 1,7	- 7,76
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	7.277,9	9.398,3	- 2.120,4	- 22,56
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	10.599,5	9.960,6	+ 638,9	+ 6,41
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1.012,2	952,0	+ 60,2	+ 6,32
Namenschuldverschreibungen	5.911,7	5.924,2	- 12,5	- 0,21
Schuldscheinforderungen und Darlehen	6.625,9	9.457,4	- 2.831,5	- 29,94
übrige Ausleihungen	52,2	56,0	- 3,8	- 6,79
Einlagen bei Kreditinstituten	1.901,5	1.380,8	+ 520,7	+ 37,71
andere Kapitalanlagen	5.437,5	4.631,0	+ 806,5	+ 17,42
insgesamt	40.683,1	43.203,1	- 2.520,0	- 5,83

Z13/3301

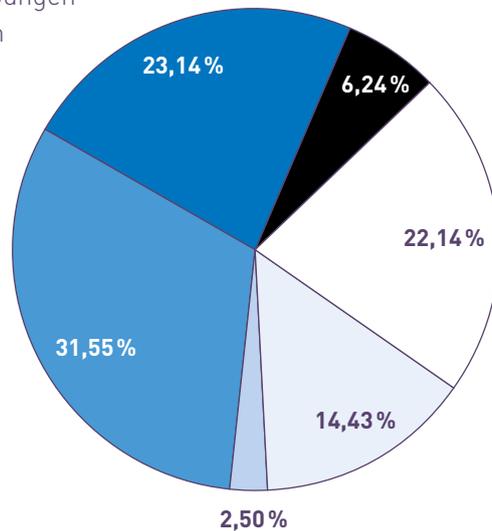
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.676,6	1.620,2	+56,4	+3,48
Anteil an verbundenen Unternehmen	2.803,1	2.293,3	+509,8	+22,23
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.709,1	1.547,8	+161,3	+10,42
Beteiligungen	2.113,5	2.065,3	+48,2	+2,33
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	229,4	250,8	-21,4	-8,53
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	48.257,3	42.547,6	+5.709,7	+13,42
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	31.452,6	24.330,9	+7.121,7	+29,27
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	5.455,2	4.992,1	+463,1	+9,28
Namensschuldverschreibungen	68.747,0	66.811,5	+1.935,5	+2,90
Schuldscheinforderungen und Darlehen	50.437,8	52.083,3	-1.645,5	-3,16
übrige Ausleihungen	1.141,0	772,9	+368,1	+47,63
Einlagen bei Kreditinstituten	3.258,8	2.527,2	+731,6	+28,95
andere Kapitalanlagen	644,4	629,9	+14,5	+2,30
Kapitalanlagen	217.925,8	202.472,8	15.453,0	+7,63
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7	0,7	0,0	0,00
Bilanzwert [G]	217.926,5	202.473,5	+15.453,0	+7,63

Z13/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2013

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



Z13/3303

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

	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	8.480,0	8.224,6	+255,4	+3,11

Z13/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand [G] ergeben die Nettoverzinsung [G]. Diese betrug im Jahr 2013 4,03 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:

	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 12a VAG	773,1	867,8	-94,7	-10,91

Z13/3305

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

123•60 +
89•60 +
321•50 +
125•60 +
745•20 +
32•60 +
693•00 +
10•25 +
58•64 +
123•65 +
986•00 +
47•80 +
52•14 +
76•31 +
31 +

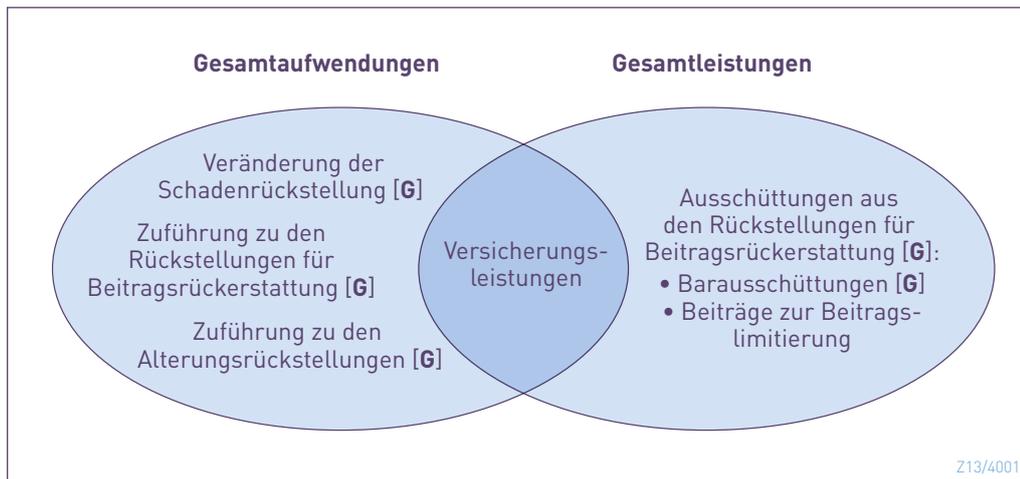
158•64 +
369•21 +
123•65 +
1,789•25 +
852•32 +
2•30 +
847•00 +
832•25 +

4. Aufwendungen

12•00 -
36•00 -
39•25 -
321•00 +
589•30 +
255•98 +

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	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen¹	24.256,4	23.287,0	+969,4	+4,16
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	52,1	308,9	-256,8	-83,13
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	4.897,7	4.944,6	-46,9	-0,95
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	12.395,6	12.188,3	+207,3	+1,70
Gesamtaufwendungen	41.601,8	40.728,8	+873,0	+2,14

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2013 auf 24.334,3 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Leistungen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/4002

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	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen¹	24.256,4	23.287,0	+ 969,4	+ 4,16
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.438,3	1.421,4	+ 16,9	+ 1,19
Beträge zur Beitragslimitierung	1.905,3	1.515,4	+ 389,9	+ 25,73
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 12a Abs. 2 VAG ²	604,8	659,0	- 54,2	- 8,22
gemäß § 12a Abs. 3 VAG ²	124,6	190,4	- 65,8	- 34,56
Gesamtleistungen	28.329,4	27.073,2	+ 1.256,2	+ 4,64

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2013 auf 24.334,3 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Leistungen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

2 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z13/4003

4.1 Versicherungsleistungen

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

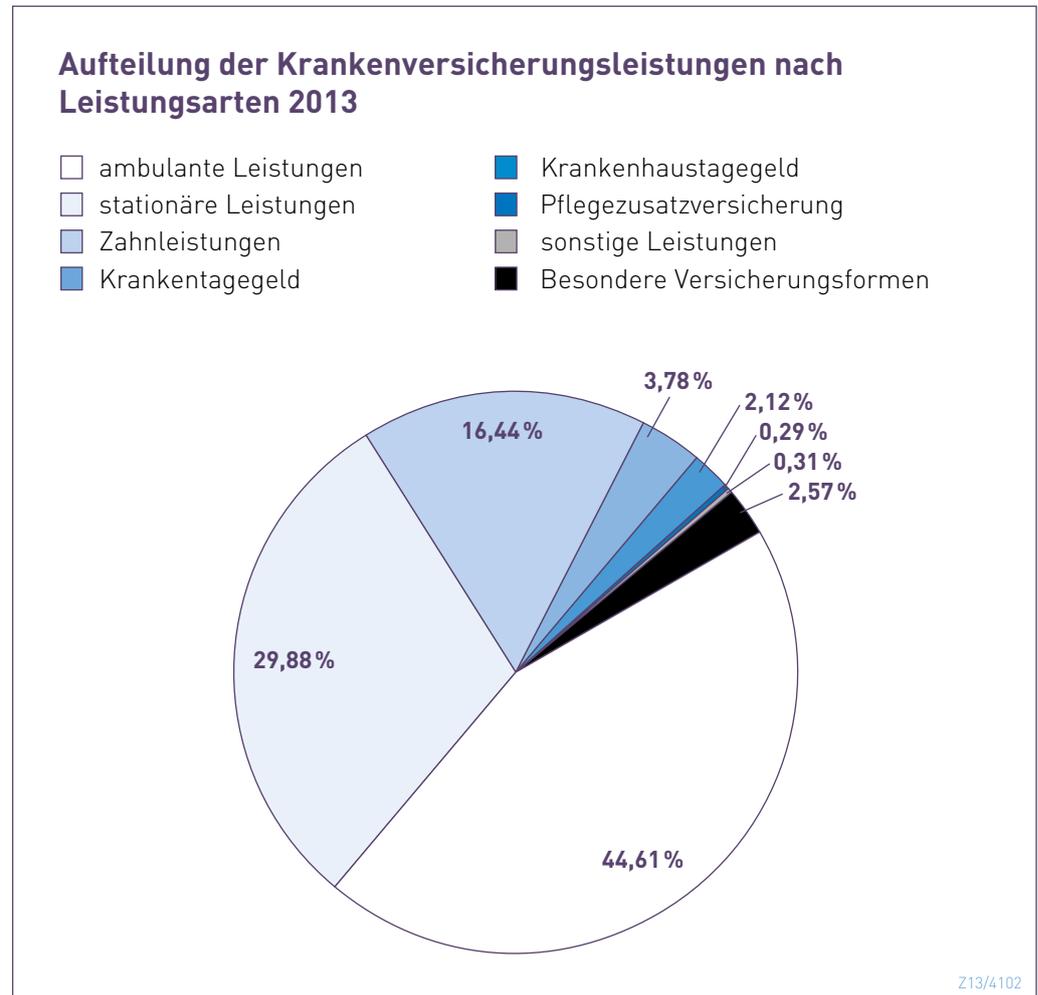
Die Versicherungsleistungen betragen 2013 insgesamt 24.256,4 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 97,0 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2012 betrug dieser Wert 93,1 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2013 bei 2.021,4 Mio. Euro, das waren 80,8 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	10.438,3	10.006,3	+432,0	+4,32
davon				
Arztbehandlung	5.678,3	5.471,2	+207,1	+3,79
Heilpraktikerbehandlung	256,6	245,1	+11,5	+4,69
Arzneien und Verbandmittel	2.591,2	2.461,1	+130,1	+5,29
Heilmittel	894,2	861,7	+32,5	+3,77
Hilfsmittel	852,9	812,5	+40,4	+4,97
Sonstiges	165,1	154,7	+10,4	+6,72
stationäre Leistungen	6.991,0	6.741,1	+249,9	+3,71
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	3.909,2	3.699,6	+209,6	+5,67
Wahlleistung Chefarzt	2.359,8	2.343,6	+16,2	+0,69
Wahlleistung Unterkunft	552,5	541,1	+11,4	+2,11
Ersatz- Krankenhaus- tagegeld	52,3	49,5	+2,8	+5,66
Sonstiges	117,2	107,3	+9,9	+9,23
Zahnleistungen	3.846,8	3.649,7	+197,1	+5,40
davon				
Zahnbehandlung	1.364,4	1.290,7	+73,7	+5,71
Zahnersatz	2.232,9	2.121,4	+111,5	+5,26
Kieferorthopädie	241,4	230,1	+11,3	+4,91
Sonstiges	8,1	7,5	+0,6	+8,00
Krankentagegeld	883,5	874,3	+9,2	+1,05
Krankenhaustagegeld	494,9	495,4	-0,5	-0,10
Pflegezusatzversicherung	67,3	54,0	+13,3	+24,63
geförderte Pflege- zusatzversicherung [G]	0,0	0,0	0,0	-
sonstige Leistungen	76,8	77,9	-1,1	-1,41
Besondere Versicherungsformen	600,7	609,0	-8,3	-1,36
Krankenversicherung	23.399,3	22.507,7	+891,6	+3,96
Pflegeversicherung	857,1	779,3	+77,8	+9,98
insgesamt¹	24.256,4	23.287,0	+969,4	+4,16

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2013 auf 24.334,3 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Leistungen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

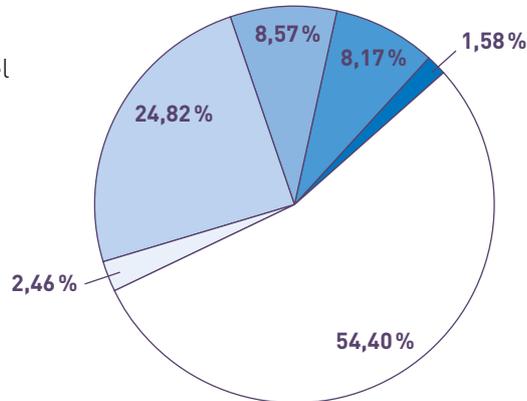
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

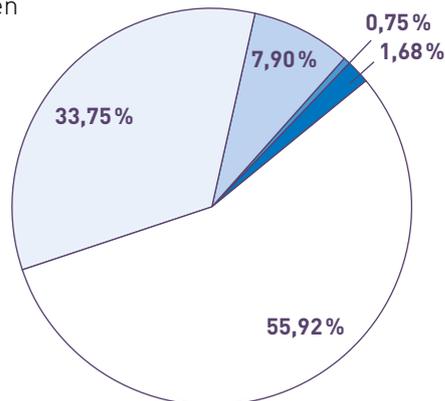
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2013

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



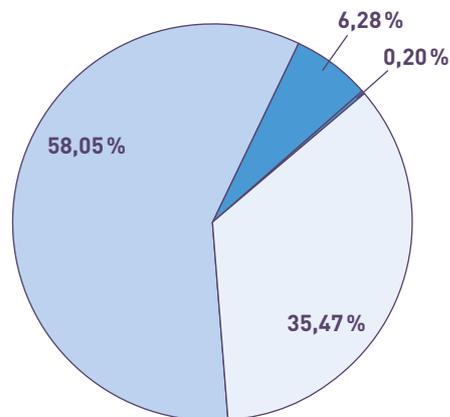
Aufteilung der stationären Leistungen 2013

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



Aufteilung der Zahnleistungen 2013

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z13/4103

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

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2013	in Prozent		
	Frauen	Männer	Kinder
ambulante Leistungen	38,74	52,97	8,29
davon			
Arztbehandlung	40,38	50,74	8,88
Heilpraktikerbehandlung	52,02	32,76	15,22
Arzneien und Verbandmittel	33,40	60,44	6,16
Heilmittel	41,34	49,75	8,91
Hilfsmittel	38,85	52,89	8,26
Sonstiges	30,79	61,72	7,49
stationäre Leistungen	38,09	56,41	5,50
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	31,39	61,89	6,72
Wahlleistung Chefarzt	46,10	50,09	3,81
Wahlleistung Unterkunft	52,23	45,31	2,46
Ersatz-Krankenhaustagegeld	43,30	39,68	17,02
Sonstiges	31,48	60,70	7,82
Zahnleistungen	41,32	49,74	8,94
davon			
Zahnbehandlung	35,81	55,18	9,01
Zahnersatz	48,35	51,12	0,53
Kieferorthopädie	7,49	5,91	86,60
Sonstiges	40,20	57,75	2,05
Krankentagegeld	23,66	76,33	0,01
Krankenhaustagegeld	41,20	54,41	4,39
Pflegezusatzversicherung	47,33	49,14	3,53
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	100,00	0,00	0,00
sonstige Leistungen	44,14	44,55	11,31
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,99	53,50	7,51
Pflegeversicherung	51,69	44,25	4,06
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,96	54,00	7,04

Z13/4104

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 2013	in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+4,82	+6,62
davon		
Arztbehandlung	+4,29	+11,07
Heilpraktikerbehandlung	+5,19	-
Arzneien und Verbandmittel	+5,80	+2,90
Heilmittel	+4,28	+5,30
Hilfsmittel	+5,47	+5,02
stationäre Leistungen	+4,43	+3,94
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+6,18	+3,94
Wahlleistung Chefarzt	+0,61	-
Wahlleistung Unterkunft	+2,03	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+5,54	-
Zahnleistungen	+5,91	+7,24
davon		
Zahnbehandlung	+6,22	+10,57
Zahnersatz	+5,77	+0,79
Kieferorthopädie	+5,42	+1,35
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+4,89	+5,32

Z13/4105

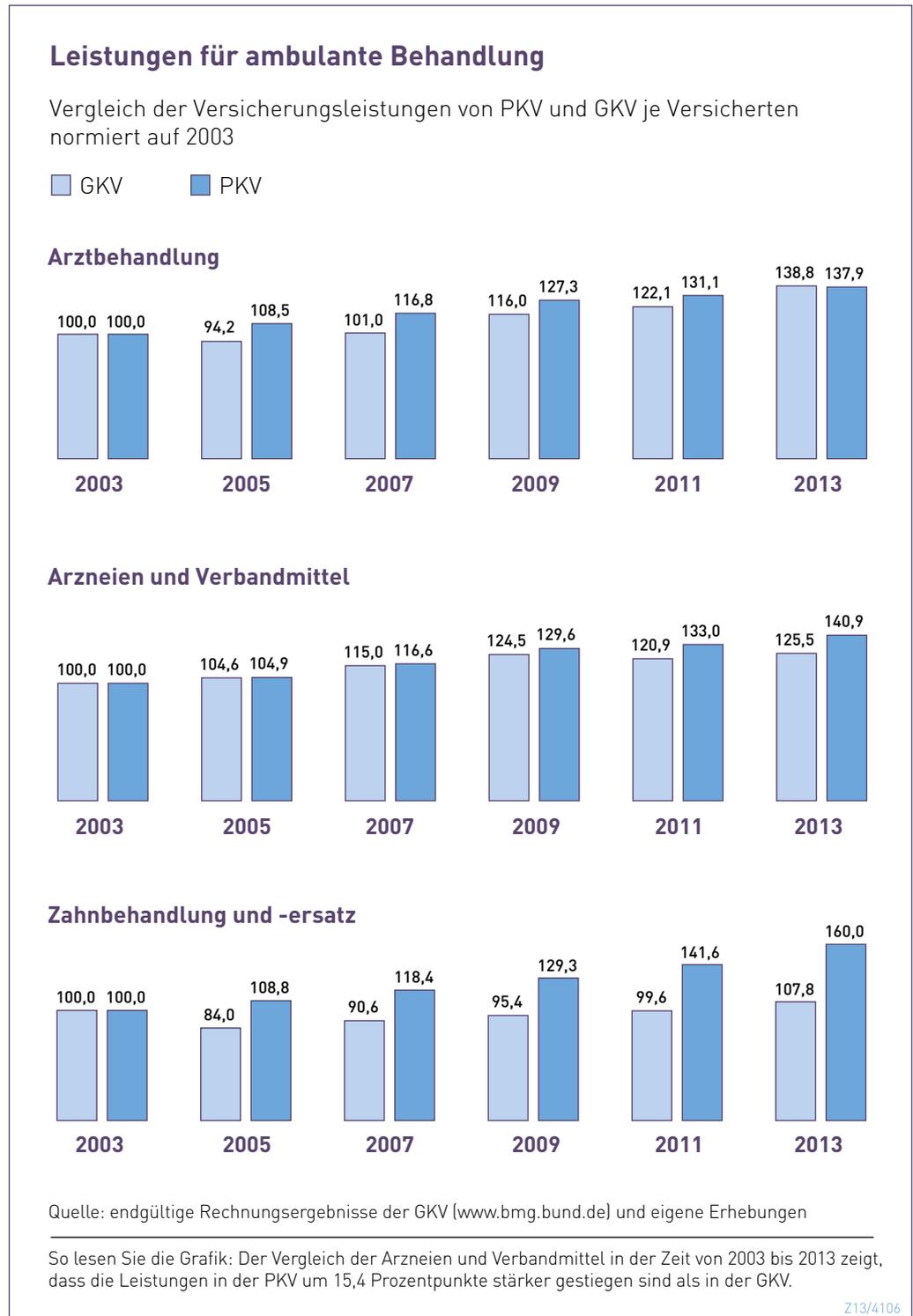
Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2013 mit 4,89 Prozent erheblich stärker als im Vorjahr (2012: plus 1,97 Prozent). Er übertraf damit deutlich die allgemeine Preissteigerung von 1,5 Prozent. Dies kann teilweise durch den gesunkenen Bestand in der Vollversicherung erklärt werden. Viele zuvor privat versicherte Kleinselbstständige nahmen im Zuge der guten Konjunktur eine Anstellung unter der Versicherungspflichtgrenze an und mussten sich deshalb zwangsläufig gesetzlich versichern (siehe Vorwort). Die Folge ist ein Verlust von jungen, meist gesunden Versicherten an die Gesetzliche Krankenversicherung, wodurch die Ausgaben pro Kopf für das übrige Kollektiv steigen.

Im Einzelnen sind die Leistungen pro Kopf vor allem im Zahnbereich erneut stark gestiegen (2012: plus 6,72 Prozent), wofür nach wie vor die zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verantwortlich ist.

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 deutlich zugenommen (2012: plus 0,88 Prozent). Sehr hoch war auch der Ausgabenanstieg je Versicherten bei Arznei- und Verbandmitteln (2012: plus 0,16 Prozent). Im stationären Bereich sind die Ausgaben ebenfalls erheblich stärker als im Vorjahr gestiegen (2012: plus 0,42 Prozent).

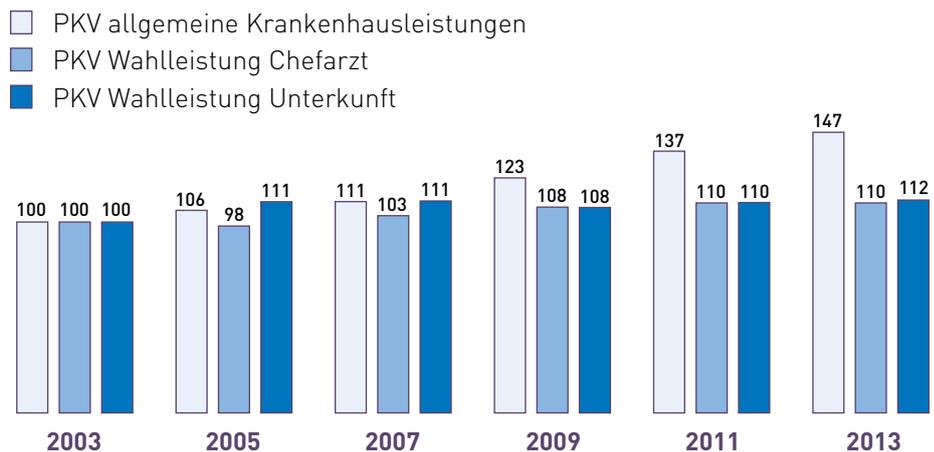
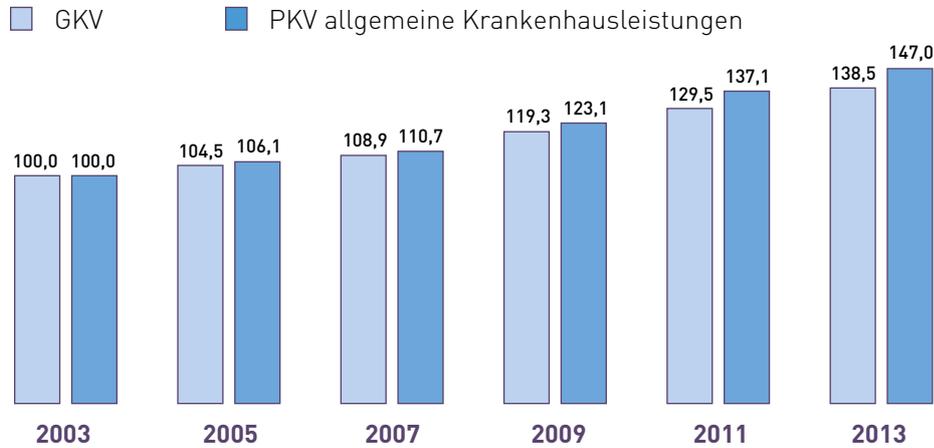
Die verglichen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung geringere Dynamik im ambulanten Bereich und bei den Zahnleistungen darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau aus steigen, da die privatärztlichen Gebührenordnungen von ihrem Grundsatz her deutlich über die Vergütungen in der GKV hinausgehen.

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 stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2003



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

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2003 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 12 Prozentpunkte gestiegen sind.

Z13/4107

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	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	135,0	121,8	+ 13,2	+ 10,84
davon				
Pflegestufe 0	0,3	0,0	+0,3	+0,00
Pflegestufe I	31,9	27,4	+4,5	+16,42
Pflegestufe II	63,1	56,9	+6,2	+10,90
Pflegestufe III	39,7	37,5	+2,2	+5,87
Pflegegeld	201,5	174,9	+ 26,6	+ 15,21
davon				
Pflegestufe 0	2,9	0,0	+2,9	+0,00
Pflegestufe I	76,9	66,5	+10,4	+15,64
Pflegestufe II	85,7	73,6	+12,1	+16,44
Pflegestufe III	36,0	34,8	+1,2	+3,45
Ersatzpflegekraft	16,5	13,8	+ 2,7	+ 19,57
Pflegehilfsmittel	4,2	3,8	+ 0,4	+ 10,53
technische Hilfsmittel	19,5	17,9	+ 1,6	+ 8,94
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	7,1	5,8	+ 1,3	+ 22,41
Beiträge zur Rentenversicherung	27,5	26,3	+ 1,2	+ 4,56
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	0,00
Tages- und Nachtpflege	8,2	7,1	+ 1,1	+ 15,49
davon				
Pflegestufe I	2,1	1,7	+0,4	+23,53
Pflegestufe II	4,3	3,8	+0,5	+13,16
Pflegestufe III	1,8	1,6	+0,2	+12,50
Kurzzeitpflege	14,4	12,6	+ 1,8	+ 14,29
zusätzliche Betreuung	17,1	14,7	+ 2,4	+ 16,33
Kontrollpflege	1,3	1,2	+ 0,1	+ 8,33
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,1	0,1	0,0	0,00
Medicproof	28,4	23,5	+ 4,9	+ 20,85
Arbeitslosenvers.-Beitrag/ KV-PV-Zuschuss	0,1	0,1	0,0	0,00
zusätzliche Leistung Wohngruppen	0,5	0,0	+ 0,5	0,00
insgesamt	481,5	423,7	+ 57,8	+ 13,64

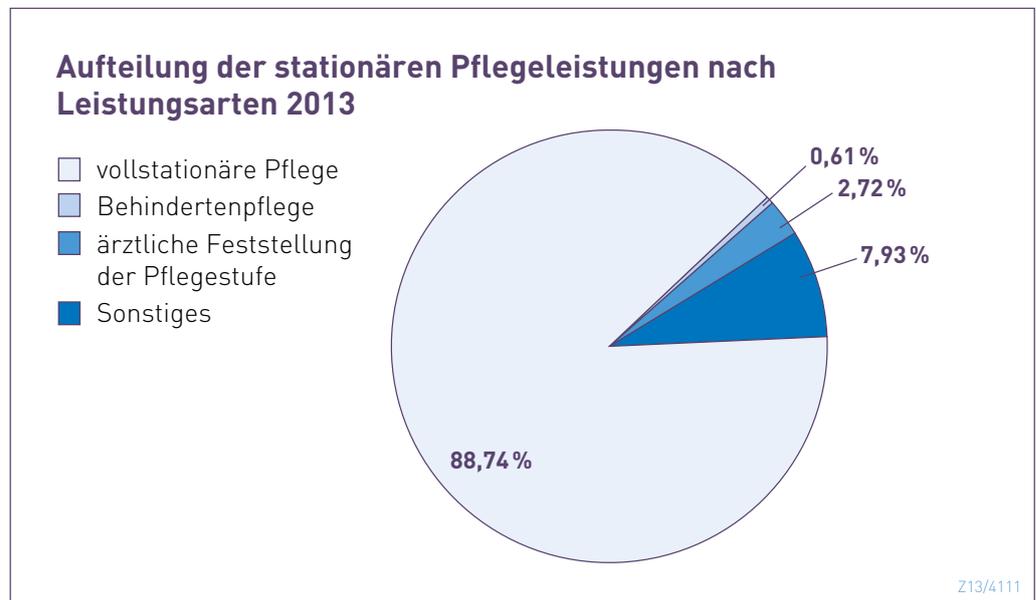
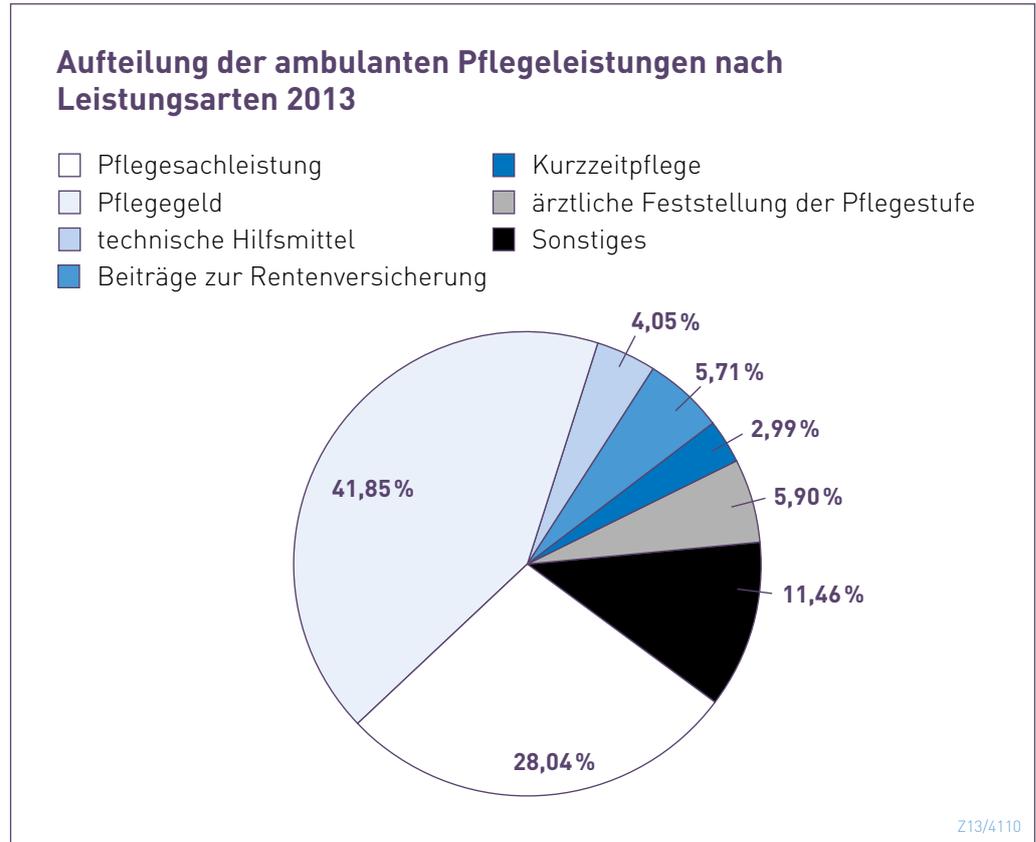
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2013 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 857,1 Mio. Euro einen Anteil von 43,82 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	332,2	317,7	+ 14,5	+ 4,56
davon				
Pflegestufe I	90,1	83,9	+ 6,2	+ 7,39
Pflegestufe II	142,6	137,3	+ 5,3	+ 3,86
Pflegestufe III	99,5	96,5	+ 3,0	+ 3,11
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	1,1	1,0	+ 0,1	+ 10,00
davon				
Pflegestufe I	0,3	0,2	+ 0,1	+ 50,00
Pflegestufe II	0,4	0,4	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,4	0,4	0,0	0,00
Behindertenhilfe	2,3	2,2	+ 0,1	+ 4,55
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	29,7	26,0	+ 3,7	+ 14,23
Leistungen bei Rückstufung	0,1	0,1	0,0	0,00
Medicproof	10,2	8,6	+ 1,6	+ 18,60
insgesamt stationär	375,6	355,6	+ 20,0	+ 5,62

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.

Z13/4109

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.

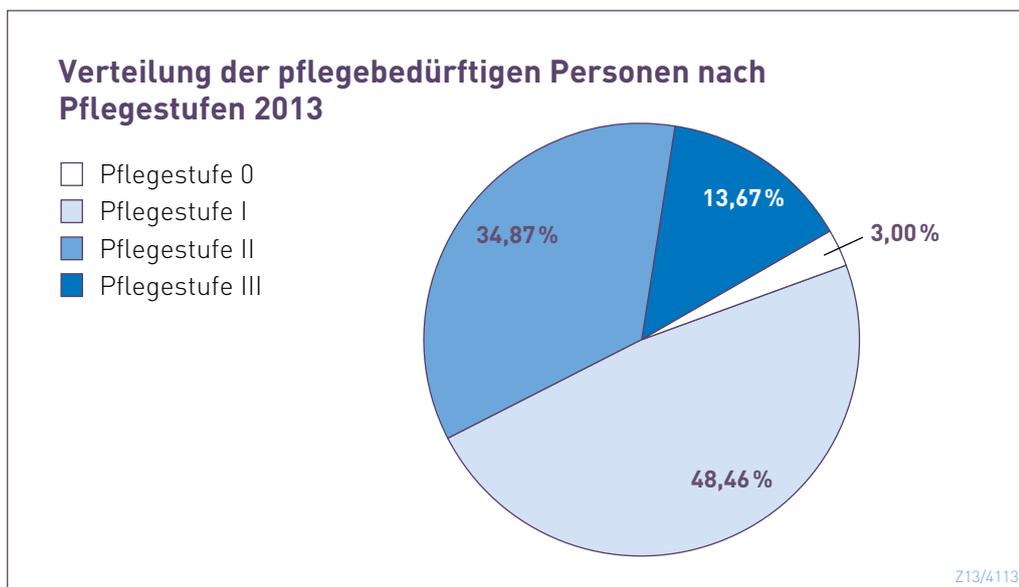
Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegestufen, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	114.558	105.758	+ 8.800	+ 8,32
davon				
Pflegestufe 0 ¹	4.550	1.065	+ 3.485	+ 327,23
Pflegestufe I	62.033	58.861	+ 3.172	+ 5,39
Pflegestufe II	36.727	34.693	+ 2.034	+ 5,86
Pflegestufe III	11.248	11.139	+ 109	+ 0,98
stationäre Pflege	47.128	45.383	+ 1.745	+ 3,85
davon				
Pflegestufe 0 ¹	301	148	+ 153	+ 103,38
Pflegestufe I	16.315	15.724	+ 591	+ 3,76
Pflegestufe II	19.645	19.104	+ 541	+ 2,83
Pflegestufe III	10.867	10.407	+ 460	+ 4,42
insgesamt	161.686	151.141	+ 10.545	+ 6,98

1 Bisher wurden die Leistungsempfänger in der Pflegestufe 0 mit in der Pflegestufe I ausgewiesen.

Z13/4112

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



Die wenigsten Leistungsempfänger erhalten Leistungen der Pflegestufe III. Dies gilt für die Private wie auch die Soziale Pflegeversicherung. Allerdings ist in der Privaten Pflegeversicherung der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen höher als in der Sozialen Pflegeversicherung. Denn während in der Privaten Pflegeversicherung im Jahr 2013 rund 13,7 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 12,4 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.

	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Bruttoschadenrückstellung	6.191,9	6.139,8	+52,1	+0,85
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	12,8	39,4	-26,6	-67,51
Bilanzschaden- rückstellung [G]	6.179,1	6.100,4	+78,7	+1,29

Z13/4201

4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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

Entwicklung der RfB	in Mio. Euro				
	insgesamt	davon aus erfolgsabhängigen RfB	davon aus erfolgsunabhängigen RfB	nach § 12a Abs. 3 VAG	Sonstige
Wert zum 31. Dezember 2012	12.491,4	10.988,6	868,6	462,3	171,9
Umbuchungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Entnahmen	3.468,2	3.150,7	43,4	124,6	149,5
davon zur					
Verrechnung ¹	2.029,9	1.844,6	43,4	124,6	17,3
Barausschüttung [G]	1.438,3	1.306,1	0,0	0,0	132,2
Zuführung	4.897,7	4.588,3	0,1	168,3	141,0
Wert zum 31. Dezember 2013	13.920,9	12.426,2	825,3	506,0	163,4
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,0				
Bilanzwert [G]	13.920,9				

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.

Z13/4301

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 2013:

Alterungs- rückstellungen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	166.902,8	155.907,4	+10.995,4	+7,05
Pflegeversicherung	27.108,5	25.708,3	+1.400,2	+5,45
Alterungsrückstellungen	194.011,3	181.615,7	+12.395,6	+6,83
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,0	986,5	-986,5	-100,00
Bilanzwert [G]	194.011,3	180.629,2	+13.382,1	+7,41

Z13/4401

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]	1.226,9	1.267,9	-41,0	-3,23
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnungsmäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	8.534,0	8.555,6	-21,6	-0,25
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	1.905,3	1.515,4	+389,9	+25,73
Limitierung gemäß § 12a Abs. 2 VAG²	604,8	659,0	-54,2	-8,22
Limitierung gemäß § 12a Abs. 3 VAG²	124,6	190,4	-65,8	-34,56
Gesamtzuführung	12.395,6	12.188,3	+207,3	+1,70

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

Z13/4402

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

	2013 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2013 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	33.861,8	10.995,4	32,47
Pflegeversicherung	2.062,1	1.400,2	67,90
insgesamt	35.923,9	12.395,6	34,51

Z13/4403

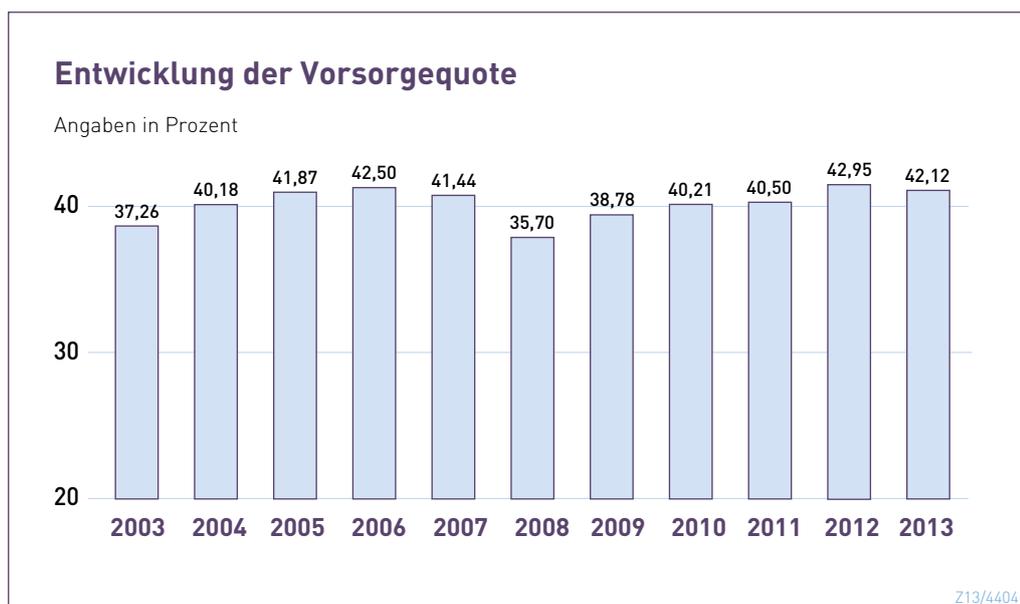
Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb sind die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

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.



4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2013	2012	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.415,5	2.588,3	- 172,8	- 6,68
Verwaltungsaufwendungen	843,0	879,4	- 36,4	- 4,14
insgesamt	3.258,5	3.467,7	- 209,2	- 6,03

Z13/4501

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen sank 2013 auf 2,35 (2012: 2,54) 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 Geschlechtsverteilung 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.

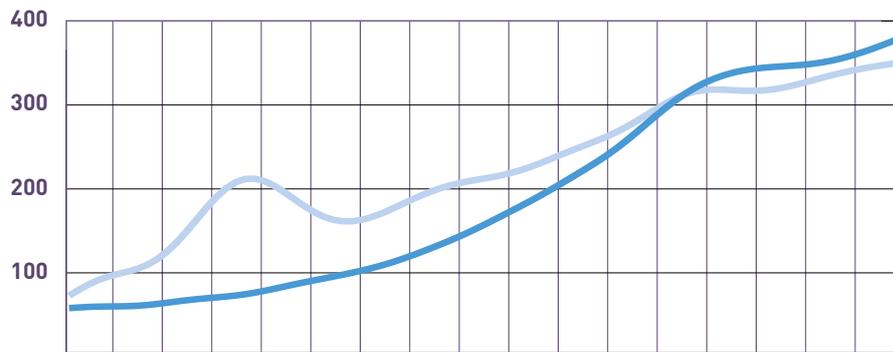
Ausgaben¹ nach Altersgruppen 2013	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz
Frauen im Alter von ... Jahren			
über 95	344,06	453,89	36,44
91 – 95	336,06	478,08	60,04
86 – 90	316,72	474,13	89,75
81 – 85	315,23	452,78	127,23
76 – 80	311,43	418,10	170,57
71 – 75	279,18	352,93	182,51
66 – 70	253,87	307,52	182,31
61 – 65	230,17	249,57	178,46
56 – 60	213,71	206,27	163,81
51 – 55	200,39	178,48	150,86
46 – 50	176,95	137,16	136,18
41 – 45	164,41	117,00	119,55
36 – 40	187,25	102,59	107,00
31 – 35	211,01	88,98	92,68
26 – 30	169,70	75,84	80,10
21 – 25	110,76	63,79	72,94
16 – 20	93,62	62,42	102,83
unter 16	66,40	51,70	93,13
Männer im Alter von ... Jahren			
über 95	365,34	477,98	50,75
91 – 95	349,17	512,27	79,22
86 – 90	345,21	565,25	112,25
81 – 85	335,17	545,99	147,31
76 – 80	309,14	492,83	180,16
71 – 75	266,56	425,45	181,51
66 – 70	227,18	344,38	177,93
61 – 65	191,01	259,20	168,19
56 – 60	161,59	199,26	153,17
51 – 55	135,63	146,32	132,83
46 – 50	114,30	109,85	114,58
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	89,19	83,76	90,00
31 – 35	76,59	66,50	80,25
26 – 30	72,02	65,75	67,23
21 – 25	63,13	71,90	56,26
16 – 20	62,88	56,79	101,64
unter 16	74,94	72,22	80,32

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

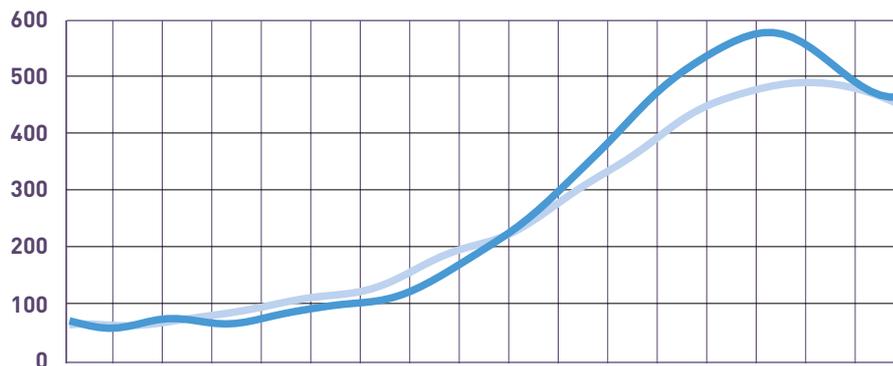
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ für ambulante und Zahnbehandlung 2013

■ Frauen ■ Männer

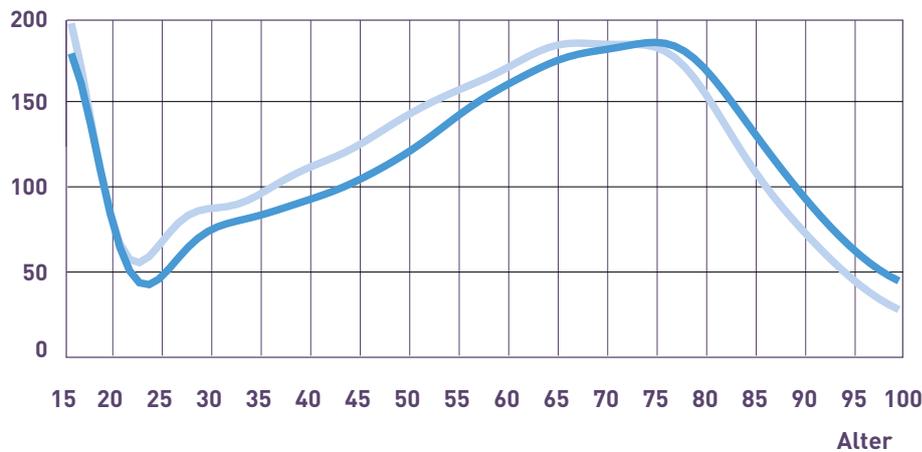
ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)



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:

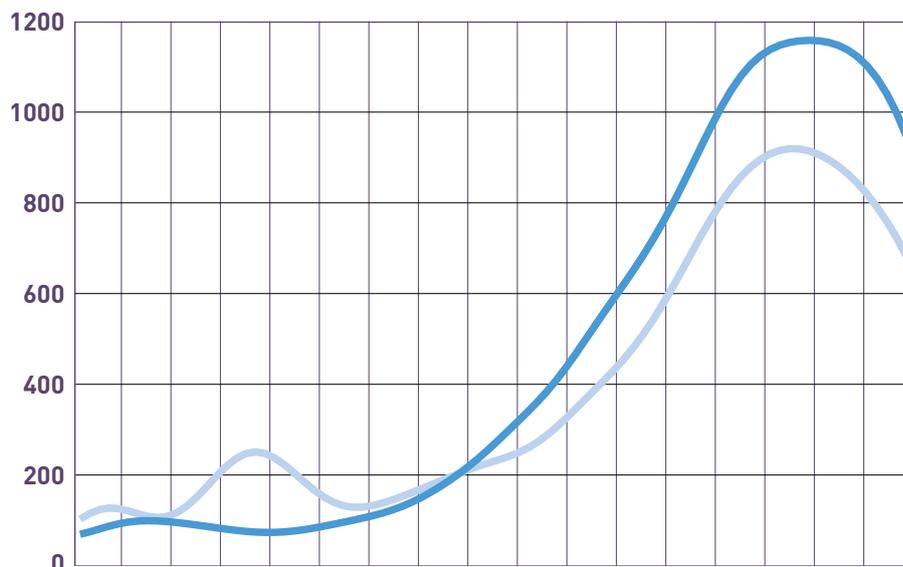
Ausgaben und Aufenthalt¹ nach Altersgruppen 2013	Ausgaben für Kranken- hausbehandlung	Krankenhaus- aufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	731,81	802,44
91 – 95	883,25	1.031,44
86 – 90	904,57	1.013,80
81 – 85	843,24	912,20
76 – 80	676,27	677,81
71 – 75	506,10	467,99
66 – 70	389,55	355,04
61 – 65	285,08	269,02
56 – 60	232,62	242,31
51 – 55	192,50	213,67
46 – 50	150,53	170,21
41 – 45	130,71	155,50
36 – 40	182,33	228,62
31 – 35	245,78	319,93
26 – 30	181,31	232,69
21 – 25	107,44	138,81
16 – 20	122,53	150,88
unter 16	84,34	74,28
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	1.047,87	1.027,06
91 – 95	1.157,36	1.180,04
86 – 90	1.125,05	1.079,23
81 – 85	1.065,63	932,03
76 – 80	856,62	700,69
71 – 75	680,90	548,45
66 – 70	530,86	436,28
61 – 65	378,97	316,75
56 – 60	272,29	244,39
51 – 55	186,60	175,26
46 – 50	129,86	129,97
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	79,69	79,63
31 – 35	74,18	76,62
26 – 30	90,78	96,67
21 – 25	94,16	109,49
16 – 20	84,50	79,99
unter 16	95,93	78,23

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

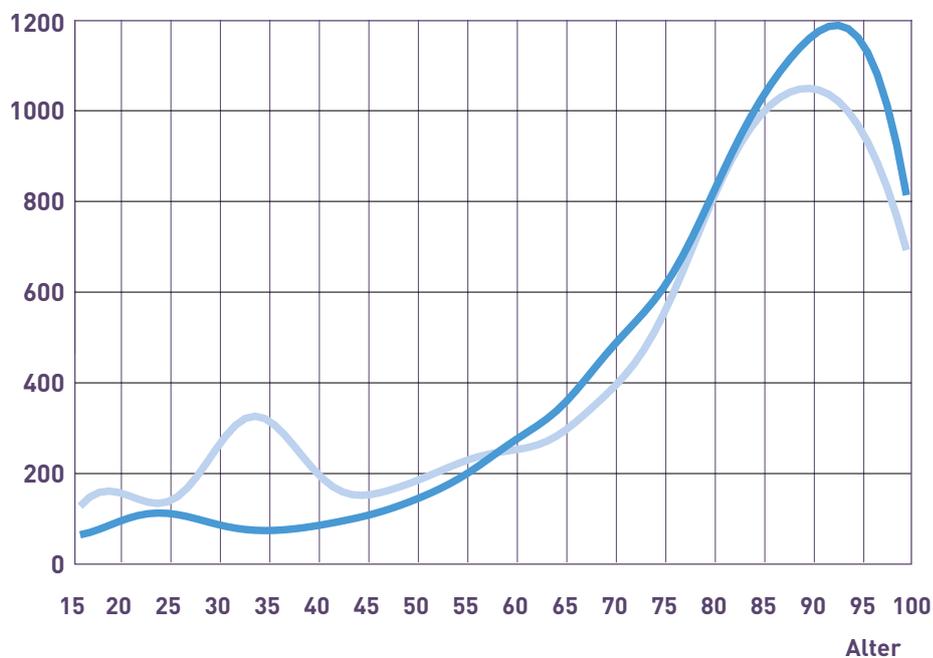
Altersabhängigkeit der Ausgaben und des Aufenthalts¹ im Krankenhaus 2013

■ 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 2013	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	122,68	396,52
56 – 60	89,83	357,35
51 – 55	83,81	276,50
46 – 50	102,87	199,54
41 – 45	75,06	145,08
36 – 40	69,44	134,83
31 – 35	107,82	97,95
26 – 30	0,00	74,90
21 – 25	0,00	41,63
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	140,28	395,58
56 – 60	128,20	297,01
51 – 55	123,84	195,71
46 – 50	101,13	138,56
41 – 45	100,00	100,00
36 – 40	89,70	85,50
31 – 35	106,24	80,52
26 – 30	75,85	80,57
21 – 25	0,00	61,59

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

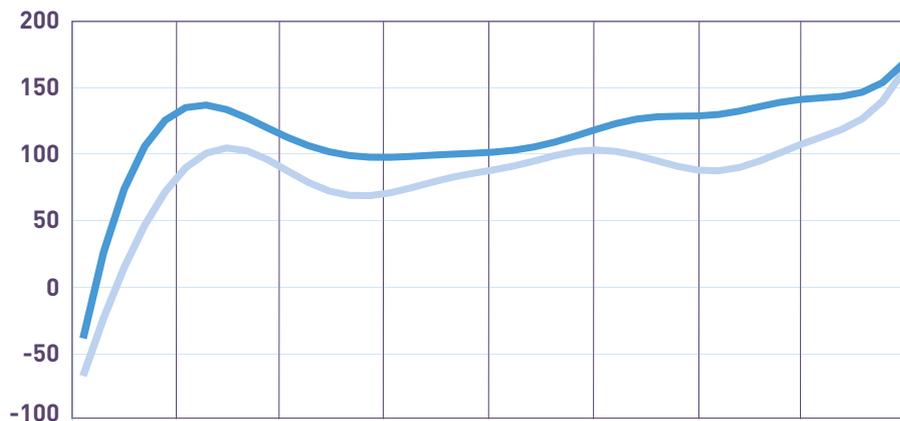
Z13/5105

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

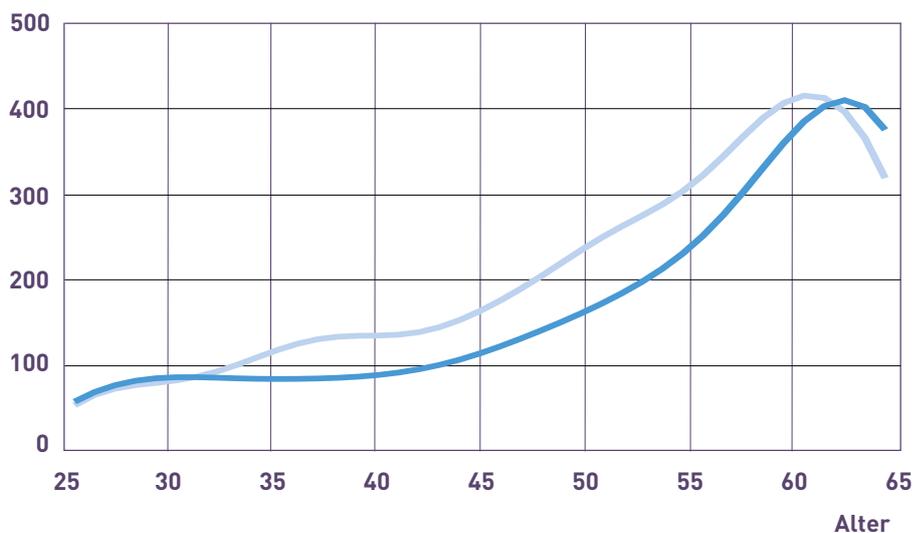
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld¹ 2013

■ 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.

Z13/5106

Selbstbehaltstatistik

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

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

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

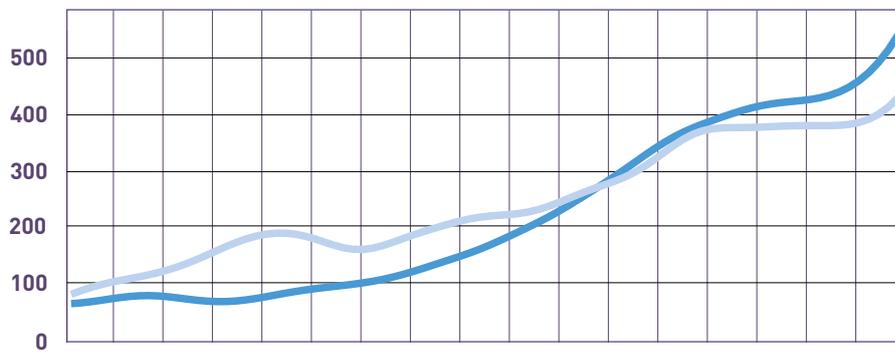
Ausgaben¹ im ambulanten Bereich nach Altersgruppen 2013	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	390,74	720,01	668,85	686,87
91 – 95	383,69	665,59	608,28	666,01
86 – 90	377,32	609,60	662,13	680,12
81 – 85	361,07	549,45	680,26	613,00
76 – 80	359,31	525,96	624,59	581,50
71 – 75	296,61	458,94	531,08	499,89
66 – 70	266,43	397,17	476,18	435,29
61 – 65	231,33	317,89	397,60	314,91
56 – 60	221,02	281,10	320,21	276,54
51 – 55	197,64	229,13	273,89	242,77
46 – 50	176,38	192,02	219,82	204,14
41 – 45	166,25	176,40	205,64	182,43
36 – 40	185,94	222,71	218,02	193,84
31 – 35	183,07	206,85	217,38	211,81
26 – 30	143,73	238,58	219,65	147,15
21 – 25	123,81	134,55	139,19	108,34
16 – 20	98,53	96,93	105,35	80,44
unter 16	68,59	64,97	60,20	56,25
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	483,89	792,41	821,45	721,57
91 – 95	430,31	606,54	793,89	775,11
86 – 90	423,80	660,27	720,99	736,01
81 – 85	397,43	634,27	787,15	722,72
76 – 80	367,02	539,15	686,40	569,00
71 – 75	308,26	456,78	557,47	467,55
66 – 70	260,77	372,97	435,42	376,12
61 – 65	208,04	279,00	317,70	271,20
56 – 60	168,32	203,05	225,88	196,62
51 – 55	138,71	153,97	169,83	149,76
46 – 50	114,08	118,28	129,08	110,48
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	88,73	89,80	87,54	78,19
31 – 35	74,49	91,25	87,72	62,28
26 – 30	70,14	105,61	83,42	64,53
21 – 25	91,35	93,56	119,04	92,50
16 – 20	70,67	72,02	81,26	58,16
unter 16	78,95	76,12	76,61	72,35

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

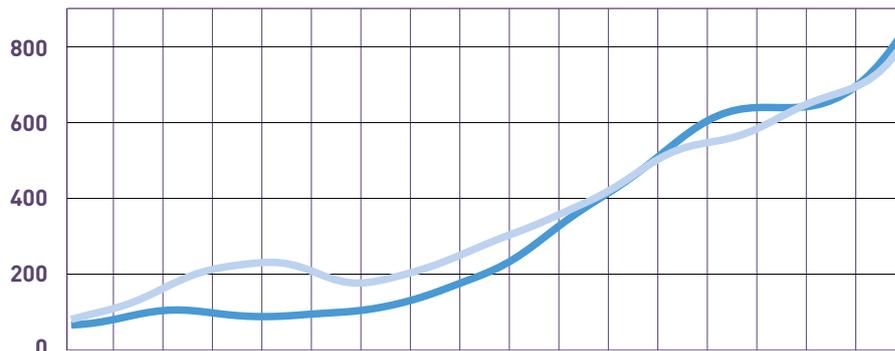
Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2013

■ Frauen ■ Männer

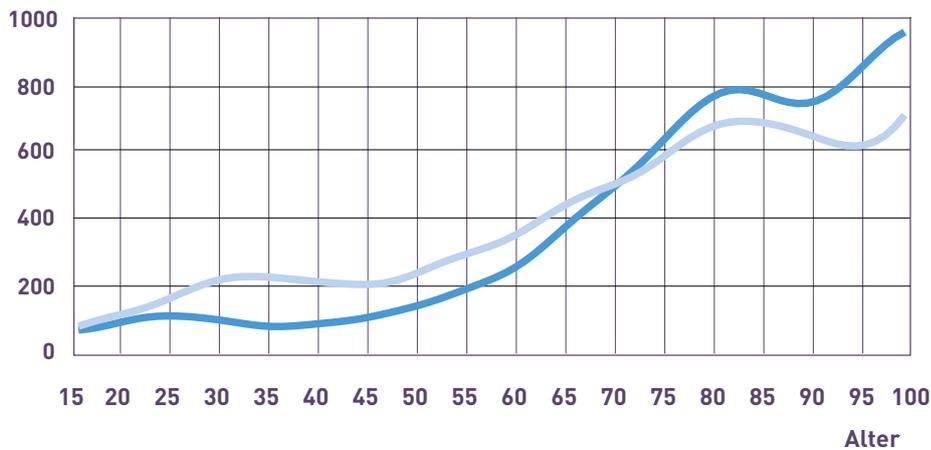
kein absoluter Selbstbehalt



Selbstbehalt bis 300 Euro



Selbstbehalt über 300 Euro bis 600 Euro

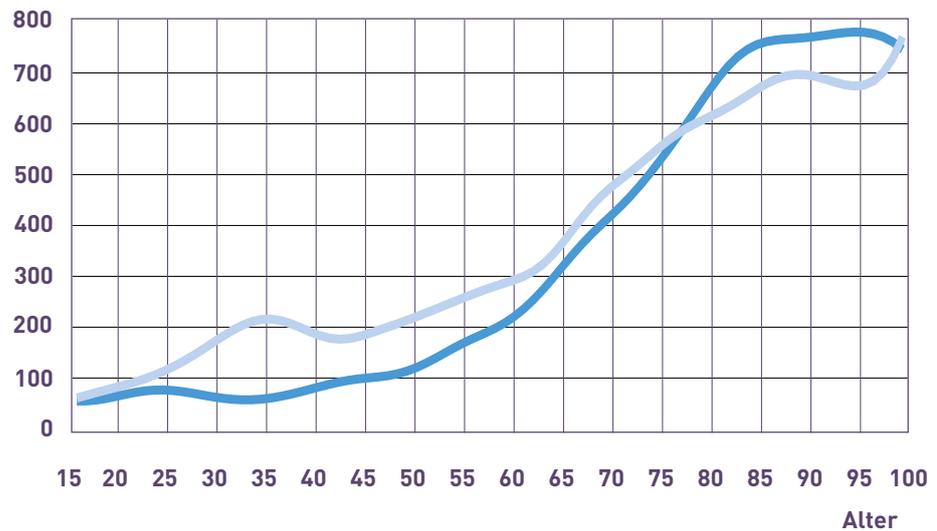


1 Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Altersabhängigkeit der Ausgaben¹ bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2013 (Fortsetzung)

■ Frauen ■ Männer

Selbstbehalt über 600 Euro



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

Z13/5108-2

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 2013 ¹	Selbstbehalt			
	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen	100,00	86,37	84,28	52,80
Männer	100,00	81,40	68,13	48,11

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

Z13/5109

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 2014“ zusammen.

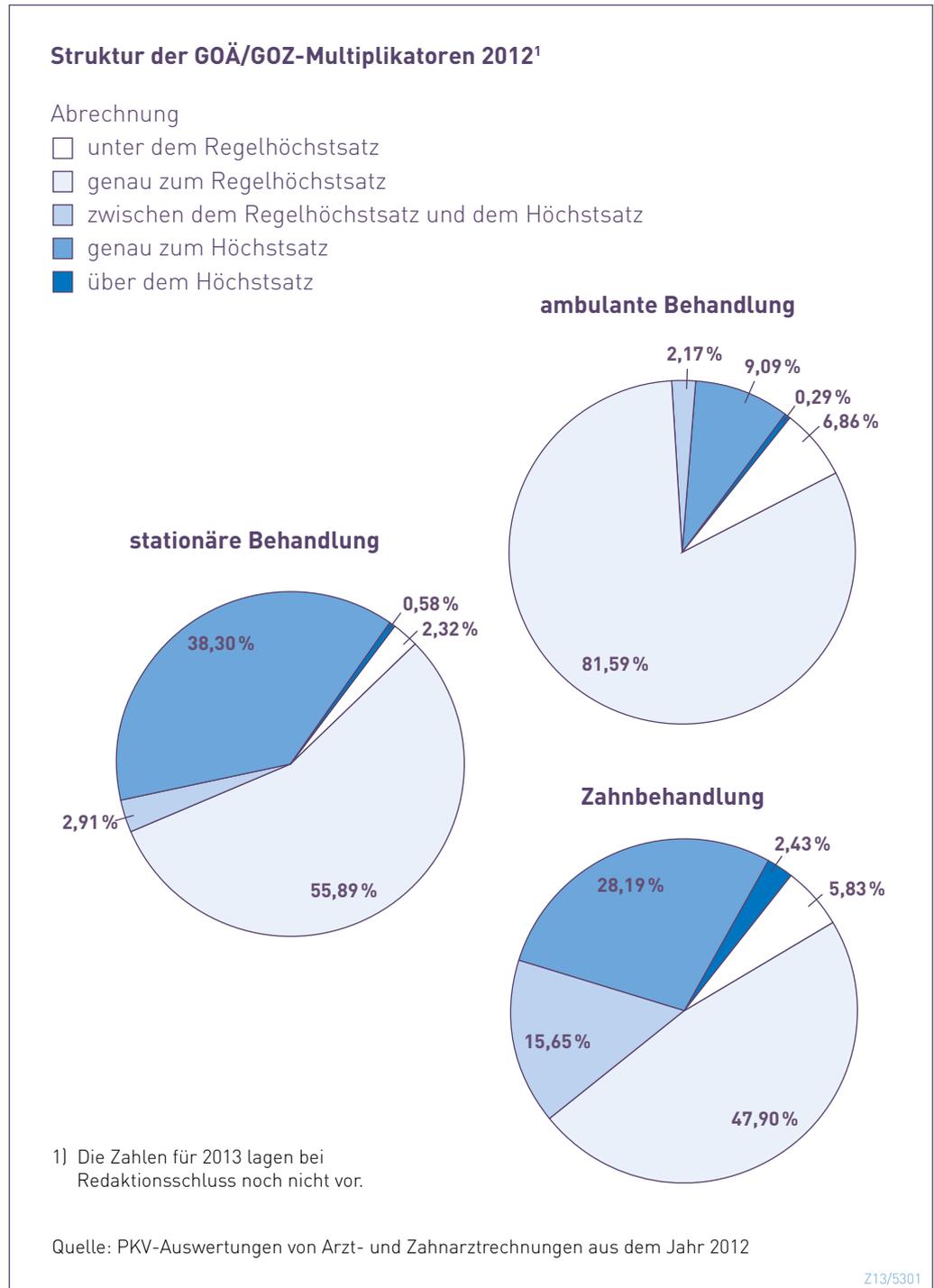
Sterbetafel „PKV 2014“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,57	84,32
5	82,64	79,40
10	77,67	74,43
15	72,70	69,46
20	67,76	64,55
25	62,82	59,68
30	57,88	54,77
35	52,93	49,85
40	47,99	44,93
45	43,09	40,06
50	38,25	35,26
55	33,49	30,58
60	28,82	26,05
65	24,26	21,65
70	19,79	17,40
75	15,46	13,38
80	11,45	9,78
85	8,02	6,82
90	5,39	4,62
95	3,56	3,23
100	2,17	2,13

Z13/5201

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 2012 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 stationären Behandlungen und bei Zahnbehandlungen griffen die Ärzte in zwischen 30 und 40 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück oder gingen noch über diesen hinaus. Im ambulanten Bereich waren es gut neun 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	2013 in Euro	2012 ² in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	90,23	89,77	+0,46	+0,51
Bayern	93,76	92,89	+0,87	+0,94
Berlin	120,56	120,54	+0,02	+0,02
Brandenburg	72,24	72,09	+0,15	+0,21
Bremen	96,89	97,14	-0,25	-0,26
Hamburg	100,74	99,21	+1,53	+1,54
Hessen	92,31	91,82	+0,49	+0,53
Mecklenburg- Vorpommern	92,12	84,82	+7,30	+8,61
Niedersachsen	86,74	85,13	+1,61	+1,89
Nordrhein- Westfalen	95,85	94,52	+1,33	+1,41
Rheinland- Pfalz	89,87	88,87	+1,00	+1,13
Saarland	94,58	90,64	+3,94	+4,35
Sachsen	68,40	66,87	+1,53	+2,29
Sachsen- Anhalt	69,83	69,18	+0,65	+0,94
Schleswig- Holstein	88,24	84,11	+4,13	+4,91
Thüringen	85,55	85,72	-0,17	-0,20
alte Länder (mit Berlin)	95,51	90,61	+4,90	+5,41
neue Länder	76,09	69,44	+6,65	+9,58
bundesweit	93,49	88,41	+5,08	+5,75

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

Z13/5401

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2013 in Euro	2012 ² in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	46,66	45,76	+0,90	+1,97
Bayern	46,76	46,55	+0,21	+0,45
Berlin	47,80	46,84	+0,96	+2,05
Brandenburg	37,59	37,98	-0,39	-1,03
Bremen	50,18	50,17	+0,01	+0,02
Hamburg	51,45	49,36	+2,09	+4,23
Hessen	46,24	45,11	+1,13	+2,50
Mecklenburg- Vorpommern	36,51	33,75	+2,76	+8,18
Niedersachsen	44,59	43,21	+1,38	+3,19
Nordrhein- Westfalen	52,27	51,48	+0,79	+1,53
Rheinland- Pfalz	48,39	47,47	+0,92	+1,94
Saarland	44,66	44,14	+0,52	+1,18
Sachsen	33,30	30,88	+2,42	+7,84
Sachsen- Anhalt	32,39	31,67	+0,72	+2,27
Schleswig- Holstein	46,93	44,60	+2,33	+5,22
Thüringen	45,05	43,33	+1,72	+3,97
alte Länder (mit Berlin)	49,10	47,05	+2,05	+4,36
neue Länder	36,37	33,70	+2,67	+7,92
bundesweit	47,80	45,69	+2,11	+4,62

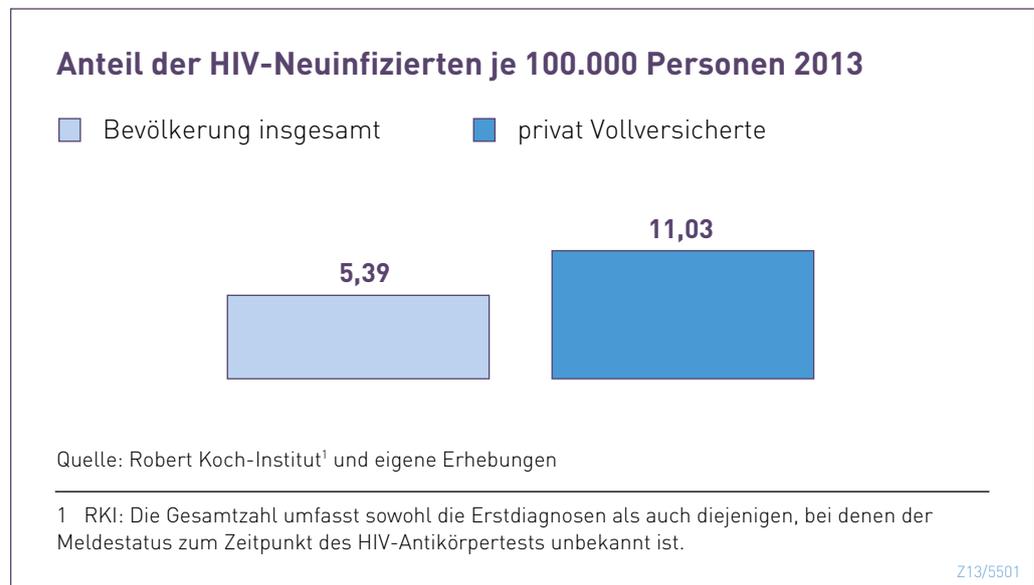
1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

2 Werte im Vergleich zum Zahlenbericht des Vorjahres leicht korrigiert

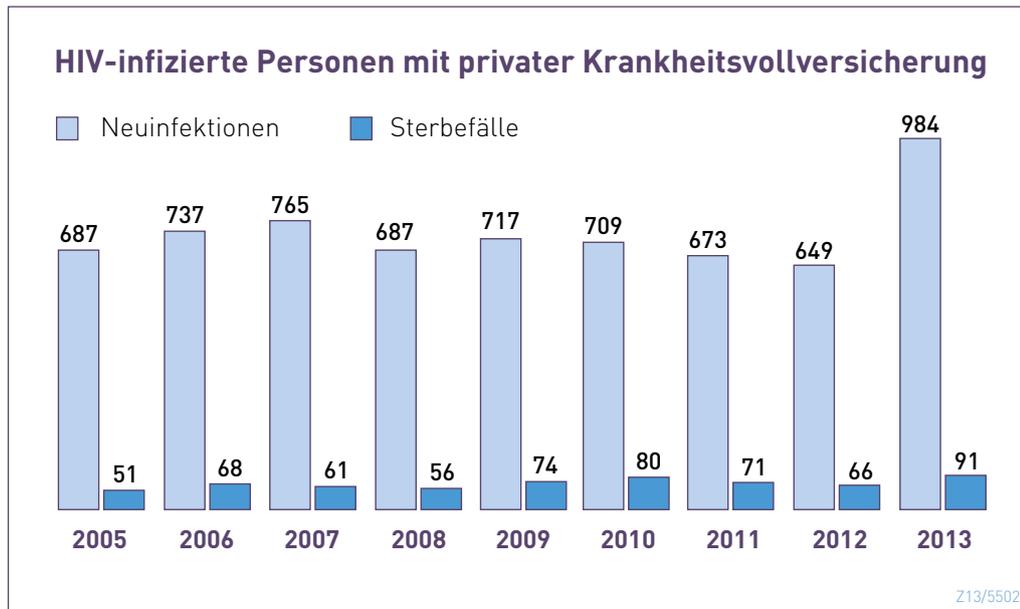
5.5 AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 35 Millionen Menschen mit HIV; 3,2 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich 2,1 Millionen Menschen im Jahr 2013 neu mit HIV infiziert. 1,5 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 4.417 positive HIV-Antikörpertests im Jahr 2013 gemeldet. Hierunter waren 1.154 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt, die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2013 unter ihren Vollversicherten 984 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.



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



Die Zahl der Neuinfektionen erhöhte sich 2013 stark. 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 2013 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von über 19.000 Euro.



6. Zeitreihen 2003 - 2013



Krankheitsvoll- versicherung	2003	2004	2005	2006	2007
versicherte Personen	8.110.400	8.259.400	8.373.000	8.489.100	8.549.000
Nettoneuzugang	186.600	149.000	113.600	116.100	59.900
Zugänge aus der GKV	338.400	297.700	274.500	284.700	233.700
Abgänge zur GKV	130.400	130.600	154.200	143.900	154.700
Vollversi- cherte mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.102.000	7.117.000	7.205.900	7.206.300	7.214.900
Vollversicherte mit Beihilfebe- rechtigung	4.018.100	4.053.700	4.119.900	4.141.800	4.148.900

Pflege- versicherung	2003	2004	2005	2006	2007
versicherte Personen	8.999.300	9.117.600	9.164.300	9.276.800	9.320.000
davon Leistungs- empfänger	116.845	122.583	128.343	134.722	140.230

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

2008	2009	2010	2011	2012	2013
8.639.300	8.810.900	8.895.500	8.976.400	8.956.300	8.890.100
90.300	171.600	84.600	80.900	-20.100	-66.200
244.900	288.200	227.700	232.000	159.900	123.900
151.000	146.500	153.200	157.600	162.400	161.200
7.217.600	7.300.200	7.298.800	7.322.500	7.304.100	7.250.300
4.161.500	4.194.000	4.226.300	4.246.700	4.254.900	4.255.600

Z13/6101

2008	2009	2010	2011	2012	2013
9.373.900 ¹	9.534.100	9.593.000	9.666.900	9.619.600	9.537.500
131.062 ¹	138.181	142.696	145.099	151.141	161.686

Z13/6102

Zusatzversicherungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	2003	2004	2005	2006	2007
Zusatzversicherungen insgesamt	14.687.600	15.897.900 ¹	17.087.800	18.400.500	20.009.400
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	4.715.100	4.804.400	5.040.000	5.096.500	5.167.600
Krankentagegeldversicherung	1.173.800	1.263.200	1.297.300	3.337.000	3.371.300
Krankenhaustagegeldversicherung	8.906.700	8.948.500	8.841.700	8.743.800	8.648.100
Pflegezusatzversicherung	749.600	787.100	832.900	988.800	1.174.000
geförderte Pflegezusatzversicherung					

1 Umstellung der Zählweise, nach alter Zählung 16.141.000

2 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen für 2013 auf 23.879.700. Seit 2013 werden auch Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	2003	2004	2005	2006	2007
Krankenversicherung	22.892,8	24.541,6	25.480,2	26.611,5	27.578,4
davon					
Krankheitsvollversicherung	17.523,3	18.907,0	19.665,2	20.509,6	21.209,3
Pflegeversicherung	1.847,9	1.871,4	1.867,5	1.871,3	1.882,9
insgesamt	24.740,7	26.413,0	27.347,7	28.482,8	29.461,3

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Beitragseinnahmen für 2013 auf 36.033,1 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Einnahmen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

2008	2009	2010	2011	2012	2013
20.983.200	21.478.400	21.969.400	22.498.900	23.070.900	23.524.500 ²
5.382.700	5.565.400	5.643.500	5.712.800	5.776.600	5.804.300
3.404.000	3.450.800	3.536.600	3.599.300	3.627.600	3.605.100
8.545.700	8.449.900	8.333.900	8.246.300	8.153.500	8.027.600
1.316.200	1.500.500	1.699.500	1.880.400	2.186.700	2.355.300 ³
					353.600 ³

³ Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Pflegezusatzversicherungen für 2013 auf 2.373.400 und die Zahl der geförderten Pflegezusatzversicherungen auf 359.600. Seit 2013 werden auch Versicherungen bei den außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

Z13/6103

2008	2009	2010	2011	2012	2013
28.360,3	29.393,7	31.174,3	32.562,3	33.616,9	33.861,8
21.790,0	22.564,2	24.072,1	25.150,9	25.862,9	25.743,4
1.970,2	2.074,2	2.096,0	2.105,1	2.010,7	2.062,1
30.330,5	31.467,9	33.270,3	34.667,4	35.627,6	35.923,9¹

Z13/6201

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2003	2004	2005	2006
ambulante Leistungen	6.582,3	6.968,4	7.382,8	7.682,8
davon				
Arztbehandlung	3.700,1	3.947,1	4.164,0	4.291,6
Heilpraktikerbehandlung	120,5	136,2	151,5	166,1
Arzneien und Verbandmittel	1.652,0	1.700,7	1.798,0	1.881,0
Heilmittel	523,2	564,0	596,2	631,9
Hilfsmittel	523,8	549,2	590,1	623,1
Sonstiges	62,7	71,2	83,0	89,1
stationäre Leistungen	4.866,7	5.042,5	5.203,8	5.388,7
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	2.388,8	2.454,1	2.628,5	2.714,4
Wahlleistung Chefarzt	1.909,8	1.936,6	1.942,2	2.031,9
Wahlleistung Unterkunft	441,0	523,7	506,9	513,5
Ersatz-Krankhaustagegeld	65,2	63,3	58,7	58,9
Sonstiges	61,9	64,8	67,5	70,0
Zahnleistungen	2.160,0	2.316,8	2.436,9	2.501,4
davon				
Zahnbehandlung	853,8	894,7	937,9	974,5
Zahnersatz	1.161,1	1.256,3	1.321,4	1.340,1
Kieferorthopädie	131,7	151,7	166,1	174,1
Sonstiges	13,4	14,1	11,5	12,7
Krankentagegeld	729,8	726,0	717,9	707,5
Krankhaustagegeld	508,9	511,8	508,9	494,1
Pflegezusatzversicherung	9,9	11,9	14,6	17,2
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	52,9	50,5	52,7	51,0
Besondere Versicherungsformen	381,6	397,0	432,8	432,0
Krankenversicherung	15.292,1	16.024,9	16.750,4	17.274,7
Pflegeversicherung	517,9	528,5	549,8	563,8
insgesamt	15.810,0	16.553,4	17.300,2	17.838,5

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2013 auf 24.334,3 Mio. Euro. Seit 2013 werden auch die Leistungen der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes erfasst.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
8.273,9	8.921,1	9.316,0	9.556,7	9.864,4	10.006,3	10.438,3
4.591,4	4.944,0	5.124,3	5.238,9	5.405,3	5.471,2	5.678,3
186,8	196,6	207,5	218,7	239,3	245,1	256,6
2.047,4	2.223,3	2.330,8	2.406,3	2.448,7	2.461,1	2.591,2
676,0	730,5	764,1	800,5	838,6	861,7	894,2
674,5	719,9	739,4	762,3	790,5	812,5	852,9
97,8	106,8	149,9	130,0	142,0	154,7	165,1
5.556,0	5.838,5	6.114,0	6.425,8	6.695,1	6.741,1	6.991,0
2.809,5	2.998,7	3.199,5	3.458,2	3.650,4	3.699,6	3.909,2
2.092,8	2.194,2	2.254,1	2.293,0	2.345,5	2.343,6	2.359,8
519,6	505,9	519,6	525,9	542,9	541,1	552,5
56,7	55,6	51,2	51,1	51,5	49,5	52,3
77,4	84,1	89,6	97,6	104,8	107,3	117,2
2.716,6	2.902,1	3.039,4	3.214,4	3.408,3	3.649,7	3.846,8
1.029,5	1.081,7	1.104,8	1.145,0	1.198,0	1.290,7	1.364,4
1.491,8	1.620,3	1.725,3	1.852,6	1.984,5	2.121,4	2.232,9
186,5	191,9	202,1	210,1	219,0	230,1	241,4
8,8	8,2	7,2	6,7	6,8	7,5	8,1
705,4	744,5	803,8	840,2	864,0	874,3	883,5
500,6	512,4	507,4	504,3	505,3	495,4	494,9
20,3	24,2	29,6	35,4	44,4	54,0	67,3
						0,0
47,7	58,3	66,6	50,5	62,6	77,9	76,8
499,0	550,2	576,6	589,4	609,5	609,0	600,7
18.319,5	19.551,3	20.453,4	21.216,7	22.053,6	22.507,7	23.399,3
578,1	617,7	667,7	698,8	720,5	779,3	857,1
18.897,6	20.169,0	21.121,1	21.915,5	22.774,1	23.287,0	24.256,4¹

Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Person in Prozent	2003	2004	2005	2006
ambulante Leistungen	+ 4,66	+ 3,70	+ 4,27	+ 2,65
davon				
Arztbehandlung	+ 4,03	+ 4,49	+ 3,83	+ 1,66
Heilpraktikerbehandlung	+ 2,24	+ 10,71	+ 9,50	+ 8,12
Arzneien und Verbandmittel	+ 6,72	+ 0,84	+ 4,05	+ 3,19
Heilmittel	+ 3,00	+ 5,59	+ 4,03	+ 4,55
Hilfsmittel	+ 5,27	+ 2,69	+ 5,75	+ 4,16
Sonstiges	+ 2,76	+ 11,25	+ 14,71	+ 5,91
stationäre Leistungen	- 0,91	+ 1,35	+ 2,19	+ 2,01
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	+ 2,12	+ 0,63	+ 5,42	+ 1,86
Wahlleistung Chefarzt	+ 0,43	- 0,65	- 1,49	+ 2,99
Wahlleistung Unterkunft	- 22,60	+ 16,35	- 4,92	- 0,26
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 13,96	- 4,99	- 8,82	- 1,23
Sonstiges	+ 4,89	+ 2,59	+ 2,53	+ 2,22
Zahnleistungen	+ 0,96	+ 5,06	+ 3,52	+ 1,25
davon				
Zahnbehandlung	+ 0,82	+ 2,64	+ 3,17	+ 2,48
Zahnersatz	+ 1,37	+ 5,98	+ 3,52	+ 0,04
Kieferorthopädie	- 0,67	+ 12,78	+ 7,77	+ 3,41
Sonstiges	- 9,24	+ 2,99	- 19,77	+ 9,42
Krankentagegeld	- 3,41	- 2,56	- 2,67	- 2,79
Krankenhaustagegeld	- 4,38	- 1,50	- 2,14	- 4,23
Pflegezusatzversicherung	+ 23,00	+ 17,89	+ 21,38	+ 15,91
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	+ 21,77	- 6,52	+ 2,76	- 4,57
Besondere Versicherungsformen	- 1,14	+ 1,89	+ 7,30	- 1,54
Krankenversicherung	+ 1,28	+ 2,64	+ 2,88	+ 1,73
Pflegeversicherung	+ 1,62	- 0,05	+ 2,39	+ 1,15
Versicherungsleistungen insgesamt	+ 1,29	+ 2,56	+ 2,86	+ 1,71
davon Gesamt für Krankheitskosten	+ 2,26	+ 3,13	+ 3,49	+ 2,19

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
+6,58	+6,88	+2,86	+0,79	+2,27	+1,09	+4,82
+5,88	+6,74	+2,09	+0,45	+2,22	+0,88	+4,29
+11,32	+4,33	+3,93	+3,56	+8,42	+2,09	+5,19
+7,72	+7,64	+3,26	+1,43	+0,82	+0,16	+5,80
+5,87	+7,12	+3,02	+2,93	+3,79	+2,40	+4,28
+7,13	+5,80	+1,16	+1,29	+2,74	+2,44	+5,47
+8,61	+8,28	+38,21	-14,55	+8,24	+8,56	+7,25
+2,34	+4,36	+3,37	+4,15	+3,61	+0,42	+4,43
+2,44	+5,80	+5,10	+6,19	+4,58	+1,00	+6,18
+2,43	+3,60	+0,78	-0,34	+1,62	-0,61	+0,61
+0,62	-3,80	+0,77	-0,84	+2,58	-0,86	+2,03
-4,37	-3,05	-9,66	-2,24	0,00	-4,29	+5,54
+9,52	+7,70	+4,90	+7,30	+6,44	+2,05	+9,69
+7,48	+5,90	+3,16	+3,94	+5,05	+6,72	+5,91
+4,56	+4,15	+0,60	+1,86	+3,67	+7,37	+6,22
+10,17	+7,67	+4,88	+5,53	+6,13	+6,54	+5,77
+6,00	+2,01	+3,72	+2,18	+3,29	+4,69	+5,42
-31,79	-7,77	-12,63	-8,43	0,00	+10,53	+8,33
-1,33	+4,63	+6,35	+3,01	+1,89	+0,85	+1,54
+0,27	+1,46	-2,47	-2,05	-0,72	-2,30	+0,38
+16,67	+18,49	+20,21	+17,99	+24,25	+21,13	+25,25
-7,44	+21,07	+12,54	-25,29	+22,98	+23,97	-0,92
+14,31	+9,31	+3,23	+0,73	+2,46	-0,43	-0,88
+4,95	+5,79	+3,04	+2,23	+2,98	+1,71	+4,46
+1,48	+5,91	+6,48	+3,14	+2,15	+7,79	+10,52
+4,84	+5,80	+3,15	+2,26	+2,96	+1,91	+4,67
+5,37	+5,83	+3,09	+2,16	+3,22	+1,97	+4,89

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	2003	2004	2005	2006	2007
Entnahmen	2.311,6	2.084,0	2.409,0	2.497,9	2.379,4
davon					
zur Verrechnung inkl. Mittel nach § 12a Abs. 2 VAG	1.495,4	833,2	1.185,9	1.118,4	1.049,8
zur Verrechnung gemäß § 12a Abs. 3 VAG		410,8	311,3	414,0	294,0
zur Baraus- schüttung	816,2	840,0	911,8	965,5	1.035,6
Zuführung	2.380,5	3.233,6	3.444,2	3.662,0	3.686,0
Bestand	6.039,6	7.190,0	8.225,2	9.389,3	10.695,9

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹	2007
Zuführung	8.841,3	8.673,1	9.559,3	10.061,8	10.212,6
davon					
Kranken- versicherung	6.933,1	7.514,1	7.892,8	8.813,6	8.933,5
Pflege- versicherung	1.908,2	1.159,0	1.666,5	1.248,2	1.279,1
Bestand	85.138,5	93.811,6	103.370,9	113.432,7	123.645,3
davon					
Kranken- versicherung	73.340,8	80.854,9	88.747,7	97.561,3	106.494,8
Pflege- versicherung	11.797,7	12.956,7	14.623,2	15.871,4	17.150,5

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

2008	2009	2010	2011	2012	2013
3.498,5	2.850,8	4.230,5	2.766,1	3.127,2	3.468,2
2.026,3	1.310,5	2.493,6	1.188,7	1.515,4	1.905,3
309,4	264,4	468,4	186,6	190,4	124,6
1.162,8	1.275,9	1.268,5	1.390,8	1.421,4	1.438,3
2.492,5	2.913,7	3.760,1	4.156,8	4.944,6	4.897,7
9.690,0	9.752,9	9.282,5	10.673,2	12.490,6	13.920,9

Z13/6401

2008	2009	2010	2011	2012	2013
10.733,9	10.945,0	12.680,6	11.422,6	12.188,3	12.395,6
8.696,2	9.732,0	10.547,5	9.934,1	10.502,8	10.995,4
2.037,7	1.213,0	2.133,1	1.488,5	1.685,5	1.400,2
134.379,2	145.324,2	158.004,8	169.427,4	181.615,7	194.011,3
115.191,0	124.923,0	135.470,5	145.404,6	155.907,4	166.902,8
19.188,2	20.401,2	22.534,3	24.022,8	25.708,3	27.108,5

Z13/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	2003	2004	2005	2006	2007
Abschlussaufwendungen	2.295,3	2.328,8	2.361,0	2.416,1	2.383,4
Verwaltungsaufwendungen	758,0	758,6	781,7	786,1	783,1

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2003	2004	2005	2006
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,64	0,60	0,66	0,24
Anteil an verbundenen Unternehmen	0,87	0,62	0,19	0,55
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	0,71	0,39	0,42	0,18
Beteiligungen	0,64	0,98	0,37	1,23
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	3,46	2,91	2,06	2,22
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	13,60	15,71	16,70	20,80
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	13,75	7,60	18,00	6,81
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1,07	1,87	1,26	2,20
Namenschuldverschreibungen	27,23	20,77	19,83	24,91
Schuldscheinforderungen und Darlehen	34,22	38,69	20,30	16,50
übrige Ausleihungen	0,55	0,54	0,29	0,51
Einlagen bei Kreditinstituten	2,58	6,95	6,04	2,48
andere Kapitalanlagen	0,68	2,37	13,88	21,37
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2008	2009	2010	2011	2012	2013
2.528,6	2.668,5	2.649,0	2.756,2	2.588,3	2.415,5
790,2	802,6	815,0	849,2	879,4	843,0

Z13/6601

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0,15	0,54	0,32	0,46	0,31	0,18	0,34
0,60	1,36	0,36	1,83	1,15	1,46	2,19
0,63	1,78	0,25	0,27	0,47	1,02	1,35
0,97	1,19	0,67	0,74	0,72	0,63	0,65
2,33	3,19	1,82	1,20	0,21	0,05	0,05
15,08	14,78	12,49	15,27	16,68	21,75	17,89
5,93	8,84	14,89	17,87	15,63	23,06	26,05
1,35	1,31	1,16	1,86	2,51	2,20	2,49
25,73	21,63	21,93	26,19	24,84	13,71	14,53
18,19	18,02	23,24	14,53	17,83	21,89	16,29
0,45	0,11	0,00	0,02	0,02	0,13	0,13
3,14	17,52	13,29	4,81	4,72	3,20	4,67
25,45	9,73	9,58	14,95	14,91	10,72	13,37
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z13/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	2003	2004	2005	2006
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.838,7	1.870,0	1.893,0	1.716,8
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.546,4	1.502,7	1.381,2	1.321,0
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	689,4	727,7	547,5	540,3
Beteiligungen	1.417,0	1.527,0	1.196,8	1.435,9
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	878,6	833,8	642,3	687,4
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	21.445,7	22.601,6	25.419,6	27.115,6
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	4.514,1	4.427,1	6.424,9	6.504,6
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	2.032,6	2.389,9	2.661,0	3.214,0
Namenschuldverschreibungen	31.370,7	33.060,5	36.779,8	41.976,8
Schuldscheinforderungen und Darlehen	28.873,7	35.440,1	39.428,6	42.859,8
übrige Ausleihungen	1.001,8	1.113,8	1.186,9	1.328,4
Einlagen bei Kreditinstituten	1.927,5	1.849,6	1.374,6	1.459,5
andere Kapitalanlagen	216,1	713,6	252,1	356,7
insgesamt	97.752,3	108.057,4	119.188,3	130.516,8

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1.590,0	1.514,2	1.551,9	1.600,9	1.625,4	1.620,2	1.676,6
1.333,1	1.639,8	1.633,1	2.075,1	2.059,8	2.293,3	2.803,1
635,8	1.050,3	1.077,4	1.155,4	1.170,3	1.547,8	1.709,1
1.350,3	1.528,8	1.648,8	1.747,4	1.909,8	2.065,3	2.113,5
58,7	361,9	518,9	476,6	499,0	250,8	229,4
29.331,1	30.327,5	30.458,5	33.671,0	36.001,1	42.547,6	48.257,3
7.048,2	8.240,1	10.273,0	14.153,4	17.475,4	24.330,9	31.452,6
3.387,6	3.540,7	3.686,9	3.943,3	4.446,6	4.992,1	5.455,2
47.256,6	49.463,5	54.681,4	58.998,7	65.130,4	66.811,5	68.747,0
46.705,8	49.199,5	54.342,0	54.302,9	53.837,4	52.083,3	50.437,8
1.565,5	1.695,4	1.460,2	1.042,8	960,4	772,9	1.141,0
1.641,1	2.496,3	1.458,3	1.788,4	2.612,5	2.527,2	3.258,8
437,8	432,1	516,2	526,3	573,8	629,9	644,4
142.341,6	151.490,1	163.306,6	175.482,2	188.301,9	202.472,8	217.925,8

Z13/6702

6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2003	2004	2005	2006
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	13,26	13,21	13,76	14,17
RfB-Quote ¹	20,46	23,81	26,38	29,55
RfB-Zuführungsquote ¹	8,06	10,92	10,94	11,42
RfB-Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag ¹	64,82	50,02	56,87	54,07
- Barausschüttung ¹	35,18	49,98	43,13	45,93
Überschussverwendungsquote ¹	91,49	91,96	92,00	91,93
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote ¹	8,14	10,66	10,14	10,96
Nettoverzinsung	4,85	4,78	5,11	4,82
Schadenquote ¹	79,56	77,69	78,40	77,82
Quote der Abschlussaufwendungen	9,24	8,79	8,61	8,46
Quote der Verwaltungsaufwendungen	3,05	2,86	2,85	2,76
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	7,25	6,74	3,50	4,09
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	2,35	1,83	1,38	1,57
- Zusatzversicherung	3,69	9,84	7,48	9,30
- insgesamt	3,21	6,99	5,40	6,76
Vorsorgequote	37,26	40,18	41,87	42,50

¹ Wert für 2012 aufgrund eines Fehlers nachträglich korrigiert.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
14,90	14,50	14,59	14,54	14,71	15,19	15,82
32,82	29,21	28,41	26,11	29,03	33,27	36,87
11,15	7,67	8,26	10,30	11,07	12,92	12,77
51,00	64,32	51,60	67,45	47,89	53,61	59,11
49,00	35,68	48,40	32,55	52,11	46,39	40,89
89,64	89,03	87,04	88,38	88,47	89,40	88,66
10,43	9,21	8,26	10,81	12,15	13,20	14,00
4,75	3,56	4,27	4,23	4,08	4,21	4,03
78,83	79,85	80,72	78,78	77,45	77,07	76,93
8,08	8,33	8,47	7,96	7,95	7,26	6,72
2,66	2,60	2,55	2,45	2,45	2,47	2,35
3,27	2,93	3,78	5,70	4,19	2,79	0,88
0,71	1,04	2,06	0,96	0,91	-0,22	-0,74
7,45	6,40	2,38	2,41	2,41	2,56	2,04
5,34	4,80	2,29	1,99	1,98	1,77	1,26
42,44	35,70	38,78	40,21	40,50	42,95	42,12

Z13/6801



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	2011¹	2012¹	2013
insgesamt	80.327,9	80.523,7	80.767,5
davon			
Frauen ²	41.097,8	41.142,6	41.210,4
Männer ²	39.230,1	39.381,1	39.557,1
Geburten³	662,7	673,5	682,1
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.018,2	4.047,3	4.078,1
6 bis unter 15	6.723,1	6.602,1	6.528,8
15 bis unter 25	8.826,2	8.776,6	8.691,9
25 bis unter 45	20.561,1	20.365,8	20.257,8
45 bis unter 65	23.616,2	24.040,8	24.386,6
ab 65	16.583,1	16.691,1	16.824,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2014)

1 nachträgliche Korrektur aufgrund Neuberechnung durch Zensus 2011
 2 Für 2011 – 2013 liegen bei der Aufgliederung nach Frauen und Männern bislang nur vorläufige Zahlen vor.
 3 Lebendgeborene, für 2013 bislang nur als vorläufige Zahl

Z13/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. aktuelle Sterbetafel verzögert sich aufgrund Neuberechnung durch Zensus 2011

Z13/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen	2011³	2012³	2013
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	28.809	29.411	29.772
davon			
Frauen	13.219	13.539	13.758
Männer	15.591	15.872	16.014
Arbeitslose²	2.976	2.897	2.950
davon			
Frauen	1.390	1.347	1.353
Männer	1.586	1.550	1.597

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Januar 2014, August 2014)

- 1 Quartalsschnitt anhand der Zahlen für Ende März, Juni, September und Dezember
- 2 Jahresdurchschnitt
- 3 nachträgliche Korrektur aufgrund einer Revision der Statistik im August 2014

Z13/A1103

durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer¹ in Euro	2011	2012	2013
Frauen	3.110	3.180	3.253
Männer	3.901	4.000	4.033
insgesamt	3.661	3.749	3.794

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.

Z13/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsberufen tätige Personen	2011	2012	2013
Ärzte	342.063	348.695	357.252
davon niedergelassen	124.012	123.213	123.629
Zahnärzte	68.502	69.236	69.731³
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen^{1,2} (ohne Altenpfleger)	2.285.000		
Altenpfleger²	444.000		

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt
(Stand: Januar 2014 / September 2014)

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.
3 vorläufige Zahl

Z13/A1201

Anzahl der Krankenhäuser/ Krankenhausbetten	2011	2012	2013 ¹
Krankenhäuser	2.045	2.017	1.995
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	502.029	501.489	500.585

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2014)

1 Für 2013 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.

Z13/A1202

Anzahl der Apotheken	2011	2012	2013
Apotheken	21.238	20.921	20.662

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Dezember 2013)

Z13/A1203

Gesundheitsausgaben	2011	2012	2013
insgesamt in Mrd. Euro ¹	293,6	300,4	
BIP in Mrd. Euro ¹	2.609,9	2.666,4	2.737,60
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent	11,2	11,3	
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro ¹	3.660	3.740	

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: April 2014)

1 Die Zahlen für 2013 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z13/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen¹ 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)

1 Neuere Zahlen als für 2011 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z13/A1205

I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2011	2012	2013
Frauen	36.901.675	36.922.495	36.961.923
davon			
mitversichert	10.660.887	10.433.981	10.283.043
freiwillig versichert ²	1.578.442	1.640.226	1.685.221
Männer	32.863.492	32.987.374	33.155.760
davon			
mitversichert	7.102.310	7.033.499	7.001.264
freiwillig versichert ²	3.398.780	3.543.590	3.645.762
insgesamt	69.765.167	69.909.869	70.117.683
davon			
mitversichert	17.763.197	17.467.480	17.284.307
freiwillig versichert ²	4.977.222	5.183.816	5.330.983

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2013)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z13/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2011	2012	2013
Ortskrankenkassen	12	11	11
Betriebskrankenkassen	119	111	109
Innungskrankenkassen	6	6	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen	9	9	1
Bundesknappschaft	1	1	1
Ersatzkassen	6	6	6
insgesamt	153	144	134

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2013)

Z13/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mio. Euro	2011	2012	2013
Einnahmen	183.773,6	189.688,2	195.847,6
davon			
Bundeszuschuss	15.300,0	14.000,0	11.500,0
Ausgaben	179.608,5	184.248,6	194.490,4
davon			
Leistungsausgaben	168.742,0	173.152,4	182.746,1
Netto-Verwaltungskosten	9.440,9	9.665,0	9.932,3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juni 2014)

Z13/A1303

Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro	2011	2012	2013
Kapitalreserve am 1. Januar	5,13	5,45	5,55
Defizit	-	-	-
Überschuss	0,31	0,10	0,63
Kapitalreserve am 31. Dezember	5,45	5,55	6,17

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: September 2014)

Z13/A1304

Rechengrößen der Gesetzlichen Krankenversicherung	2003	2004	2005	2006
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren	41.400	41.850	42.300	42.750
für alle übrigen Arbeitnehmer	45.900	46.350	46.800	47.250
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	41.400	41.850	42.300	42.750
Ost				
(durchschnittlicher) allgemeiner Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung²				
West	14,4	14,3	14,2	14,3
Ost	14,1	14,0	13,9	13,9
(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung				
West	496,80	498,71	500,55	509,44
Ost	486,45	488,25	489,98	495,19

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.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900	47.250	48.600
47.700	48.150	48.600	49.950	49.500	50.850	52.200	53.550
42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900	47.250	48.600
14,9	14,9 ³	15,5/ 14,9 ⁴	14,9	15,5	15,5	15,5	15,5
14,5							
530,81	536,40	569,63/ 547,58 ⁴	558,75	575,44	592,88	610,31	627,75
516,56							

3 Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Rechtskreistrennung 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.

Z13/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 Beitragsatz 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 Beitragsatzes 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 Ausgleichen betrieben.

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 Abschlussaufwendungen** ergibt sich aus dem Verhältnis von Abschlussaufwendungen [G] und verdienten Bruttobeiträgen. Sie zeigt auf, wie viel Geld die Unternehmen für den Vertragsabschluss aufwenden.
- Die **Quote der Verwaltungsaufwendungen** errechnet sich aus dem Verhältnis der Verwaltungsaufwendungen [G] zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Beiträgen für die Verwaltung der Versicherungsverträge aufgewendet wird.
- Die **RfB-Entnahmeanteile** gliedern sich in zwei Kennzahlen: zum einen die **Barausschüttung** [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 werden. Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Basistarif **[G]** eingeführt, in den alle der PKV zuzuordnenden Nichtversicherten auf Antrag aufgenommen werden müssen. Alle Versicherten des modifizierten Standardtarifs gingen in den Basistarif über, der modifizierte Standardtarif wurde anschließend eingestellt.

Nettoneuzugang

Der Nettoneuzugang beschreibt die Bestandsveränderung in der Privaten Krankheitsvollversicherung insgesamt – also unter Berücksichtigung von Geburten und Todesfällen sowie von Abgängen durch den Wechsel in die Gesetzliche Krankenversicherung und durch Vertragskündigungen. Dagegen werden beim Bruttoneuzugang alle Personen gezählt, die eine neue Krankheitsvollversicherung

abgeschlossen haben, z. B. auch Wechsler innerhalb der Privaten Krankenversicherung, ohne davon die Abgänge zu subtrahieren.

Notlagentarif

Der brancheneinheitliche Notlagentarif wurde zum 1. August 2013 eingeführt. Er ist ein Sozialtarif für Versicherte mit zeitweisen Zahlungsschwierigkeiten, die nicht hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind. Versicherte werden in den Notlagentarif umgestellt, wenn sie trotz Mahnungen längerfristig ihre Beiträge nicht bezahlen. Während der Versicherung im Notlagentarif werden keine neuen Alterungsrückstellungen aufgebaut. Es gelten limitierte Gebührensätze für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Die Leistungen umfassen – außer bei Kindern und Jugendlichen – nur Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Daher ist der Beitrag sehr günstig und ermöglicht es den Betroffenen, ihre Schulden schneller zurückzuzahlen. Nachdem die Schulden beglichen sind, kehren die Versicherten in ihren alten Tarif zurück.

Pflegezusatzversicherung, geförderte

Seit dem 1. Januar 2013 bieten die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) an. Dabei handelt es sich um eine Pfl egetagegeldversicherung, die von allen abgeschlossen werden kann, die pflichtversichert in der Pflegeversicherung sind, das 18. Lebensjahr vollendet haben und noch nicht pflegebedürftig sind. Es gilt ein Aufnahmeanspruch; Gesundheitsprüfungen, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Die staatliche Förderung beträgt einheitlich fünf Euro pro Monat, wobei der Eigenbeitrag der

Versicherten mindestens zehn Euro monatlich betragen muss.

Rückdeckung

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

Rückstellungen für Beitragsrück- erstattung (RfB)

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

Schadenregulierungsaufwendungen

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

Schadenrückstellung

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

erst nach dem Bilanzstichtag vorgenommen werden kann.

Standardtarif

Der brancheneinheitliche Standardtarif wurde 1994 eingeführt. Die Leistungen orientieren sich am Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Beitrag ist auf den 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 2014)



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



Continentale Krankenversicherung a.G.

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



Debeka Krankenversicherungsverein 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 Krankenversicherungsverein 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



**HALLESCHÉ 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



Mannheimer

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



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



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



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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



MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

Pettenkofersstraße 19, 80336 München
 Postanschrift: 80283 München
 Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
 www.muenchener-verein.de
 info@muenchener-verein.de



LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

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



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



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



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



Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62-82 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



Versicherung

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



DEUTSCHE
FAMILIENVERSICHERUNG

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

Adenauerring 9, 81737 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
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
uk@pbeakk.de

IV. Stichwortverzeichnis

AIDS-Statistik	86 f.
Alterungsrückstellungen	18, 19, 39, 43, 46 f., 51, 65 ff., 98 f., 118, 120
Basistarif	29 ff., 118, 122, 123
Beitragsbemessungsgrenze	116 f., 119
Einbettzimmerzuschlag	83 f.
Frauen	109 ff.
Lebenserwartung	81, 110
Selbstbehalt	77 ff.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff.
Gesetzliche Krankenversicherung	114 ff.
Einnahmen und Ausgaben	57 ff., 115
Versicherte mit privatem Zusatzschutz	14, 17, 34, 40 f.
Wechsler zwischen GKV und PKV	25 f., 30, 90 f.
GPV	9, 41, 120
Jahresergebnis	19
Kennzahlen	21, 104 f., 120 f.
Kinder	109 f.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	56
Männer	109 ff.
Lebenserwartung	81, 110
Selbstbehalt	77 ff.
Versicherungsbestand	27, 31 ff.
Versicherungsleistungen	56, 72 ff.
Mitgliedsunternehmen	9 ff., 16, 125 ff.
Notlagentarif	31, 122
Pflegezusatzversicherung, geförderte	15, 35, 40, 53, 56, 92 ff., 122
Rückstellungen für	
Beitragsrückerstattung	19, 21, 39, 43 f., 46 f., 51 f., 64 ff., 98 f., 104 f., 121, 123
Standardtarif	29, 123
modifizierter Standardtarif	29 f., 122
Steuern	19 f.
Umlage	29, 71
Private Pflegeversicherung	41
verbundene Einrichtungen	9, 16, 32, 129
Versicherungspflichtgrenze	13, 27, 116 f., 123
Vorsorgequote	21, 67, 104 f.
Zehn-Prozent-Zuschlag	42, 66, 124
Zweibettzimmerzuschlag	83, 85

