



Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016



Verband der Privaten
Krankenversicherung



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	31
2.3 Zusatzversicherungen	32
2.4 Besondere Versicherungsformen	35
2.5 Betriebliche Krankenversicherung	35
3. Erträge	37
3.1 Beitragseinnahmen	39
3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung ...	43
3.3 Kapitalerträge	45
4. Aufwendungen	49
4.1 Versicherungsleistungen	52
4.2 Gesamtgesellschaftliche Primärprävention	64
4.3 Schadenrückstellung	64
4.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	65
4.5 Alterungsrückstellungen	65
4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	68
5. Statistiken zur Tarifikalkulation	69
5.1 Profile	71
5.2 Sterbetafel	84
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	85
5.4 Krankenhausstatistik	87
5.5 AIDS-Statistik	89
6. Zeitreihen 2006 - 2016	91
6.1 Versicherungsbestand	92
6.2 Beitragseinnahmen	94
6.3 Versicherungsleistungen	96
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)	100
6.5 Alterungsrückstellungen	100
6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	102
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen	102
6.8 Kennzahlen	106

Anhang	109
I. Grundlagen	111
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland	111
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen.....	114
I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung.....	116
II. Glossar	120
III. Mitgliederverzeichnis	127

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die betriebliche Krankenversicherung bleibt ein dynamisches Wachstumsfeld: Allein im vergangenen Jahr ist die Zahl der Arbeitgeber in Deutschland, die ihren Mitarbeitern eine solche Vorsorge anbieten, um mehr als 27 Prozent gestiegen. Damit profitierten 2016 insgesamt 606.800 Mitarbeiter bei 4.894 Unternehmen in Deutschland von einer betrieblichen Krankenversicherung.

Positiv entwickelt hat sich die Zahl der Versicherungen in der PKV im Jahr 2016 auch insgesamt: Sie stieg auf 33,9 Millionen Voll- und Zusatzversicherungen. Der Neuzugang aus Voll- und Zusatzversicherung belief sich auf netto 299.200 Policen, wobei die Zusatzversicherungen einen Zuwachs um 1,3 Prozent verzeichnen konnten und mit 25,1 Millionen Policen erstmals die Schwelle von 25 Millionen überschritten.

Am stärksten war erneut der Zuwachs in der Pflegezusatzversicherung: Die Zahl der staatlich geförderten Policen stieg 2016 um 13,7 Prozent auf 777.200 Verträge. Die Zahl der ungeforderten Versicherungen nahm um 3,6 Prozent auf 2,7 Millionen zu, sodass es nun insgesamt 3,5 Millionen private Pflegezusatzversicherungen gibt. Auch die Zahl der Zahntarife als Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung nahm mit 3,5 Prozent besonders stark zu und erreichte Ende des Jahres 15,5 Millionen Versicherungen. Der Trend zu privater Vorsorge, um in der Gesetzlichen Krankenversicherung vermisste Leistungen abzusichern, setzt sich also fort.

In der Vollversicherung hat sich die Lage der PKV wieder deutlich verbessert. Zwar trug auch 2016 der gleiche Sondereffekt wie im Jahr zuvor zu einem leicht rückläufigen Bestand bei: Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erreichte aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt abermals einen neuen Rekordstand (31,6 Millionen gegenüber 30,9 Millionen im Jahr 2015). Zugleich hat die Zahl der Selbstständigen 2016 erneut abgenommen (minus 28.000). Im Ergebnis mussten zigtausende vorher privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in sozialversicherungspflichtige Anstellungen mit Einkünften unter der Versicherungspflichtgrenze in die GKV wechseln, ob sie das nun wollten oder nicht.

Insgesamt ist der Bestand in der Vollversicherung dadurch leicht auf 8,77 Millionen Personen gesunken. Dieser Rückgang um 0,2 Prozent oder 14.600 Versicherte ist aber deutlich geringer als im Vorjahr (2015: minus 0,5 Prozent). Seit dem Tiefpunkt 2013 (minus 0,7 Prozent) geht es im Neuzugang damit Jahr für Jahr kontinuierlich aufwärts.

Die Private Pflegepflichtversicherung zählte zum Jahresende 9,4 Millionen Versicherte.

Die Alterungsrückstellungen der Versicherten in der Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2016 um 5,7 Prozent auf 232,7 Milliarden Euro. Trotz der anhaltenden Niedrigzinsphase konnte die Private Krankenversicherung die Demografie-Vorsorge für ihre Versicherten also deutlich ausbauen. Die Alterungsrückstellungen betragen nun gerundet 200,2 Milliarden Euro in der Krankenversicherung (plus 5,9 Prozent) und 32,5 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung (plus 4,9 Prozent).

In den letzten zehn Jahren haben sich die Rückstellungen damit mehr als verdoppelt (2006: 113,4 Milliarden Euro). So trifft die Private Krankenversicherung

nachhaltig und verlässlich Vorsorge dafür, dass ihre Versicherten mit steigendem Lebensalter mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei konnte die Branche 2016 wie im Vorjahr eine durchschnittliche Nettoverzinsung von 3,7 Prozent für ihre Versicherten realisieren, obgleich die europäische Niedrigzinspolitik es den Unternehmen zunehmend erschwert, solche Ergebnisse zu erzielen.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung nahmen 2016 um 1,2 Prozent auf insgesamt 37,26 Milliarden Euro zu. Dabei stiegen die Einnahmen in der Krankenversicherung auf 35,09 Milliarden Euro (plus 1,4 Prozent); in der Pflegeversicherung sanken sie leicht auf 2,17 Milliarden Euro (minus 1,4 Prozent).

Die Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung stiegen 2016 um 2,4 Prozent auf 25,54 Milliarden Euro. Die Leistungen der Privaten Pflegeversicherung erhöhten sich um 8,5 Prozent auf 1,05 Milliarden Euro. Insgesamt erreichten die Versicherungsleistungen damit eine Höhe von rund 26,59 Milliarden Euro, was einem Zuwachs von 2,6 Prozent entspricht.

Köln, Dezember 2017



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2016 veröffentlicht. Für einen besseren Überblick werden die Werte überwiegend in Tabellen und Grafiken dargestellt.

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

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

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



1. Die Branche im Überblick



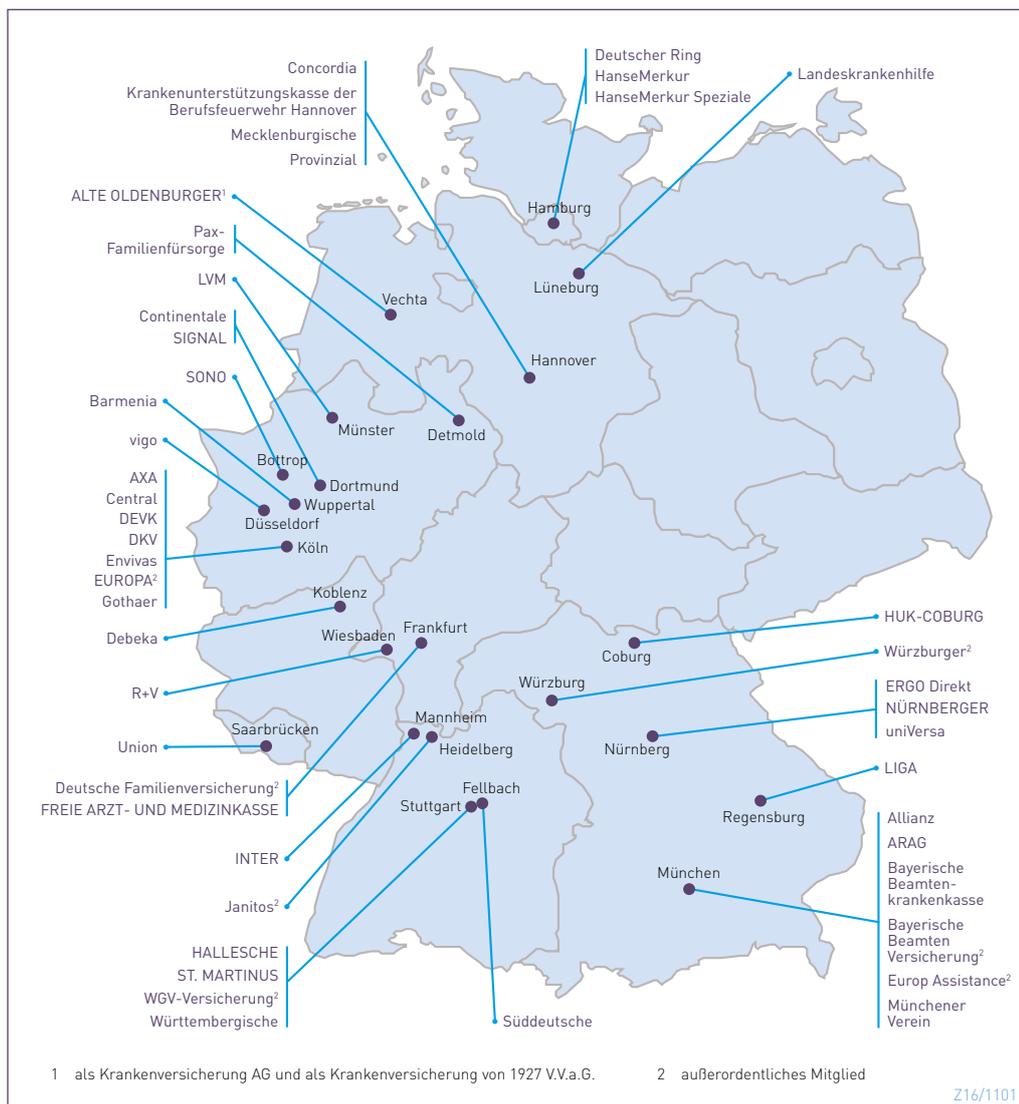
1.1 Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2016 41 (2015: 42) ordentliche und sieben außerordentliche Mitgliedsunternehmen. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Verband ist, dass ein Versicherungsunternehmen sein Geschäft in Deutschland betreibt und durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder eine Landesaufsichtsbehörde zugelassen ist. Von den 41 ordentlichen Mitgliedsunternehmen bieten 36 die Krankheitsvollversicherung an.

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

Hauptsitze der PKV-Unternehmen in Deutschland am 31.12.2016



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2016 noch 17 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	
	2016	2015	2016	2015
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	17	18	31	31
Anzahl der Vollversicherten	4.500.599	4.595.800	4.272.101	4.191.500
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,30	52,30	48,70	47,70
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.254,7	15.669,1	22.003,6	21.153,3
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	40,94	42,55	59,06	57,45

Z16/1102

Zwölf Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 4.944,2 Mio. Euro machten 13,27 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 12,88 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

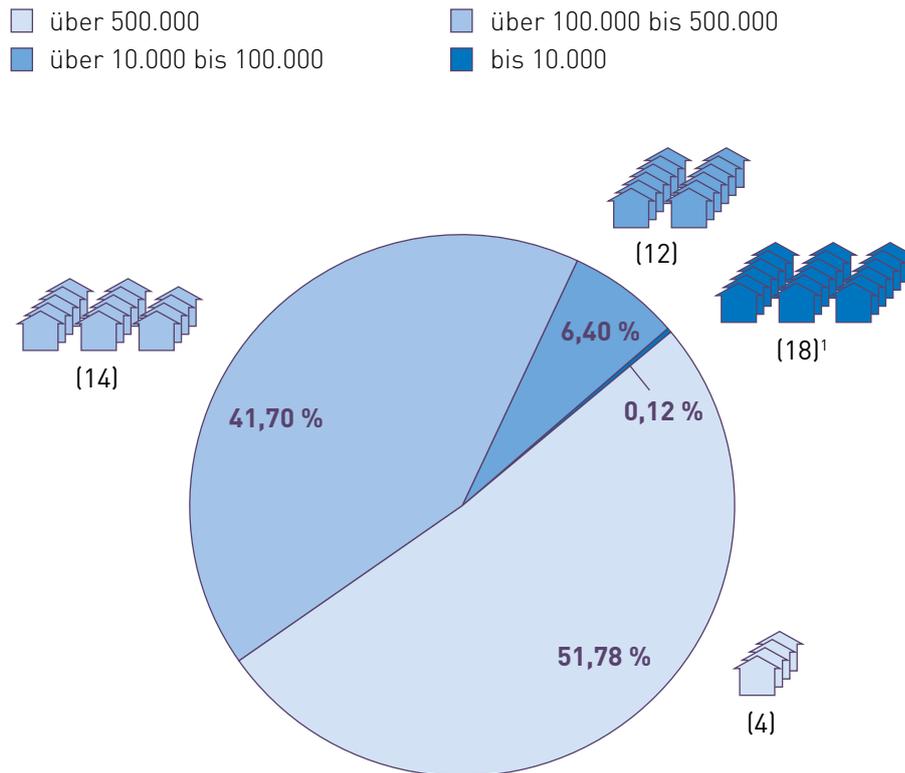
In der PKV gibt es eine Vielzahl von Tarifen und dadurch auch deutliche Unterschiede im versicherten Leistungsumfang. Darüber hinaus haben fast 50 Prozent der vollversicherten Personen einen Anspruch auf Beihilfe [G], weshalb sie nur einen Teil ihres Krankheitskostenrisikos privat abgedeckt haben. Aus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

Größenverhältnisse der Unternehmen

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

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

Größenverhältnisse nach Vollversicherungsbestand 2016

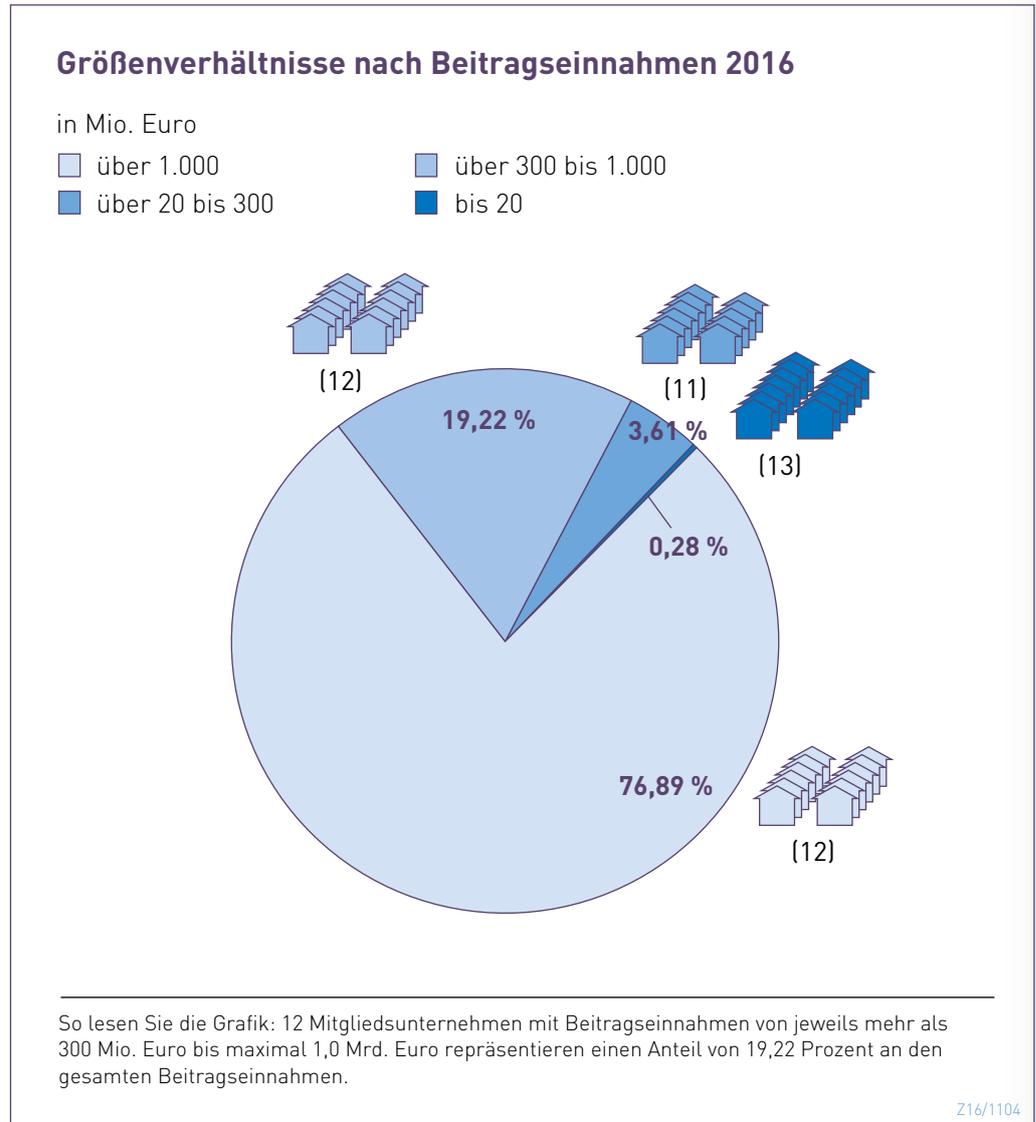


1 Von diesen Unternehmen bieten zwölf keine Krankheitsvollversicherung an, haben also den Bestand 0.

So lesen Sie die Grafik: 14 Mitgliedsunternehmen mit jeweils mehr als 100.000 bis maximal 500.000 vollversicherten Personen repräsentieren einen Anteil von 41,70 Prozent am gesamten Vollversichertenbestand.

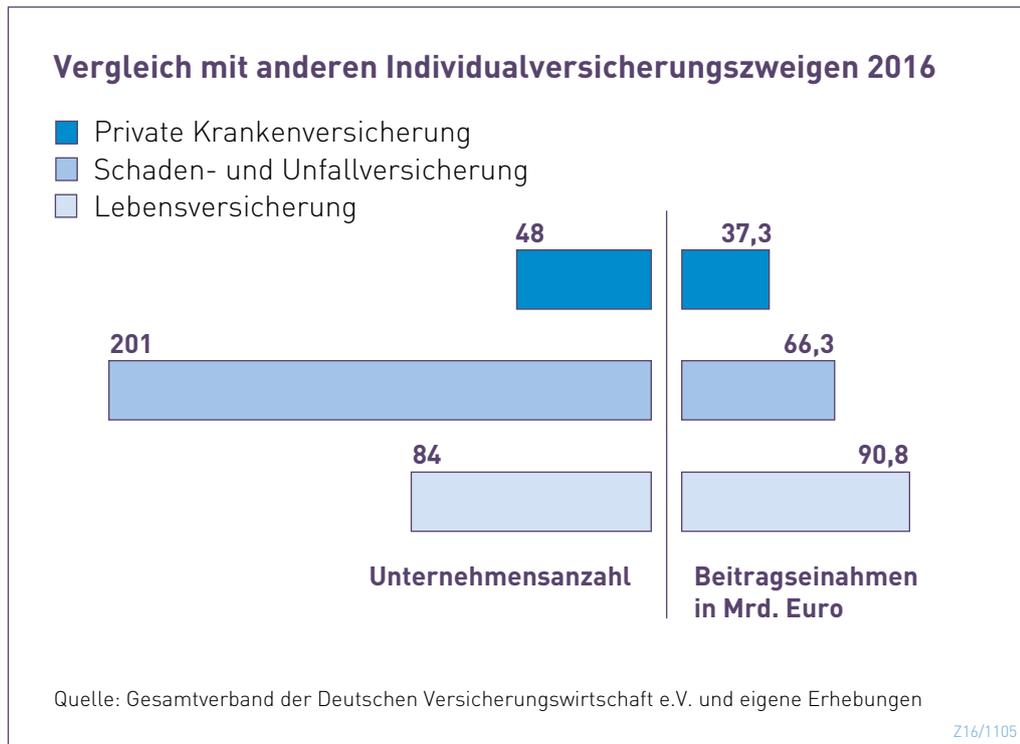
Z16/1103

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



Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2016 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 Verdienstausschlag 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 Aufhalten im Ausland. Sie kann für kurzfristige und auch längerfristige Aufenthalte abgeschlossen werden, unabhängig davon, ob der Aufenthalt im Rahmen eines Urlaubs, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit erfolgt.

Spezielle Ausschnittsversicherungen

Diese Versicherungen decken ein spezielles Risiko ab, zum Beispiel Kosten von Sehhilfen. Die Kalkulation erfolgt unter Sonderbedingungen, deshalb gilt diese Versicherungsart nicht als Zusatzversicherung.

Beihilfeablöseversicherung

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

Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung

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

Betriebliche Krankenversicherung

Eine betriebliche Krankenversicherung (bKV) ist die von einem Arbeitgeber für seine Mitarbeiter als Sozialleistung abgeschlossene und von ihm vollfinanzierte Zusatzversicherung zur Aufstockung des GKV-Schutzes bzw. eines PKV-Vollversicherungsschutzes. Der Arbeitgeber tritt dabei als Versicherungsnehmer in Erscheinung. Aufgrund der größeren Zahl von versicherten Perso-

nen je Vertrag lassen sich Beitragsvergünstigungen und u. U. auch der Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung ermöglichen.

1.3 Zahlenüberblick

Mitgliedsunternehmen des Verbandes 2016

41 ordentliche Mitgliedsunternehmen¹	- 17 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 24 Aktiengesellschaften
7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen²	- 7 Aktiengesellschaften
2 verbundene Einrichtungen	- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Postbeamtenkrankenkasse

¹ Von den 41 ordentlichen Mitgliedsunternehmen bieten 36 die Krankheitsvollversicherung an.
² Seit dem 15. Juni 2010 können Unternehmen, welche die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben, dem Verband nur noch als außerordentliche Mitglieder beitreten.

Z16/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.772.700	8.787.300	- 14.600	- 0,17
Pflegeversicherung	9.375.100	9.413.600	- 38.500	- 0,41
Zusatzversicherungen¹ davon unter anderem	25.083.900	24.770.100	+ 313.800	+ 1,27
ambulante Tarife	7.919.800	7.869.800	+ 50.000	+ 0,64
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	6.058.600	5.980.400	+ 78.200	+ 1,31
Zahntarife	15.371.900	14.950.000	+ 421.900	+ 2,82
Krankentagegeldversicherung	3.597.400	3.583.600	+ 13.800	+ 0,39

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.

Z16/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	26.116,7	25.846,2	+270,5	+1,05
Pflegeversicherung	2.165,1	2.196,1	-31,0	-1,41
Zusatzversicherungen davon unter anderem	8.158,0	7.984,6	+173,4	+2,17
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.412,0	5.326,1	+85,9	+1,61
Krankentagegeld- versicherung	1.133,5	1.133,5	0,0	0,00
Besondere Versicherungsformen	818,5	795,5	+23,0	+2,89
insgesamt	37.258,3	36.822,4	+435,9	+1,18
insgesamt ohne Pflegeversicherung	35.093,2	34.626,3	+466,9	+1,35

Z16/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 70,10 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 14,53 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	25.542,7	24.940,1	+602,6	+2,42
Pflegeversicherung	1.049,6	967,8	+81,8	+8,45
insgesamt	26.592,3	25.907,9	+684,4	+2,64

Z16/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsarten

Leistungsart	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	11.616,7	11.239,9	+376,8	+3,35
stationäre Leistungen	7.587,6	7.443,2	+144,4	+1,94
Zahnleistungen	4.104,8	4.034,4	+70,4	+1,74
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	23.388,1	22.795,4	+592,7	+2,60

Z16/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	200.164,9	189.044,9	+11.120,0	+5,88
Pflegeversicherung	32.554,7	31.038,3	+1.516,4	+4,89
insgesamt	232.719,6	220.083,2	+12.636,4	+5,74

Z16/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2016

in Mio. Euro

I. Erträge		48.657,3
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	37.246,3	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	2.031,5	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	9.379,5	
II. Aufwendungen		48.288,8
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	26.761,8	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	4.432,0	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	12.636,4	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.440,4	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	869,1	
3. Steuern	304,4	
4. Sonstige Aufwendungen und Erträge	844,7	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		368,5

Z16/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2016

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	316,3
C. Kapitalanlagen	259.995,1
I. Grundstücke	1.826,7
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	8.740,4
III. Sonstige Kapitalanlagen	249.427,3
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7
E. Forderungen	1.222,7
F. Sonstige Vermögensgegenstände	914,0
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.127,3
I. Voraussichtliche Steuerentlastung	83,2
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	68,5
Summe Aktiva	265.727,1

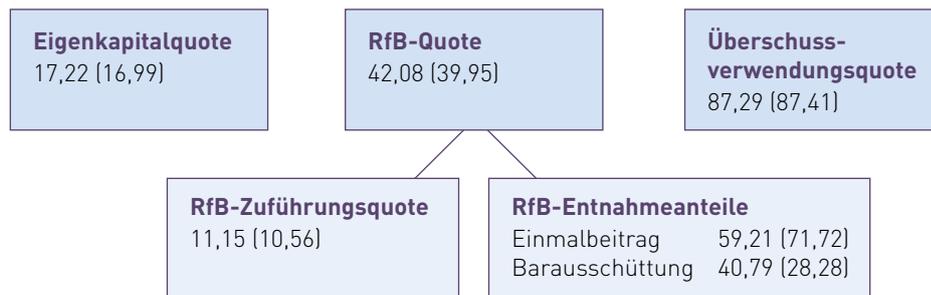
Passiva

A. Eigenkapital	6.535,1
B. Genussrechtskapital	30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	30,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	255.758,2
I. Beitragsüberhänge	125,4
II. Deckungsrückstellung	232.719,6
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	6.612,0
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	16.242,1
V. Sonstige Rückstellungen	59,1
G. Andere Rückstellungen	1.635,8
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	1,1
I. Andere Verbindlichkeiten	1.704,5
K. Rechnungsabgrenzungsposten	30,1
L. Passive latente Steuern gemäß §274 HGB	1,6
Summe Passiva	265.727,1

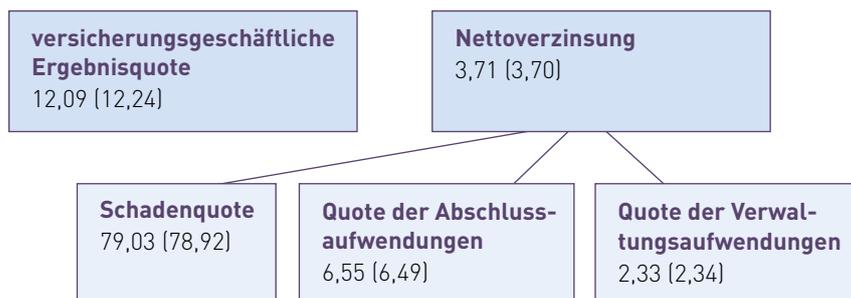
Kennzahlen

Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2016 in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



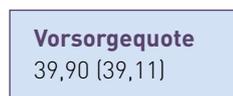
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z16/1309

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

Die Vorsorgequote wird in Kapitel 4.5 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 37.258,3 Mio. Euro beträgt 70,10 Prozent. Ende 2016 hatten 10,60 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine private Vollversicherung. Der Anteil der Versicherten aus den neuen Bundesländern an allen Vollversicherten ist mit 9,66 Prozent deutlich geringer als der Anteil der Versicherten aus den alten Bundesländern.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung lag 2016 mit minus 14.600 Personen deutlich über dem Neuzugang des Vorjahres (minus 47.100 Personen). Grund für den leicht negativen Nettoneuzugang ist ein anhaltender Sondereffekt (siehe Vorwort).

	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.772.700	8.787.300	- 14.600	- 0,17

Z16/2101

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	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	129.100	120.400	+8.700	+7,23
Abgänge zur GKV	130.600	140.200	-9.600	-6,85
Differenz	-1.500	-19.800	18.300	-92,42

Z16/2102

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.

	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	280.200	265.400	+14.800	+5,58

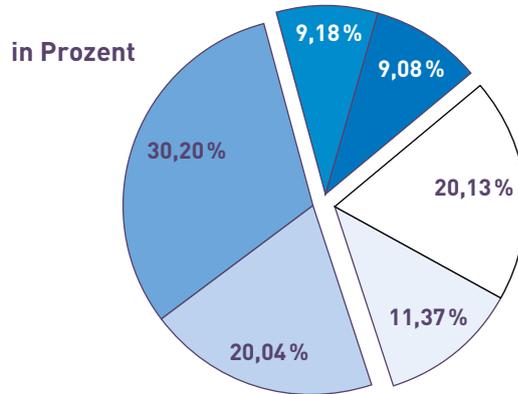
Z16/2103

Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

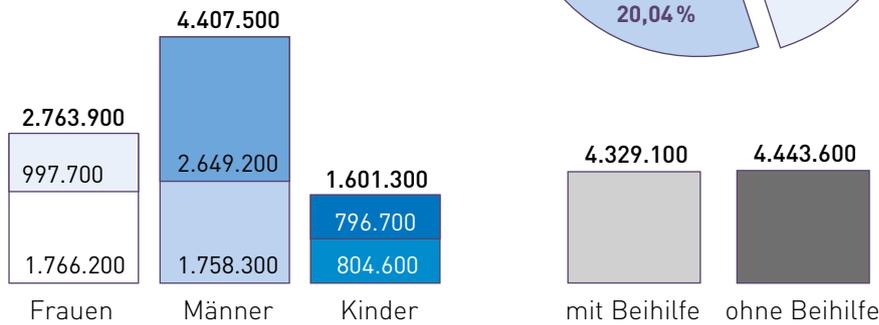
Die Zusammensetzung des Versichertenbestandes kann man untergliedern in Personen, die beihilfeberechtigt sind, und Personen ohne Beihilfeberechtigung [G]. Beihilfeberechtigt sind in erster Linie Beamte und ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Eine weitere Aufgliederung ist nicht möglich. Im Jahr 2016 waren 49,35 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2016

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



absolut



Z16/2104

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

Rund 80 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chef-arztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.026.400	7.173.100	- 146.700	- 2,05

Z16/2105

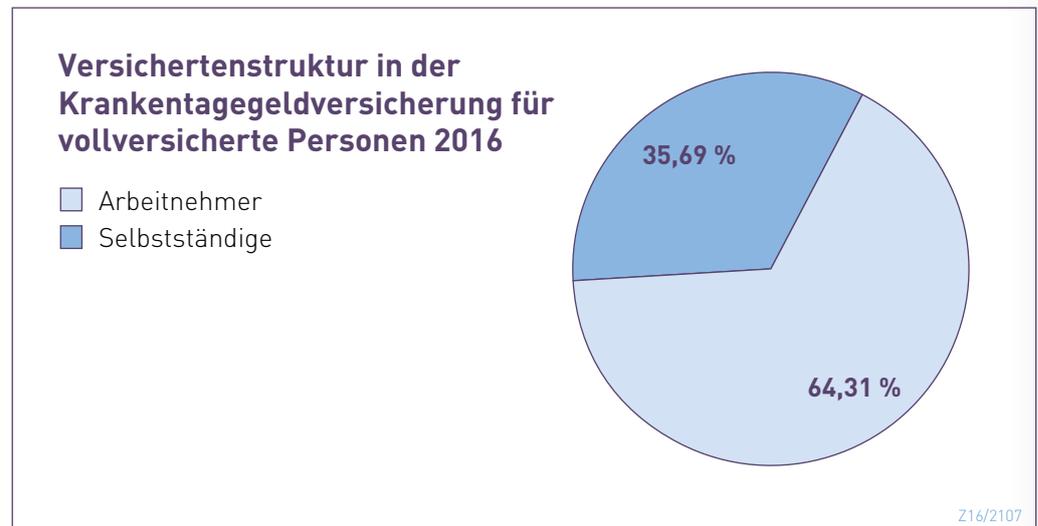
Krankentagegeld

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

	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.813.300	1.858.700	- 45.400	- 2,44

Z16/2106

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 Beitrag begrenzt, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Beitragsbemessungsgrenze [G] berechnet (ohne Zusatzbeitragssatz).

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.600	- 100	- 1,52
ohne Beihilfe	40.800	39.200	+ 1.600	+ 4,08
insgesamt	47.300	45.800	+ 1.500	+ 3,28
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag ²	462	331	+ 131	+ 39,58

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

2 Der Beitrag ist im Standardtarif auf den Beitrag begrenzt, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der GKV und der Beitragsbemessungsgrenze [G] berechnet. Liegt der Beitrag kalkulatorisch über dieser Grenze, so wird er gekappt. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

Z16/2108

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	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	30.300	29.400	+ 900	+ 3,06
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	2.100	2.700	- 600	- 22,22
aus der Nichtversicherung	12.800	11.200	+ 1.600	+ 14,29
aus der GKV ²	500	500	0	0,00
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	13.500	13.500	0	0,00
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	900	0	0,00
sonstiger Zugang	500	600	- 100	- 16,67
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	17.500	16.500	+ 1.000	+ 6,06

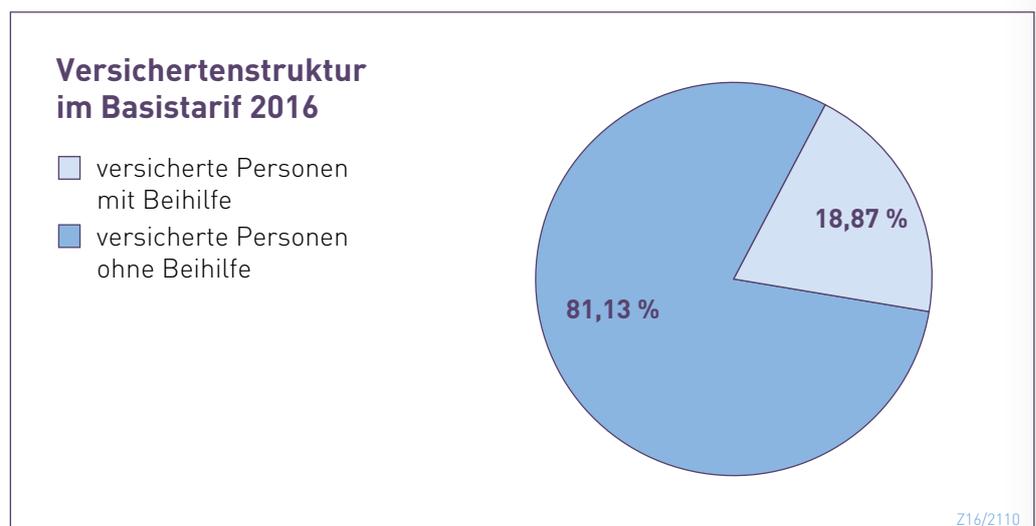
1 Die versicherten Personen im Basistarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

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.

Z16/2109

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



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	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	7.600	7.800	- 200	- 2,56
ohne Beihilfe	95.600	106.500	- 10.900	- 10,23
insgesamt	103.200	114.300	- 11.100	- 9,71

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

Z16/2112

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	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.035.000	3.049.500	- 14.500	- 0,48
Männer	4.725.900	4.771.900	- 46.000	- 0,96
Kinder	1.614.200	1.592.200	+ 22.000	+ 1,38
insgesamt	9.375.100	9.413.600	- 38.500	- 0,41

Z16/2201

Der Bestand in der Pflegeversicherung übertrifft den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 602.400 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

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 2016 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

Zusatzversicherungen ¹	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	12.131.100	11.941.400	+ 189.700	+ 1,59
Männer	10.302.600	10.163.700	+ 138.900	+ 1,37
Kinder	2.650.200	2.665.000	- 14.800	- 0,56
insgesamt	25.083.900	24.770.100	+ 313.800	+ 1,27

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.

Z16/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2016	2015	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.704.300	3.670.100	34.200	+0,93
	Männer	2.884.500	2.865.900	18.600	+0,65
	Kinder	1.331.000	1.333.800	-2.800	-0,21
	insgesamt	7.919.800	7.869.800	50.000	+0,64
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.711.700	2.667.300	44.400	+1,66
	Männer	1.926.900	1.884.400	42.500	+2,26
	Kinder	1.420.000	1.428.700	-8.700	-0,61
	insgesamt	6.058.600	5.980.400	78.200	+1,31
Zahntarife	Frauen	7.780.000	7.533.600	246.400	+3,27
	Männer	5.914.600	5.729.100	185.500	+3,24
	Kinder	1.677.300	1.687.300	-10.000	-0,59
	insgesamt	15.371.900	14.950.000	421.900	+2,82
insgesamt¹	Frauen	9.503.900	9.353.500	150.400	+1,61
	Männer	7.208.700	7.096.400	112.300	+1,58
	Kinder	2.423.200	2.421.900	1.300	+0,05
	insgesamt	19.135.800	18.871.800	264.000	+1,40

1 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.

Z16/2302

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten		2016	2015	Veränderung	
				absolut	in Prozent
Kranken- tagegeld- versicherung¹	Frauen	1.009.700	989.900	+ 19.800	+ 2,00
	Männer	2.580.500	2.587.500	- 7.000	- 0,27
	Kinder	7.200	6.200	+ 1.000	+ 16,13
	insgesamt	3.597.400	3.583.600	+ 13.800	+ 0,39
Krankenhaus- tagegeld- versicherung	Frauen	3.110.100	3.133.700	- 23.600	- 0,75
	Männer	3.554.000	3.600.000	- 46.000	- 1,28
	Kinder	1.139.200	1.130.400	+ 8.800	+ 0,78
	insgesamt	7.803.300	7.864.100	- 60.800	- 0,77
Pflegezusatz- versicherung²	Frauen	1.075.400	1.032.100	+ 43.300	+ 4,20
	Männer	1.336.600	1.304.500	+ 32.100	+ 2,46
	Kinder	264.700	247.000	+ 17.700	+ 7,17
	insgesamt	2.676.700	2.583.600	+ 93.100	+ 3,60
davon					
Pflege- tagegeld- versicherung	Frauen	1.000.100	957.600	+ 42.500	+ 4,44
	Männer	1.224.400	1.192.800	+ 31.600	+ 2,65
	Kinder	246.200	228.000	+ 18.200	+ 7,98
	insgesamt	2.470.700	2.378.400	+ 92.300	+ 3,88
Pflegekosten- versicherung	Frauen	133.400	131.500	+ 1.900	+ 1,44
	Männer	186.400	185.300	+ 1.100	+ 0,59
	Kinder	37.400	36.900	+ 500	+ 1,36
	insgesamt	357.200	353.700	+ 3.500	+ 0,99
geförderte Pflegezusatz- versicherung [G]	Frauen	417.100	365.500	+ 51.600	+ 14,12
	Männer	356.200	314.200	+ 42.000	+ 13,37
	Kinder	3.900	3.900	0	0,00
	insgesamt	777.200	683.600	+ 93.600	+ 13,69

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.

Z16/2303

2.4 Besondere Versicherungsformen

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

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	26.302.000	26.095.800	+ 206.200	+ 0,79
Spezielle Ausschnittsversicherungen	27.886.700	11.941.600	+ 15.945.100	+ 133,53
Beihilfeablöseversicherung	617.400	653.200	- 35.800	- 5,48
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	17.000	14.900	+ 2.100	+ 14,09

Z16/2401

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 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.

2.5 Betriebliche Krankenversicherung

Arbeitgeber können für ihre Mitarbeiter oder für bestimmte Mitarbeiterkollektive eine betriebliche Krankenversicherung abschließen und ihnen damit einen zusätzlichen Schutz im Krankheitsfall bieten.

Betriebliche Krankenversicherung	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
versicherte Personen¹	606.800	575.000	+ 31.800	+ 5,53
Anzahl Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)	4.894	3.848	+ 1.046	+ 27,18

1 Betriebliche Krankenversicherungen fließen auch in die Gesamtzahl der Zusatzversicherungen und der jeweiligen Zusatzversicherungsart mit ein.

Z16/2501



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 2016 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2016	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	37.246,3
Entnahmen aus den RfB	2.031,5
Kapitalerträge	9.379,5
insgesamt	48.657,3

Z16/3001

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:

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	37.246,3	36.745,3	+501,0	+1,36

Z16/3101

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	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	26.116,7	25.846,2	+ 270,5	+ 1,05
Pflegeversicherung	2.165,1	2.196,1	- 31,0	- 1,41
Zusatzversicherungen	8.158,0	7.984,6	+ 173,4	+ 2,17
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.412,0	5.326,1	+ 85,9	+ 1,61
Krankentagegeldversicherung	1.133,5	1.133,5	0,0	0,00
Krankenhaustagegeldversicherung	497,1	516,6	- 19,5	- 3,77
Pflegezusatzversicherung	890,6	818,0	+ 72,6	+ 8,88
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	224,8	190,4	+ 34,4	+ 18,07
Besondere Versicherungsformen	818,5	795,5	+ 23,0	+ 2,89
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	397,8	392,0	+ 5,8	+ 1,48
Spezielle Ausschnittsversicherungen	152,7	142,7	+ 10,0	+ 7,01
Beihilfeablöseversicherung	255,3	250,1	+ 5,2	+ 2,08
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	12,7	10,7	+ 2,0	+ 18,69
insgesamt	37.258,3	36.822,4	+ 435,9	+ 1,18
insgesamt ohne Pflegeversicherung	35.093,2	34.626,3	+ 466,9	+ 1,35

Z16/3102

Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2016 insgesamt um 1,2 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung unter dem Vorjahresniveau (2015: plus 1,4 Prozent).

Umlage in der Privaten Pflegeversicherung

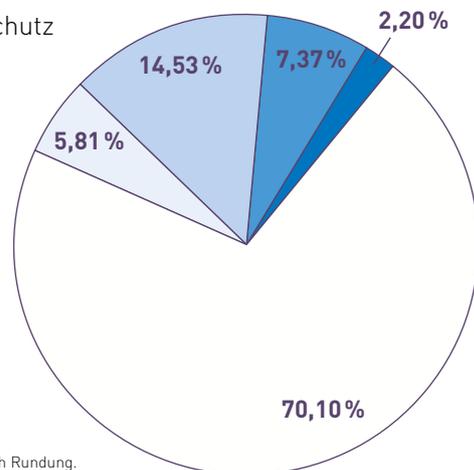
Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Daher wird in der Privaten Pflegeversicherung das übliche Kapitaldeckungsverfahren [G] durch Umlageelemente ergänzt. Der Ausgleich erfolgt unternehmensübergreifend zwischen Beitragszahlern und beitragsfreien Kindern, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jungen und älteren Versicherten. Der Bedarf wird bei jeder Beitragsanpassung neu ermittelt. Insgesamt gab es 2016 ein Umlagevolumen von 98,2 Mio. Euro. Daraus wurde auch eine Umlage in Höhe von 9,4 Mio. Euro zugunsten der GPV [G] finanziert. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.

Anteil der Versicherungsarten an den Beitragseinnahmen

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

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2016¹

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



¹ Die Abweichung der Summe von 100 Prozent ergibt sich durch Rundung.

Z16/3103

Gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]

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

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

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

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

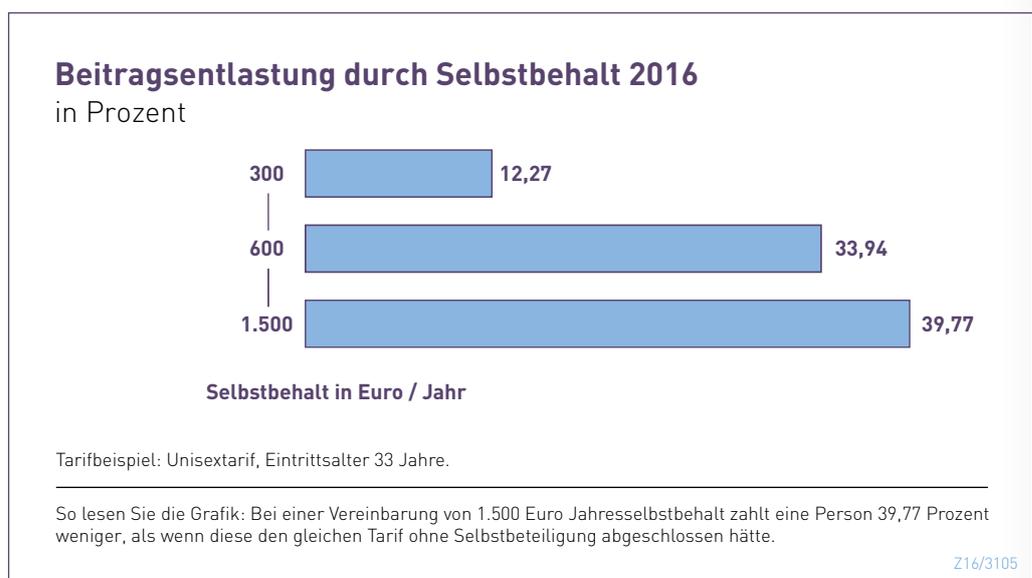
	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.165,8	1.176,4	- 10,6	- 0,90

Z16/3104

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:

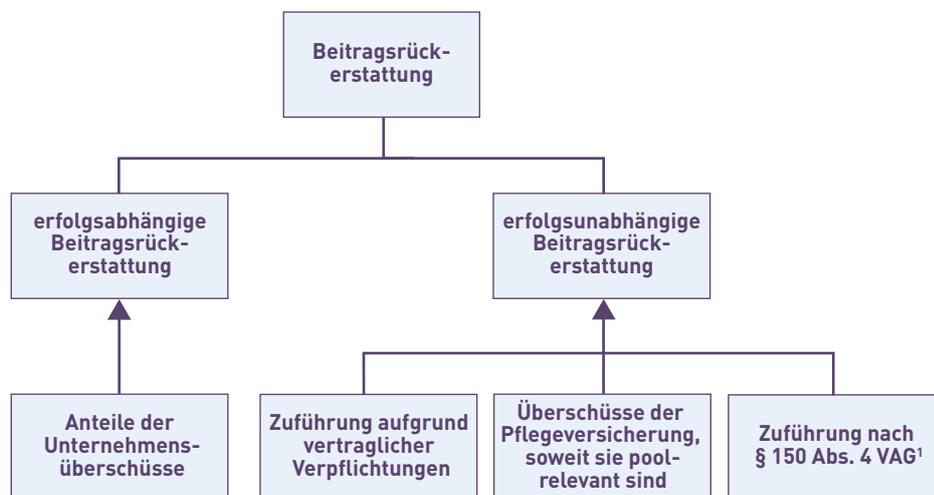


3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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 4.4.

Arten der Beitragsrückerstattung [G]



¹ § 150 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) besagt: Die Zinserträge der Unternehmen, die über den jeweils geltenden Rechnungszins (maximal 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 Prämienerrhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden.

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

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.767,0	1.952,2	- 185,2	- 9,49
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.602,2	1.809,8	- 207,6	- 11,47
erfolgsunabhängigen RfB	164,8	142,4	+ 22,4	+ 15,73
Pflegeversicherung	8,7	1.278,2	- 1.269,5	- 99,32
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	8,7	916,7	- 908,0	- 99,05
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	361,5	- 361,5	- 100,00
Zusatzversicherungen	268,4	207,6	+ 60,8	+ 29,29
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	228,2	162,9	+ 65,3	+ 40,09
erfolgsunabhängigen RfB	40,2	44,7	- 4,5	- 10,07
Besondere Versicherungsformen	0,0	0,0	0,0	-
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
insgesamt	2.044,1	3.438,0	- 1.393,9	- 40,54
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.839,1	2.889,4	- 1.050,3	- 36,35
erfolgsunabhängigen RfB	205,0	548,6	- 343,6	- 62,63

Z16/3202

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	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	85,1	140,0	- 54,9	- 39,21
Anteil an verbundenen Unternehmen	875,7	689,7	+ 186,0	+ 26,97
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	437,6	269,3	+ 168,3	+ 62,50
Beteiligungen	504,7	448,3	+ 56,4	+ 12,58
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	91,2	678,1	- 586,9	- 86,55
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	11.209,9	21.611,6	- 10.401,7	- 48,13
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	11.297,1	13.320,9	- 2.023,8	- 15,19
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1.029,0	845,5	+ 183,5	+ 21,70
Namenschuldverschreibungen	6.036,2	4.260,6	+ 1.775,6	+ 41,67
Schuldscheinforderungen und Darlehen	2.619,0	2.171,6	+ 447,4	+ 20,60
übrige Ausleihungen	194,2	892,3	- 698,1	- 78,24
Einlagen bei Kreditinstituten	752,2	8.051,7	- 7.299,5	- 90,66
andere Kapitalanlagen	4.915,9	5.295,0	- 379,1	- 7,16
insgesamt	40.047,8	58.674,6	- 18.626,8	- 31,75

Z16/3301

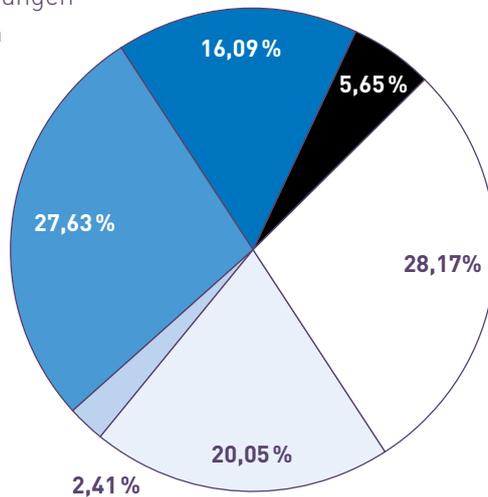
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.826,7	1.811,2	+ 15,5	+0,86
Anteil an verbundenen Unternehmen	3.910,4	3.475,8	+434,6	+12,50
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	2.148,6	1.997,5	+151,1	+7,56
Beteiligungen	2.500,7	2.220,2	+280,5	+12,63
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	180,7	163,3	+17,4	+10,66
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	73.231,0	64.406,4	+8.824,6	+13,70
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	52.126,2	44.681,3	+7.444,9	+16,66
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	6.258,0	5.947,4	+310,6	+5,22
Namensschuldverschreibungen	71.849,2	71.045,7	+803,5	+1,13
Schuldscheinforderungen und Darlehen	41.827,6	44.819,0	-2.991,4	-6,67
übrige Ausleihungen	1.188,8	1.388,2	-199,4	-14,36
Einlagen bei Kreditinstituten	1.746,3	2.848,7	-1.102,4	-38,70
andere Kapitalanlagen	1.200,2	892,3	+307,9	+34,51
Kapitalanlagen	259.994,4	245.697,0	+14.297,4	+5,82
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7	0,6	+0,1	+16,67
Bilanzwert [G]	259.995,1	245.697,6	+14.297,5	+5,82

Z16/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2016

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



Z16/3303

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

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	9.379,5	8.827,9	+551,6	+6,25

Z16/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand **[G]** ergeben die Nettoverzinsung **[G]**. Diese betrug im Jahr 2016 3,71 Prozent.

Aus den Kapitalerträgen werden den Alterungsrückstellungen die tariflich garantierten Zinserträge des jeweiligen Unternehmens (maximal 3,5 Prozent) zugeführt. Zudem wird gemäß § 150 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) die darüber hinausgehende Verzinsung der Alterungsrückstellungen zu 90 Prozent für Beitragsermäßigung im Alter genutzt. Dies geschieht auf zweierlei Art:

- gemäß § 150 Absatz 2 VAG durch Zuführung zu den Alterungsrückstellungen für zukünftige Beitragsermäßigung bei allen Versicherten
- gemäß § 150 Absatz 4 VAG durch Zuführung zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung für ältere Versicherte.

Der Betrag, der den Versicherten gemäß § 150 VAG aus den Kapitalerträgen zugutekommt, ist abhängig von der erzielten Verzinsung der Unternehmen:

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 150 VAG	822,8	540,9	+281,9	+52,12

Z16/3305

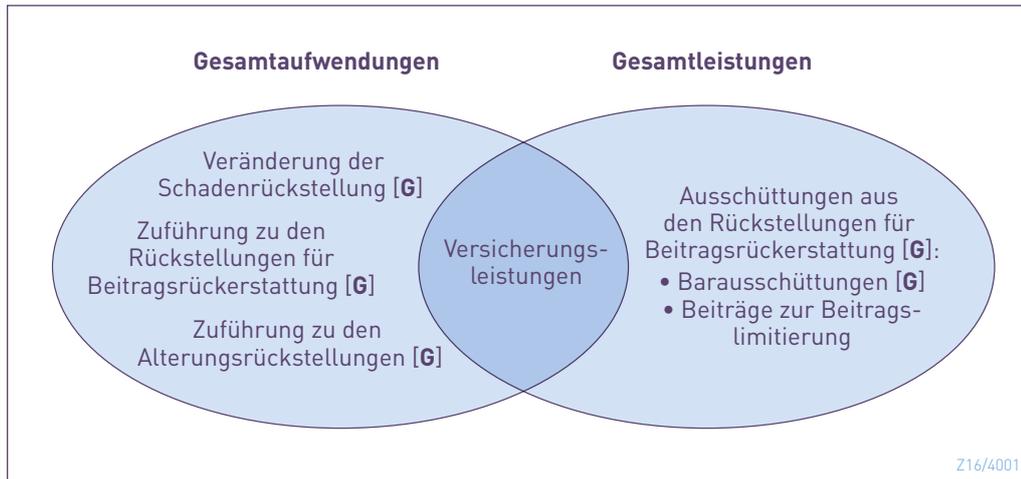
Näheres zur Zuführung zu den Alterungsrückstellungen und zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.4 und 4.5.



4. Aufwendungen

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

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



Z16/4001

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	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	26.592,3	25.907,9	+ 684,4	+ 2,64
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	169,5	214,0	- 44,5	- 20,79
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	4.432,0	4.121,4	+ 310,6	+ 7,54
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	12.636,4	13.890,7	- 1.254,3	- 9,03
Gesamtaufwendungen	43.830,2	44.134,0	- 303,8	- 0,69

Z16/4002

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	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	26.592,3	25.907,9	+ 684,4	+ 2,64
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.420,1	1.443,2	- 23,1	- 1,60
Beträge zur Beitragslimitierung	1.883,3	3.342,8	- 1.459,5	- 43,66
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 150 Abs. 2 VAG ¹	690,9	443,9	+ 247,0	+ 55,64
gemäß § 150 Abs. 4 VAG ¹	174,0	169,8	+ 4,2	+ 2,47
Gesamtleistungen	30.760,6	31.307,6	- 547,0	- 1,75

¹ Erläuterungen zu § 150 VAG siehe Kapitel 3.3

Z16/4003

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 4.3 dargestellt werden.

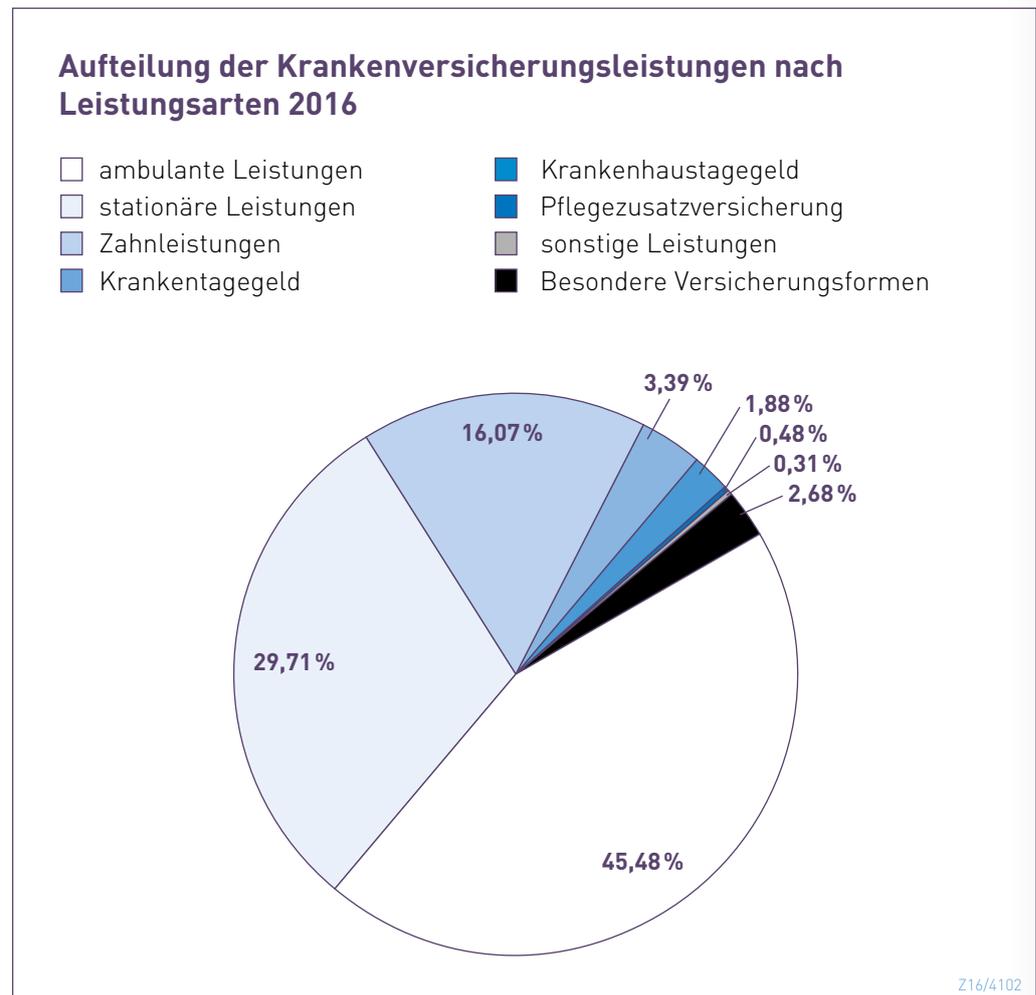
Die Versicherungsleistungen betragen 2016 insgesamt 26.592,3 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 106,4 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2015 betrug dieser Wert 103,6 Mio. Euro.

Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2016 bei 2.216,0 Mio. Euro, das waren 57,0 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	11.616,7	11.239,9	+376,8	+3,35
davon				
Arztbehandlung	6.194,8	6.015,2	+179,6	+2,99
Heilpraktikerbehandlung	292,3	276,7	+15,6	+5,64
Arzneien und Verbandmittel	2.973,1	2.864,5	+108,6	+3,79
Heilmittel	985,0	957,4	+27,6	+2,88
Hilfsmittel	963,0	932,0	+31,0	+3,33
Sonstiges	208,5	194,1	+14,4	+7,42
stationäre Leistungen	7.587,6	7.443,2	+144,4	+1,94
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	4.438,2	4.290,8	+147,4	+3,44
Wahlleistung Chefarzt	2.356,7	2.384,8	-28,1	-1,18
Wahlleistung Einbettzimmer	313,6	304,9	+8,7	+2,85
Wahlleistung Zweibettzimmer	276,4	270,7	+5,7	+2,11
Ersatz-Krankenhaus- tagegeld	57,6	55,6	+2,0	+3,60
Sonstiges	145,1	136,4	+8,7	+6,38
Zahnleistungen	4.104,8	4.034,4	+70,4	+1,74
davon				
Zahnbehandlung	1.408,1	1.397,7	+10,4	+0,74
Zahnersatz	2.411,8	2.361,6	+50,2	+2,13
Kieferorthopädie	278,1	267,3	+10,8	+4,04
Sonstiges	6,8	7,8	-1,0	-12,82
Krankentagegeld	865,8	874,2	-8,4	-0,96
Krankenhaustagegeld	480,5	486,8	-6,3	-1,29
Pflegezusatzversicherung	122,0	104,1	+17,9	+17,20
geförderte Pflege- zusatzversicherung [G]	0,7	0,3	+0,4	+133,33
sonstige Leistungen	79,0	77,9	+1,1	+1,41
Besondere Versicherungsformen	685,6	679,3	+6,3	+0,93
Krankenversicherung	25.542,7	24.940,1	+602,6	+2,42
Pflegeversicherung	1.049,6	967,8	+81,8	+8,45
insgesamt	26.592,3	25.907,9	+684,4	+2,64

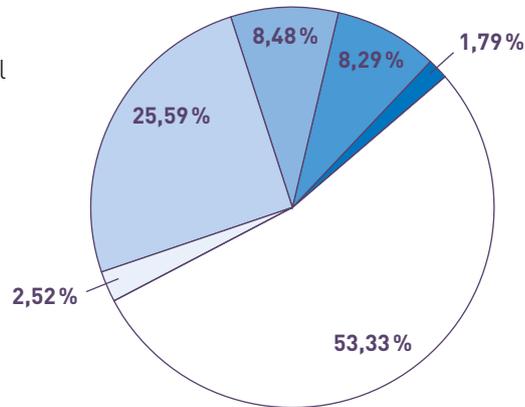
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

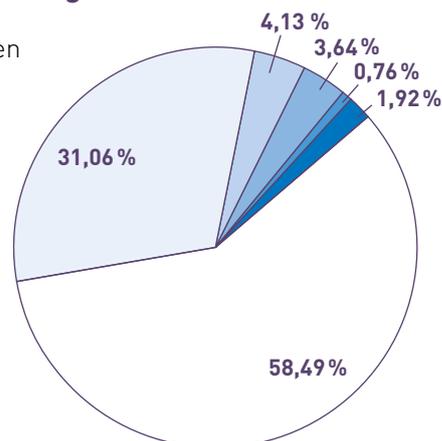
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2016

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



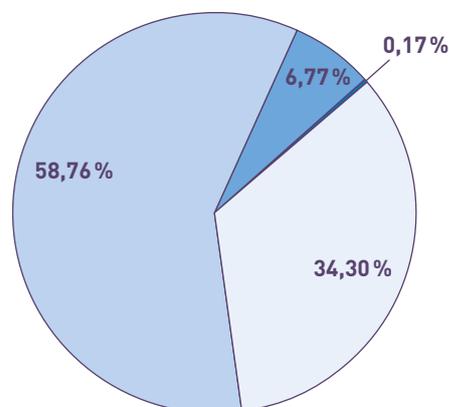
Aufteilung der stationären Leistungen 2016

- allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistung Chefarzt
- Wahlleistung Einbettzimmer
- Wahlleistung Zweibettzimmer
- Ersatz-Krankenhaustagegeld
- Sonstiges



Aufteilung der Zahnleistungen 2016

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z16/4103

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

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2016	in Prozent		
	Frauen	Männer	Kinder
ambulante Leistungen	38,04	54,32	7,64
davon			
Arztbehandlung	39,73	52,14	8,13
Heilpraktikerbehandlung	53,40	32,76	13,84
Arzneien und Verbandmittel	32,23	62,11	5,66
Heilmittel	41,48	50,27	8,25
Hilfsmittel	38,52	53,67	7,81
Sonstiges	30,56	60,53	8,91
stationäre Leistungen	37,03	57,79	5,18
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	30,75	63,13	6,12
Wahlleistung Chefarzt	45,47	50,95	3,58
Wahlleistung Einbettzimmer	50,77	46,67	2,56
Wahlleistung Zweibettzimmer	52,08	45,35	2,57
Ersatz-Krankenhaustagegeld	41,75	38,17	20,08
Sonstiges	31,79	61,27	6,94
Zahnleistungen	41,95	48,83	9,22
davon			
Zahnbehandlung	36,80	54,10	9,10
Zahnersatz	48,89	50,64	0,47
Kieferorthopädie	7,95	6,26	85,79
Sonstiges	39,86	58,09	2,05
Krankentagegeld	23,71	76,27	0,02
Krankenhaustagegeld	41,21	54,74	4,05
Pflegezusatzversicherung	47,16	48,28	4,56
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	46,71	50,95	2,34
sonstige Leistungen	44,57	43,96	11,47
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,40	54,48	7,12
Pflegeversicherung	48,68	47,38	3,94
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,40	54,88	6,72

Z16/4104

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 2016	in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+3,72	+3,55
davon		
Arztbehandlung	+3,35	+3,86
Heilpraktikerbehandlung	+6,02	-
Arzneien und Verbandmittel	+4,16	+3,30
Heilmittel	+3,25	+5,49
Hilfsmittel	+3,69	+1,74
stationäre Leistungen	+2,53	+3,02
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+3,80	+3,02
Wahlleistung Chefarzt	-1,24	-
Wahlleistung Einbettzimmer	+2,75	-
Wahlleistung Zweibettzimmer	+2,03	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+3,54	-
Zahnleistungen	+2,10	+1,92
davon		
Zahnbehandlung	+1,10	+3,00
Zahnersatz	+2,48	-1,27
Kieferorthopädie	+4,38	+2,58
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+3,06	+3,30

Z16/4105

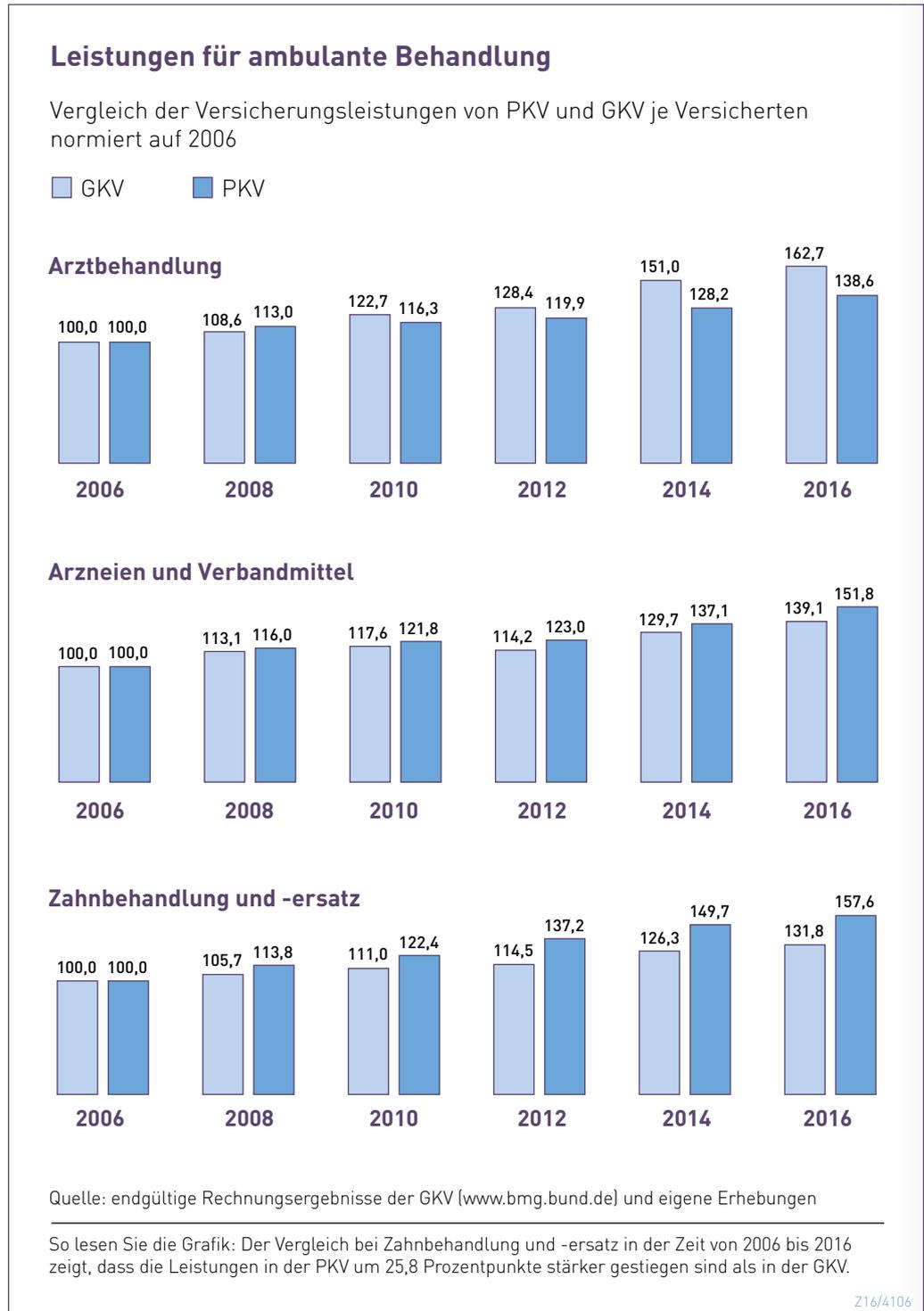
Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2016 mit 3,06 Prozent schwächer als im Vorjahr (2015: plus 4,95 Prozent). Er übertraf dennoch bei Weitem die allgemeine Preissteigerung von 0,5 Prozent.

Den größten Einfluss auf die Gesamthöhe der Leistungen hat die Entwicklung bei der ambulanten Arztbehandlung. Hier hat sich der Anstieg der Aufwendungen pro Kopf verglichen mit dem Vorjahr (4,61 Prozent) etwas abgeschwächt. Auch im stationären Bereich stiegen die Ausgaben je Versicherten schwächer als im Vorjahr (5,69 Prozent), insbesondere bei den allgemeinen Krankenhausleistungen (Vorjahr: 7,04 Prozent).

Hoch blieb 2016 der Ausgabenanstieg je Versicherten bei der Heilpraktikerbehandlung (Vorjahr: 5,33 Prozent), bei Arznei- und Verbandmitteln (Vorjahr: 6,32 Prozent) und bei kieferorthopädischen Leistungen (Vorjahr: 5,06 Prozent), wobei die Entwicklung bei letzteren beiden im Vergleich zu 2015 rückläufig ist.

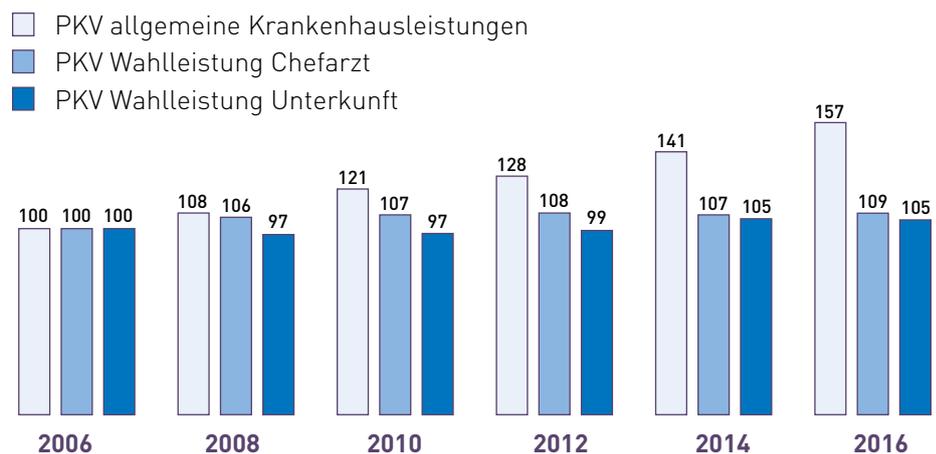
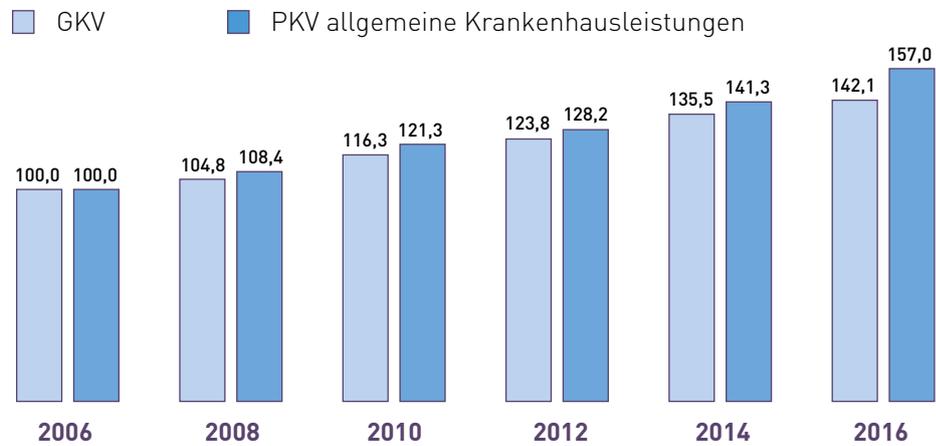
Die im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung geringere Ausgabendynamik bei Heilmitteln und der Zahnbehandlung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau aus steigen, da beispielsweise die privatärztliche Gebührenordnung ebenso wie die privatärztliche Gebührenordnung deutlich über die Vergütung in der GKV hinausgeht.

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



Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen je Versicherten normiert auf 2006



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

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2006 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Chefarzt um 8 Prozentpunkte gestiegen sind.

Z16/4107

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	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	152,9	146,3	+6,6	+4,51
davon				
Pflegestufe 0	0,9	0,8	+0,1	+12,50
Pflegestufe I	36,3	34,3	+2,0	+5,83
Pflegestufe II	72,2	69,1	+3,1	+4,49
Pflegestufe III	43,5	42,1	+1,4	+3,33
Pflegegeld	245,8	228,6	+17,2	+7,52
davon				
Pflegestufe 0	5,4	4,6	+0,8	+17,39
Pflegestufe I	95,1	87,2	+7,9	+9,06
Pflegestufe II	104,1	97,4	+6,7	+6,88
Pflegestufe III	41,2	39,4	+1,8	+4,57
Ersatzpflegekraft	27,6	23,3	+4,3	+18,45
Pflegehilfsmittel	6,4	5,6	+0,8	+14,29
technische Hilfsmittel	22,0	21,2	+0,8	+3,77
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	15,6	13,6	+2,0	+14,71
Beiträge zur Rentenversicherung	31,2	28,7	+2,5	+8,71
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	0,00
Tages- und Nachtpflege	14,2	11,5	+2,7	+23,48
davon				
Pflegestufe 0	0,3	0,2	+0,1	+50,00
Pflegestufe I	3,6	2,8	+0,8	+28,57
Pflegestufe II	7,1	6,1	+1,0	+16,39
Pflegestufe III	3,2	2,4	+0,8	+33,33
Kurzzeitpflege	23,0	18,9	+4,1	+21,69
zusätzliche Betreuung	36,2	26,4	+9,8	+37,12
Kontrollpflege	1,6	1,4	+0,2	+14,29
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,2	0,2	0,0	0,00
MEDICPROOF	30,2	29,2	+1,0	+3,42
Arbeitslosenvers.-Beitrag/ KV-PV-Zuschuss	0,0	0,0	0,0	0,00
zusätzliche Leistung Wohngruppen	1,1	1,0	+0,1	+10,00
Lohnersatzleistung	0,1	0,0	+0,1	-
insgesamt	608,2	556,0	+52,2	+9,39

Z16/4108

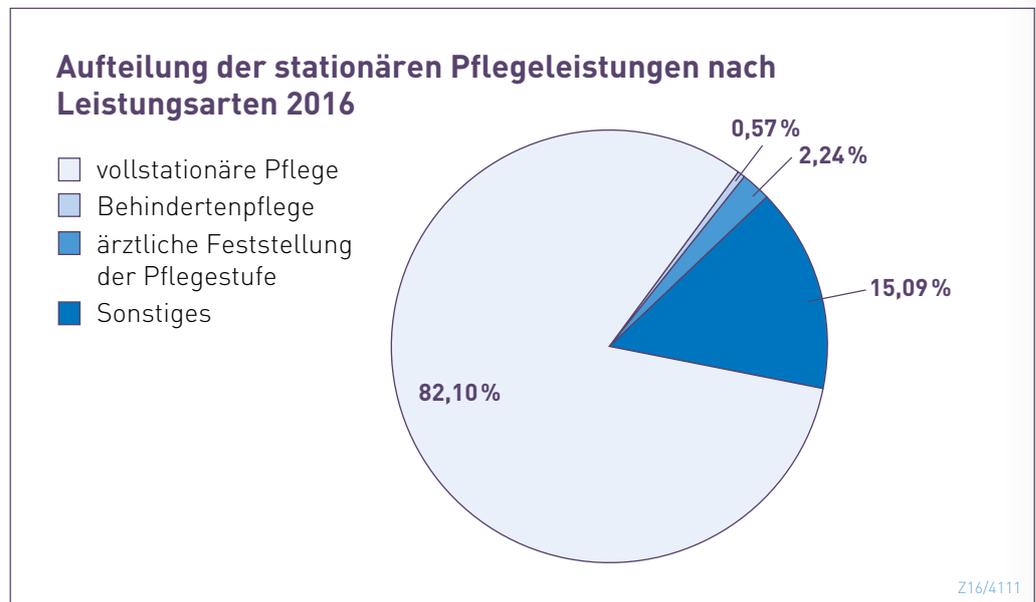
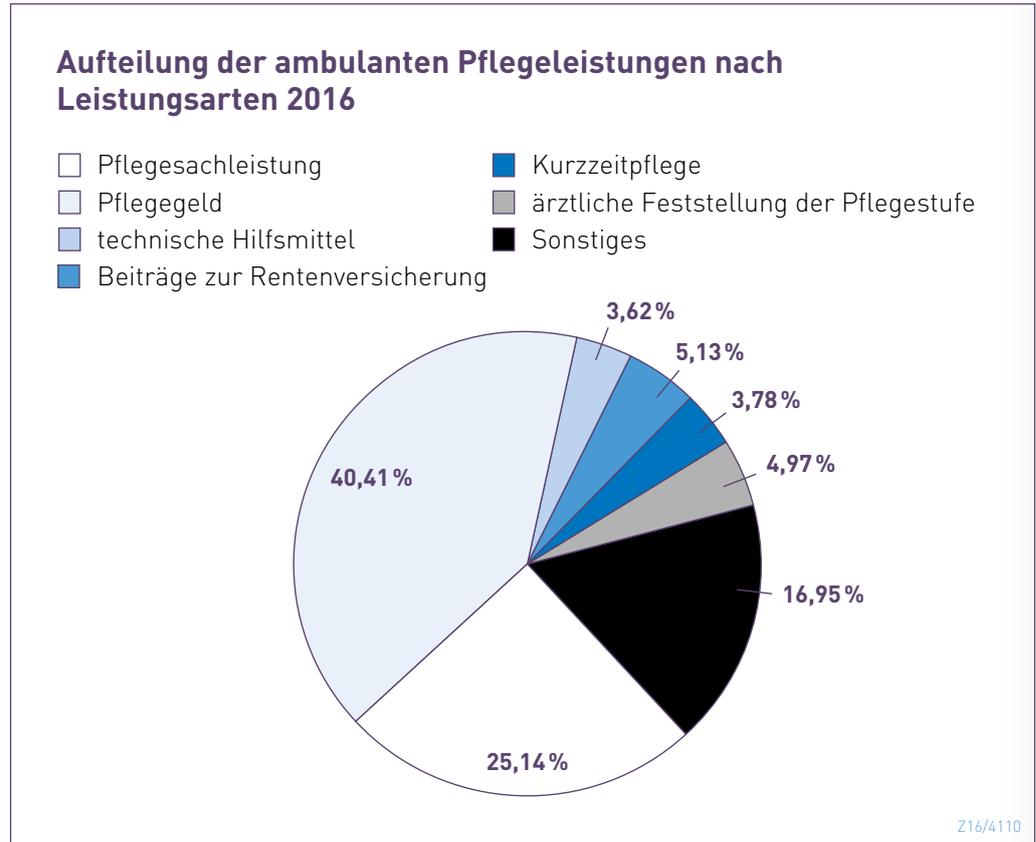
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2016 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 1.049,6 Mio. Euro einen Anteil von 42,05 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	361,3	347,6	+ 13,7	+ 3,94
davon				
Pflegestufe I	95,8	93,4	+ 2,4	+ 2,57
Pflegestufe II	155,5	149,0	+ 6,5	+ 4,36
Pflegestufe III	110,0	105,2	+ 4,8	+ 4,56
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	1,2	- 0,1	- 8,33
davon				
Pflegestufe I	0,2	0,2	0,0	0,00
Pflegestufe II	0,5	0,5	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,4	0,5	- 0,1	- 20,00
Behindertenhilfe	2,5	2,3	+ 0,2	+ 8,70
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	66,5	51,4	+ 15,1	+ 29,38
Leistungen bei Rückstufung	0,1	0,1	0,0	0,00
MEDICPROOF	9,9	9,2	+ 0,7	+ 7,61
insgesamt stationär	441,4	411,8	+ 29,6	+ 7,19

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.

Z16/4109

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



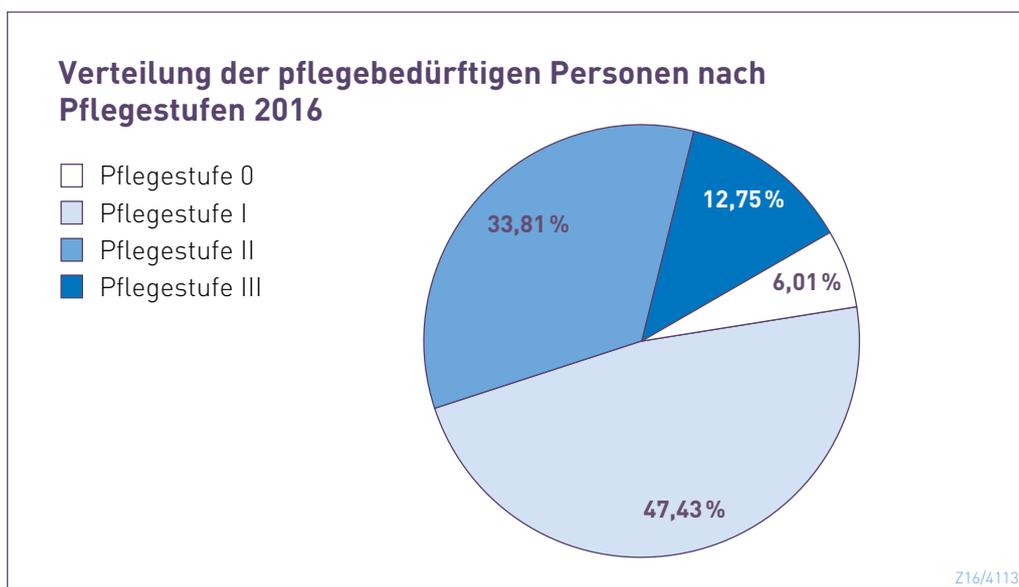
Aufgrund gesetzlicher Bedingungen zur Pflegeversicherung werden für die Private Pflegeversicherung umfassende Statistiken erhoben. Anders als in der Privaten Krankenversicherung kann deshalb in der Pflegeversicherung die Zahl der Leistungsempfänger exakt ermittelt werden.

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

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	136.724	128.140	+ 8.584	+ 6,70
davon				
Pflegestufe 0	10.776	6.959	+ 3.817	+ 54,85
Pflegestufe I	71.712	69.397	+ 2.315	+ 3,34
Pflegestufe II	42.069	39.906	+ 2.163	+ 5,42
Pflegestufe III	12.167	11.878	+ 289	+ 2,43
stationäre Pflege	51.843	49.935	+ 1.908	+ 3,82
davon				
Pflegestufe 0	566	391	+ 175	+ 44,76
Pflegestufe I	17.718	17.409	+ 309	+ 1,77
Pflegestufe II	21.685	20.748	+ 937	+ 4,52
Pflegestufe III	11.874	11.387	+ 487	+ 4,28
insgesamt	188.567	178.075	+ 10.492	+ 5,89

Z16/4112

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



Z16/4113

Deutlich weniger Leistungsempfänger erhalten Leistungen der Pflegestufe III als Leistungen der Pflegestufen I und II. 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 2016 rund 12,8 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 10,9 Prozent der Leistungsempfänger (inkl. Härtefälle).

4.2 Gesamtgesellschaftliche Primärprävention

Die PKV finanziert aufgrund ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auf freiwilliger Basis Präventionsleistungen, die sich an die ganze Bevölkerung oder vulnerable Teilgruppen richten.

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Gesundes Altern¹	4,0	3,0	+ 1,0	+33,33
Gesundes Aufwachsen¹	6,0	7,0	-1,0	-14,29
HIV-Prävention²	3,5	3,5	0,0	0,00
Stärkung der Gesundheitskompetenz³	7,0	7,0	0,0	0,00
insgesamt	20,5	20,5	0,0	0,00

¹ als Zuwendung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
² als Zuwendung an die BZgA und die Deutsche AIDS-Stiftung
³ als Zuwendung an die Stiftung Gesundheitswissen. Die Mittel für 2015 und 2016 werden aufgrund des Aufbaus der Stiftung zum Teil erst in den Folgejahren ausgegeben.

Z16/4201

4.3 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.

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Bruttoschadenrückstellung	6.622,8	6.453,3	+ 169,5	+ 2,63
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	10,8	10,9	- 0,1	- 0,92
Bilanzschadenrückstellung [G]	6.612,0	6.442,4	+ 169,6	+ 2,63

Z16/4301

4.4 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		
		für die PPV	für die GEPV	Sonstige	für die PPV	nach § 150 (4) VAG	Sonstige
Wert zum 31. Dezember 2015	15.287,5	2.852,1	58,7	11.771,3	0,0	444,4	161,0
Umbuchungen	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Entnahmen	3.477,4	6,0	6,6	3.147,6	0,0	174,0	143,2
davon zur							
Verrechnung ¹	2.057,3	6,0	6,5	1.858,6	0,0	174,0	12,2
Barausschüttg. [G]	1.420,1	0,0	0,1	1.289,0	0,0	0,0	131,0
Zuführung	4.432,0	543,9	50,7	3.559,0	0,0	131,9	146,5
Wert zum 31. Dezember 2016	16.242,1	3.390,1	102,8	12.182,6	0,0	402,3	164,3
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	0,0						
Bilanzwert [G]	16.242,1						

PPV = Pflegeversicherung GEPV = Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

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.

Z16/4401

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.

4.5 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 Vorsorge-
maßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, die am Ende dieses Teilkapitels
dargestellt wird.

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen
sowie die Zuführung:

Alterungs- rückstellungen	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	200.164,9	189.044,9	+ 11.120,0	+ 5,88
Pflegeversicherung	32.554,7	31.038,3	+ 1.516,4	+ 4,89
Alterungsrückstellungen	232.719,6	220.083,2	+ 12.636,4	+ 5,74
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,0	7,6	- 7,6	- 100,00
Bilanzwert [G]	232.719,6	220.075,6	+ 12.644,0	+ 5,75

Z16/4501

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn- Prozent-Zuschlag [G]	1.165,8	1.176,4	- 10,6	- 0,90
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnungs- mäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	8.722,4	8.757,8	- 35,4	- 0,40
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	1.883,3	3.342,8	- 1.459,5	- 43,66
Limitierung gemäß § 150 Abs. 2 VAG²	690,9	443,9	+ 247,0	+ 55,64
Limitierung gemäß § 150 Abs. 4 VAG²	174,0	169,8	+ 4,2	+ 2,47
Gesamtzuführung	12.636,4	13.890,7	- 1.254,3	- 9,03

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 § 150 VAG siehe Kapitel 3.3

Z16/4502

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

	2016 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2016 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	35.093,2	11.120,0	31,69
Pflegeversicherung	2.165,1	1.516,4	70,04
insgesamt	37.258,3	12.636,4	33,92

Z16/4503

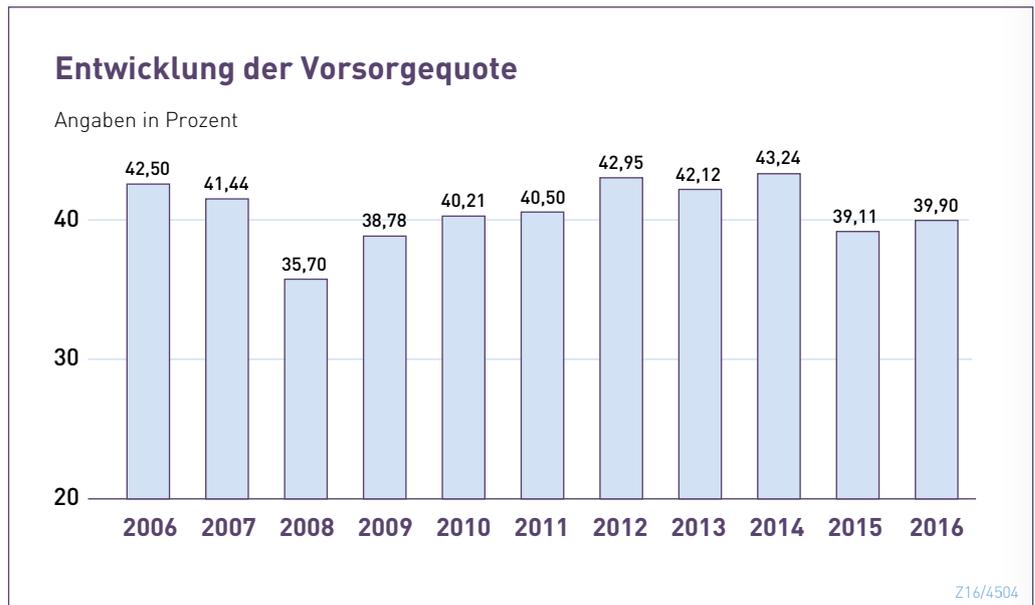
Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb sind die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

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 § 150 Abs. 4 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.



4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2016	2015	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.440,4	2.386,2	+54,2	+2,27
Verwaltungsaufwendungen	869,1	860,4	+8,7	+1,01
insgesamt	3.309,5	3.246,6	+62,9	+1,94

Z16/4601

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen sank 2016 auf 2,33 (2015: 2,34) 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 Selbstbehaltstarife 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:

- Arztbehandlung (inkl. Heilpraktiker)
- Arzneien und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Chefarztbehandlung
- Einbettzimmer
- Zweibettzimmer

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 Geschlechterverteilung 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 jeweils auf die Gruppe der 41- bis 45-jährigen Männer bzw. Frauen normiert. Aufgrund der Normierung ist aus den Tabellen ein Rückschluss auf die absolute Höhe der Rechnungsbeträge nicht möglich.

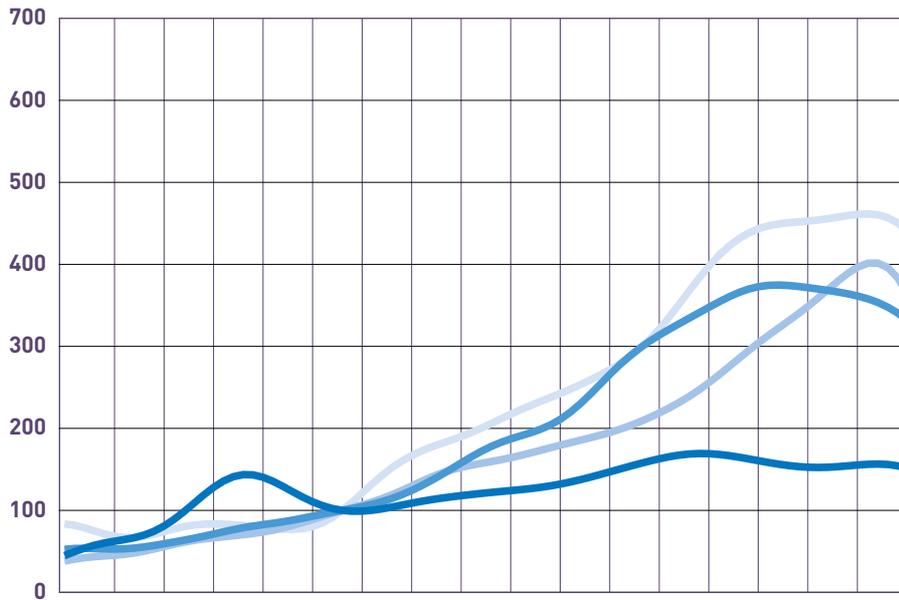
Ausgaben nach Altersgruppen im ambulanten Bereich¹ 2016	Arzt (inkl. Heilpraktiker)	Arzneien und Verbandmittel	Heilmittel	Hilfsmittel
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	154,83	358,41	392,63	457,66
91 – 95	150,51	366,46	368,96	451,69
86 – 90	154,25	371,09	324,33	442,80
81 – 85	162,08	363,37	279,61	421,39
76 – 80	165,97	334,44	233,68	358,60
71 – 75	155,43	297,37	206,55	294,56
66 – 70	138,42	240,75	186,06	255,59
61 – 65	126,62	199,10	170,63	229,33
56 – 60	120,80	179,51	157,45	203,20
51 – 55	113,11	143,16	143,72	179,98
46 – 50	102,93	115,48	116,76	148,61
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	120,21	88,41	80,14	77,42
31 – 35	141,05	80,59	70,22	79,68
26 – 30	109,50	63,60	63,84	83,18
21 – 25	68,73	55,28	48,64	66,39
16 – 20	56,94	54,70	42,92	73,95
unter 16	36,91	42,32	37,42	60,28
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	355,31	499,99	572,25	749,21
91 – 95	305,82	553,38	458,26	672,42
86 – 90	314,63	576,44	399,34	686,57
81 – 85	322,12	562,92	347,12	604,95
76 – 80	306,16	511,02	293,17	497,85
71 – 75	267,26	437,58	253,71	406,05
66 – 70	223,39	346,96	222,76	343,67
61 – 65	186,36	269,51	190,82	282,30
56 – 60	159,41	201,34	162,54	231,72
51 – 55	128,83	149,98	136,73	184,99
46 – 50	112,07	120,64	115,23	147,25
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	89,59	91,72	83,57	67,50
31 – 35	79,43	73,28	79,65	67,99
26 – 30	73,44	67,57	85,51	86,37
21 – 25	63,04	60,28	59,26	70,06
16 – 20	62,57	80,06	57,38	80,20
unter 16	71,00	69,96	87,68	77,10

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

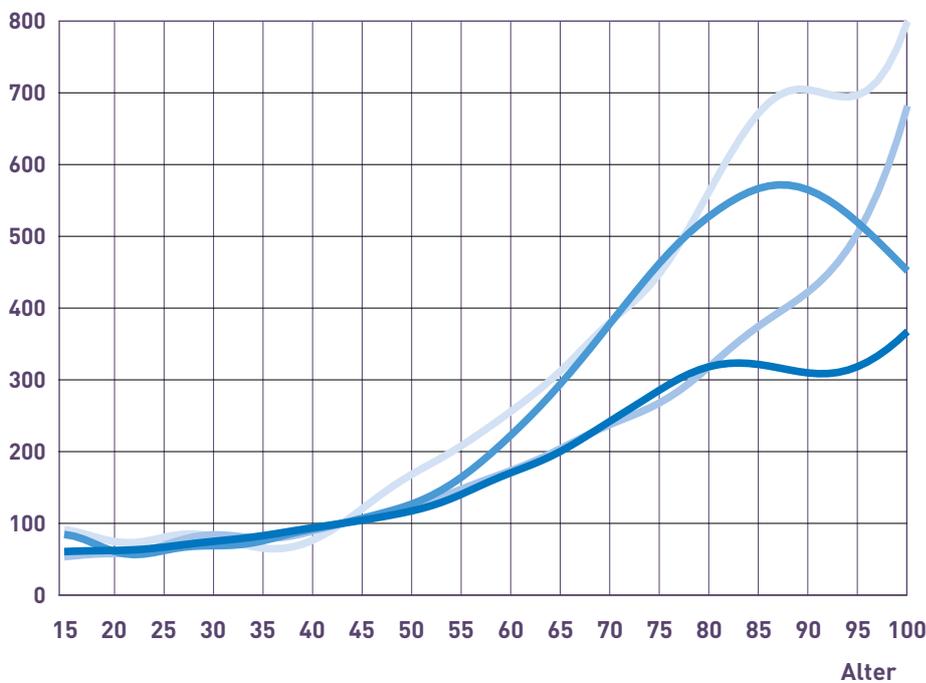
Altersabhängigkeit der Ausgaben im ambulanten Bereich' 2016

- Arzt (inkl. Heilpraktiker)
- Arzneien und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel

Frauen



Männer



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

Ausgaben nach Altersgruppen im Zahnbereich¹ 2016

Frauen im Alter von ... Jahren

	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie
über 95	25,92	43,00	0,13
91 – 95	40,65	77,43	1,58
86 – 90	59,42	115,62	3,33
81 – 85	88,40	173,58	5,17
76 – 80	108,47	214,47	7,45
71 – 75	116,65	215,32	12,21
66 – 70	118,09	215,42	18,16
61 – 65	113,57	211,40	27,54
56 – 60	109,56	182,97	44,77
51 – 55	106,93	152,10	67,96
46 – 50	103,96	121,77	96,74
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	98,40	78,87	117,06
31 – 35	93,51	56,95	132,10
26 – 30	88,55	42,10	192,79
21 – 25	86,71	27,49	283,39
16 – 20	86,99	12,13	1.723,12
unter 16	46,19	2,31	2.220,78

Männer im Alter von ... Jahren

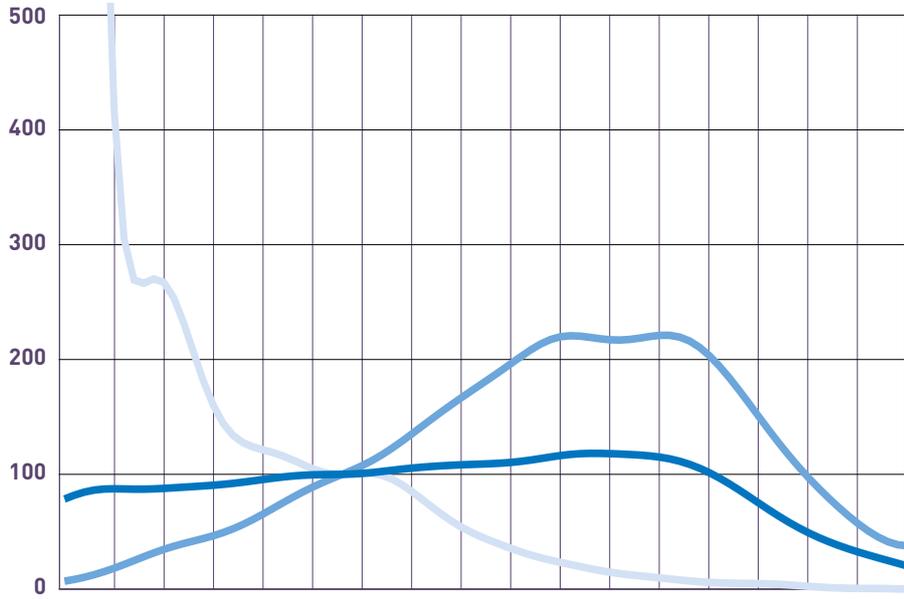
über 95	43,87	74,98	3,08
91 – 95	66,42	117,65	11,51
86 – 90	87,25	168,34	9,69
81 – 85	118,63	227,97	11,95
76 – 80	133,74	258,96	13,00
71 – 75	133,76	251,65	15,71
66 – 70	129,21	247,49	18,87
61 – 65	121,44	237,69	21,86
56 – 60	114,57	194,93	35,98
51 – 55	109,67	160,49	57,84
46 – 50	104,01	121,79	84,44
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	92,38	81,36	105,55
31 – 35	87,20	64,84	125,85
26 – 30	81,62	43,79	172,40
21 – 25	81,49	26,38	347,55
16 – 20	92,90	11,29	3.890,54
unter 16	54,83	2,28	3.714,89

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

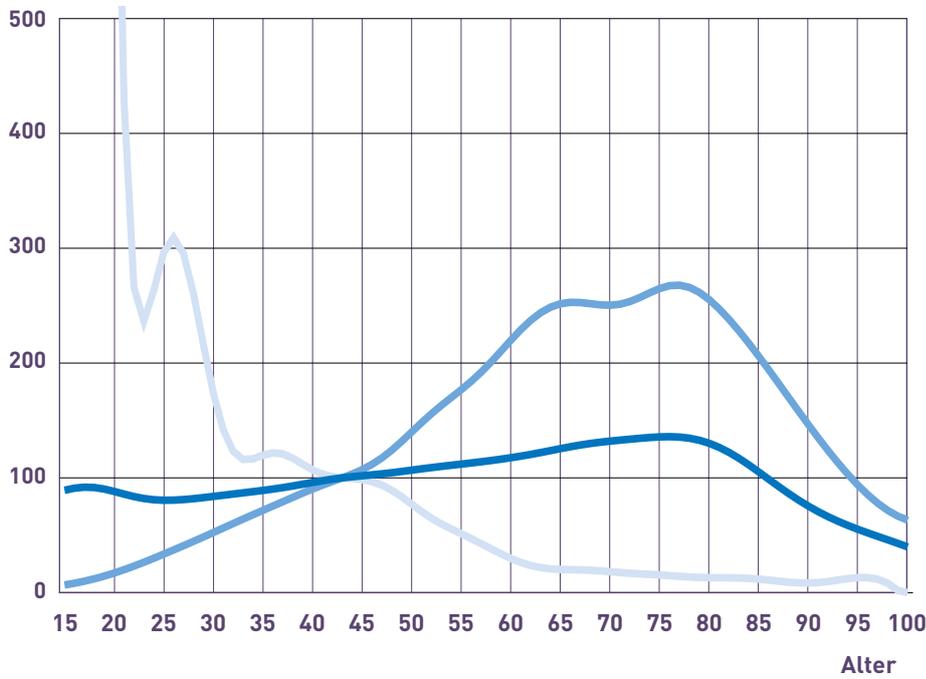
Altersabhängigkeit der Ausgaben im Zahnbereich¹ 2016

■ Zahnbehandlung
 ■ Zahnersatz
 ■ Kieferorthopädie

Frauen



Männer



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

Z16/5104

Im stationären Bereich sind neben den Ausgaben für allgemeine Krankenhausleistungen auch die Kosten für Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer interessant:

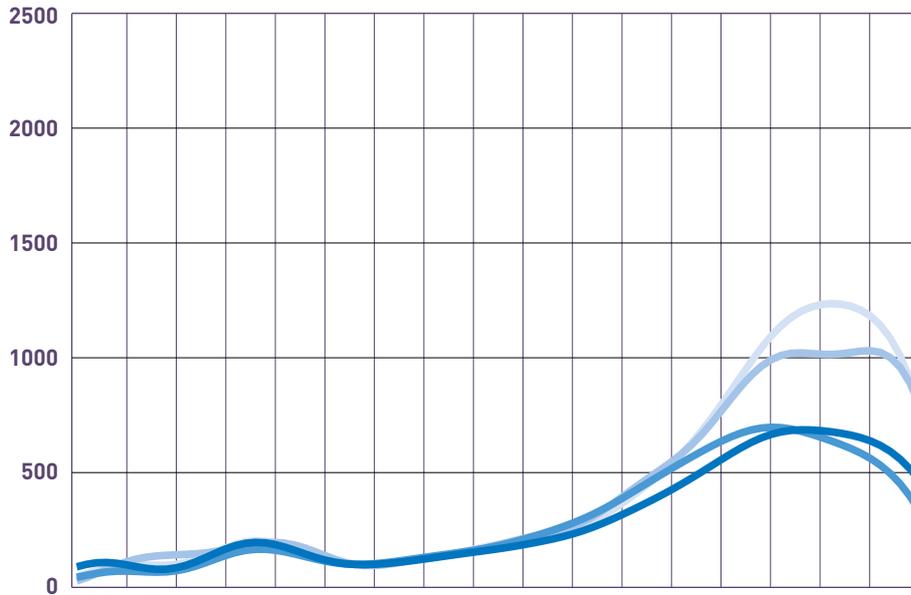
Ausgaben nach Altersgruppen im stationären Bereich¹ 2016	Allgemeine Krankenhausleistungen	Wahlleistung Chefarzt	Wahlleistung Einbettzimmer	Wahlleistung Zweibettzimmer
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	558,01	457,18	931,33	1.103,86
91 – 95	644,76	601,51	1.031,63	1.221,88
86 – 90	648,99	650,43	1.009,33	1.170,36
81 – 85	601,38	664,62	938,54	969,38
76 – 80	480,00	568,38	638,83	672,85
71 – 75	369,58	458,47	505,90	471,79
66 – 70	266,99	327,19	330,87	306,35
61 – 65	204,35	244,26	248,49	240,82
56 – 60	164,10	182,07	181,36	187,03
51 – 55	136,65	144,58	145,23	147,76
46 – 50	107,69	114,23	116,46	117,30
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	138,43	130,19	171,54	147,30
31 – 35	185,75	160,25	192,94	202,60
26 – 30	134,14	109,34	150,12	140,42
21 – 25	75,43	63,14	98,42	97,25
16 – 20	103,78	64,49	73,89	79,10
unter 16	64,16	32,73	14,89	14,91
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	1.104,71	1.015,33	2.646,52	2.343,10
91 – 95	1.041,87	994,37	1.743,67	2.139,64
86 – 90	1.081,43	1.095,79	1.772,42	1.943,47
81 – 85	1.003,35	1.096,24	1.376,09	1.531,69
76 – 80	806,55	924,03	935,02	1.111,06
71 – 75	661,48	776,49	771,12	812,28
66 – 70	490,40	569,30	512,79	548,87
61 – 65	367,06	405,07	357,22	390,73
56 – 60	261,37	285,63	272,86	279,14
51 – 55	173,62	182,33	177,46	174,02
46 – 50	124,89	133,04	136,87	123,82
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	79,60	81,31	94,91	84,97
31 – 35	73,67	75,99	78,64	72,41
26 – 30	82,62	75,11	120,87	89,66
21 – 25	92,60	74,30	87,99	103,93
16 – 20	86,34	58,36	51,47	60,90
unter 16	90,47	46,51	20,84	21,12

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

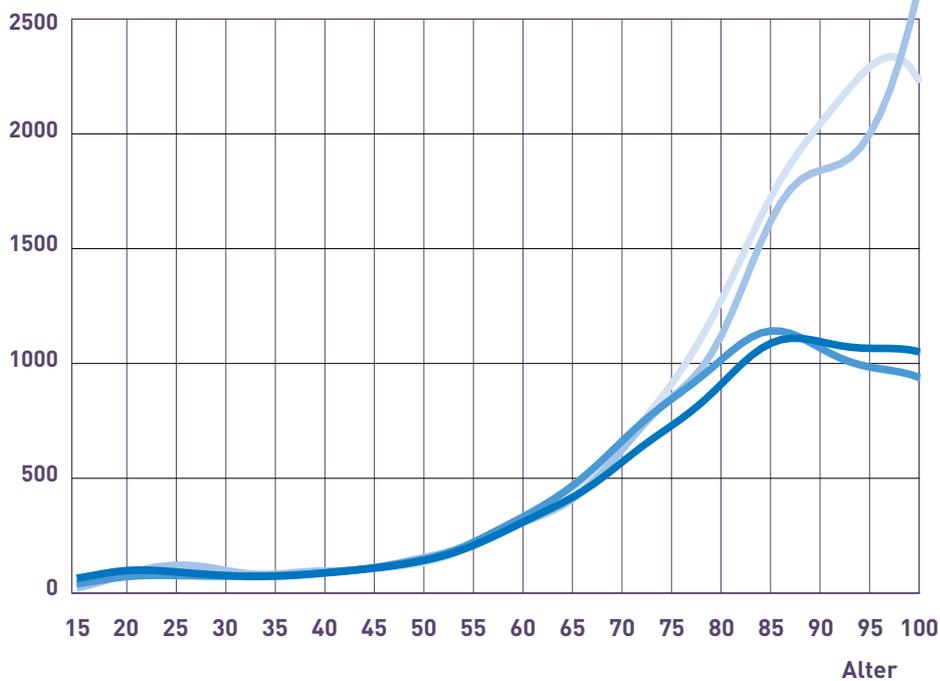
Altersabhängigkeit der Ausgaben im stationären Bereich¹ 2016

- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistung Chefarzt
- Wahlleistung Einbettzimmer
- Wahlleistung Zweibettzimmer

Frauen



Männer



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

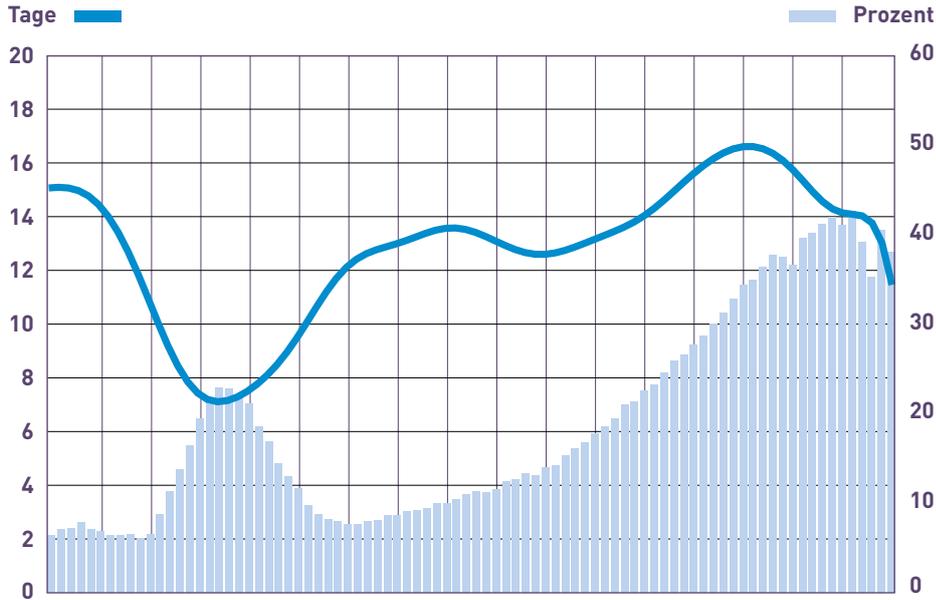
Aufgrund der neuen Datengrundlage kann zudem der Anteil der Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen am Gesamtbestand ermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist auch deren Krankenhausaufenthaltsdauer von Bedeutung:

Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus nach Altersgruppen 2016	Anteil Leistungsempfänger an allen Personen, die stationäre Regelleistungen versichert haben (in Prozent)	Krankenhausaufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	40,15	13,28
91 – 95	40,61	14,92
86 – 90	36,58	16,20
81 – 85	30,99	16,28
76 – 80	25,36	14,95
71 – 75	20,65	13,70
66 – 70	15,89	12,90
61 – 65	13,08	12,70
56 – 60	11,09	13,35
51 – 55	9,54	13,39
46 – 50	8,17	12,52
41 – 45	8,42	11,49
36 – 40	14,77	8,45
31 – 35	22,09	7,32
26 – 30	15,11	7,92
21 – 25	6,38	12,85
16 – 20	7,24	14,79
unter 16	6,16	7,87
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	53,74	13,18
91 – 95	46,75	14,47
86 – 90	41,53	14,98
81 – 85	35,27	14,58
76 – 80	29,18	13,46
71 – 75	24,42	13,15
66 – 70	19,19	12,32
61 – 65	15,56	11,82
56 – 60	12,19	11,79
51 – 55	9,39	10,83
46 – 50	7,60	9,89
41 – 45	6,47	9,47
36 – 40	5,58	8,46
31 – 35	5,31	8,16
26 – 30	5,72	8,23
21 – 25	5,74	11,02
16 – 20	6,03	8,59
unter 16	7,08	6,73

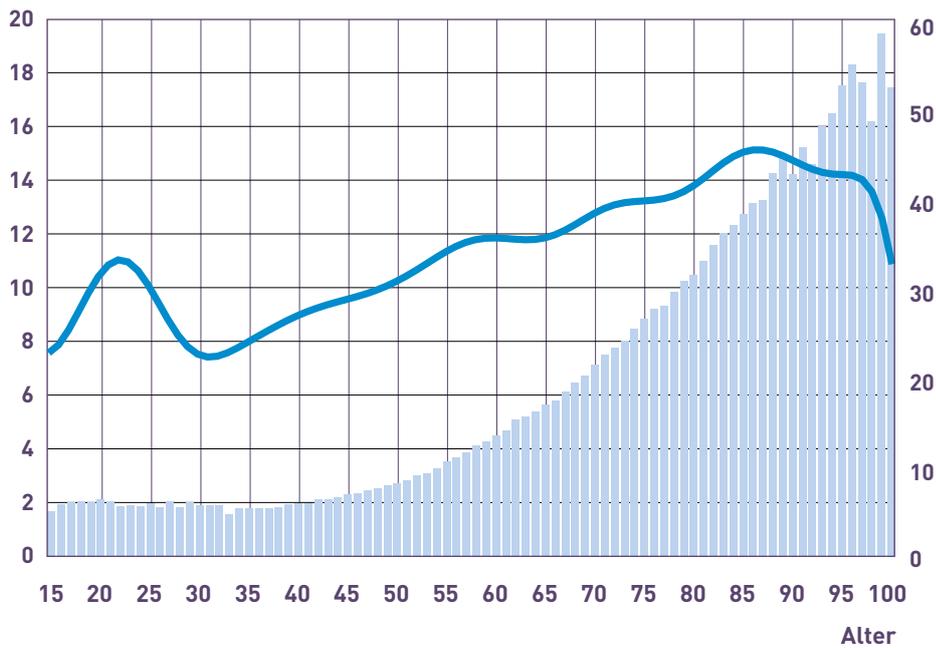
Altersabhängigkeit der Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus 2016

- Anteil Leistungsempfänger an allen Personen, die stationäre Regelleistungen versichert haben (in Prozent)
- Krankenhausaufenthalt in Tagen

Frauen



Männer



Z16/5108

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 nach Altersgruppen 2016	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	15,30	9,41
56 – 60	11,68	8,02
51 – 55	12,87	5,96
46 – 50	6,70	4,60
41 – 45	10,08	3,53
36 – 40	9,71	2,77
31 – 35	8,70	2,01
26 – 30	1,90	1,48
21 – 25	0,00	1,03
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	16,87	8,55
56 – 60	14,91	6,42
51 – 55	12,86	4,27
46 – 50	12,02	3,08
41 – 45	10,23	2,20
36 – 40	14,96	1,98
31 – 35	13,76	1,75
26 – 30	15,78	1,65
21 – 25	11,04	1,57

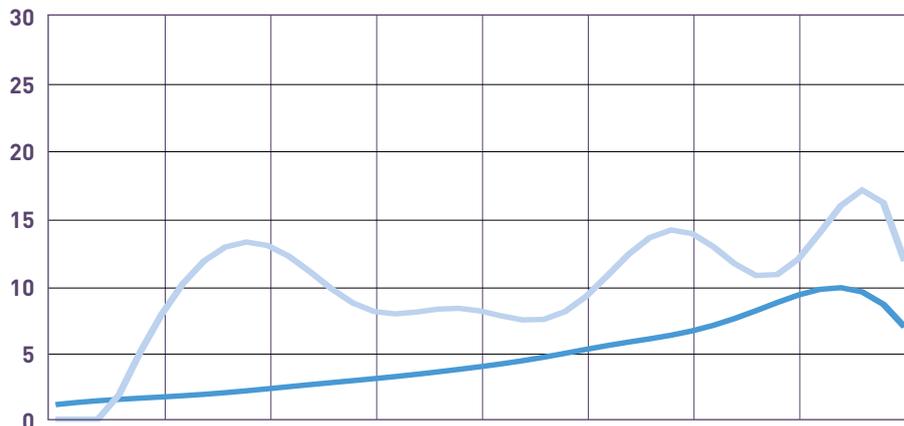
Z16/5109

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

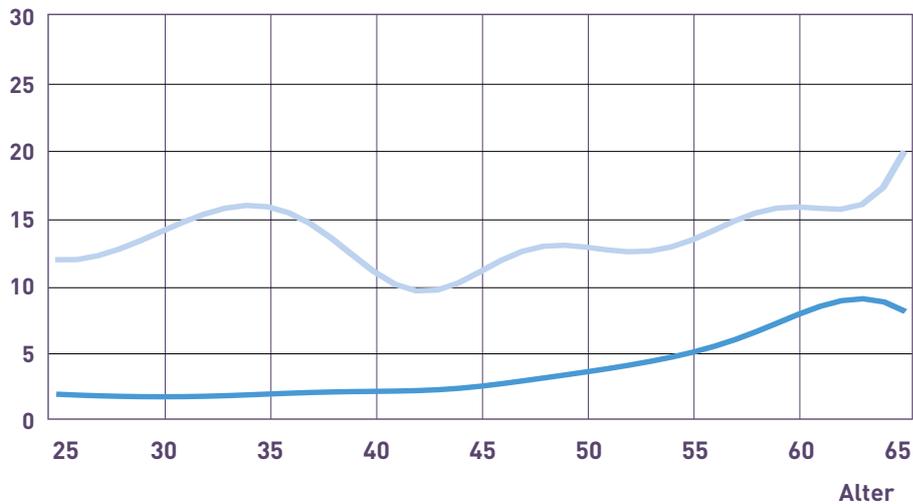
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld 2016

- Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag
- Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag

Frauen



Männer



Z16/5110

Selbstbehaltsstatistik

Der PKV-Verband untersucht auch die Abhängigkeit der Ausgaben vom tariflich vereinbarten Selbstbehalt. Aus dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial werden geeignete Selbstbehaltsgruppen gebildet. Hierbei wird sichergestellt, dass die beobachteten Gruppen versicherter Personen genügend große Bestände aufweisen. Nur so ist eine fundierte Aussage möglich. Bei der Beurteilung der Werte ist zu beachten, dass in hohen Altern die Bestandszahlen je Selbstbehaltsgruppe gering sein können, so dass statistische Schwankungen auftreten können. Die höhere Steilheit der Profile bedeutet nicht unbedingt höhere Beiträge bei höherem Selbstbehalt, denn absolut gesehen sind die Leistungsausgaben meist bei höherem Selbstbehalt deutlich niedriger. Um die

Ausgabenentwicklung für alle Selbstbehaltsgruppen vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken für jedes der beiden Geschlechter auf die Selbstbehaltsgruppe ohne Selbstbehalt normiert.

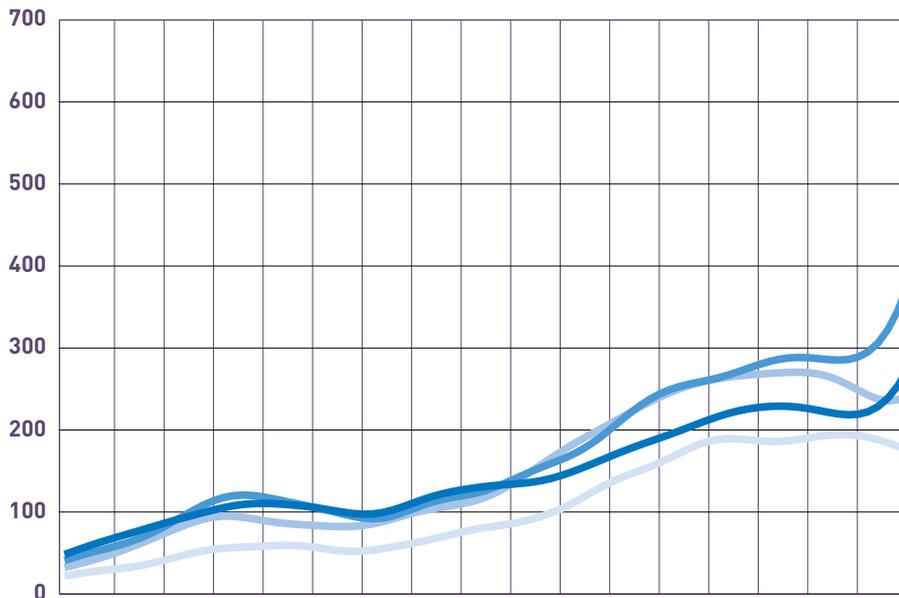
Ausgaben im ambulanten Bereich nach Altersgruppen¹ 2016	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	238,70	295,09	220,30	186,21
91 – 95	216,57	277,33	274,55	193,85
86 – 90	227,89	297,94	256,98	185,04
81 – 85	221,19	264,89	268,95	184,71
76 – 80	199,92	255,36	246,69	173,65
71 – 75	182,37	227,89	228,35	151,37
66 – 70	156,87	173,68	194,80	121,26
61 – 65	135,29	154,00	154,82	94,72
56 – 60	132,93	127,89	119,29	81,75
51 – 55	119,27	114,19	104,76	67,84
46 – 50	102,35	94,10	91,58	58,67
41 – 45	100,00	98,49	81,46	49,38
36 – 40	105,94	107,61	84,71	62,41
31 – 35	111,74	125,05	97,07	53,03
26 – 30	92,20	100,21	76,80	52,86
21 – 25	74,58	65,89	65,20	33,44
16 – 20	59,08	49,71	39,40	26,98
unter 16	38,72	31,65	25,84	19,90
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	630,13	523,74	550,80	380,34
91 – 95	449,22	623,17	507,53	382,94
86 – 90	448,44	520,01	557,65	384,55
81 – 85	412,82	532,70	503,71	374,42
76 – 80	377,45	461,45	489,70	310,11
71 – 75	318,61	388,68	382,57	264,38
66 – 70	262,26	317,83	288,44	189,47
61 – 65	215,99	222,63	206,27	142,21
56 – 60	172,75	176,27	151,67	102,53
51 – 55	136,26	128,94	109,87	75,75
46 – 50	115,35	103,54	85,70	60,28
41 – 45	100,00	92,86	68,21	45,33
36 – 40	84,94	88,02	56,33	35,91
31 – 35	72,61	79,05	54,77	32,06
26 – 30	74,37	96,45	44,64	41,76
21 – 25	71,29	77,39	89,46	81,61
16 – 20	70,28	58,80	49,70	32,67
unter 16	80,59	67,87	54,13	42,03

¹ Alle Werte wurden auf die Werte der 41- bis 45-Jährigen ohne absoluten Selbstbehalt normiert.

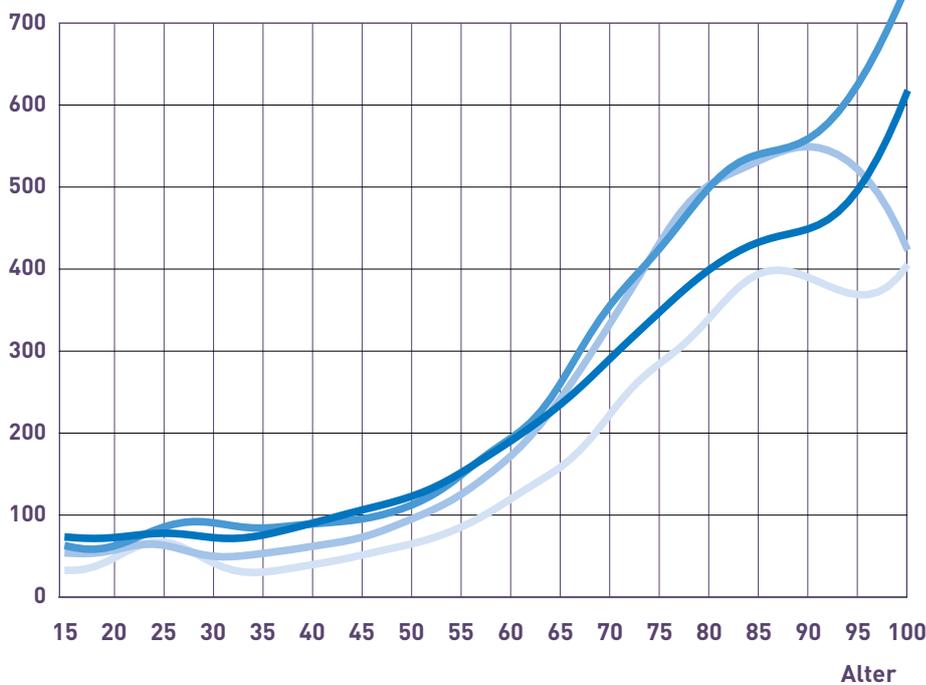
Altersabhängigkeit der Ausgaben bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich¹ 2016

- kein absoluter Selbstbehalt
- Selbstbehalt bis 300 €
- Selbstbehalt über 300 € bis 600 €
- Selbstbehalt über 600 €

Frauen



Männer



¹ Alle Werte wurden auf die Werte der 41- bis 45-Jährigen ohne absoluten Selbstbehalt normiert.

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 aktuellen Sterbetafel des PKV-Verbandes zusammen.

Sterbetafel „PKV 2017“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,81	84,64
5	82,88	79,72
10	77,90	74,74
15	72,94	69,77
20	67,99	64,86
25	63,06	59,98
30	58,12	55,08
35	53,17	50,00
40	48,23	45,24
45	43,32	40,36
50	38,47	35,54
55	33,70	30,85
60	29,02	26,31
65	24,44	21,92
70	19,98	17,68
75	15,64	13,65
80	11,58	9,99
85	8,07	6,93
90	5,39	4,65
95	3,56	3,23
100	2,17	2,13

Z16/5201

5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen

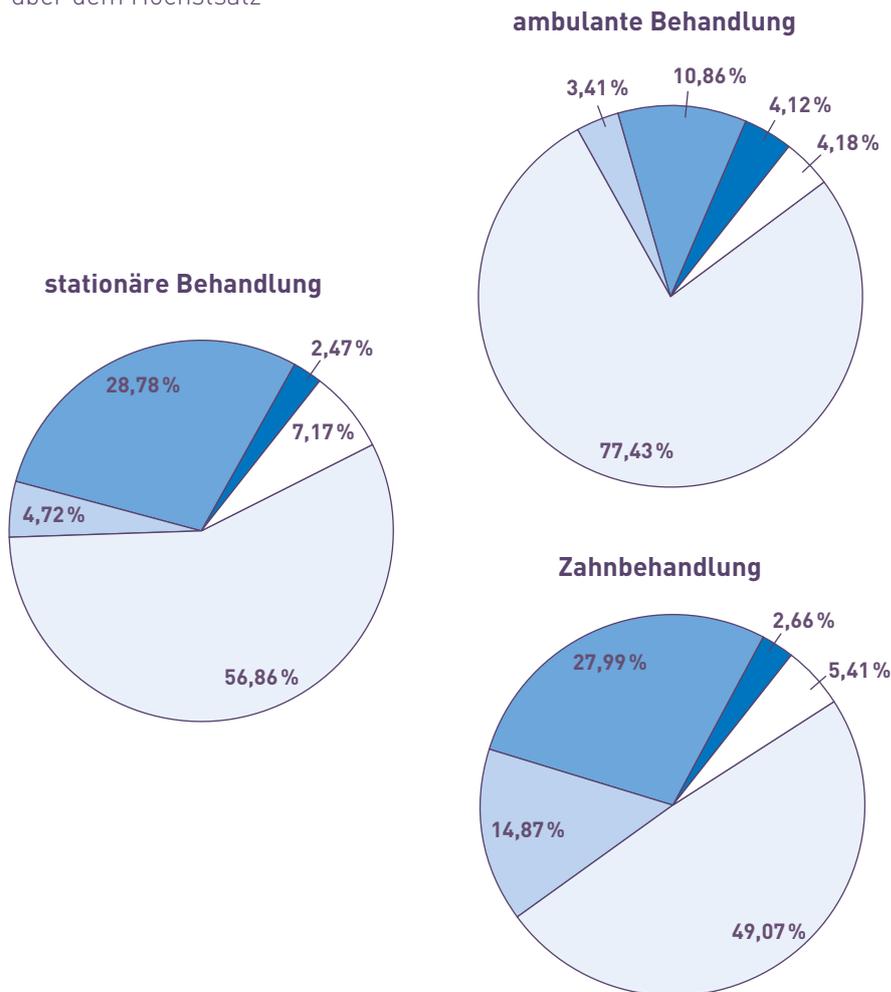
Der PKV-Verband wertet bei den Mitgliedsunternehmen eingereichte Arzt- und Zahnarztrechnungen aus. Die Daten dafür beruhen auf einer Vollerhebung verschiedener Mitgliedsunternehmen (derzeit über 17 Mio. Datensätze). Bei der Auswertung im PKV-Verband werden die Positionen der Rechnungen nach ihren Steigerungssätzen 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.

Struktur der GOÄ/GOZ-Multiplikatoren 2016

Abrechnung

- unter dem Regelhöchstsatz
- genau zum Regelhöchstsatz
- zwischen dem Regelhöchstsatz und dem Höchstsatz
- genau zum Höchstsatz
- über dem Höchstsatz



Quelle: PKV-Auswertungen von Vollerhebungen verschiedener Mitgliedsunternehmen

Z16/5301

Die Auswertung der anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Nur vier bis sieben Prozent der Rechnungen wurden unter dem Regelhöchstsatz erstellt. Genau zum Regelhöchstsatz waren es mindestens etwa die Hälfte, im ambulanten Bereich sogar mehr als drei Viertel der Rechnungen. Die höchsten Steigerungssätze finden sich daher auch nicht im ambulanten Bereich, sondern den stationären Behandlungen wie auch bei Zahnbehandlungen: Hier griffen die Ärzte in jeweils etwa 28 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück – im ambulanten Bereich waren es etwa 11 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	2016	2015	Veränderung	
	in Euro	in Euro	absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	98,42	95,74	+2,68	+2,80
Bayern	101,04	97,44	+3,60	+3,69
Berlin	125,83	122,38	+3,45	+2,82
Brandenburg	80,32	74,54	+5,78	+7,75
Bremen	93,73	94,33	-0,60	-0,64
Hamburg	119,21	107,10	+12,11	+11,31
Hessen	100,21	96,14	+4,07	+4,23
Mecklenburg-Vorpommern	91,03	87,56	+3,47	+3,96
Niedersachsen	93,32	91,87	+1,45	+1,58
Nordrhein- Westfalen	103,76	101,18	+2,58	+2,55
Rheinland- Pfalz	95,70	93,79	+1,91	+2,04
Saarland	93,17	93,08	+0,09	+0,10
Sachsen	73,35	74,03	-0,68	-0,92
Sachsen- Anhalt	73,68	71,06	+2,62	+3,69
Schleswig- Holstein	89,41	87,38	+2,03	+2,32
Thüringen	93,12	95,99	-2,87	-2,99
bundesweit	98,58	95,91	+2,67	+2,78

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2016 in Euro	2015 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden-Württemberg	49,93	48,40	+1,53	+3,16
Bayern	51,63	48,80	+2,83	+5,80
Berlin	51,73	50,15	+1,58	+3,15
Brandenburg	41,06	39,16	+1,90	+4,85
Bremen	46,63	47,50	-0,87	-1,83
Hamburg	60,94	53,84	+7,10	+13,19
Hessen	49,48	47,51	+1,97	+4,15
Mecklenburg-Vorpommern	37,79	34,89	+2,90	+8,31
Niedersachsen	48,36	47,51	+0,85	+1,79
Nordrhein-Westfalen	56,33	54,35	+1,98	+3,64
Rheinland-Pfalz	50,64	49,17	+1,47	+2,99
Saarland	44,31	44,45	-0,14	-0,31
Sachsen	37,04	36,42	+0,62	+1,70
Sachsen-Anhalt	32,59	32,15	+0,44	+1,37
Schleswig-Holstein	49,07	47,56	+1,51	+3,17
Thüringen	47,17	47,59	-0,42	-0,88
bundesweit	50,77	49,04	+1,73	+3,53

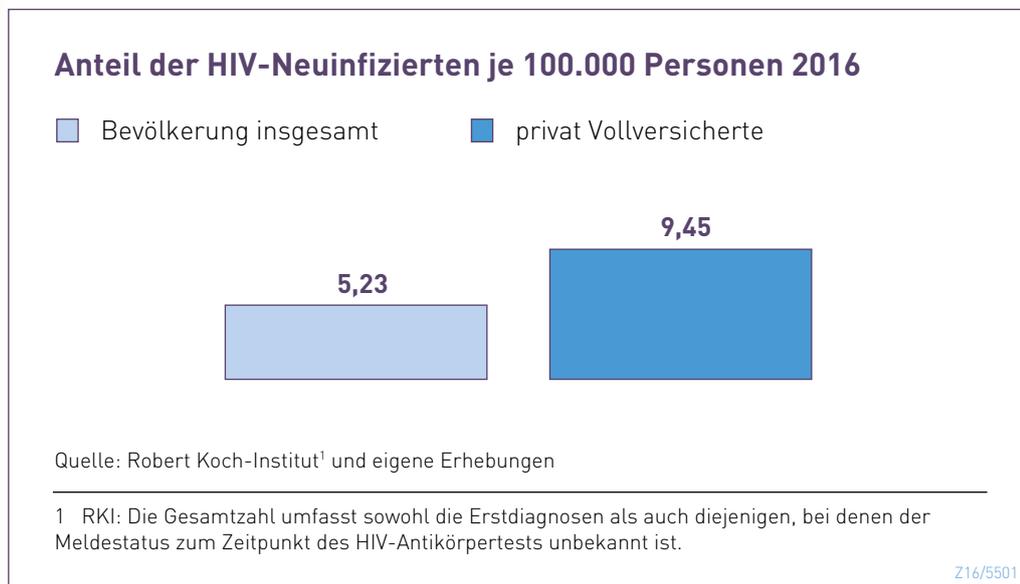
1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z13/5402

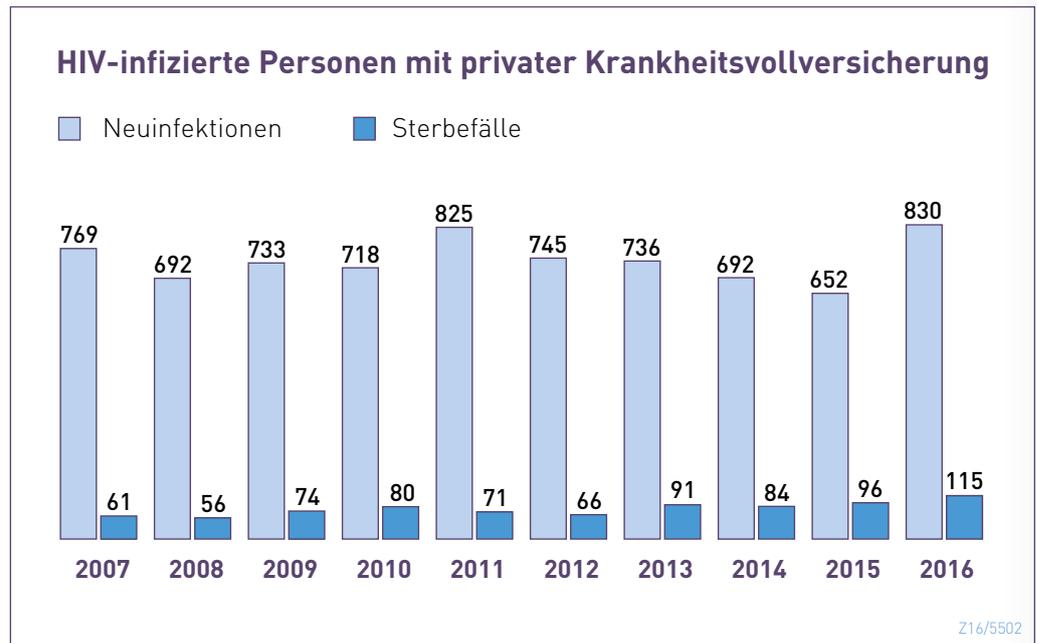
5.5 AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 36,7 Millionen Menschen mit HIV; 2,1 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich 1,8 Millionen Menschen im Jahr 2016 neu mit HIV infiziert. 1,0 Millionen sind an AIDS gestorben. Die Bekämpfung von AIDS ist deshalb eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies gilt auch für Deutschland. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) wurden 4.330 positive HIV-Antikörpertests für das Jahr 2016 gemeldet. Hierunter waren 911 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt, die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2016 unter ihren Vollversicherten 830 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 stieg im Vergleich zum Vorjahr stark an. 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 2016 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von über 22.000 Euro.



6. Zeitreihen 2006 - 2016



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. Seit dem Jahr 2013 fließen die Geschäftsergebnisse der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen mit ein.

6.1 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung	2006	2007	2008	2009	2010
versicherte Personen	8.489.100	8.549.000	8.639.300	8.810.900	8.895.500
Nettoneuzugang	116.100	59.900	90.300	171.600	84.600
Zugänge aus der GKV	284.700	233.700	244.900	288.200	227.700
Abgänge zur GKV	143.900	154.700	151.000	146.500	153.200
Vollversicherte mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.206.300	7.214.900	7.217.600	7.300.200	7.298.800
Vollversicherte mit Beihilfeberechtigung	4.141.800	4.148.900	4.161.500	4.194.000	4.226.300

Pflegeversicherung	2006	2007	2008	2009	2010
versicherte Personen	9.276.800	9.320.000	9.373.900 ¹	9.534.100	9.593.000
davon Leistungsempfänger	134.722	140.230	131.062 ¹	138.181	142.696

¹ Angaben von Unternehmen nachträglich korrigiert.

2011	2012	2013	2014	2015	2016
8.976.400	8.956.300	8.890.100	8.834.400	8.787.300	8.772.700
80.900	-20.100	-66.200	-55.700	-47.100	-14.600
232.000	159.900	123.900	115.500	120.400	129.100
157.600	162.400	161.200	145.700	140.200	130.600
7.322.500	7.304.100	7.250.300	7.197.700	7.173.100	7.026.400
4.246.700	4.254.900	4.255.600	4.269.700	4.291.500	4.329.100

Z16/6101

2011	2012	2013	2014	2015	2016
9.666.900	9.619.600	9.537.500	9.472.700	9.413.600	9.375.100
145.099	151.141	161.686	169.324	178.075	188.567

Z16/6102

Zusatzversicherungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	2006	2007	2008	2009	2010
Zusatzversicherungen insgesamt	18.400.500	20.009.400	20.983.200	21.478.400	21.969.400
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.096.500	5.167.600	5.382.700	5.565.400	5.643.500
Krankentagegeldversicherung	3.337.000	3.371.300	3.404.000	3.450.800	3.536.600
Krankenhaustagegeldversicherung	8.743.800	8.648.100	8.545.700	8.449.900	8.333.900
Pflegezusatzversicherung	988.800	1.174.000	1.316.200	1.500.500	1.699.500
geförderte Pflegezusatzversicherung					

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	2006	2007	2008	2009	2010
Krankenversicherung	26.611,5	27.578,4	28.360,3	29.393,7	31.174,3
davon Krankheitsvollversicherung	20.509,6	21.209,3	21.790,0	22.564,2	24.072,1
Pflegeversicherung	1.871,3	1.882,9	1.970,2	2.074,2	2.096,0
insgesamt	28.482,8	29.461,3	30.330,5	31.467,9	33.270,3

2011	2012	2013	2014	2015	2016
22.498.900	23.070.900	23.894.500	24.342.400	24.770.100	25.083.900
5.712.800	5.776.600	5.814.500	5.870.800	5.980.400	6.058.600
3.599.300	3.627.600	3.606.900	3.585.800	3.583.600	3.597.400
8.246.300	8.153.500	8.027.600	7.936.500	7.864.100	7.803.300
1.880.400	2.186.700	2.373.400	2.481.800	2.583.600	2.676.700
		359.600	558.600	683.600	777.200

Z16/6103

2011	2012	2013	2014	2015	2016
32.562,3	33.616,9	33.988,8	34.309,8	34.626,3	35.093,2
25.150,9	25.862,9	25.743,4	25.775,1	25.846,2	26.116,7
2.105,1	2.010,7	2.062,1	2.013,6	2.196,1	2.165,1
34.667,4	35.627,6	36.050,9	36.323,4	36.822,4	37.258,3

Z16/6201

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2006	2007	2008	2009
ambulante Leistungen	7.682,8	8.273,9	8.921,1	9.316,0
davon				
Arztbehandlung	4.291,6	4.591,4	4.944,0	5.124,3
Heilpraktikerbehandlung	166,1	186,8	196,6	207,5
Arzneien und Verbandmittel	1.881,0	2.047,4	2.223,3	2.330,8
Heilmittel	631,9	676,0	730,5	764,1
Hilfsmittel	623,1	674,5	719,9	739,4
Sonstiges	89,1	97,8	106,8	149,9
stationäre Leistungen	5.388,7	5.556,0	5.838,5	6.114,0
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	2.714,4	2.809,5	2.998,7	3.199,5
Wahlleistung Chefarzt	2.031,9	2.092,8	2.194,2	2.254,1
Wahlleistung Einbettzimmer	513,5	519,6	505,9	519,6
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankenhaustagegeld	58,9	56,7	55,6	51,2
Sonstiges	70,0	77,4	84,1	89,6
Zahnleistungen	2.501,4	2.716,6	2.902,1	3.039,4
davon				
Zahnbehandlung	974,5	1.029,5	1.081,7	1.104,8
Zahnersatz	1.340,1	1.491,8	1.620,3	1.725,3
Kieferorthopädie	174,1	186,5	191,9	202,1
Sonstiges	12,7	8,8	8,2	7,2
Krankentagegeld	707,5	705,4	744,5	803,8
Krankenhaustagegeld	494,1	500,6	512,4	507,4
Pflegezusatzversicherung	17,2	20,3	24,2	29,6
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	51,0	47,7	58,3	66,6
Besondere Versicherungsformen	432,0	499,0	550,2	576,6
Krankenversicherung	17.274,7	18.319,5	19.551,3	20.453,4
Pflegeversicherung	563,8	578,1	617,7	667,7
insgesamt	17.838,5	18.897,6	20.169,0	21.121,1

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
9.556,7	9.864,4	10.006,3	10.453,9	10.742,0	11.239,9	11.616,7
5.238,9	5.405,3	5.471,2	5.686,1	5.783,8	6.015,2	6.194,8
218,7	239,3	245,1	257,6	264,2	276,7	292,3
2.406,3	2.448,7	2.461,1	2.594,8	2.709,9	2.864,5	2.973,1
800,5	838,6	861,7	895,4	921,5	957,4	985,0
762,3	790,5	812,5	854,4	886,1	932,0	963,0
130,0	142,0	154,7	165,6	176,5	194,1	208,5
6.425,8	6.695,1	6.741,1	7.002,2	7.084,9	7.443,2	7.587,6
3.458,2	3.650,4	3.699,6	3.914,8	4.031,9	4.290,8	4.438,2
2.293,0	2.345,5	2.343,6	2.364,1	2.322,7	2.384,8	2.356,7
525,9	542,9	541,1	291,0	293,6	304,9	313,6
			262,5	260,8	270,7	276,4
51,1	51,5	49,5	52,5	53,3	55,6	57,6
97,6	104,8	107,3	117,3	122,6	136,4	145,1
3.214,4	3.408,3	3.649,7	3.905,4	3.935,9	4.034,4	4.104,8
1.145,0	1.198,0	1.290,7	1.380,2	1.380,8	1.397,7	1.408,1
1.852,6	1.984,5	2.121,4	2.271,9	2.291,6	2.361,6	2.411,8
210,1	219,0	230,1	244,4	255,9	267,3	278,1
6,7	6,8	7,5	8,9	7,6	7,8	6,8
840,2	864,0	874,3	884,7	874,5	874,2	865,8
504,3	505,3	495,4	495,6	487,2	486,8	480,5
35,4	44,4	54,0	67,4	83,4	104,1	122,0
		0,0	0,1	0,1	0,3	0,7
50,5	62,6	77,9	76,9	78,1	77,9	79,0
589,4	609,5	609,0	605,8	624,3	679,3	685,6
21.216,7	22.053,6	22.507,7	23.492,0	23.910,4	24.940,1	25.542,7
698,8	720,5	779,3	857,1	880,1	967,8	1.049,6
21.915,5	22.774,1	23.287,0	24.349,1	24.790,5	25.907,9	26.592,3

Z16/6301

Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Person in Prozent	2006	2007	2008	2009
ambulante Leistungen	+ 2,65	+ 6,58	+ 6,88	+ 2,86
davon				
Arztbehandlung	+ 1,66	+ 5,88	+ 6,74	+ 2,09
Heilpraktikerbehandlung	+ 8,12	+ 11,32	+ 4,33	+ 3,93
Arzneien und Verbandmittel	+ 3,19	+ 7,72	+ 7,64	+ 3,26
Heilmittel	+ 4,55	+ 5,87	+ 7,12	+ 3,02
Hilfsmittel	+ 4,16	+ 7,13	+ 5,80	+ 1,16
Sonstiges	+ 5,91	+ 8,61	+ 8,28	+ 38,21
stationäre Leistungen	+ 2,01	+ 2,34	+ 4,36	+ 3,37
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	+ 1,86	+ 2,44	+ 5,80	+ 5,10
Wahlleistung Chefarzt	+ 2,99	+ 2,43	+ 3,60	+ 0,78
Wahlleistung Einbettzimmer	- 0,26	+ 0,62	- 3,80	+ 0,77
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankhaustagegeld	- 1,23	- 4,37	- 3,05	- 9,66
Sonstiges	+ 2,22	+ 9,52	+ 7,70	+ 4,90
Zahnleistungen	+ 1,25	+ 7,48	+ 5,90	+ 3,16
davon				
Zahnbehandlung	+ 2,48	+ 4,56	+ 4,15	+ 0,60
Zahnersatz	+ 0,04	+ 10,17	+ 7,67	+ 4,88
Kieferorthopädie	+ 3,41	+ 6,00	+ 2,01	+ 3,72
Sonstiges	+ 9,42	- 31,79	- 7,77	- 12,63
Krankentagegeld	- 2,79	- 1,33	+ 4,63	+ 6,35
Krankhaustagegeld	- 4,23	+ 0,27	+ 1,46	- 2,47
Pflegezusatzversicherung	+ 15,91	+ 16,67	+ 18,49	+ 20,21
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	- 4,57	- 7,44	+ 21,07	+ 12,54
Besondere Versicherungsformen	- 1,54	+ 14,31	+ 9,31	+ 3,23
Krankenversicherung	+ 1,73	+ 4,95	+ 5,79	+ 3,04
Pflegeversicherung	+ 1,15	+ 1,48	+ 5,91	+ 6,48
Versicherungsleistungen insgesamt	+ 1,71	+ 4,84	+ 5,80	+ 3,15
davon Gesamt für Krankheitskosten	+ 2,19	+ 5,37	+ 5,83	+ 3,09

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
+0,79	+2,27	+1,09	+4,82	+3,46	+5,24	+3,72
+0,45	+2,22	+0,88	+4,29	+2,42	+4,61	+3,35
+3,56	+8,42	+2,09	+5,19	+3,26	+5,33	+6,02
+1,43	+0,82	+0,16	+5,80	+5,15	+6,32	+4,16
+2,93	+3,79	+2,40	+4,28	+3,62	+4,50	+3,25
+1,29	+2,74	+2,44	+5,47	+4,43	+5,79	+3,69
-14,55	+8,24	+8,56	+7,25	+7,33	+10,59	+7,81
+4,15	+3,61	+0,42	+4,43	+2,06	+5,69	+2,53
+6,19	+4,58	+1,00	+6,18	+3,70	+7,04	+3,80
-0,34	+1,62	-0,61	+0,61	-1,70	+2,32	-1,24
-0,15	+2,58	-0,86	+2,03	+0,94	+3,52	+2,75
-2,24	0,00	-4,29	+5,54	-0,60	+3,46	+2,03
+7,30	+6,44	+2,05	+9,69	+1,49	+3,92	+3,54
+3,94	+5,05	+6,72	+5,91	+1,47	+3,10	+2,10
+1,86	+3,67	+7,37	+6,22	+5,17	+11,93	+6,78
+5,53	+6,13	+6,54	+5,77	+1,56	+3,65	+2,48
+2,18	+3,29	+4,69	+5,42	+5,44	+5,06	+4,38
-8,43	0,00	+10,53	+8,33	-14,00	+3,49	-13,48
+3,01	+1,89	+0,85	+1,54	-0,47	+0,55	-0,61
-2,05	-0,72	-2,30	+0,38	-1,03	+0,51	-0,94
+17,99	+24,25	+21,13	+25,25	+24,64	+25,50	+17,70
				0,00	+200,00	+166,67
-25,29	+22,98	+23,97	-0,92	+2,20	+0,34	+1,81
+0,73	+2,46	-0,43	-0,88	+3,76	+9,45	+1,28
+2,23	+2,98	+1,71	+4,46	+2,48	+4,91	+2,78
+3,14	+2,15	+7,79	+10,52	+3,39	+10,60	+8,83
+2,26	+2,96	+1,91	+4,67	+2,51	+5,12	+3,00
+2,16	+3,22	+1,97	+4,89	+2,66	+4,95	+3,06

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	2006	2007	2008	2009	2010
Entnahmen	2.497,9	2.379,4	3.498,5	2.850,8	4.230,5
davon					
zur Verrechnung	1.118,4	1.049,8	2.026,3	1.310,5	2.493,6
zur Verrechnung gemäß § 150 Abs. 4 VAG	414,0	294,0	309,4	264,4	468,4
zur Baraus- schüttung	965,5	1.035,6	1.162,8	1.275,9	1.268,5
Zuführung	3.662,0	3.686,0	2.492,5	2.913,7	3.760,1
Bestand	9.389,3	10.695,9	9.690,0	9.752,9	9.282,5

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	2006 ¹	2007	2008	2009	2010
Zuführung	10.061,8	10.212,6	10.733,9	10.945,0	12.680,6
davon					
Kranken- versicherung	8.813,6	8.933,5	8.696,2	9.732,0	10.547,5
Pflege- versicherung	1.248,2	1.279,1	2.037,7	1.213,0	2.133,1
Bestand	113.432,7	123.645,3	134.379,2	145.324,2	158.004,8
davon					
Kranken- versicherung	97.561,3	106.494,8	115.191,0	124.923,0	135.470,5
Pflege- versicherung	15.871,4	17.150,5	19.188,2	20.401,2	22.534,3

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.

2011	2012	2013	2014	2015	2016
2.766,1	3.127,2	3.468,2	2.958,2	4.955,8	3.477,4
1.188,7	1.515,4	1.905,3	1.378,9	3.342,8	1.883,3
186,6	190,4	124,6	117,6	169,8	174,0
1.390,8	1.421,4	1.438,3	1.461,7	1.443,2	1.420,1
4.156,8	4.944,6	4.897,7	5.158,8	4.121,4	4.432,0
10.673,2	12.490,6	13.920,9	16.121,5	15.287,5	16.242,1

Z16/6401

2011	2012	2013	2014	2015	2016
11.422,6	12.188,3	12.395,6	12.181,2	13.890,7	12.636,4
9.934,1	10.502,8	10.995,4	10.802,8	11.339,3	11.120,0
1.488,5	1.685,5	1.400,2	1.378,4	2.551,4	1.516,4
169.427,4	181.615,7	194.011,3	206.192,5	220.083,2	232.719,6
145.404,6	155.907,4	166.902,8	177.705,6	189.044,9	200.164,9
24.022,8	25.708,3	27.108,5	28.486,9	31.038,3	32.554,7

Z16/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	2006	2007	2008	2009	2010
Abschlussaufwendungen	2.416,1	2.383,4	2.528,6	2.668,5	2.649,0
Verwaltungsaufwendungen	786,1	783,1	790,2	802,6	815,0

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2006	2007	2008	2009
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,24	0,15	0,54	0,32
Anteil an verbundenen Unternehmen	0,55	0,60	1,36	0,36
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	0,18	0,63	1,78	0,25
Beteiligungen	1,23	0,97	1,19	0,67
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	2,22	2,33	3,19	1,82
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	20,80	15,08	14,78	12,49
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	6,81	5,93	8,84	14,89
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	2,20	1,35	1,31	1,16
Namenschuldverschreibungen	24,91	25,73	21,63	21,93
Schuldscheinforderungen und Darlehen	16,50	18,19	18,02	23,24
übrige Ausleihungen	0,51	0,45	0,11	0,00
Einlagen bei Kreditinstituten	2,48	3,14	17,52	13,29
andere Kapitalanlagen	21,37	25,45	9,73	9,58
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2011	2012	2013	2014	2015	2016
2.756,2	2.588,3	2.441,3	2.346,5	2.386,2	2.440,4
849,2	879,4	867,7	890,1	860,4	869,1

Z16/6601

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0,46	0,31	0,18	0,34	0,42	0,24	0,21
1,83	1,15	1,46	2,19	0,90	1,18	2,19
0,27	0,47	1,02	1,35	0,72	0,46	1,09
0,74	0,72	0,63	0,65	0,39	0,76	1,26
1,20	0,21	0,05	0,05	0,00	1,16	0,23
15,27	16,68	21,75	17,89	32,77	36,83	27,99
17,87	15,63	23,06	26,05	23,85	22,70	28,21
1,86	2,51	2,20	2,49	1,94	1,44	2,57
26,19	24,84	13,71	14,53	14,86	7,26	15,07
14,53	17,83	21,89	16,29	8,11	3,70	6,54
0,02	0,02	0,13	0,13	1,10	1,52	0,49
4,81	4,72	3,20	4,67	3,39	13,72	1,88
14,95	14,91	10,72	13,37	11,55	9,02	12,28
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z16/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	2006	2007	2008	2009
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.716,8	1.590,0	1.514,2	1.551,9
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.321,0	1.333,1	1.639,8	1.633,1
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	540,3	635,8	1.050,3	1.077,4
Beteiligungen	1.435,9	1.350,3	1.528,8	1.648,8
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	687,4	58,7	361,9	518,9
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	27.115,6	29.331,1	30.327,5	30.458,5
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	6.504,6	7.048,2	8.240,1	10.273,0
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	3.214,0	3.387,6	3.540,7	3.686,9
Namenschuldverschreibungen	41.976,8	47.256,6	49.463,5	54.681,4
Schuldscheinforderungen und Darlehen	42.859,8	46.705,8	49.199,5	54.342,0
übrige Ausleihungen	1.328,4	1.565,5	1.695,4	1.460,2
Einlagen bei Kreditinstituten	1.459,5	1.641,1	2.496,3	1.458,3
andere Kapitalanlagen	356,7	437,8	432,1	516,2
insgesamt	130.516,8	142.341,6	151.490,1	163.306,6

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.600,9	1.625,4	1.620,2	1.676,6	1.765,8	1.811,2	1.826,7
2.075,1	2.059,8	2.293,3	2.803,3	2.915,6	3.475,8	3.910,4
1.155,4	1.170,3	1.547,8	1.709,1	1.852,7	1.997,5	2.148,6
1.747,4	1.909,8	2.065,3	2.113,5	2.086,6	2.220,2	2.500,7
476,6	499,0	250,8	229,4	219,4	163,3	180,7
33.671,0	36.001,1	42.547,6	48.267,9	54.572,8	64.406,4	73.231,0
14.153,4	17.475,4	24.330,9	31.457,3	37.997,5	44.681,3	52.126,2
3.943,3	4.446,6	4.992,1	5.455,3	5.696,9	5.947,4	6.258,0
58.998,7	65.130,4	66.811,5	68.748,9	71.229,6	71.045,7	71.849,2
54.302,9	53.837,4	52.083,3	50.444,7	48.642,1	44.819,0	41.827,6
1.042,8	960,4	772,9	1.142,1	1.199,1	1.388,2	1.188,8
1.788,4	2.612,5	2.527,2	3.262,5	3.183,1	2.848,7	1.746,3
526,3	573,8	629,9	644,4	735,7	892,3	1.200,2
175.482,2	188.301,9	202.472,8	217.955,0	232.096,9	245.697,0	259.994,4

Z16/6702

6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2006	2007	2008	2009
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	14,17	14,90	14,50	14,59
RfB-Quote ¹	29,55	32,82	29,21	28,41
RfB-Zuführungsquote ¹	11,42	11,15	7,67	8,26
RfB-Entnahmeanteile...				
-Einmalbeitrag ¹	54,07	51,00	64,32	51,60
-Barausschüttung ¹	45,93	49,00	35,68	48,40
Überschussverwendungsquote ¹	91,93	89,64	89,03	87,04
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote ¹	10,96	10,43	9,21	8,26
Nettoverzinsung	4,82	4,75	3,56	4,27
Schadenquote ¹	77,82	78,83	79,85	80,72
Quote der Abschlussaufwendungen	8,46	8,08	8,33	8,47
Quote der Verwaltungsaufwendungen	2,76	2,66	2,60	2,55
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	4,09	3,27	2,93	3,78
versicherte Personen...				
-Krankheitsvollversicherung	1,57	0,71	1,04	2,06
-Zusatzversicherung	9,30	7,45	6,40	2,38
-insgesamt	6,76	5,34	4,80	2,29
Vorsorgequote	42,50	42,44	35,70	38,78

¹ Wert für 2012 aufgrund eines Fehlers nachträglich korrigiert.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
14,54	14,71	15,19	15,82	16,54	16,99	17,22
26,11	29,03	33,27	36,87	42,49	39,95	42,08
10,30	11,07	12,92	12,77	13,45	10,56	11,15
67,45	47,89	53,61	59,11	50,69	71,72	59,21
32,55	52,11	46,39	40,89	49,31	28,28	40,79
88,38	88,47	89,40	88,66	88,44	87,41	87,29
10,81	12,15	13,20	14,00	13,48	12,24	12,09
4,23	4,08	4,21	4,03	3,91	3,70	3,71
78,78	77,45	77,07	76,93	77,61	78,92	79,03
7,96	7,95	7,26	6,72	6,46	6,49	6,55
2,45	2,45	2,47	2,35	2,45	2,34	2,33
5,70	4,19	2,79	0,88	0,73	1,36	1,72
0,96	0,91	-0,22	-0,74	-0,63	0,00	-0,17
2,41	2,41	2,56	2,04	1,87	0,00	1,27
1,99	1,98	1,77	1,26	1,20	1,21	1,57
40,21	40,50	42,95	42,12	43,24	39,11	39,90

Z16/6801



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	2014	2015	2016²
insgesamt	81.197,5	82.175,7	82.349,4
davon			
Frauen ¹	41.362,1	41.661,6	
Männer ¹	39.835,5	40.514,1	
Geburten	714,9	737,6	776,9
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.174,3	4.330,4	
6 bis unter 15	6.512,5	6.550,7	
15 bis unter 25	8.653,1	8.777,8	
25 bis unter 45	20.183,8	20.497,3	
45 bis unter 65	24.585,2	24.719,2	
ab 65	17.088,7	17.300,2	

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Januar 2017)

1 Der Unterschied zur Gesamtzahl in 2014 ergibt sich durch Rundung.
 2 Für 2016 hat das Statistische Bundesamt bis Redaktionsschluss nur Gesamtbevölkerung zum 30.06. und klinische Geburten zum 31.12. veröffentlicht.

Z16/A1101

Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren¹	Frauen	Männer
0	83,06	78,18
5	78,36	73,51
10	73,38	68,54
15	68,41	63,57
20	63,46	58,66
25	58,52	53,79
30	53,59	48,92
35	48,67	44,09
40	43,79	39,29
45	38,96	34,56
50	34,23	29,97
55	29,64	25,61
60	25,19	21,52
65	20,90	17,71
70	16,80	14,13
75	12,87	10,79
80	9,30	7,81
85	6,38	5,44
90	4,22	3,68
95	2,88	2,56
100	1,95	1,80

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2016)

¹ nach Sterbetafel 2013/2015

Z16/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen	2014	2015	2016
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	30.292	30.944	31.607
davon			
Frauen	14.024	14.370	14.675
Männer	16.268	16.573	16.931
Arbeitslose²	2.898	2.795	2.691
davon			
Frauen	1.333	1.277	1.208
Männer	1.565	1.517	1.483

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Februar 2017, Juli 2017)

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

2 Jahresdurchschnitt

Z16/A1103

durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer¹ in Euro	2014	2015	2016
Frauen	3.328	3.423	3.527
Männer	4.127	4.224	4.320
insgesamt	3.881	3.979	4.078

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2017)

1 vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbe und in den Dienstleistungen, inkl. Sonderzahlungen

Z16/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsdienstberufen tätige Personen	2014	2015	2016
Ärzte	365.247	371.302	378.607
davon niedergelassen	121.641	120.733	119.641
Zahnärzte	70.740	71.425	71.926
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen^{1,2} (ohne Altenpfleger)	2.697.000³	2.741.000	
Altenpfleger²	544.000³	568.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt
(Stand: Dezember 2016, September 2017)

1 u.a. Arzthelfer, Hebammen, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten
2 Die Zahlen für 2016 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.
3 nachträgliche Korrektur des Statistischen Bundesamtes

Z16/A1201

Anzahl der Krankenhäuser/ Krankenhausbetten	2014	2015	2016 ¹
Krankenhäuser	1.980	1.956 ²	1.948
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	500.680	499.351 ²	498.666

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2017)

1 Für 2016 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.
2 nachträgliche Korrektur des Statistischen Bundesamtes

Z16/A1202

Anzahl der Apotheken	2014	2015	2016
Apotheken	20.441	20.249	20.023

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: April 2017)

Z16/A1203

Gesundheitsausgaben	2014	2015	2016
insgesamt in Mrd. Euro ¹	329,2 ²	344,2	
BIP in Mrd. Euro	2.923,9 ²	3.032,8 ²	3.134,1
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent ¹	11,3 ²	11,3	
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro ¹	4.065 ²	4.213	

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt
(Stand: Februar 2017, Mai 2017)

- 1 Die Zahlen für 2016 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.
2 nachträgliche Korrektur des Statistischen Bundesamtes

Z16/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2013	2014	2015
Arztbehandlung	5.615	5.990	6.060
Arzneien	822	828	874
Heilmittel	936	1.024	996
Hilfsmittel	410	420	461
Krankenhaus	580	689	693
Zahnmedizin	3.218	3.224	3.262
Sonstige¹	262	278	287
insgesamt	11.843	12.453	12.633

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: Mai 2017)

- 1 u.a. Heilpraktiker, Kuren

Z16/A1205

I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2014	2015	2016
Frauen	37.129.135	37.268.996	37.539.993
davon			
mitversichert	10.130.457	9.946.495	9.365.742
freiwillig versichert ²	1.760.843	1.799.986	1.850.725
Männer	33.517.027	33.853.337	34.406.440
davon			
mitversichert	7.008.097	7.000.504	6.780.606
freiwillig versichert ²	3.795.856	3.889.373	4.015.193
insgesamt	70.646.162	71.122.333	71.946.433
davon			
mitversichert	17.138.554	16.946.999	16.146.348
freiwillig versichert ²	5.556.699	5.689.359	5.865.918

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2016)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z16/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2014	2015	2016
Ortskrankenkassen	11	11	11
Betriebskrankenkassen	106	98	92
Innungskrankenkassen	6	6	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen	1	1	1
Bundesknappschaft	1	1	1
Ersatzkassen	6	6	6
insgesamt	131	123	117

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2016)

Z16/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mio. Euro	2014	2015	2016
Einnahmen	204.237,4	212.557,5	224.351,5
davon			
Bundeszuschuss	10.500,0	11.500,0	14.000,0
Ausgaben	205.539,8	213.674,9	222.730,0
davon			
Leistungsausgaben	193.630,9	202.047,8	210.355,7
Netto-Verwaltungskosten	10.013,8	10.430,6	10.980,4

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2017)

Z16/A1303

Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro	2014	2015	2016
Kapitalreserve am 1. Januar	6,17	6,63	8,31
Defizit			
Überschuss	0,46	1,68	1,03
Kapitalreserve am 31. Dezember	6,63	8,31	9,34

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: April 2017)

Z16/A1304

Rechengrößen der Gesetzlichen Krankenversicherung	2006	2007	2008	2009
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren	42.750	42.750	43.200	44.100
für alle übrigen Arbeitnehmer	47.250	47.700	48.150	48.600
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	42.750	42.750	43.200	44.100
Ost				
(durchschnittlicher) Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3}				
West	14,3	14,9	14,9	15,5/ 14,9 ⁴
Ost	13,9	14,5		
(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3}				
West	509,44	530,81	536,40	569,63 / 547,58 ⁴
Ost	495,19	516,56		

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

2 Seit dem 1. Januar 2009 müssen alle gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen „allgemeinen Beitragssatz“ erheben. Bis zum 31. Dezember 2014 war darin ein Zuschlag von 0,9 Prozent enthalten, den die Versicherten selbst tragen mussten (ohne Arbeitgeberzuschuss). Zum 1. Januar 2015 wurde der allgemeine Beitragssatz um 0,9 Prozent gesenkt. Die Kassen können nun einen prozentualen Zusatzbeitrag in eigenem Ermessen erheben, den die Versicherten selbst tragen müssen.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
45.000	44.550	45.900	47.250	48.600	49.500	50.850	52.200
49.950	49.500	50.850	52.200	53.550	54.900	56.250	57.600
45.000	44.550	45.900	47.250	48.600	49.500	50.850	52.200
14,9	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,7	15,7
558,75	575,44	592,88	610,31	627,75	639,38	665,29	682,95

3 Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Rechtskreisrennung 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.

Z16/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 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung 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: Der maximale Arbeitgeberzuschuss für Privatversicherte beträgt die Hälfte des Beitrags, der aus der Beitragsbemessungsgrenze und dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung errechnet wird.

Beitragsrückerstattung

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

Bilanzwert

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

Bruttobeiträge, verdiente

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

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ)

Die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte bilden als Rechtsverordnungen die Grundlage für die Vergütung der Leistungen, die im Zusammenhang mit der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von Privatpatienten stehen. Jeder ärztlichen Leistung ist dabei eine bestimmte Punktzahl zugeordnet, die multipliziert mit einem einheitlichen Punktwert (derzeit gerundet 5,8 bzw. 5,6 Cent) einen einfachen Gebührensatz in Euro ergibt. Der Arzt errechnet sein Honorar dann endgültig, indem er diesen einfachen Gebührensatz abhängig von Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie

den Umständen bei der Ausführung mit einem zulässigen Steigerungssatz multipliziert.

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

GPV

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

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

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 § 89 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 Beitrag begrenzt, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Beitragsbemessungsgrenze [G] berechnet. 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 Leistungsbearbeitung – die Schadenregulierungsaufwendungen [G] – und die Abschlussaufwendungen [G].

Zehn-Prozent-Zuschlag

Um Beitragssteigerungen im Alter zu verringern oder sogar zu verhindern, wurde zum 1. Januar 2000 in der Privaten Krankheitsvollversicherung per Gesetz ein Zehn-Prozent-

Zuschlag auf den Beitrag eingeführt. Dieser Zuschlag wird in der Regel von vollversicherten Personen ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr bezahlt. Die verzinslich angelegten Beträge kommen den Versicherten nach Vollendung des 65. Lebensjahres zugute, sie werden ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung des Beitragsanstieges verwendet.

Für Bestandskunden galt folgende Regelung:

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

III. Mitgliederverzeichnis

Mitgliedsunternehmen:

(Stand: November 2017)



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.de
service@daxa.de



Barmenia Krankenversicherung a. G.

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



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

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



Gesundheit bewegt uns.

Central Krankenversicherung AG

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



CONCORDIA Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

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



Continental Krankenversicherung a.G.

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



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



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



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



Envivas Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (0800) 4 25 25 25 / Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de



ERGO Direkt Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
Tel.: (0911) 1 48-01 / Fax: (0911) 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**
Hansaallee 154, 60320 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0 / Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de



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



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



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

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



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Bahnhofsplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de



INTER Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9–15, 68165 Mannheim
 Postanschrift: 68120 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.de



Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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

LIGA

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVaG REGENSBURG

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

Weißenburgstraße 17, 93055 Regensburg
 Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
 93055 Regensburg
 Tel.: (0941) 70 81 84-0 / Fax: (0941) 70 81 84-79
 www.ligakranken.de
 service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG

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



Mecklenburgische KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIEGESELLSCHAFT

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Platz der Mecklenburgischen 1, 30625 Hannover
 Postanschrift: 30619 Hannover
 Tel.: (0511) 53 51-0 / Fax: (0511) 53 51-4 44
 www.mecklenburgische.de
 service@mecklenburgische.de



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

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



NÜRNBERGER VERSICHERUNG

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



ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München
 Tel.: (089) 12 14 07 12
 www.ottonova.de
 support@ottonova.de



Versicherer im Raum der Kirchen

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

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 IDUNA 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.

Westring 73, 46242 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 Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvwag.de
info@stmartinusvwag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
Tel.: (0711) 73 72-77 77 / Fax: (0711) 73 72-77 88
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



Der Fels in der Brandung.

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:**



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



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



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



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



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



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

Verbundene Einrichtungen:



**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten**
Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse
Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Postanschrift: 70467 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
uk@pbeakk.de

