



Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017



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.....	65
4.3 Schadenrückstellung [G]	65
4.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G].....	66
4.5 Alterungsrückstellungen [G]	66
4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	69
5. Statistiken zur Tarifikalkulation	71
5.1 Profile	73
5.2 Sterbetafel [G]	86
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	87
5.4 Krankenhausstatistik	89
5.5 AIDS-Statistik	91
6. Zeitreihen 2007 - 2017	93
6.1 Versicherungsbestand	94
6.2 Beitragseinnahmen	96
6.3 Versicherungsleistungen	98
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)	102
6.5 Alterungsrückstellungen	102
6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	104
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen	104
6.8 Kennzahlen	108

Anhang	111
I. Grundlagen.....	113
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland	113
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen.....	116
I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung.....	118
II. Glossar	122
III. Mitgliederverzeichnis.....	129

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Jahr 2017 zeichnete sich in der breiten Angebotspalette der Privaten Krankenversicherung ein Bereich durch ein außerordentlich dynamisches Wachstum aus: die betriebliche Krankenversicherung. Die Zahl der Arbeitgeber in Deutschland, die ihren Mitarbeitern eine solche Vorsorge anbieten, ist im vergangenen Jahr um fast 24 Prozent gestiegen. Damit profitierten Ende 2017 insgesamt 672.500 Mitarbeiter bei mehr als 6.000 Unternehmen in Deutschland von einer betrieblichen Krankenversicherung.

Positiv entwickelt hat sich auch die Zahl der Versicherungen insgesamt. Sie stieg 2017 auf 34,3 Millionen Voll- und Zusatzversicherungen. Das Neugeschäft in Voll- und Zusatzversicherung belief sich auf netto 416.700 Versicherungen, war also deutlich stärker als im Vorjahr (plus 299.200).

Dabei konnten die Zusatzversicherungen einen Zuwachs um 1,7 Prozent verzeichnen, wodurch es am Jahresende 25,5 Millionen Versicherungen gab. Am stärksten war dabei der Zuwachs in der geförderten Pflegezusatzversicherung: Die Zahl der staatlich geförderten Policen stieg um 7,3 Prozent auf 834.000 Verträge. Die Zahl der ungeförderten Versicherungen nahm um 2,1 Prozent auf mehr als 2,7 Millionen zu, sodass es nun insgesamt rund 3,6 Millionen private Pflegezusatzversicherungen gibt. Auch die Zahl der Zahnzusatzversicherungen als Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nahm mit 1,9 Prozent verhältnismäßig stark zu und erreichte Ende des Jahres 15,7 Millionen Versicherungen. Die ambulanten Zusatztarife zur GKV überschritten 2017 erstmals die Schwelle von acht Millionen Policen, ein Plus von 1,3 Prozent.

In der Vollversicherung blieb die Lage der PKV stabil. 2017 trug der gleiche Sondereffekt wie in den Jahren zuvor zu einem leicht rückläufigen Bestand bei: Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erreichte aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt abermals einen neuen Rekordstand (32,4 Millionen gegenüber 31,6 Millionen in 2016). Zugleich nahm die Zahl der Selbstständigen in Deutschland 2017 erneut ab (minus 25.000). Im Ergebnis mussten zigtausende privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in sozialversicherungspflichtige Anstellungen mit Einkünften unter der Versicherungspflichtgrenze in die GKV wechseln, ob sie das nun wollten oder nicht. Die jedes Jahr überproportional ansteigende Versicherungspflichtgrenze kommt erschwerend hinzu.

Insgesamt ist der Bestand in der Vollversicherung dadurch leicht auf 8,75 Millionen Personen gesunken. Der Rückgang um 19.300 Versicherte entspricht mit 0,2 Prozent in Relation dem des Vorjahres. Seit dem Tiefpunkt 2013 (minus 66.200 Versicherte) geht es im Neugeschäft somit schrittweise wieder aufwärts.

Die Private Pflegepflichtversicherung zählte zum Jahresende 9,3 Millionen Versicherte.

Trotz der anhaltenden Niedrigzinsphase konnte die Private Krankenversicherung die Demografie-Vorsorge für ihre Versicherten erneut deutlich ausbauen und dabei eine durchschnittliche Nettoverzinsung von knapp 3,5 Prozent realisieren. So trifft die PKV nachhaltig und verlässlich Vorsorge dafür, dass ihre Versicherten mit steigendem Alter mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Alterungsrückstellungen der Versicherten in der Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2017 insgesamt um 6,2 Prozent auf 247,2 Milliarden Euro. Damit haben sich die Rückstellungen der Versicherten in den letzten zehn

Jahren verdoppelt (2007: 123,6 Milliarden Euro). In der Krankenversicherung betragen die Alterungsrückstellungen zum Jahresende 212,7 Milliarden Euro (plus 6,3 Prozent) und in der Pflegeversicherung 34,5 Milliarden Euro (plus 5,9 Prozent).

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung nahmen 2017 um 4,8 Prozent auf insgesamt knapp 39,1 Milliarden Euro zu. Dabei stiegen die Einnahmen in der Krankenversicherung auf 36,5 Milliarden Euro (plus 3,9 Prozent), in der Pflegeversicherung aufgrund der notwendigen Finanzierung der Mehrleistungen im Zuge der letzten Pflegereform deutlich auf 2,6 Milliarden Euro (plus 19,8 Prozent).

Die Versicherungsleistungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2017 um 2,3 Prozent auf 27,2 Milliarden Euro. In der Krankenversicherung erhöhten sich die Leistungen um 1,5 Prozent auf 25,9 Milliarden Euro, in der Pflegeversicherung um 22,5 Prozent auf 1,3 Milliarden Euro.

Köln, Dezember 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'V. Leienbach', written in a cursive style.

Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2017 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

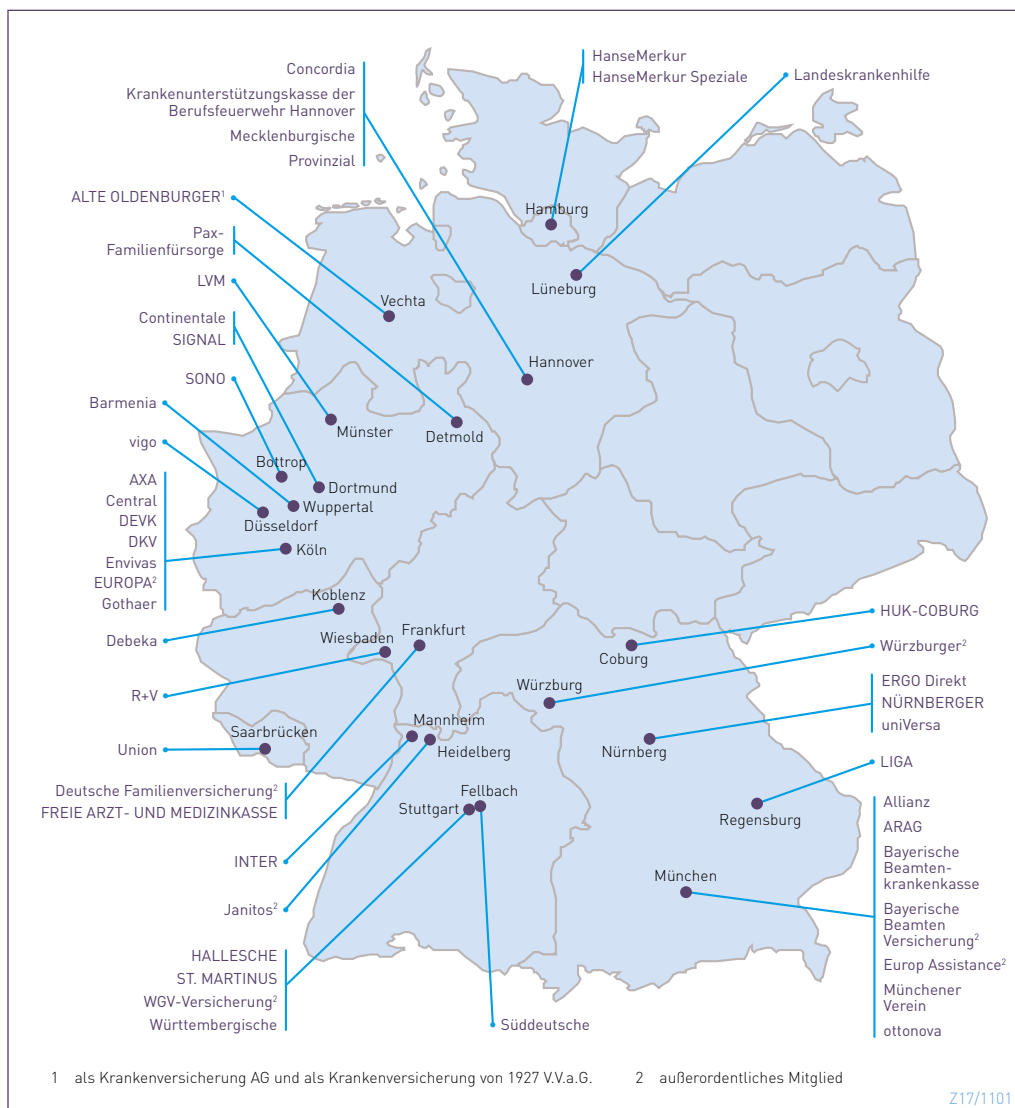
1.1 Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2017 41 (2016: 41) 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 31.12.2017



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2017 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	
	2017	2016	2017	2016
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	16	17	32	31
Anzahl der Vollversicherten	4.520.900	4.500.600	4.232.500	4.272.100
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,65	51,30	48,35	48,70
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	16.154,1	15.254,7	22.895,0	22.003,6
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	41,37	40,94	58,63	59,06

Z17/1102

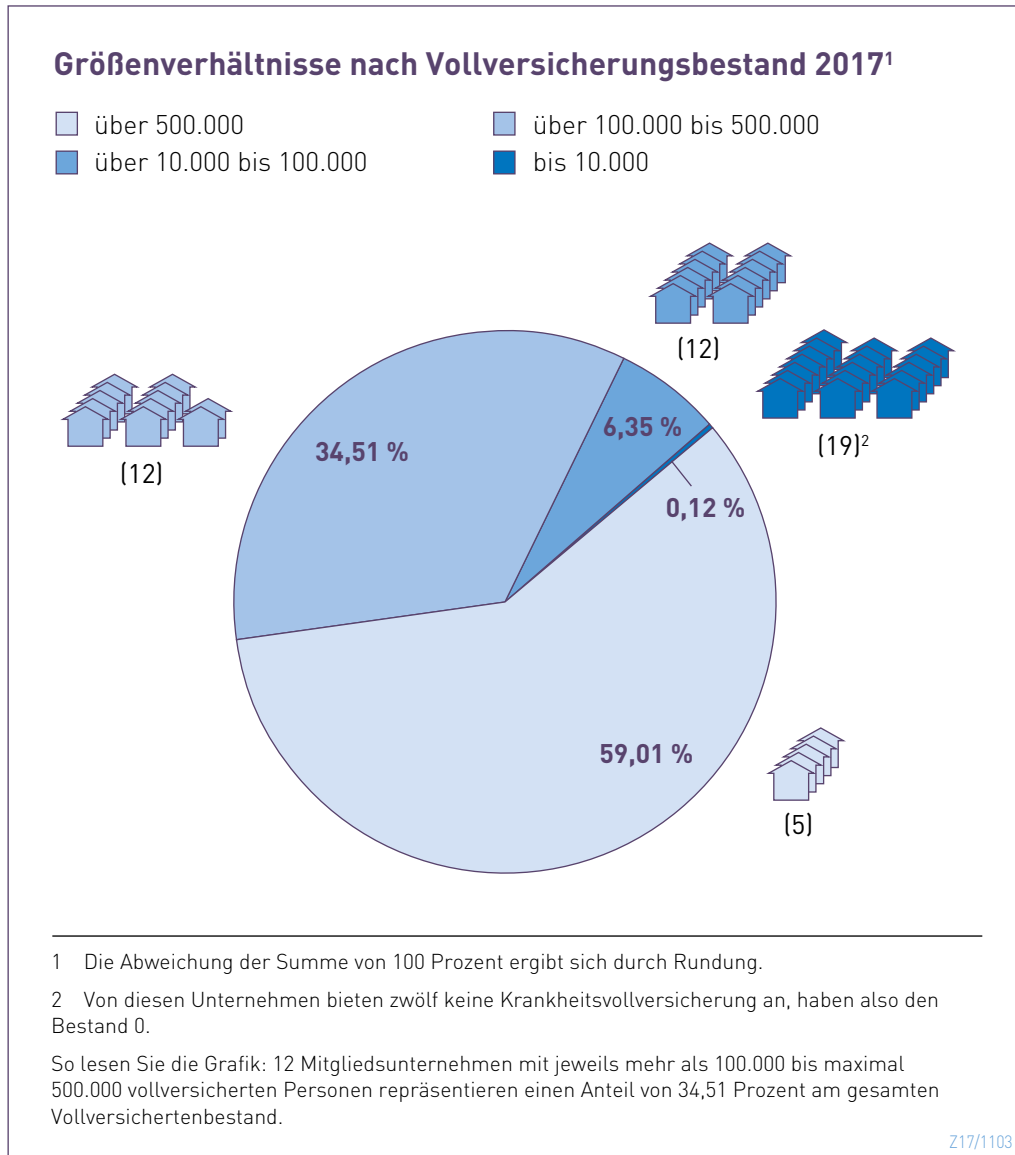
Zwölf Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 5.195,4 Mio. Euro machten 13,3 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 12,93 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

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

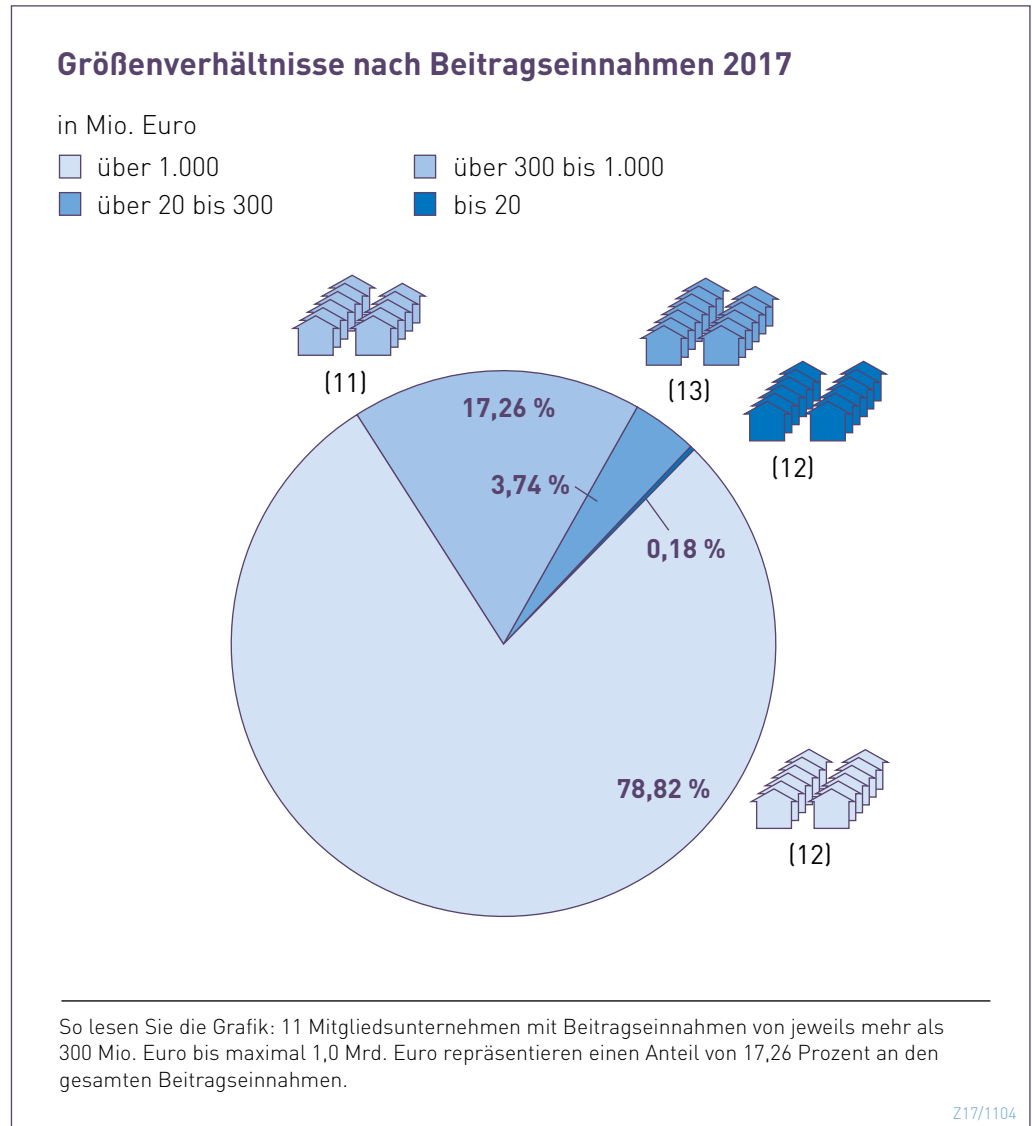
Größenverhältnisse der Unternehmen

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

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

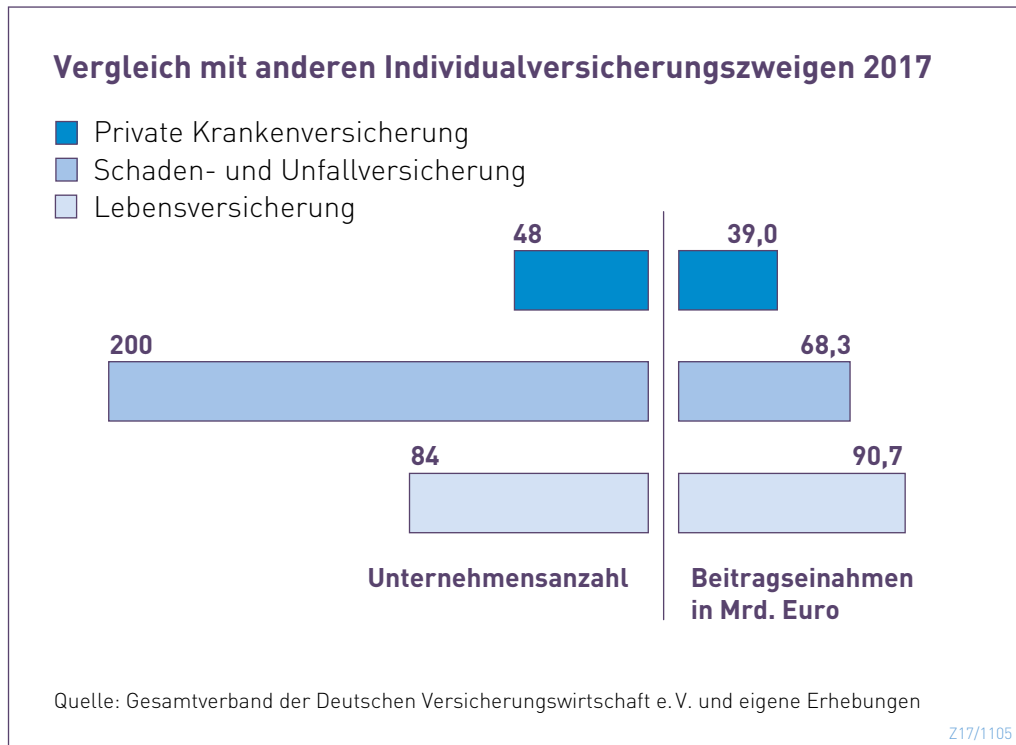


Klassifiziert man die Unternehmen nach dem Volumen der Beitragseinnahmen, ergibt sich folgende Struktur:



Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2017 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 als ambulante Kostenerstattungstarife für die Arztbehandlung oder als ambulante Ergänzungstarife durch Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen, Hörgeräten oder Vorsorgeuntersuchungen.
- **Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus**
Erstattet werden die Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) und die Behandlung durch den Chefarzt.
- **Zahntarife**
In der Regel beinhalten solche Tarife Leistungen für Zahnersatz, manchmal zusätzlich auch für Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Die Erstattung erfolgt als Zuschuss, der prozentual bis zu einer festgelegten Höchstgrenze bezahlt wird.

Krankentagegeldversicherung

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

Krankenhaustagegeldversicherung

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

Pflegezusatzversicherung

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

- **Pflegetagegeld**
Der Pflegebedürftige erhält pro Tag eine vertraglich fixierte Summe, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Dieses Geld steht dann zur freien Verfügung. Seit Januar 2013 gibt es diese Versicherung auch als staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung [G].
- **Pflegekostenversicherung**
In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Kosten wird ein prozentualer Anteil erstattet.

Besondere Versicherungsformen

Auslandsreisekrankenversicherung

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

Spezielle 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 2017

41 ordentliche Mitgliedsunternehmen¹	- 16 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 25 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.

Z17/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.753.400	8.772.700	- 19.300	- 0,22
Pflegeversicherung	9.326.700	9.375.100	- 48.400	- 0,52
Zusatzversicherungen¹ davon unter anderem	25.519.900	25.083.900	+ 436.000	+ 1,74
ambulante Tarife	8.023.200	7.919.800	+ 103.400	+ 1,31
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	6.112.100	6.058.600	+ 53.500	+ 0,88
Zahntarife	15.665.200	15.371.900	+ 293.300	+ 1,91
Krankentagegeldversicherung	3.613.400	3.597.400	+ 16.000	+ 0,44

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.

Z17/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	27.082,8	26.116,7	+966,1	+3,70
Pflegeversicherung	2.594,5	2.165,1	+429,4	+19,83
Zusatzversicherungen davon unter anderem	8.528,1	8.158,0	+370,1	+4,54
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.605,2	5.412,0	+193,2	+3,57
Krankentagegeld- versicherung	1.127,6	1.133,5	-5,9	-0,52
Besondere Versicherungsformen	843,7	818,5	+25,2	+3,08
insgesamt	39.049,1	37.258,3	+1.790,8	+4,81
insgesamt ohne Pflegeversicherung	36.454,6	35.093,2	+1.361,4	+3,88

Z17/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 69,36 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 14,35 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	25.919,6	25.542,7	+376,9	+1,48
Pflegeversicherung	1.286,1	1.049,6	+236,5	+22,53
insgesamt	27.205,7	26.592,3	+613,4	+2,31

Z17/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsarten

Leistungsart	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	11.800,7	11.616,7	+ 184,0	+ 1,58
stationäre Leistungen	7.716,9	7.587,6	+ 129,3	+ 1,70
Zahnleistungen	4.125,1	4.104,8	+ 20,3	+ 0,49
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	23.729,0	23.388,1	+ 340,9	+ 1,46

Z17/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	212.724,4	200.164,9	+ 12.559,5	+ 6,27
Pflegeversicherung	34.481,6	32.554,7	+ 1.926,9	+ 5,92
insgesamt	247.206,0	232.719,6	+ 14.486,4	+ 6,22

Z17/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2017

in Mio. Euro

I. Erträge		52.353,4
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	39.040,2	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	4.061,0	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	9.252,2	
II. Aufwendungen		51.978,6
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	27.737,3	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	5.138,4	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	14.486,4	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.466,9	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	888,8	
3. Steuern	286,8	
4. Sonstige Aufwendungen und Erträge	974,0	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		374,8

Z17/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2017

in Mio. Euro

Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	333,8
C. Kapitalanlagen	274.359,1
I. Grundstücke	1.947,2
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	9.385,8
III. Sonstige Kapitalanlagen	263.025,4
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7
E. Forderungen	1.206,6
F. Sonstige Vermögensgegenstände	1.617,7
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.224,5
I. Voraussichtliche Steuerentlastung	113,1
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	56,3
Summe Aktiva	280.911,1

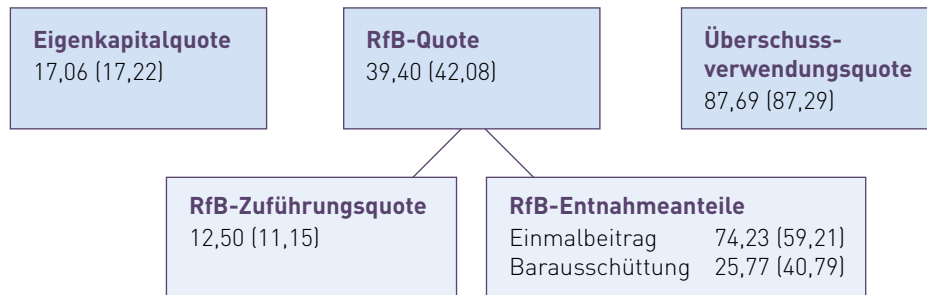
Passiva

A. Eigenkapital	6.792,3
B. Genussrechtskapital	30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	30,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	270.402,7
I. Beitragsüberhänge	133,3
II. Deckungsrückstellung	247.206,0
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	7.142,5
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	15.827,5
V. Sonstige Rückstellungen	93,4
G. Andere Rückstellungen	1.610,5
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	1,1
I. Andere Verbindlichkeiten	2.007,5
K. Rechnungsabgrenzungsposten	36,3
L. Passive latente Steuern gemäß §274 HGB	0,0
Summe Passiva	280.911,1

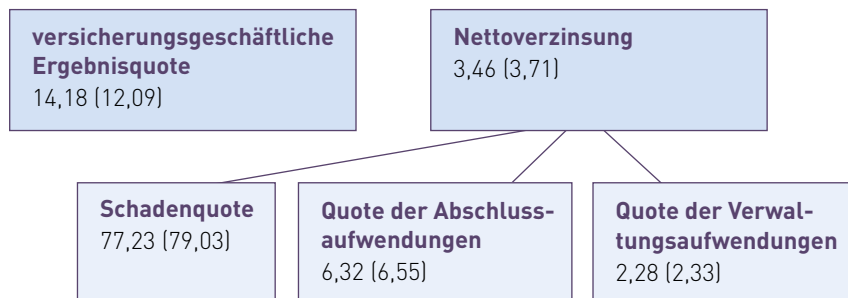
Kennzahlen

Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2017 in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

Sicherheit und Finanzierbarkeit



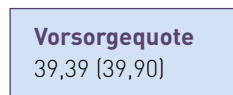
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z17/1309

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 39.049,1 Mio. Euro beträgt 69,36 Prozent. Ende 2017 hatten 10,57 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine private Vollversicherung. Der Anteil der Versicherten aus den neuen Bundesländern an allen Vollversicherten ist mit 9,65 Prozent deutlich geringer als der Anteil der Versicherten aus den alten Bundesländern.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung lag 2017 mit minus 19.300 Personen auf ähnlichem Niveau wie der Neuzugang des Vorjahres (minus 14.600 Personen). Grund für den leicht negativen Nettoneuzugang ist ein anhaltender Sondereffekt (siehe Vorwort).

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.753.400	8.772.700	- 19.300	- 0,22

Z17/Z101

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

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

Wanderungsbewegung	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	129.300	129.100	+ 200	+ 0,15
Abgänge zur GKV	133.000	130.600	+ 2.400	+ 1,84
Differenz	- 3.700	- 1.500	- 2.200	- 146,67

Z17/2102

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

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

Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	280.600	280.200	+ 400	+ 0,14

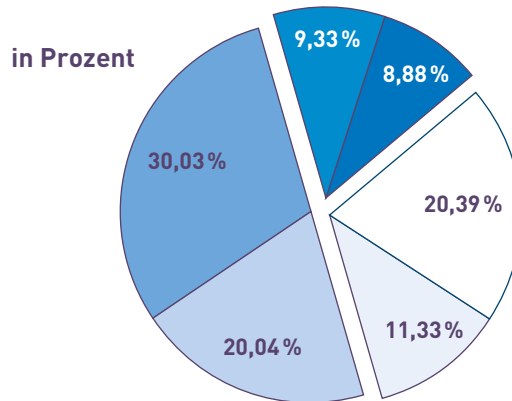
Z17/2103

Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

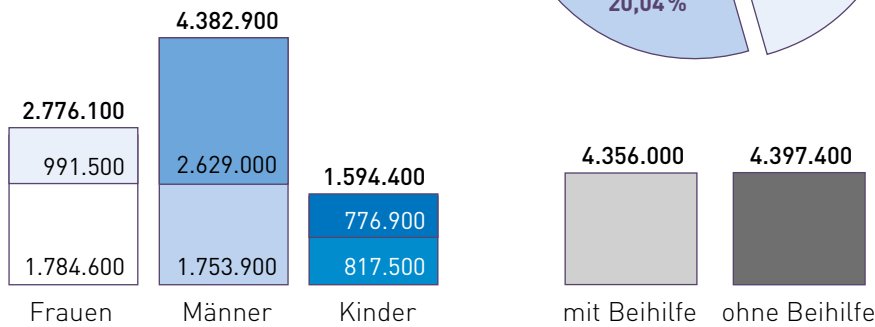
Die Zusammensetzung des Versichertenbestandes kann man untergliedern in Personen, die beihilfeberechtigt sind, und Personen ohne Beihilfeberechtigung [G]. Beihilfeberechtigt sind in erster Linie Beamte und ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Eine weitere Aufgliederung ist nicht möglich. Im Jahr 2017 waren 49,76 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2017

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



absolut



Z17/2104

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

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.104.500	7.026.400	+ 78.100	+ 1,11

Z17/2105

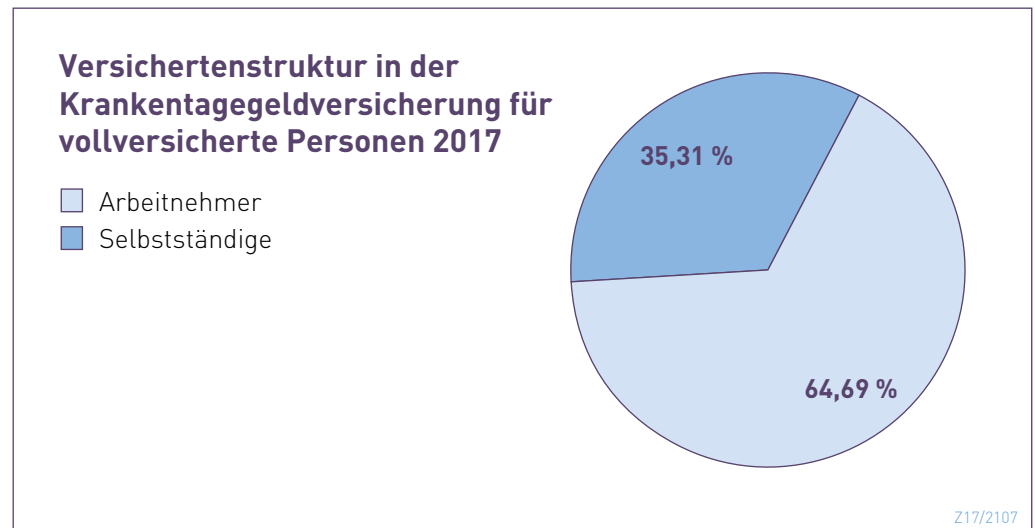
Krankentagegeld

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

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.759.800	1.813.300	- 53.500	- 2,95

Z17/2106

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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.500	0	0,00
ohne Beihilfe	43.700	40.800	+ 2.900	+ 7,11
insgesamt	50.200	47.300	+ 2.900	+ 6,13
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag ²	419	462	- 43	- 9,31

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.

Z17/2108

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 0,83 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 ^{1,2}	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	31.400	30.300	+ 1.100	+ 3,63
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	1.900	2.100	- 200	- 9,52
aus der Nichtversicherung	12.800	12.800	0	0,00
aus der GKV ³	500	500	0	0,00
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	14.700	13.500	+ 1.200	+ 8,89
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	900	0	0,00
sonstiger Zugang	600	500	+ 100	+ 20,00
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit⁴	18.300	17.500	+ 800	+ 4,57

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

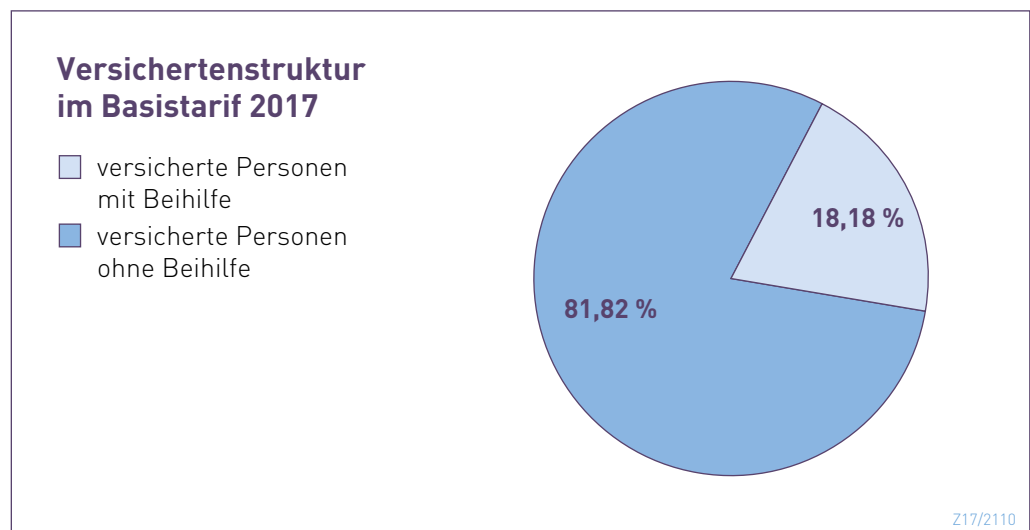
2 Die Tabelle ordnet den Bestand dem jeweiligen Zugangsweg zu. Bei einer Veränderung von 0 Prozent halten sich die Zu- und Abgänge im Betrachtungszeitraum die Waage.

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

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

Z17/2109

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



Z17/2110

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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	8.100	7.600	+ 500	+ 6,58
ohne Beihilfe	97.700	95.600	+ 2.100	+ 2,20
insgesamt	105.800	103.200	+ 2.600	+ 2,52

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

Z17/2112

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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.033.400	3.035.000	- 1.600	- 0,05
Männer	4.689.500	4.725.900	- 36.400	- 0,77
Kinder	1.603.800	1.614.200	- 10.400	- 0,64
insgesamt	9.326.700	9.375.100	- 48.400	- 0,52

Z17/2201

Der Bestand in der Pflegeversicherung übertrifft den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 573.300 Personen. Auch die Bestandsentwicklung weicht deutlich von der Krankenversicherung ab. Die Ursache hierfür liegt bei den verbundenen Einrichtungen, da diese kaum noch Neuzugang haben.¹

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

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 2017 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

Zusatzversicherungen ¹	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	12.400.600	12.131.100	+269.500	+2,22
Männer	10.520.400	10.302.600	+217.800	+2,11
Kinder	2.598.900	2.650.200	-51.300	-1,94
insgesamt	25.519.900	25.083.900	+436.000	+1,74

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.

Z17/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2017	2016	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.789.900	3.704.300	+85.600	+2,31
	Männer	2.947.900	2.884.500	+63.400	+2,20
	Kinder	1.285.400	1.331.000	-45.600	-3,43
	insgesamt	8.023.200	7.919.800	+103.400	+1,31
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.734.000	2.711.700	+22.300	+0,82
	Männer	1.959.500	1.926.900	+32.600	+1,69
	Kinder	1.418.600	1.420.000	-1.400	-0,10
	insgesamt	6.112.100	6.058.600	+53.500	+0,88
Zahntarife	Frauen	7.978.100	7.780.000	+198.100	+2,55
	Männer	6.077.500	5.914.600	+162.900	+2,75
	Kinder	1.609.600	1.677.300	-67.700	-4,04
	insgesamt	15.665.200	15.371.900	+293.300	+1,91
insgesamt¹	Frauen	9.765.900	9.503.900	+262.000	+2,76
	Männer	7.427.400	7.208.700	+218.700	+3,03
	Kinder	2.390.200	2.423.200	-33.000	-1,36
	insgesamt²	19.583.500	19.135.800	+447.700	+2,34

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.

2 Die Gesamtzahl 2017 entspricht aufgrund von Rundungen nicht der Summe der Einzelpositionen.

Z17/2302

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten		2017	2016	Veränderung	
				absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung¹	Frauen	1.029.900	1.009.700	+ 20.200	+ 2,00
	Männer	2.575.700	2.580.500	- 4.800	- 0,19
	Kinder	7.800	7.200	+ 600	+ 8,33
	insgesamt	3.613.400	3.597.400	+ 16.000	+ 0,44
Krankenhaustagegeldversicherung	Frauen	3.097.300	3.110.100	- 12.800	- 0,41
	Männer	3.518.000	3.554.000	- 36.000	- 1,01
	Kinder	1.125.100	1.139.200	- 14.100	- 1,24
	insgesamt	7.740.400	7.803.300	- 62.900	- 0,81
Pflegezusatzversicherung²	Frauen	1.103.300	1.075.400	+ 27.900	+ 2,59
	Männer	1.355.500	1.336.600	+ 18.900	+ 1,41
	Kinder	274.100	264.700	+ 9.400	+ 3,55
	insgesamt	2.732.900	2.676.700	+ 56.200	+ 2,10
davon					
Pflege- tagegeld- versicherung	Frauen	1.026.800	1.000.100	+ 26.700	+ 2,67
	Männer	1.242.700	1.224.400	+ 18.300	+ 1,49
	Kinder	255.800	246.200	+ 9.600	+ 3,90
	insgesamt	2.525.300	2.470.700	+ 54.600	+ 2,21
Pflegekosten- versicherung	Frauen	135.700	133.400	+ 2.300	+ 1,72
	Männer	187.700	186.400	+ 1.300	+ 0,70
	Kinder	37.900	37.400	+ 500	+ 1,34
	insgesamt	361.300	357.200	+ 4.100	+ 1,15
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	Frauen	448.500	417.100	+ 31.400	+ 7,53
	Männer	381.500	356.200	+ 25.300	+ 7,10
	Kinder	4.000	3.900	+ 100	+ 2,56
	insgesamt	834.000	777.200	+ 56.800	+ 7,31

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.

Z17/2303

2.4 Besondere Versicherungsformen

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

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	25.927.300	26.302.000	- 374.700	- 1,42
Spezielle Ausschnittsversicherungen	28.087.400	27.886.700	+ 200.700	+ 0,72
Beihilfeablöseversicherung	610.700	617.400	- 6.700	- 1,09
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	15.800	17.000	- 1.200	- 7,06

Z17/2401

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.

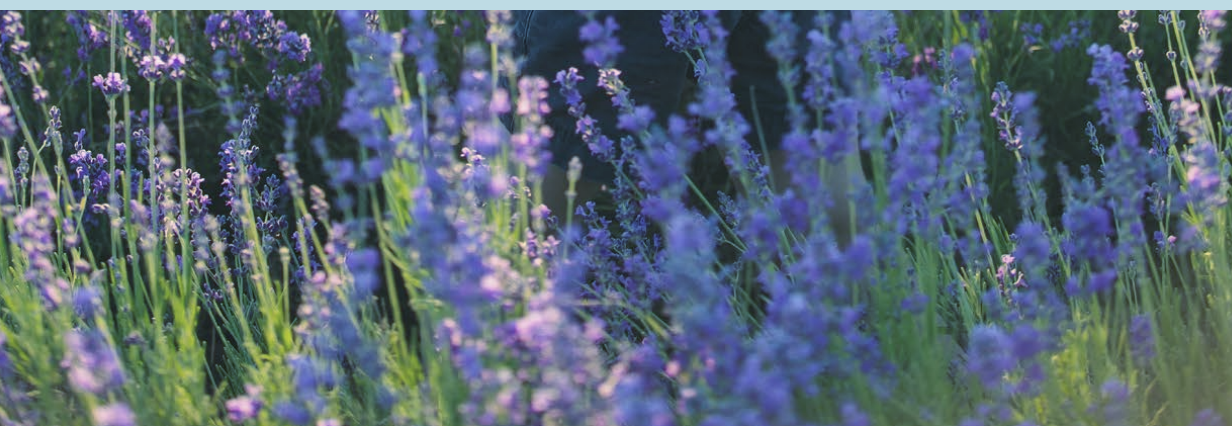
Betriebliche Krankenversicherung	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
versicherte Personen ¹	672.500	606.800	+ 65.700	+ 10,83
Anzahl Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)	6.059	4.894	+ 1.165	+ 23,80

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

Z17/2501



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 2017 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2017	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	39.040,2
Entnahmen aus den RfB	4.061,0
Kapitalerträge	9.252,2
insgesamt	52.353,4

Z17/3001

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:

	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	39.040,2	37.246,3	+1.793,9	+4,82

Z17/3101

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	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	27.082,8	26.116,7	+ 966,1	+ 3,70
Pflegeversicherung	2.594,5	2.165,1	+ 429,4	+ 19,83
Zusatzversicherungen	8.528,1	8.158,0	+ 370,1	+ 4,54
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.605,2	5.412,0	+ 193,2	+ 3,57
Krankentagegeldversicherung	1.127,6	1.133,5	- 5,9	- 0,52
Krankenhaustagegeldversicherung	485,3	497,1	- 11,8	- 2,37
Pflegezusatzversicherung	1.033,7	890,6	+ 143,1	+ 16,07
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	276,3	224,8	+ 51,5	+ 22,91
Besondere Versicherungsformen	843,7	818,5	+ 25,2	+ 3,08
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	400,3	397,8	+ 2,5	+ 0,63
Spezielle Ausschnittsversicherung	160,6	152,7	+ 7,9	+ 5,17
Beihilfeablöseversicherung	268,5	255,3	+ 13,2	+ 5,17
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	14,3	12,7	+ 1,6	+ 12,60
insgesamt	39.049,1	37.258,3	+ 1.790,8	+ 4,81
insgesamt ohne Pflegeversicherung	36.454,6	35.093,2	+ 1.361,4	+ 3,88

Z17/3102

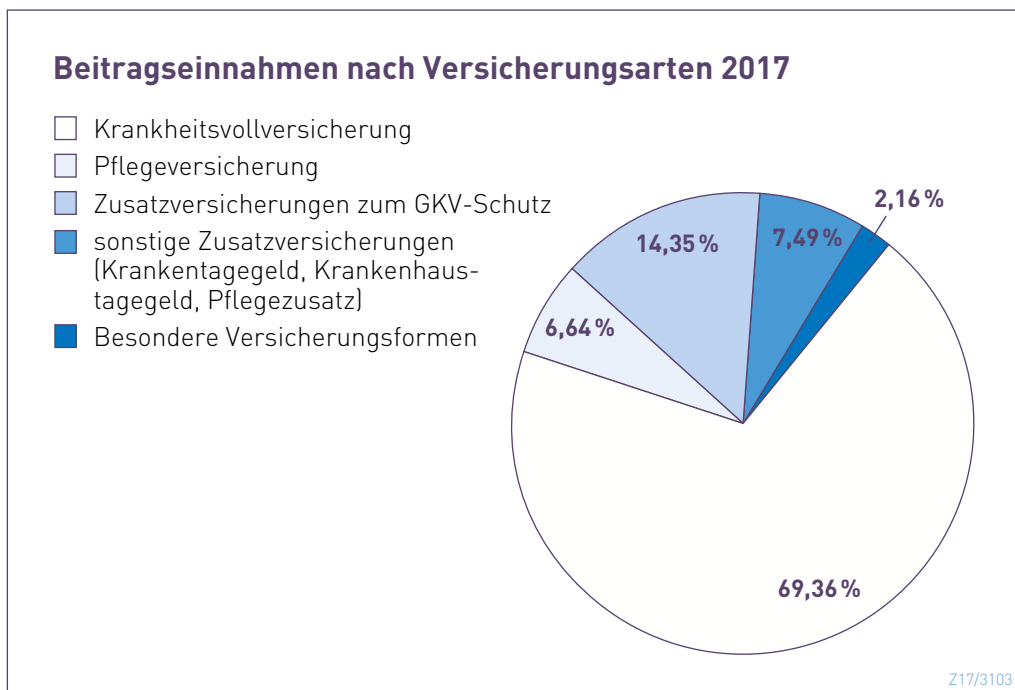
Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2017 insgesamt um 4,8 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung deutlich über dem Vorjahresniveau (2016: plus 1,2 Prozent).

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 2017 ein Umlagevolumen von 226,0 Mio. Euro. Daraus wurde auch eine Umlage in Höhe von 7,4 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.



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.

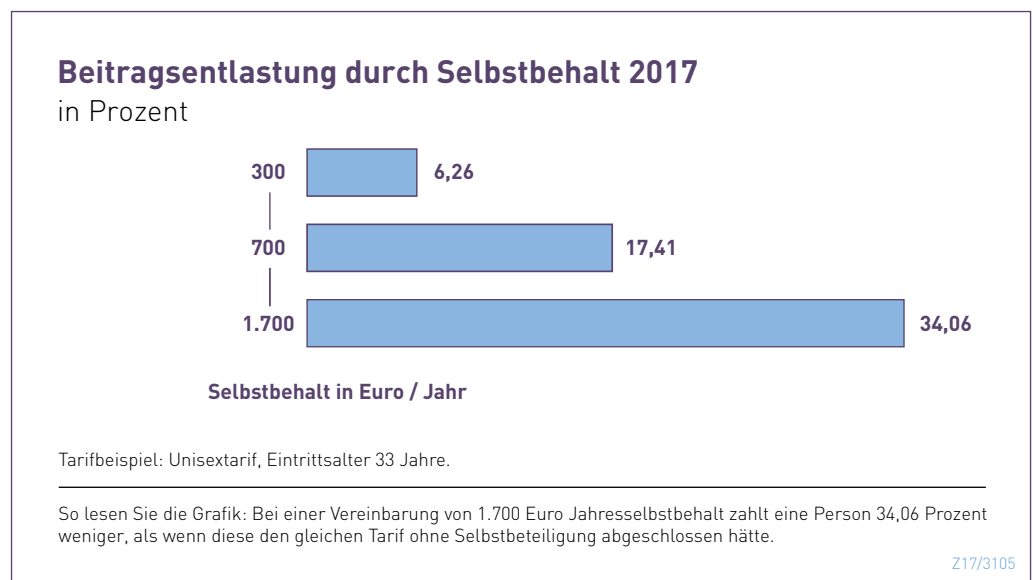
	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.192,1	1.165,8	+26,3	+2,26

Z17/3104

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:

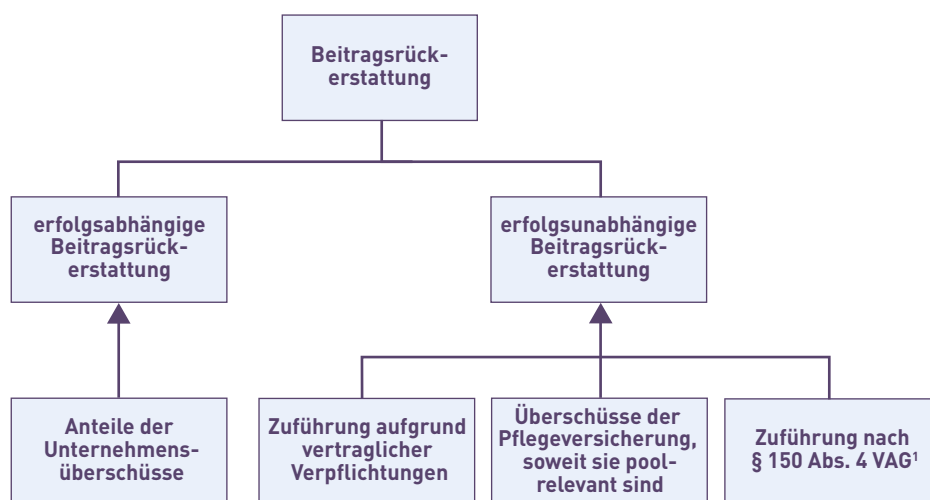


3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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 Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden.

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

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	2.722,7	1.767,0	+ 955,7	+ 54,09
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	2.502,1	1.602,2	+ 899,9	+ 56,17
erfolgsunabhängigen RfB	220,6	164,8	+ 55,8	+ 33,86
Pflegeversicherung	1.032,3	8,7	+ 1.023,6	+ 11.765,52¹
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.032,3	8,7	+ 1.023,6	+ 11.765,52 ¹
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
Zusatzversicherungen	298,5	268,4	+ 30,1	+ 11,21
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	270,1	228,2	+ 41,9	+ 18,36
erfolgsunabhängigen RfB	28,4	40,2	- 11,8	- 29,35
Besondere Versicherungsformen	0,2	0,0	+ 0,2	-
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,2	0,0	+ 0,2	-
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
insgesamt	4.053,7	2.044,1	+ 2.009,6	+ 98,31
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	3.804,7	1.839,1	+ 1.965,6	+ 106,88
erfolgsunabhängigen RfB	249,0	205,0	+ 44,0	+ 21,46

¹ Der Einsatz der RfB-Mittel in der Pflege erfolgt aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Branchenkalkulation bei allen Unternehmen zum gleichen Zeitpunkt. Deswegen kommt es zu den starken Schwankungen beim Vergleich mit dem Vorjahreswert, wenn in einem Jahr (wie in 2017) ein Mitteleinsatz stattfand und im Vorjahr (wie in 2016) nicht.

Z17/3202

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	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	203,5	85,1	+ 118,4	+ 139,13
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.217,6	875,7	+ 341,9	+ 39,04
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	139,1	437,6	- 298,5	- 68,21
Beteiligungen	995,4	504,7	+ 490,7	+ 97,23
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	11,1	91,2	- 80,1	- 87,83
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	13.694,2	11.209,9	+ 2.484,3	+ 22,16
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	13.968,2	11.297,1	+ 2.671,1	+ 23,64
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1.080,6	1.029,0	+ 51,6	+ 5,01
Namenschuldverschreibungen	6.628,9	6.036,2	+ 592,7	+ 9,82
Schuldscheinforderungen und Darlehen	3.564,6	2.619,0	+ 945,6	+ 36,11
übrige Ausleihungen	94,1	194,2	- 100,1	- 51,54
Einlagen bei Kreditinstituten	996,3	752,2	+ 244,1	+ 32,45
andere Kapitalanlagen	5.227,2	4.915,9	+ 311,3	+ 6,33
insgesamt	47.820,8	40.047,8	+ 7.773,0	+ 19,41

Z17/3301

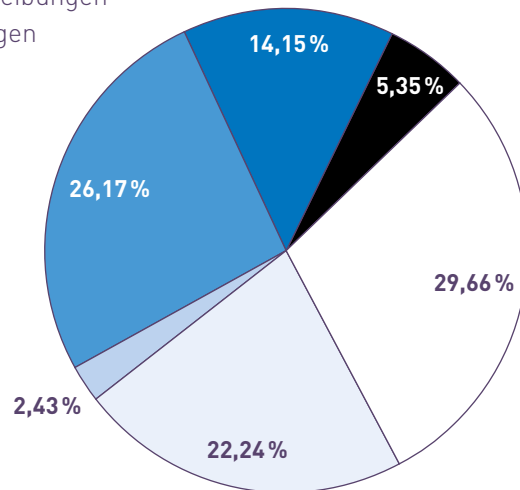
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.947,2	1.826,7	+ 120,5	+ 6,60
Anteil an verbundenen Unternehmen	4.707,0	3.910,4	+ 796,6	+ 20,37
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	2.149,0	2.148,6	+ 0,4	+ 0,02
Beteiligungen	2.339,4	2.500,7	- 161,3	- 6,45
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	190,4	180,7	+ 9,7	+ 5,37
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	81.386,3	73.231,0	+ 8.155,3	+ 11,14
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	61.013,0	52.126,2	+ 8.886,8	+ 17,05
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	6.665,7	6.258,0	+ 407,7	+ 6,51
Namensschuldverschreibungen	71.808,3	71.849,2	- 40,9	- 0,06
Schuldscheinforderungen und Darlehen	38.810,8	41.827,6	- 3.016,8	- 7,21
übrige Ausleihungen	1.174,6	1.188,8	- 14,2	- 1,19
Einlagen bei Kreditinstituten	1.058,2	1.746,3	- 688,1	- 39,40
andere Kapitalanlagen	1.108,5	1.200,2	- 91,7	- 7,64
Kapitalanlagen	274.358,4	259.994,4	+ 14.364,0	+ 5,52
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,7	0,7	0,0	0,00
Bilanzwert [G]	274.359,1	259.995,1	+ 14.364,0	+ 5,52

Z17/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2017

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



Z17/3303

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

	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	9.252,2	9.379,5	- 127,3	- 1,36

Z17/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand **[G]** ergeben die Nettoverzinsung **[G]**. Diese betrug im Jahr 2017 3,46 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:

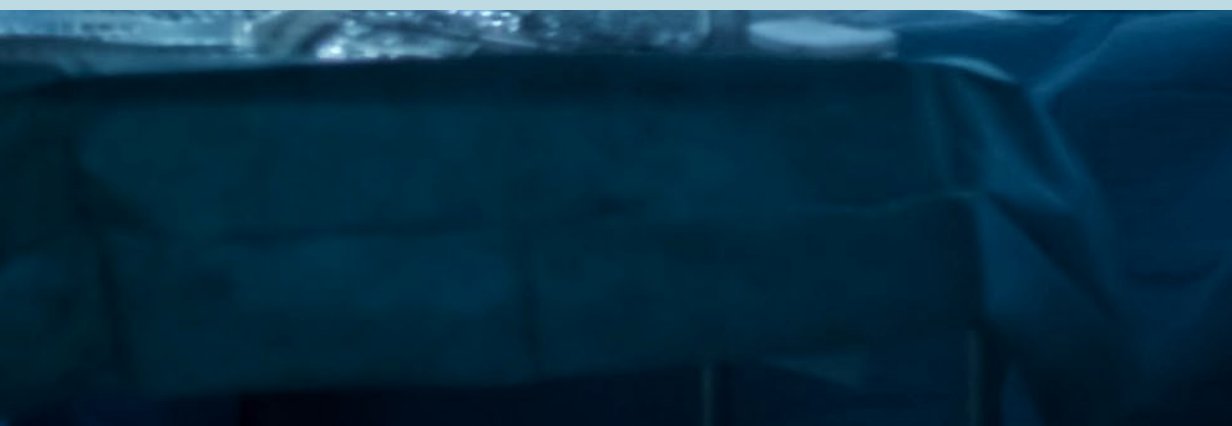
	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 150 VAG	764,6	822,8	- 58,2	- 7,07

Z17/3305

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

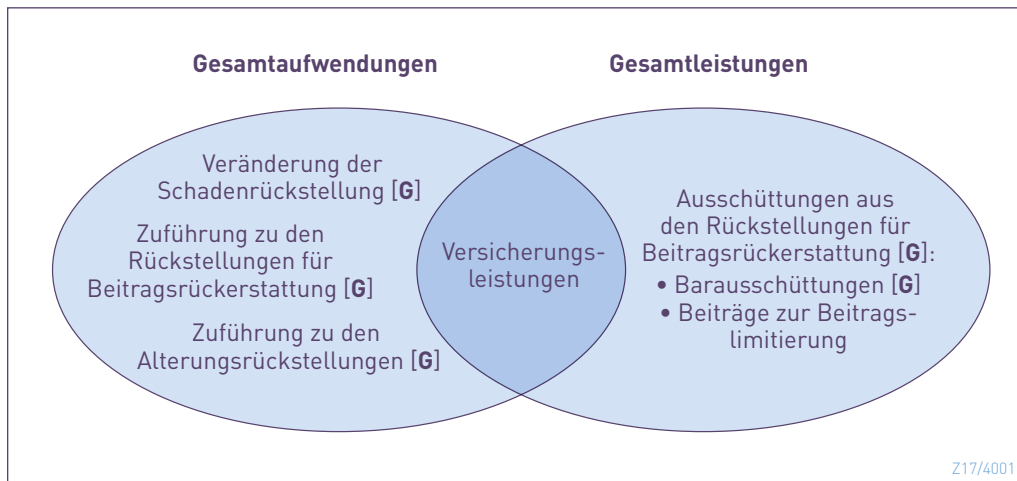


4. Aufwendungen



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:



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	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	27.205,7	26.592,3	+ 613,4	+ 2,31
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	531,6	169,5	+ 362,1	+ 213,63
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	5.138,4	4.432,0	+ 706,4	+ 15,94
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	14.486,4	12.636,4	+ 1.850,0	+ 14,64
Gesamtaufwendungen	47.362,1	43.830,2	+ 3.531,9	+ 8,06

Z17/4002

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	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	27.205,7	26.592,3	+ 613,4	+ 2,31
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.462,3	1.420,1	+ 42,2	+ 2,97
Beträge zur Beitragslimitierung	3.846,7	1.883,3	+ 1.963,4	+ 104,25
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 150 Abs. 2 VAG ¹	657,6	690,9	- 33,3	- 4,82
gemäß § 150 Abs. 4 VAG ¹	243,3	174,0	+ 69,3	+ 39,83
Gesamtleistungen	33.415,6	30.760,6	+ 2.655,0	+ 8,63

¹ Erläuterungen zu § 150 VAG siehe Kapitel 3.3

Z17/4003

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.

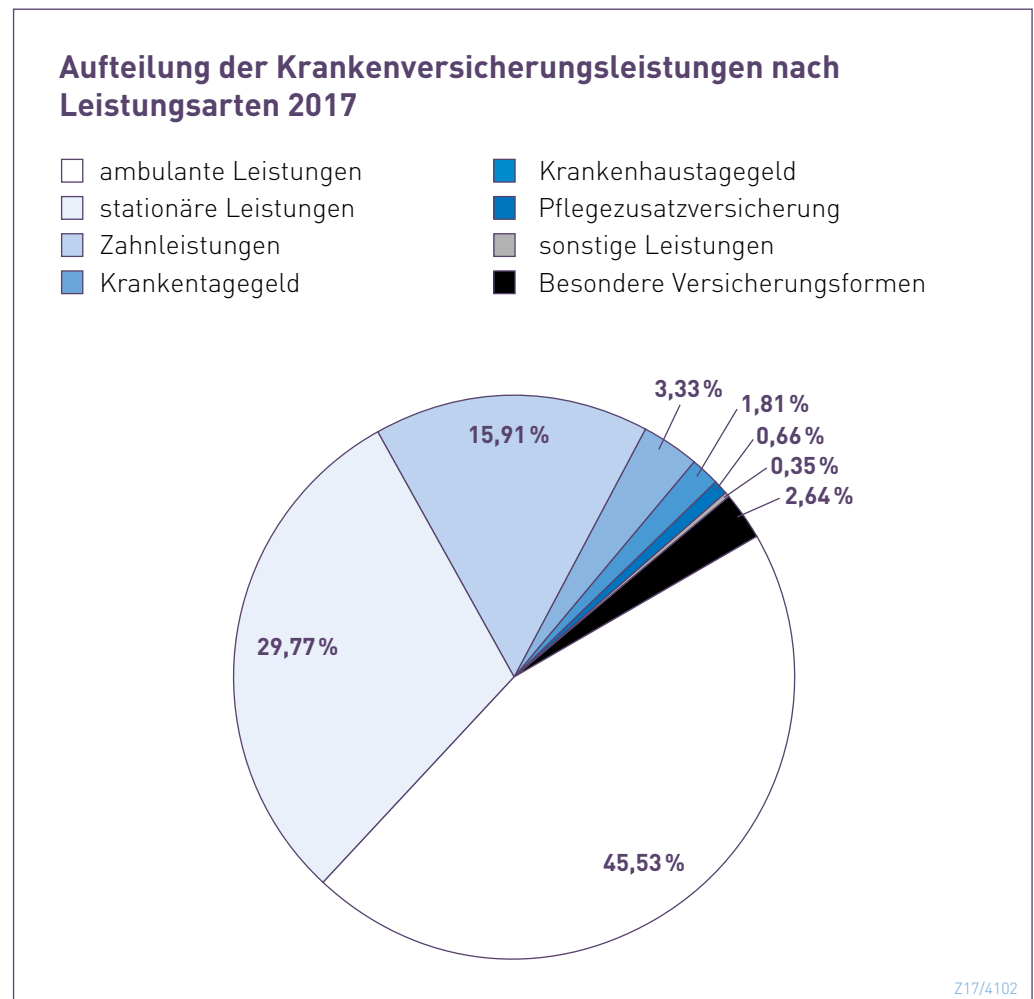
Die Versicherungsleistungen betragen 2017 insgesamt 27.205,7 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 108,8 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2016 betrug dieser Wert 106,4 Mio. Euro.

Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2017 bei 2.267,1 Mio. Euro. Das waren 51,1 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	11.800,7	11.616,7	+ 184,0	+ 1,58
davon				
Arztbehandlung	6.269,4	6.194,8	+74,6	+1,20
Heilpraktikerbehandlung	294,0	292,3	+1,7	+0,58
Arzneien und Verbandmittel	3.061,6	2.973,1	+88,5	+2,98
Heilmittel	985,7	985,0	+0,7	+0,07
Hilfsmittel	972,2	963,0	+9,2	+0,96
Sonstiges	217,8	208,5	+9,3	+4,46
stationäre Leistungen	7.716,9	7.587,6	+ 129,3	+ 1,70
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	4.588,3	4.438,2	+150,1	+3,38
Wahlleistung Chefarzt	2.298,8	2.356,7	-57,9	-2,46
Wahlleistung Einbettzimmer	325,0	313,6	+11,4	+3,64
Wahlleistung Zweibettzimmer	291,9	276,4	+15,5	+5,61
Ersatz-Krankenhaus- tagegeld	57,6	57,6	0,0	0,00
Sonstiges	155,3	145,1	+10,2	+7,03
Zahnleistungen	4.125,1	4.104,8	+ 20,3	+ 0,49
davon				
Zahnbehandlung	1.416,8	1.408,1	+8,7	+0,62
Zahnersatz	2.416,7	2.411,8	+4,9	+0,20
Kieferorthopädie	284,4	278,1	+6,3	+2,27
Sonstiges	7,2	6,8	+0,4	+5,88
Krankentagegeld	863,5	865,8	- 2,3	- 0,27
Krankenhaustagegeld	469,6	480,5	- 10,9	- 2,27
Pflegezusatzversicherung	171,2	122,0	+49,2	+40,33
geförderte Pflege- zusatzversicherung [G]	1,1	0,7	+0,4	+57,14
sonstige Leistungen	86,3	79,0	+ 7,3	+ 9,24
Besondere Versicherungsformen	685,2	685,6	- 0,4	- 0,06
Krankenversicherung	25.919,6	25.542,7	+ 376,9	+ 1,48
Pflegeversicherung	1.286,1	1.049,6	+ 236,5	+ 22,53
insgesamt	27.205,7	26.592,3	+ 613,4	+ 2,31

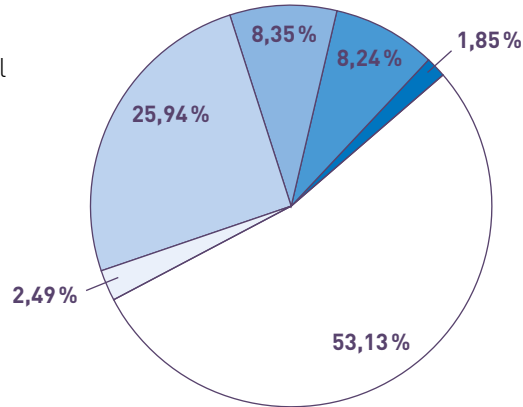
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

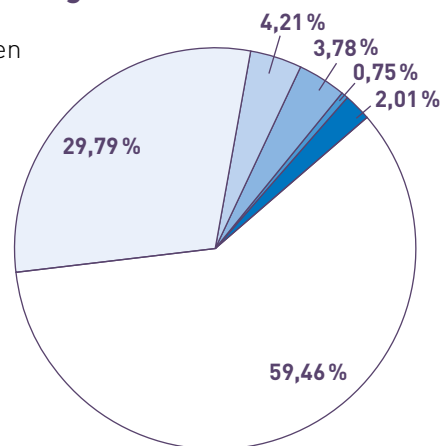
Aufteilung der ambulanten Leistungen 2017

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



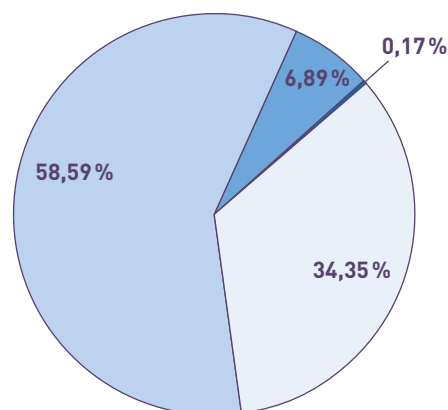
Aufteilung der stationären Leistungen 2017

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



Aufteilung der Zahnleistungen 2017

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z17/4103

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

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2017	in Prozent		
	Frauen	Männer	Kinder
ambulante Leistungen	37,85	54,53	7,62
davon			
Arztbehandlung	39,50	52,36	8,14
Heilpraktikerbehandlung	53,60	32,59	13,81
Arzneien und Verbandmittel	32,08	62,25	5,67
Heilmittel	41,59	50,34	8,07
Hilfsmittel	38,34	53,80	7,86
Sonstiges	31,04	60,06	8,90
stationäre Leistungen	36,42	58,34	5,24
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	30,22	63,60	6,18
Wahlleistung Chefarzt	45,14	51,28	3,58
Wahlleistung Einbettzimmer	50,22	47,01	2,77
Wahlleistung Zweibettzimmer	51,37	45,94	2,69
Ersatz-Krankenhaustagegeld	40,90	38,53	20,57
Sonstiges	31,75	61,65	6,60
Zahnleistungen	41,99	48,44	9,57
davon			
Zahnbehandlung	37,14	53,55	9,31
Zahnersatz	48,98	50,54	0,48
Kieferorthopädie	6,90	4,90	88,20
Sonstiges	39,32	58,75	1,93
Krankentagegeld	24,55	75,43	0,02
Krankenhaustagegeld	41,04	54,94	4,02
Pflegezusatzversicherung	46,75	47,88	5,37
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	45,33	53,44	1,23
sonstige Leistungen	43,61	44,78	11,61
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,10	54,70	7,20
Pflegeversicherung	47,55	48,36	4,09
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,22	55,02	6,76

Z17/4104

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 2017	in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+ 1,78	+ 2,73
davon		
Arztbehandlung	+ 1,40	+ 3,20
Heilpraktikerbehandlung	+ 0,78	-
Arzneien und Verbandmittel	+ 3,18	+ 2,86
Heilmittel	+ 0,26	+ 0,18
Hilfsmittel	+ 1,15	+ 2,06
stationäre Leistungen	+ 2,18	+ 1,62
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 3,58	+ 1,62
Wahlleistung Chefarzt	- 2,69	-
Wahlleistung Einbettzimmer	+ 3,39	-
Wahlleistung Zweibettzimmer	+ 5,36	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 0,23	-
Zahnleistungen	+ 0,69	+ 0,97
davon		
Zahnbehandlung	+ 0,81	+ 1,48
Zahnersatz	+ 0,40	- 0,24
Kieferorthopädie	+ 2,46	+ 0,13
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+ 1,73	+ 2,37

Z17/4105

Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2017 mit 1,73 Prozent schwächer als im Vorjahr (2016: 3,06 Prozent). Er entsprach damit in etwa der allgemeinen Preissteigerung von 1,8 Prozent.

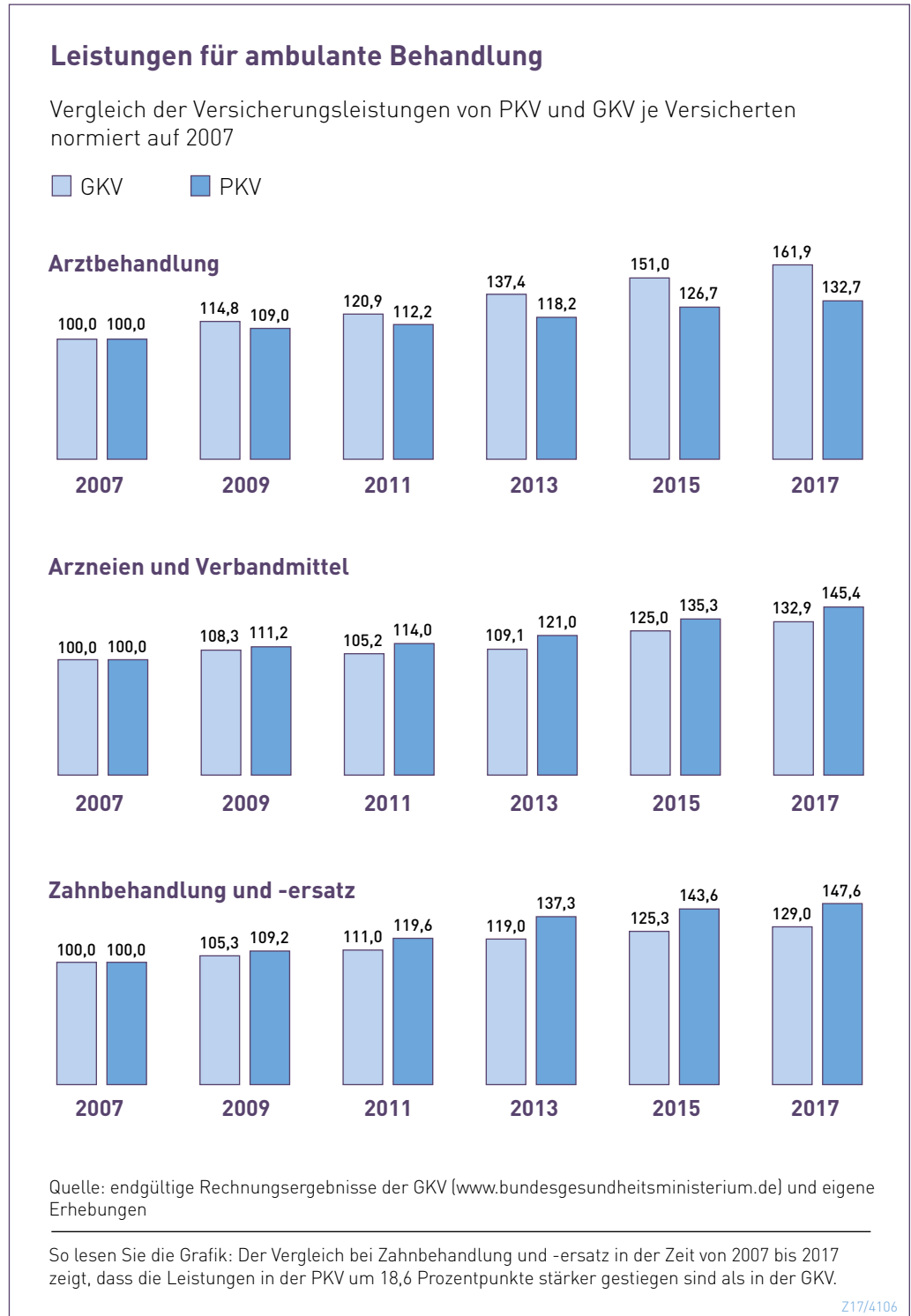
Den größten Einfluss auf die Gesamthöhe der Leistungen hat die Entwicklung bei der ambulanten Arztbehandlung. Hier hat sich der Anstieg der Aufwendungen pro Kopf verglichen mit dem Vorjahr (3,35 Prozent) abgeschwächt. Im stationären Bereich stiegen die Ausgaben je Versicherten leicht unter dem Niveau des Vorjahres (2,53 Prozent) weiter; bei den Zahnleistungen war die Dynamik geringer (Vorjahr: 2,10 Prozent).

Vergleichsweise hoch war der Ausgabenanstieg je Versicherten bei der Wahlleistung Zweibettzimmer (Vorjahr: 2,03 Prozent), bei Arznei- und Verbandmitteln (Vorjahr: 4,16 Prozent) und bei allgemeinen Krankenhausleistungen (Vorjahr: 3,80 Prozent). Bei der Chefarztbehandlung gingen die Ausgaben je Kopf zurück; beim Ersatz-Krankenhaustagegeld blieben sie in etwa stabil.

Die im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung geringere Ausgaben- dynamik bei ambulanten Leistungen und der Zahnbehandlung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau aus steigen, da beispielsweise die privatärztliche Gebüh-

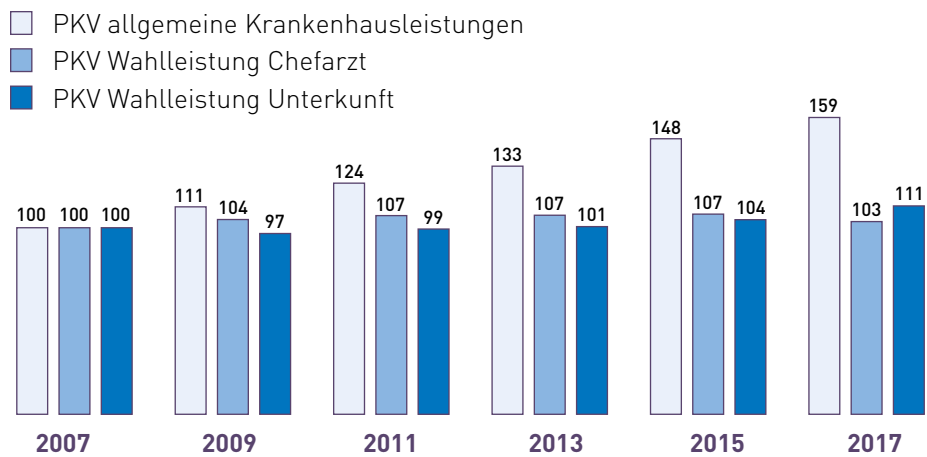
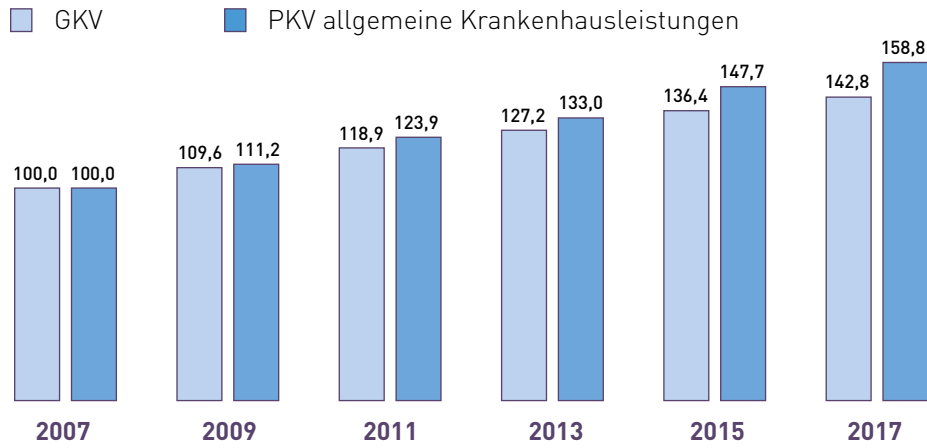
renordnung ebenso wie die privatärztliche Gebührenordnung deutlich über die Vergütung in der GKV hinausgeht.

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 2007



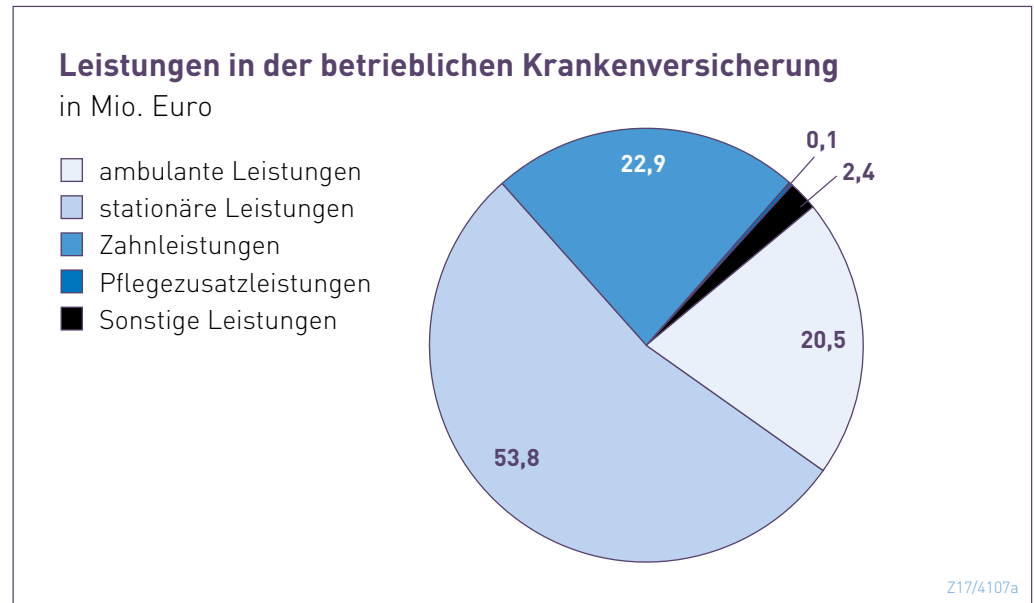
Quelle: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (www.bundesgesundheitsministerium.de) und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2007 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 11 Prozentpunkte gestiegen sind.

Z17/4107

Leistungen der betrieblichen Krankenversicherung

Im Bereich der betrieblichen Krankenversicherung überwiegen bislang stationäre Leistungen. Von 99,7 Millionen Euro im Jahr 2017 entfallen 53,8 Millionen auf den Krankenhausbereich und jeweils weniger als die Hälfte davon auf ambulante Leistungen und Zahnleistungen.



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	2017	2016	Veränderung ¹	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	155,9	152,9	+ 3,0	+ 1,96
davon				
Pflegegrad 2	28,5	-		
Pflegegrad 3	51,7	-		
Pflegegrad 4	45,3	-		
Pflegegrad 5	30,4	-		
Pflegegeld	349,3	245,8	+ 103,5	+ 42,11
davon				
Pflegegrad 2	105,5	-		
Pflegegrad 3	135,0	-		
Pflegegrad 4	74,1	-		
Pflegegrad 5	34,7	-		
Ersatzpflegekraft	26,1	27,6	- 1,5	- 5,43
Pflegehilfsmittel	6,2	6,4	- 0,2	- 3,13
technische Hilfsmittel	21,0	22,0	- 1,0	- 4,55
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	14,8	15,6	- 0,8	- 5,13
Beiträge zur Rentenversicherung	44,5	31,2	+ 13,3	+ 42,63
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	0,00
Tages- und Nachtpflege	17,4	14,2	+ 3,2	+ 22,54
davon				
Pflegegrad 2	1,5	-		
Pflegegrad 3	5,6	-		
Pflegegrad 4	7,3	-		
Pflegegrad 5	3,0	-		
Kurzzeitpflege	22,6	23,0	- 0,4	- 1,74
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	38,5	36,2	+ 2,3	+ 6,35
Kontrollpflege	1,9	1,6	+ 0,3	+ 18,75
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,0	0,2	- 0,2	- 100,00
MEDICPROOF	33,7	30,2	+ 3,5	+ 11,59
KV-/PV-Zuschuss	0,1	0,0	+ 0,1	0,00
Arbeitslosenvers.-Beitrag	0,0	0,0	+ 0,0	0,00
zusätzliche Leistung Wohngruppen	1,3	1,1	+ 0,2	+ 18,18
Lohnersatzleistung	0,1	0,1	0,0	0,00
insgesamt	733,4	608,2	+ 125,2	+ 20,59

1 Zum Jahresbeginn 2017 erfolgte die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Da es keine 1:1-Zuordnung dabei gibt, lässt sich die Veränderung je Pflegegrad in diesem Jahr nicht ermitteln.

Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2017 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 1.225,0 Mio. Euro einen Anteil von 40,13 Prozent.

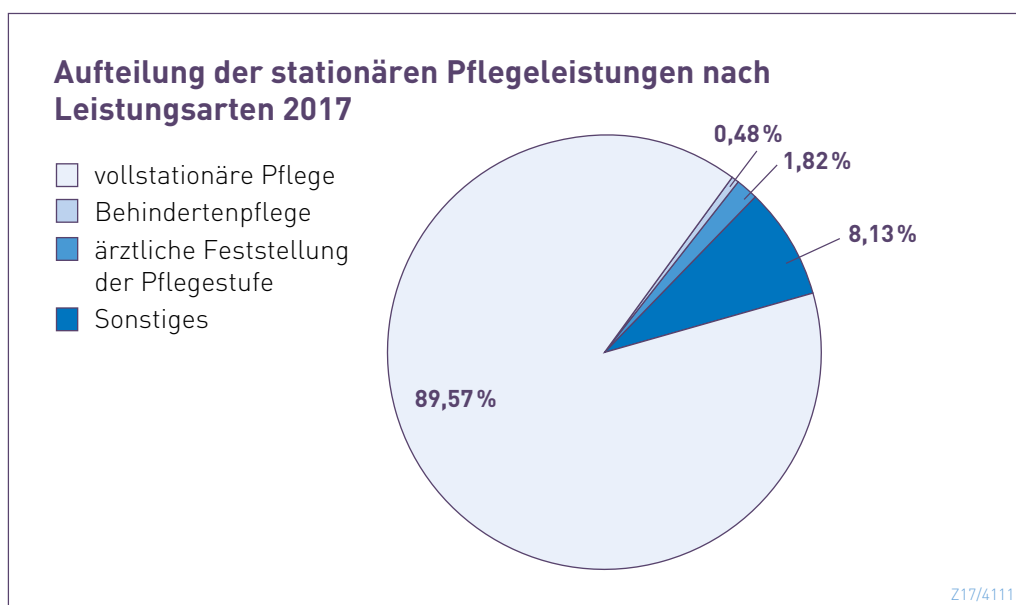
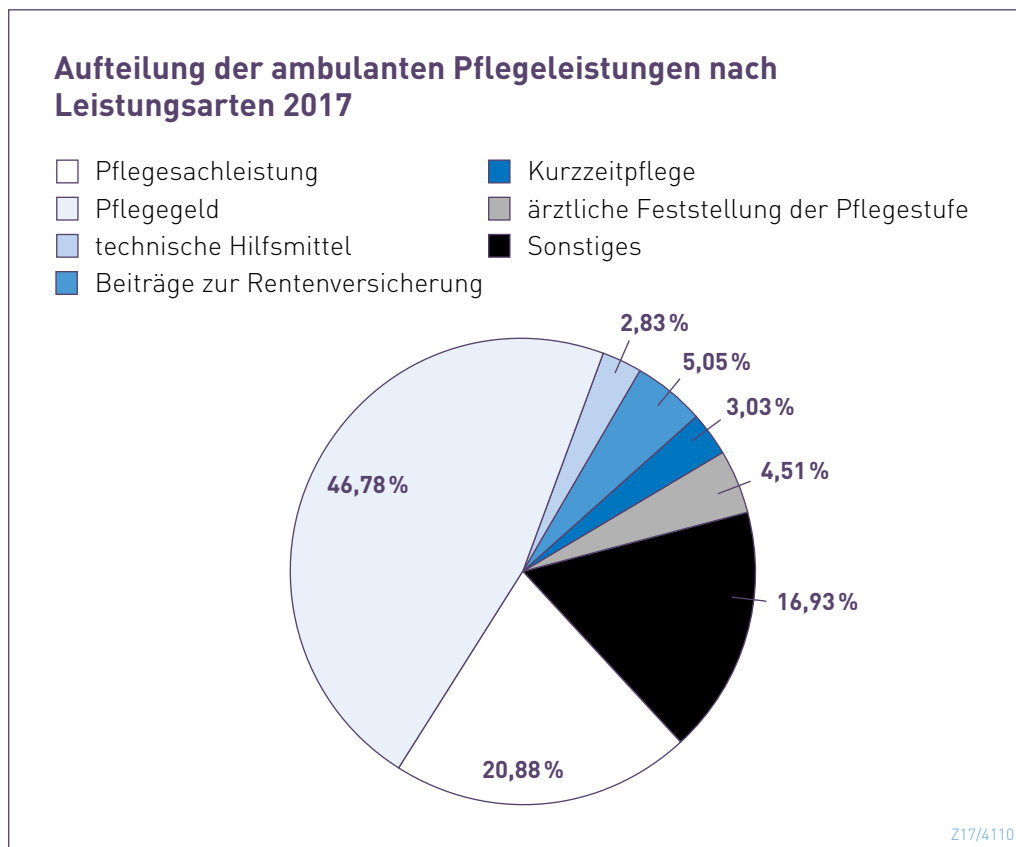
stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2017	2016	Veränderung ¹	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	438,6	361,3	+77,3	+21,39
davon				
Pflegegrad 1	0,7	-		
Pflegegrad 2	38,0	-		
Pflegegrad 3	107,6	-		
Pflegegrad 4	168,1	-		
Pflegegrad 5	124,2	-		
Zuschuss für vollstationäre Pflege²	0,0	0,0	0,0	0,00
davon				
Pflegegrad 2	0,0	-		
Pflegegrad 3	0,0	-		
Pflegegrad 4	0,0	-		
teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	1,1	1,1	0,0	0,00
davon				
Pflegegrad 1	0,0	-		
Pflegegrad 2	0,1	-		
Pflegegrad 3	0,2	-		
Pflegegrad 4	0,4	-		
Pflegegrad 5	0,4	-		
Behindertenhilfe	2,3	2,5	-0,2	-8,00
zusätzliche Betreuung	40,9	66,5	-25,6	-38,50
Leistungen bei Rückstufung	0,0	0,1	-0,1	-100,00
MEDICPROOF	8,7	9,9	-1,2	-12,12
insgesamt stationär	491,6	441,4	+50,2	+11,37

1 Zum Jahresbeginn 2017 erfolgte die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Da es keine 1:1-Zuordnung dabei gibt, lässt sich die Veränderung je Pflegegrad in diesem Jahr nicht ermitteln.

2 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.

Z17/4109

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.

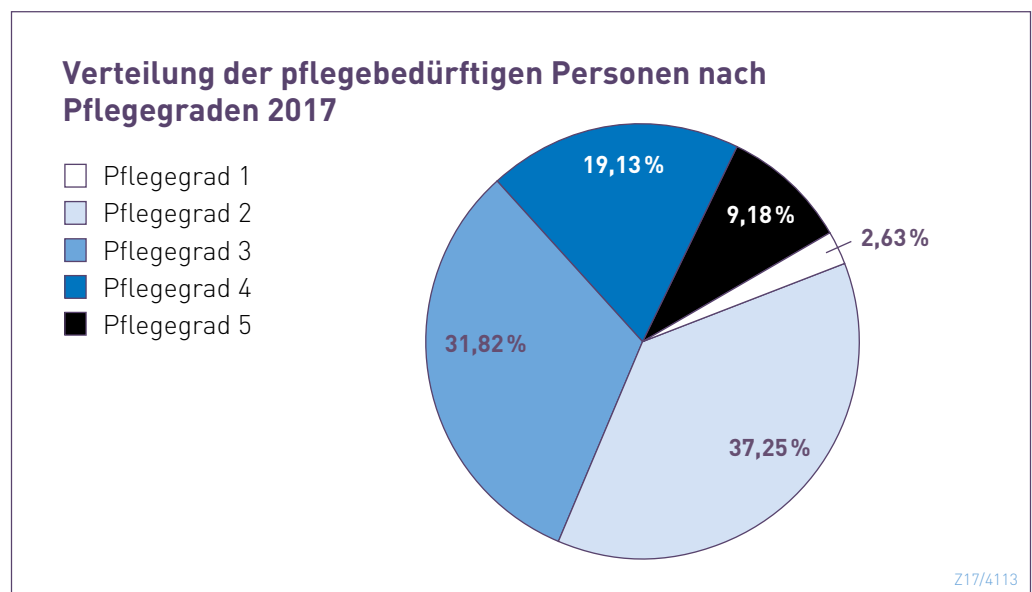
Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegestufen, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2017	2016	Veränderung ¹	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	158.406	136.724	+ 21.682	+ 15,86
davon				
Pflegegrad 1	5.290	-		
Pflegegrad 2	69.750	-		
Pflegegrad 3	51.143	-		
Pflegegrad 4	23.198	-		
Pflegegrad 5	9.025	-		
stationäre Pflege	53.176	51.843	+ 1.333	+ 2,57
davon				
Pflegegrad 1	276	-		
Pflegegrad 2	9.054	-		
Pflegegrad 3	16.182	-		
Pflegegrad 4	17.273	-		
Pflegegrad 5	10.391	-		
insgesamt	211.582	188.567	+ 23.015	+ 12,21

1 Zum Jahresbeginn 2017 erfolgte die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Da es keine 1:1-Zuordnung dabei gibt, lässt sich die Veränderung je Pflegegrad in diesem Jahr nicht ermitteln.

Z17/4112

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



Deutlich weniger Leistungsempfänger erhalten Leistungen des Pflegegrades 5 als Leistungen der Pflegegrade 2, 3 und 4. 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 2017 rund 9,2 Prozent der Leistungsempfänger in den Pflegegrad 5 und rund 19,1

Prozent der Leistungsempfänger in den Pflegegrad 4 eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 7,0 Prozent im Pflegegrad 5 und 15,4 Prozent im Pflegegrad 4.

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.

	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Gesundes Altern¹	4,0	4,0	0,0	0,00
Gesundes Aufwachsen¹	6,0	6,0	0,0	0,00
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 werden aufgrund des Aufbaus der Stiftung zum Teil erst in den Folgejahren ausgegeben.

Z17/4201

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.

	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Bruttoschadenrückstellung	7.154,4	6.622,8	+531,6	+8,03
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	11,9	10,8	+1,1	+10,19
Bilanzschaden- rückstellung [G]	7.142,5	6.612,0	+530,5	+8,02

Z17/4301

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 2016	16.241,2	3.390,0	99,0	12.186,3	0,0	402,3	163,6
Umbuchungen	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Entnahmen	5.552,3	942,0	13,9	4.216,4	0,0	243,3	136,7
davon zur							
Verrechnung ¹	4.090,0	942,0	13,9	2.883,6	0,0	243,3	7,2
Barausschüttg. [G]	1.462,3	0,0	0,0	1.332,8	0,0	0,0	129,5
Zuführung	5.138,4	636,7	71,9	4.173,2	0,0	107,0	149,6
Wert zum 31. Dezember 2017	15.827,5	3.084,8	157,0	12.143,2	0,0	266,0	176,5
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	0,0						
Bilanzwert [G]	15.827,5						

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.

Z17/4401

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	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	212.724,4	200.164,9	+12.559,5	+6,27
Pflegeversicherung	34.481,6	32.554,7	+1.926,9	+5,92
Alterungsrückstellungen	247.206,0	232.719,6	+14.486,4	+6,22
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,0	0,0	0,0	0,00
Bilanzwert [G]	247.206,0	232.719,6	+14.486,4	+6,22

Z17/4501

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn- Prozent-Zuschlag [G]	1.192,1	1.165,8	+26,3	+2,26
planmäßige Nettozuführung¹ inklusive der rechnungs- mäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	8.546,7	8.722,4	-175,7	-2,01
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	3.846,7	1.883,3	+1.963,4	+104,25
Limitierung gemäß § 150 Abs. 2 VAG²	657,6	690,9	-33,3	-4,82
Limitierung gemäß § 150 Abs. 4 VAG²	243,3	174,0	+69,3	+39,83
Gesamtzuführung	14.486,4	12.636,4	+1.850,0	+14,64

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

Z17/4502

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

	2017 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2017 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	36.454,6	12.559,5	34,45
Pflegeversicherung	2.594,5	1.926,9	74,27
insgesamt	39.049,1	14.486,4	37,10

Z17/4503

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

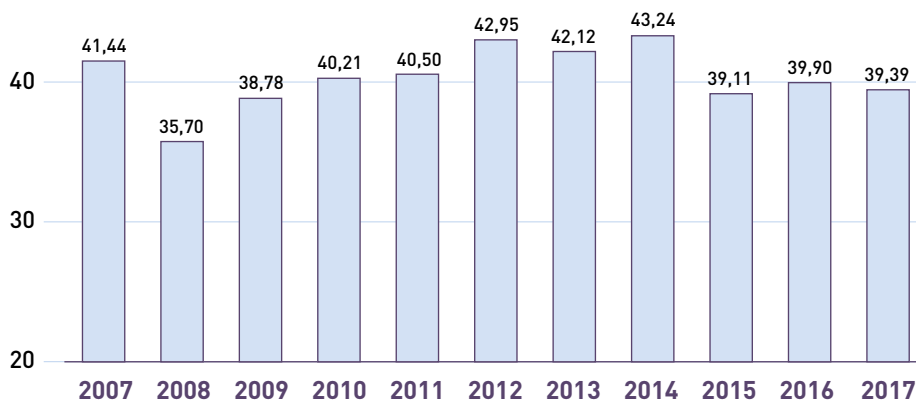
Die Private Krankenversicherung ergreift Vorsorgemaßnahmen um sicherzustellen, dass die Beiträge durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen im Alter nicht steigen. Derartige Maßnahmen werden in der GKV nicht getroffen. In der PKV geschieht dies auf dreierlei Weise durch

- 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.

Entwicklung der Vorsorgequote

Angaben in Prozent



Z17/4504

4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2017	2016	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.466,9	2.440,4	+ 26,5	+ 1,09
Verwaltungsaufwendungen	888,8	869,1	+ 19,7	+ 2,27
insgesamt	3.355,7	3.309,5	+ 46,2	+ 1,40

Z17/4601

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen sank 2017 auf 2,28 (2016: 2,33) 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.

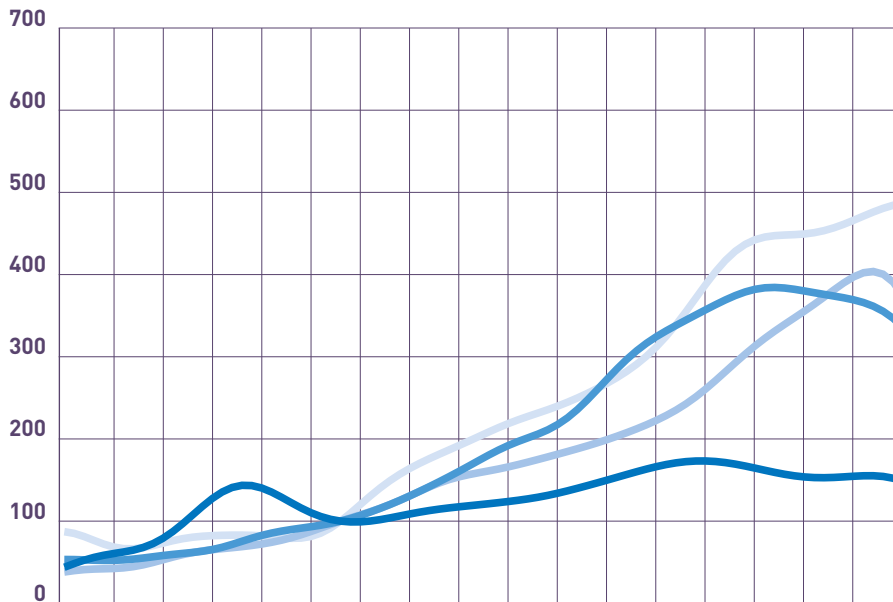
Ausgaben nach Altersgruppen im ambulanten Bereich¹ 2017	Arzt (inkl. Heilpraktiker)	Arzneien und Verbandmittel	Heilmittel	Hilfsmittel
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	154,40	362,24	406,77	469,63
91 – 95	150,40	370,81	366,67	449,27
86 – 90	155,46	379,81	338,51	443,23
81 – 85	166,83	367,25	288,61	418,19
76 – 80	168,97	339,84	239,34	347,78
71 – 75	157,23	302,66	211,05	290,29
66 – 70	141,22	244,67	189,86	251,94
61 – 65	127,29	207,32	174,31	228,59
56 – 60	119,04	175,69	159,14	205,58
51 – 55	112,67	148,77	145,15	179,44
46 – 50	102,35	118,62	118,98	146,88
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	119,94	88,80	79,38	81,34
31 – 35	140,12	75,79	68,89	79,99
26 – 30	108,96	64,26	63,76	80,52
21 – 25	66,99	53,67	45,39	68,42
16 – 20	55,02	52,58	41,49	75,65
unter 16	35,93	42,81	37,68	61,30
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	313,33	484,05	558,85	772,67
91 – 95	313,86	547,20	447,37	651,82
86 – 90	323,53	582,71	404,88	679,61
81 – 85	333,52	567,17	353,69	605,16
76 – 80	316,58	513,08	294,65	495,92
71 – 75	279,15	438,15	260,04	413,95
66 – 70	232,52	353,82	224,04	349,49
61 – 65	191,24	270,24	191,61	291,46
56 – 60	160,71	195,34	163,39	228,82
51 – 55	129,82	149,92	134,71	183,68
46 – 50	112,77	119,17	113,42	149,26
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	89,95	88,77	82,81	70,44
31 – 35	80,08	77,17	80,67	68,30
26 – 30	74,29	70,64	88,91	80,28
21 – 25	64,30	60,75	60,43	63,64
16 – 20	62,99	84,30	56,39	88,77
unter 16	70,14	65,04	84,62	76,94

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

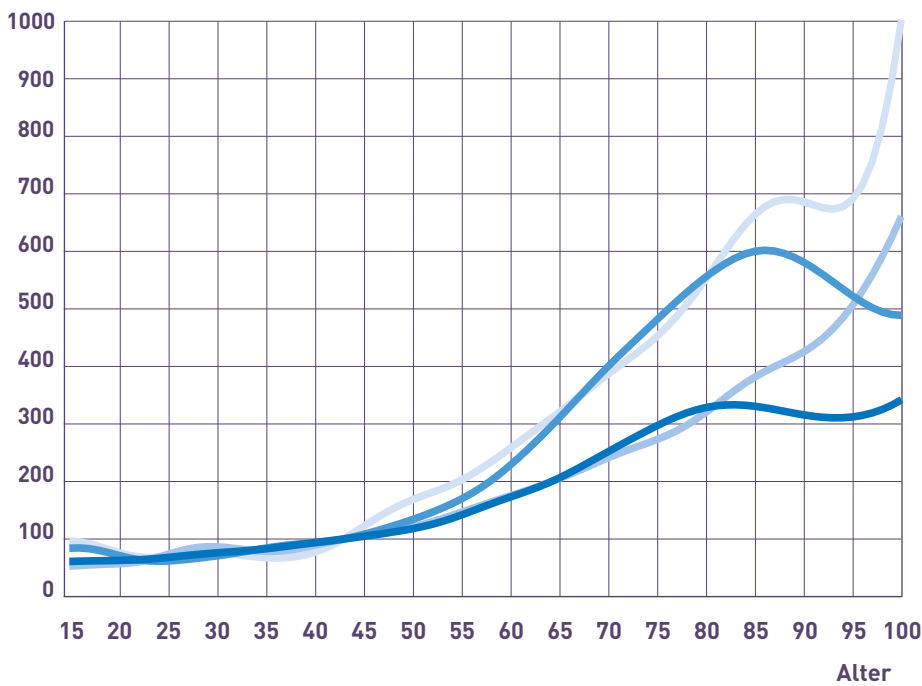
Altersabhängigkeit der Ausgaben im ambulanten Bereich' 2017

- 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.

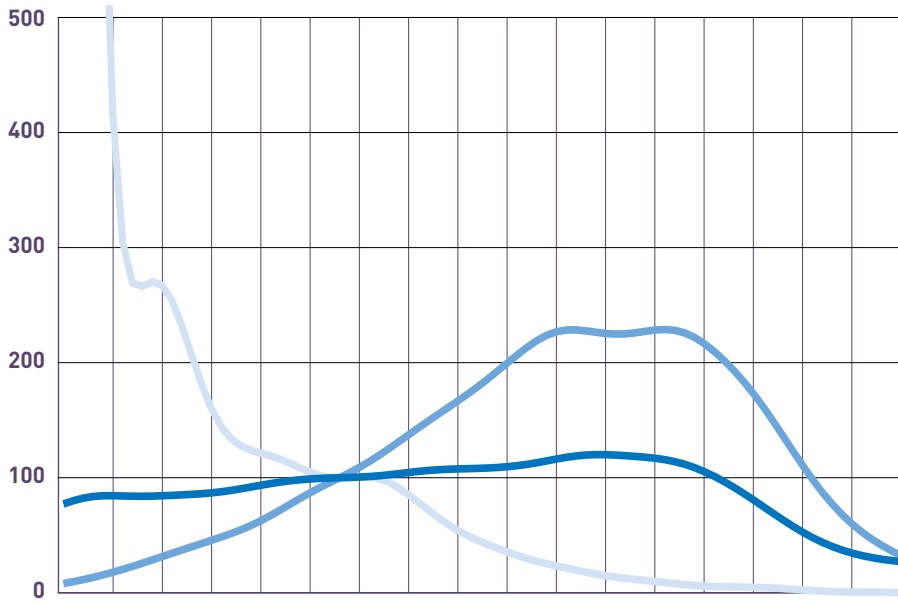
Ausgaben nach Altersgruppen im Zahnbereich¹ 2017	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie
Frauen im Alter von ... Jahren			
über 95	29,83	43,08	0,36
91 – 95	42,45	83,32	1,81
86 – 90	63,91	134,77	1,96
81 – 85	92,94	191,76	4,24
76 – 80	111,64	223,63	6,49
71 – 75	117,02	223,97	10,85
66 – 70	119,53	224,66	17,63
61 – 65	112,60	216,20	26,81
56 – 60	108,28	183,92	38,41
51 – 55	106,60	154,07	62,73
46 – 50	102,34	124,39	88,93
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	96,84	76,44	107,99
31 – 35	90,40	55,43	121,08
26 – 30	85,42	39,73	189,73
21 – 25	82,98	24,77	259,50
16 – 20	83,98	13,00	1.549,57
unter 16	46,15	2,68	1.968,85
Männer im Alter von ... Jahren			
über 95	46,41	80,82	6,57
91 – 95	67,74	127,31	4,76
86 – 90	94,17	183,98	6,03
81 – 85	123,89	241,63	8,56
76 – 80	136,76	262,29	9,49
71 – 75	137,71	260,93	13,67
66 – 70	131,87	258,31	18,83
61 – 65	123,22	239,95	18,76
56 – 60	115,41	195,35	32,20
51 – 55	109,40	160,47	51,67
46 – 50	104,34	122,92	74,04
41 – 45	100,00	100,00	100,00
36 – 40	90,38	80,67	108,56
31 – 35	84,30	60,79	122,48
26 – 30	79,91	40,83	183,79
21 – 25	81,43	25,86	320,09
16 – 20	94,06	12,20	3.364,75
unter 16	56,06	2,57	3.203,64

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

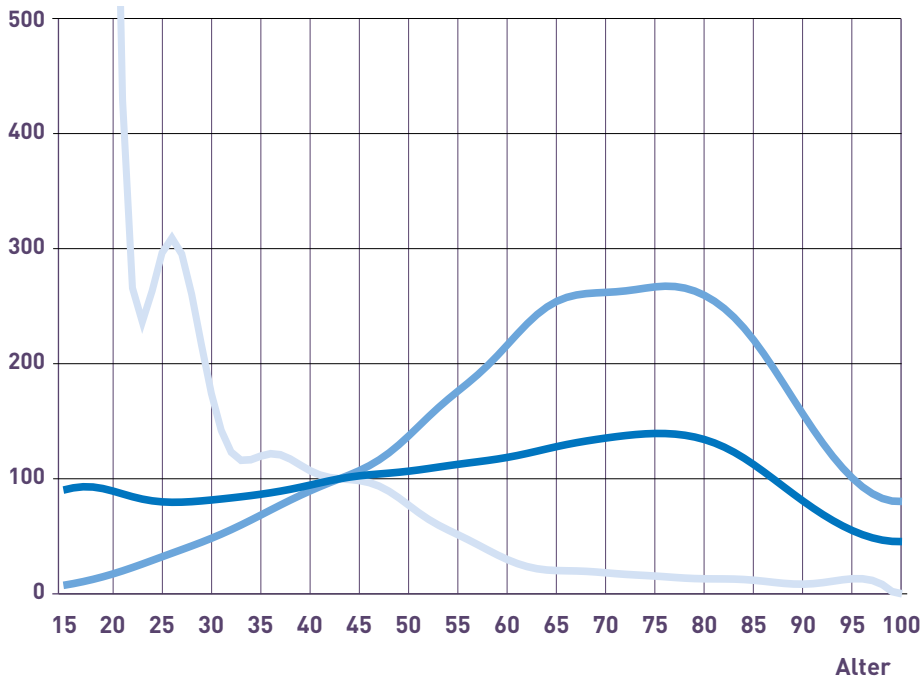
Altersabhängigkeit der Ausgaben im Zahnbereich¹ 2017

■ Zahnbehandlung ■ Zahnersatz ■ Kieferorthopädie

Frauen



Männer



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

Z17/5104

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

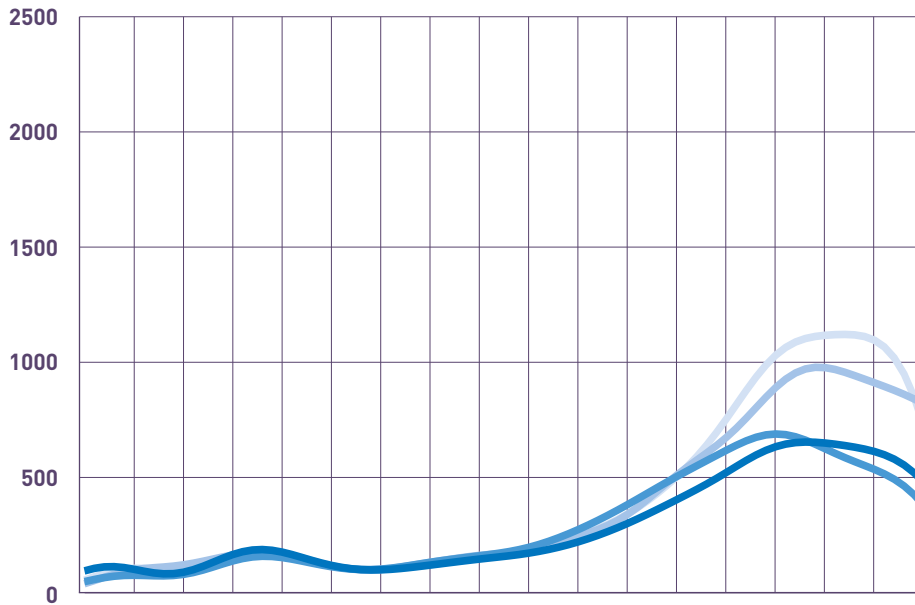
Ausgaben nach Altersgruppen im stationären Bereich¹ 2017	Allgemeine Krankenhausleistungen	Wahlleistung Chefarzt	Wahlleistung Einbettzimmer	Wahlleistung Zweibettzimmer
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	573,54	477,21	877,71	959,25
91 – 95	626,62	557,07	937,78	1.088,23
86 – 90	651,06	649,33	981,27	1.075,50
81 – 85	591,39	651,71	777,31	893,01
76 – 80	466,62	557,10	607,43	618,72
71 – 75	361,35	446,41	445,69	425,83
66 – 70	266,07	327,69	293,46	290,71
61 – 65	198,39	235,52	225,65	220,38
56 – 60	160,04	175,72	170,46	167,41
51 – 55	133,80	144,14	147,76	134,33
46 – 50	110,67	116,32	120,77	110,13
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	141,77	125,42	135,72	134,62
31 – 35	184,73	153,28	170,80	172,51
26 – 30	137,88	114,14	155,67	123,36
21 – 25	82,07	68,21	94,71	93,63
16 – 20	111,16	68,05	76,79	89,28
unter 16	64,11	32,54	14,11	15,46
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	1.177,73	970,30	1.899,19	2.103,37
91 – 95	1.166,30	1.088,18	1.676,88	2.204,98
86 – 90	1.163,78	1.134,90	1.523,37	1.844,17
81 – 85	1.084,18	1.129,86	1.256,42	1.488,24
76 – 80	877,46	958,58	896,70	1.067,74
71 – 75	711,13	805,11	754,36	781,85
66 – 70	534,06	594,46	500,28	532,92
61 – 65	387,08	420,23	335,85	373,60
56 – 60	272,24	282,19	257,65	255,08
51 – 55	183,85	183,86	181,21	166,47
46 – 50	135,51	134,63	128,54	124,24
41 – 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 – 40	80,01	78,37	68,45	81,35
31 – 35	78,13	72,00	69,05	73,61
26 – 30	100,80	82,73	92,17	88,13
21 – 25	97,42	76,17	72,17	108,23
16 – 20	101,15	61,93	53,63	57,21
unter 16	95,52	46,52	17,58	19,59

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

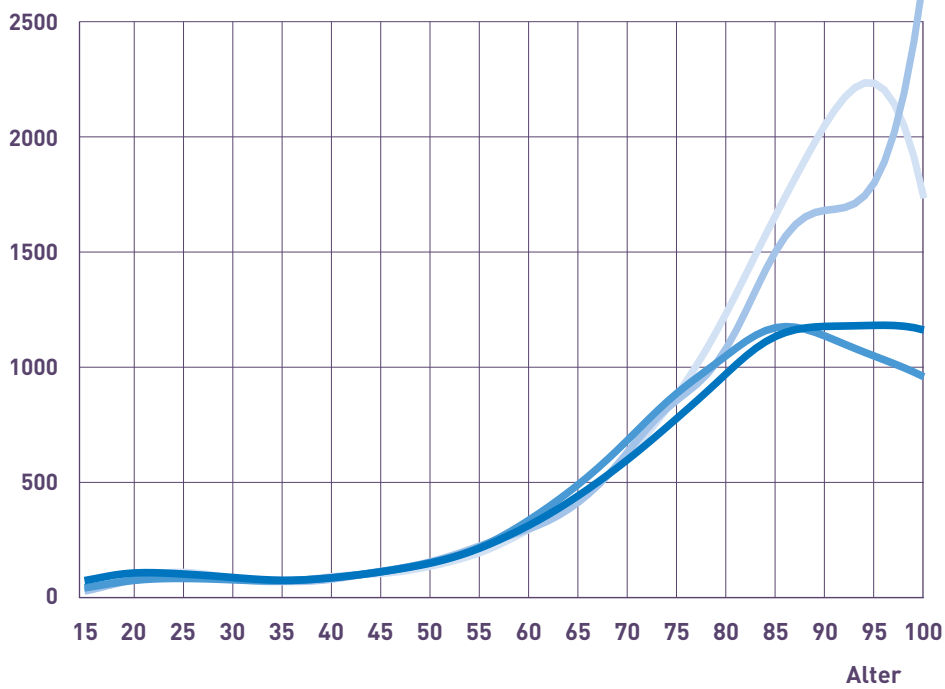
Altersabhängigkeit der Ausgaben im stationären Bereich¹ 2017

- 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.

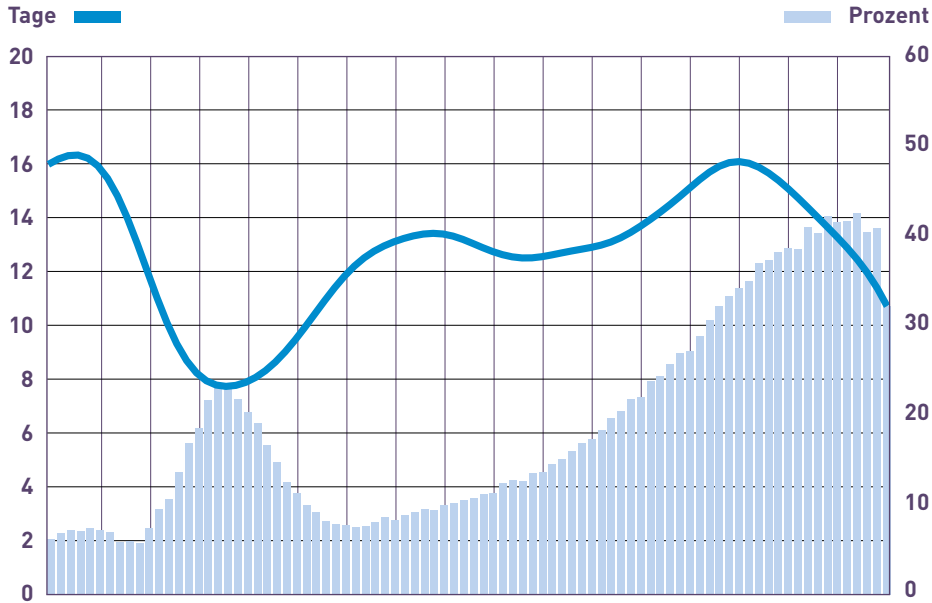
Außerdem kann der Anteil der Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen am Gesamtbestand ermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist auch deren Krankenhausaufenthaltsdauer von Bedeutung:

Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus nach Altersgruppen 2017	Anteil Leistungsempfänger an allen Personen, die stationäre Regelleistungen versichert haben (in Prozent)	Krankenhausaufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	40,50	12,39
91 – 95	40,42	14,12
86 – 90	37,12	15,60
81 – 85	31,31	15,86
76 – 80	25,40	14,49
71 – 75	20,53	13,21
66 – 70	15,92	13,02
61 – 65	13,00	12,36
56 – 60	10,82	13,10
51 – 55	9,39	13,26
46 – 50	8,06	12,89
41 – 45	8,55	10,72
36 – 40	14,81	8,65
31 – 35	21,85	7,89
26 – 30	14,99	8,82
21 – 25	6,36	14,28
16 – 20	7,13	15,98
unter 16	5,95	7,79
Männer im Alter von ... Jahren		
über 95	54,77	11,05
91 – 95	48,34	13,71
86 – 90	42,18	14,60
81 – 85	35,79	14,16
76 – 80	29,69	13,37
71 – 75	24,99	13,06
66 – 70	19,63	12,41
61 – 65	15,66	11,85
56 – 60	12,18	11,71
51 – 55	9,34	10,95
46 – 50	7,52	10,14
41 – 45	6,30	9,03
36 – 40	5,46	7,86
31 – 35	5,17	8,12
26 – 30	6,09	8,36
21 – 25	5,81	10,85
16 – 20	5,99	9,35
unter 16	6,87	6,51

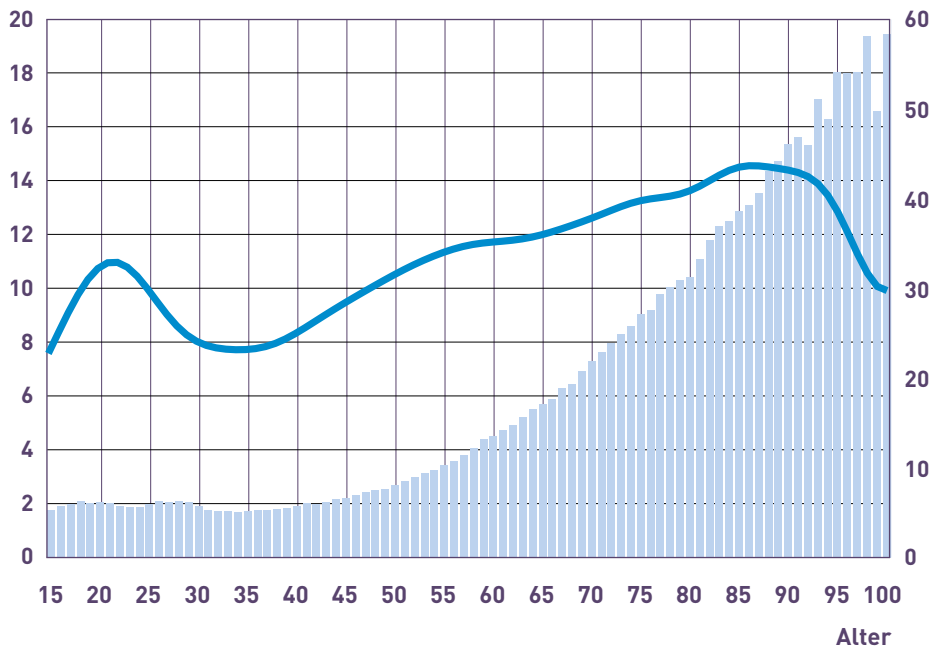
Altersabhängigkeit der Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus 2017

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

Frauen



Männer



Z17/5108

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.

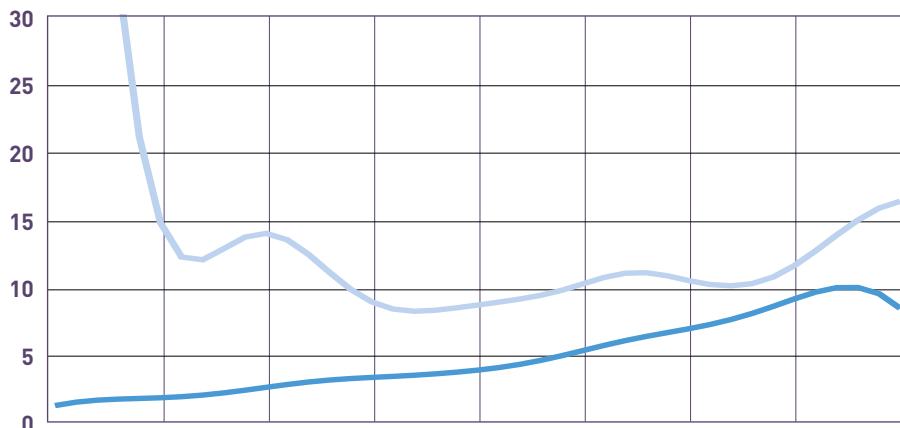
Inanspruchnahme von Krankentagegeld nach Altersgruppen 2017	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag	Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag
Frauen im Alter von ... Jahren		
61 – 65	14,77	9,68
56 – 60	10,50	8,01
51 – 55	11,12	6,32
46 – 50	8,76	4,50
41 – 45	8,29	3,58
36 – 40	8,08	3,07
31 – 35	20,63	2,16
26 – 30	22,79	1,69
21 – 25	0,00	1,16
Männer im Alter von ... Jahren		
61 – 65	17,67	8,86
56 – 60	15,25	6,49
51 – 55	13,03	4,31
46 – 50	14,42	3,15
41 – 45	5,31	2,30
36 – 40	10,97	1,94
31 – 35	21,84	1,80
26 – 30	17,48	1,77
21 – 25	0,00	1,59

Z17/5109

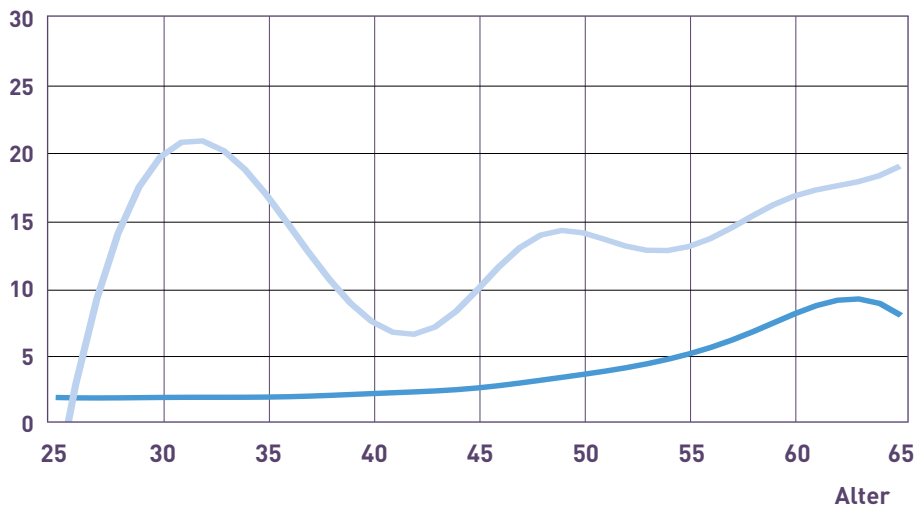
Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld 2017

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

Frauen



Männer



Z17/5110

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.

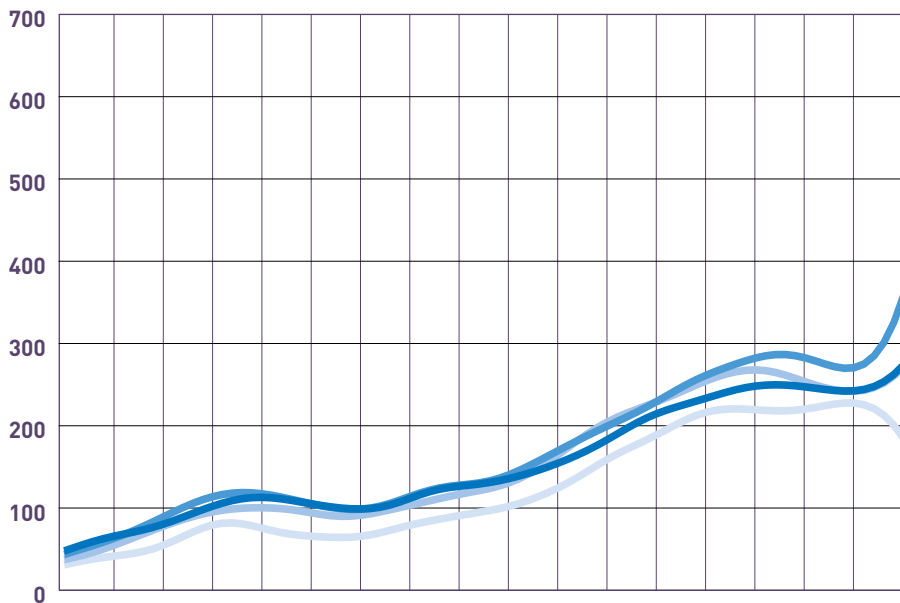
Ausgaben im ambulanten Bereich nach Altersgruppen¹ 2017	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	237,13	314,17	245,77	169,25
91 – 95	227,29	277,63	245,35	188,73
86 – 90	233,96	310,08	266,14	179,32
81 – 85	232,58	255,36	250,39	183,00
76 – 80	212,80	260,79	242,12	174,94
71 – 75	194,80	211,60	206,27	147,70
66 – 70	164,47	183,75	184,16	119,86
61 – 65	141,92	149,80	139,87	96,14
56 – 60	129,74	123,84	112,54	80,20
51 – 55	122,33	117,36	100,76	69,94
46 – 50	102,28	98,04	88,05	58,60
41 – 45	100,00	94,73	80,87	53,03
36 – 40	107,98	104,73	92,51	49,64
31 – 35	110,81	112,29	90,17	69,11
26 – 30	96,81	109,31	81,60	55,19
21 – 25	66,57	69,45	56,36	33,56
16 – 20	58,79	48,63	36,72	26,19
unter 16	38,35	31,41	25,65	20,39
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	460,73	488,64	599,70	356,48
91 – 95	484,50	599,43	497,44	380,05
86 – 90	479,12	548,49	566,20	401,41
81 – 85	457,02	532,40	532,34	367,57
76 – 80	403,16	467,29	454,58	329,86
71 – 75	351,30	410,17	383,47	275,33
66 – 70	289,17	316,24	279,99	198,18
61 – 65	225,77	228,17	202,35	148,00
56 – 60	178,17	177,97	146,22	105,77
51 – 55	142,60	133,88	107,30	79,97
46 – 50	116,92	107,09	86,53	59,60
41 – 45	100,00	96,58	69,33	49,30
36 – 40	86,10	90,32	60,43	39,48
31 – 35	75,99	88,83	52,07	29,42
26 – 30	79,15	89,02	50,32	39,36
21 – 25	82,23	80,83	79,17	61,70
16 – 20	79,94	61,22	50,43	40,20
unter 16	80,60	69,77	53,92	42,78

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

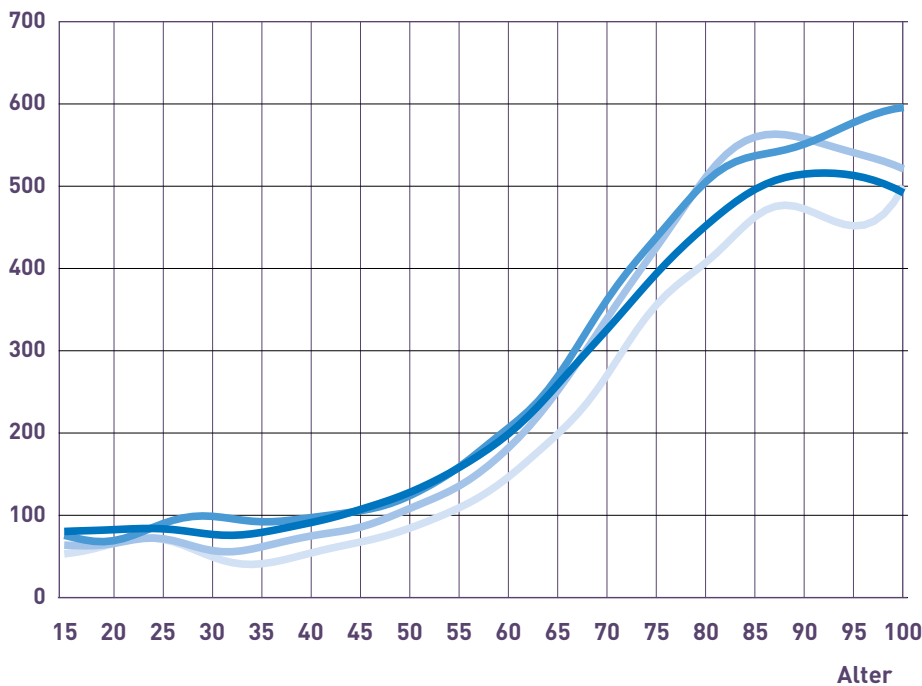
Altersabhängigkeit der Ausgaben bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich¹ 2017

- 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.

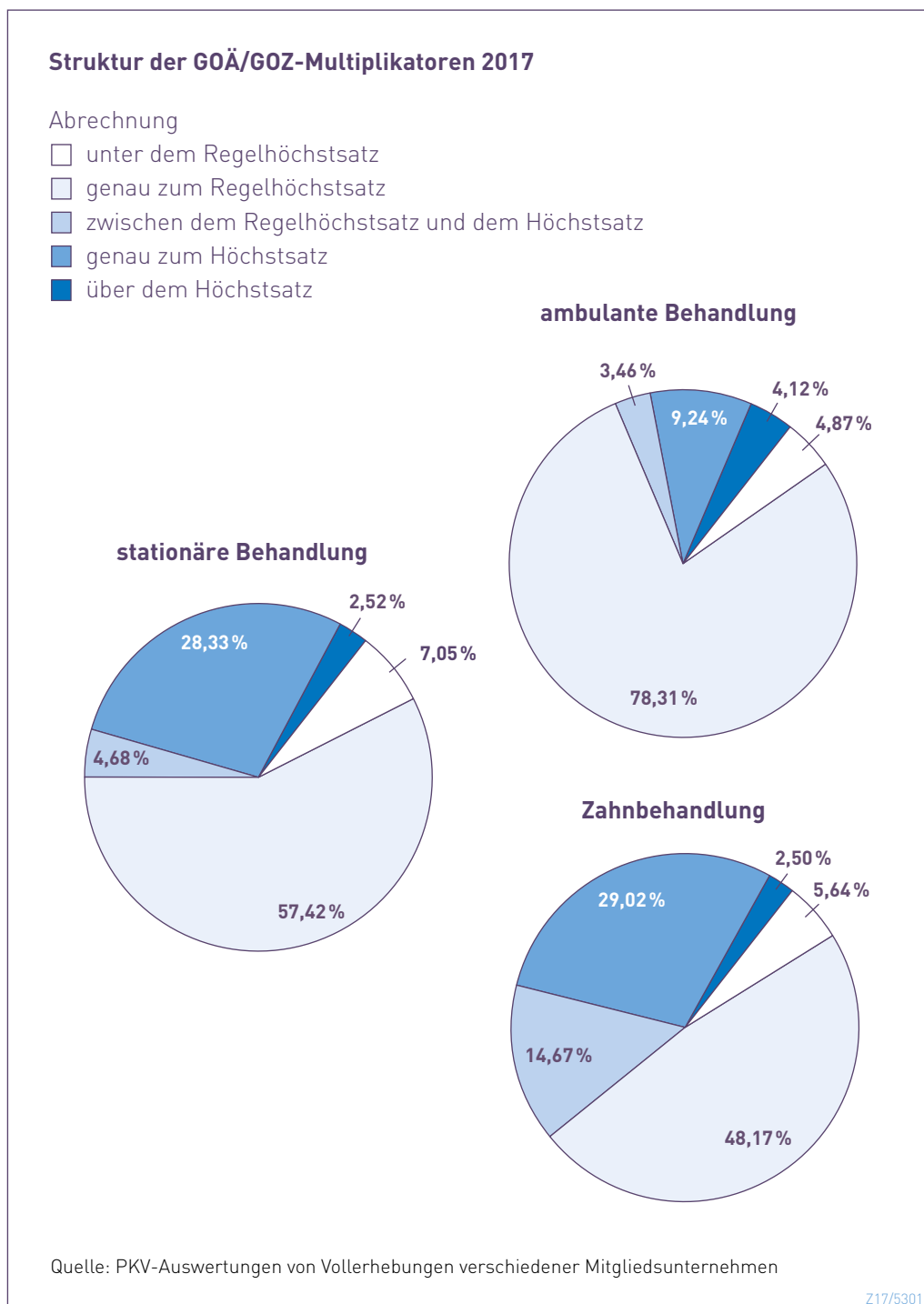
Sterbetafel „PKV 2018“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,83	84,69
5	82,90	79,77
10	77,92	74,79
15	72,95	69,82
20	68,01	64,90
25	63,08	60,02
30	58,13	55,12
35	53,18	50,20
40	48,25	45,28
45	43,34	40,40
50	38,49	35,58
55	33,71	30,88
60	29,02	26,34
65	24,45	21,95
70	19,98	17,71
75	15,64	13,69
80	11,58	10,02
85	8,07	6,94
90	5,39	4,65
95	3,56	3,23
100	2,17	2,13

Z17/5201

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.



Die Auswertung der anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Rund fünf bis sieben Prozent der Rechnungen wurden jeweils unter dem Regelhöchstsatz erstellt. Genau zum Regelhöchstsatz waren es jeweils 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 bei den stationären Behandlungen wie auch bei Zahnbehandlungen: Hier griffen die Ärzte in jeweils etwa 28 bis 29 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück – im ambulanten Bereich waren es etwa neun Prozent.

5.4 Krankenhausstatistik

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

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

Einbettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2017	2016	Veränderung	
	in Euro	in Euro	absolut	in Prozent
Baden- Württemberg	87,99	86,52	+ 1,48	+ 1,71
Bayern	84,83	82,59	+ 2,24	+ 2,71
Berlin	99,96	93,71	+ 6,26	+ 6,68
Brandenburg	69,28	65,68	+ 3,60	+ 5,49
Bremen	86,03	82,55	+ 3,47	+ 4,21
Hamburg	107,08	85,63	+ 21,45	+ 25,05
Hessen	82,96	79,99	+ 2,96	+ 3,71
Mecklenburg-Vorpommern	71,45	64,62	+ 6,84	+ 10,58
Niedersachsen	86,07	83,11	+ 2,97	+ 3,57
Nordrhein- Westfalen	98,27	95,11	+ 3,16	+ 3,32
Rheinland- Pfalz	87,66	84,07	+ 3,59	+ 4,27
Saarland	86,23	85,46	+ 0,77	+ 0,90
Sachsen	57,27	56,98	+ 0,29	+ 0,51
Sachsen- Anhalt	70,47	68,46	+ 2,01	+ 2,94
Schleswig- Holstein	80,84	77,12	+ 3,72	+ 4,82
Thüringen	68,98	69,48	- 0,50	- 0,71
bundesweit	87,41	84,34	+ 3,07	+ 3,63

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2017 in Euro	2016 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden-Württemberg	47,07	45,83	+1,24	+2,72
Bayern	46,18	44,08	+2,10	+4,76
Berlin	50,20	44,92	+5,28	+11,75
Brandenburg	33,49	31,07	+2,42	+7,79
Bremen	41,19	38,03	+3,17	+8,33
Hamburg	55,10	39,91	+15,19	+38,06
Hessen	46,48	42,96	+3,52	+8,19
Mecklenburg-Vorpommern	33,40	27,22	+6,18	+22,71
Niedersachsen	47,34	44,84	+2,49	+5,56
Nordrhein-Westfalen	54,38	51,68	+2,70	+5,23
Rheinland-Pfalz	45,06	42,68	+2,38	+5,58
Saarland	42,21	41,05	+1,15	+2,80
Sachsen	29,45	30,43	-0,97	-3,20
Sachsen-Anhalt	33,13	31,27	+1,86	+5,94
Schleswig-Holstein	43,04	40,74	+2,30	+5,65
Thüringen	37,31	35,50	+1,81	+5,10
bundesweit	47,47	44,77	+2,71	+6,05

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z13/5402

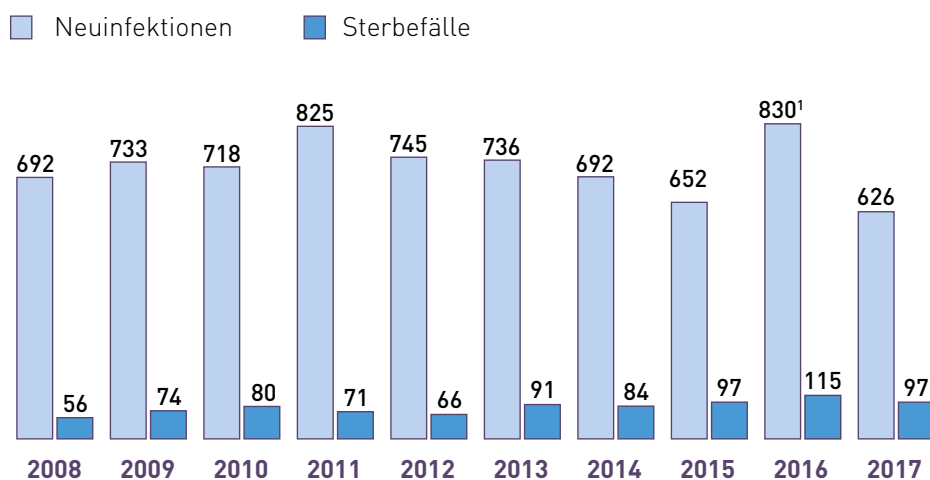
5.5 AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 36,9 Millionen Menschen mit HIV; 1,8 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich weltweit 1,8 Millionen Menschen im Jahr 2017 neu mit HIV infiziert. 900.000 Menschen sind an AIDS gestorben. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) gab es im Jahr 2017 in Deutschland 3.300 HIV-Erstdiagnosen. Die Bekämpfung von AIDS ist deshalb eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die PKV engagiert sich seit dem Jahr 2005 besonders im Kampf gegen AIDS und unterstützt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche AIDS-Stiftung jährlich mit insgesamt 3,5 Millionen Euro in der HIV-Prävention. Dies geschieht nicht zuletzt deshalb, weil der Anteil der HIV-Infizierten im Versicherungskreis der PKV im Vergleich zur Gesamtbevölkerung höher ist.

Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2017 unter ihren Vollversicherten 626 Neuinfektionen. Ein direkter Vergleich mit den RKI-Zahlen zur HIV-Inzidenz in Deutschland ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Methodik nur eingeschränkt möglich: Während das RKI einen HIV-Fall erfasst, wenn im Rahmen der Labormeldepflicht der erste als positiv bestätigte HIV-Antikörpertest vorliegt, erfasst ein PKV-Unternehmen einen HIV-Fall, sobald der betroffene Versicherte eine entsprechende Rechnung zur Erstattung einreicht. D.h. es handelt es sich bei der Anzahl der HIV-Neuinfektionen in der PKV um die sog. „administrative Inzidenz“. Damit geht einher, dass ein neu mit HIV-infizierter Versicherter nicht in der AIDS-Statistik des PKV-Verbandes erfasst wird, wenn er im beobachteten Kalenderjahr keine Rechnung zur Erstattung eingereicht hat (sei es aufgrund von Selbstbehalten oder weil er noch keine HIV-Therapie begonnen hat).

HIV-infizierte Personen mit privater Krankheitsvollversicherung



1 Inklusive nachträglich erfasster Neuinfektionen der Vorjahre durch interne Umstellung der Datenerhebung.

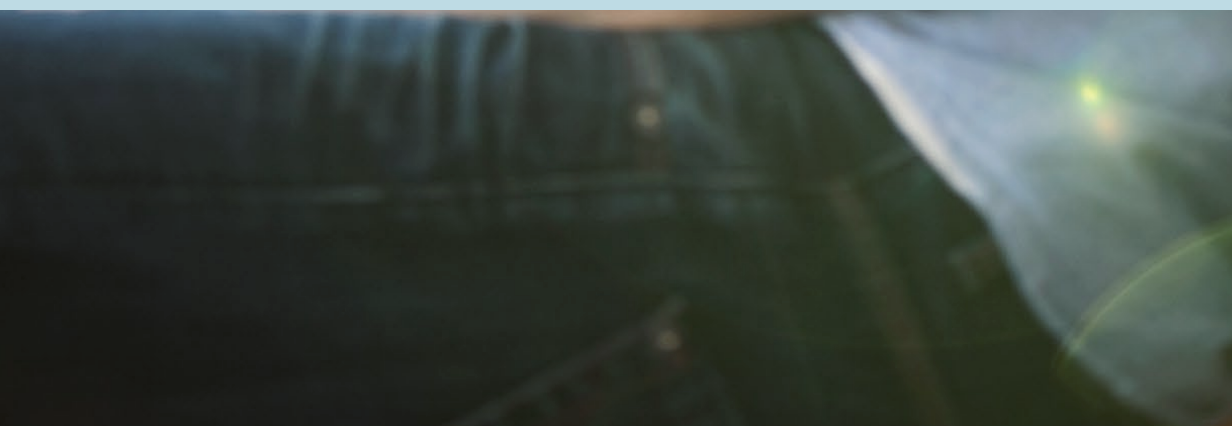
Z17/5502

Im Zeitverlauf ist die Zahl der HIV-Neuinfektionen in der PKV tendenziell rückläufig. Das Jahr 2016 markiert einen Bruch in der Zeitreihe, da hier eine interne Umstellung der Datenerhebung vorgenommen wurde und neu bekannt gewordene Fälle der Vorjahre in 2016 kumuliert ausgewiesen wurden.

Die Behandlung von HIV-Infizierten verursachte im Jahr 2017 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von 20.000 Euro.



6. Zeitreihen 2007 - 2017



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	2007	2008	2009	2010	2011
versicherte Personen	8.549.000	8.639.300	8.810.900	8.895.500	8.976.400
Nettoneuzugang	59.900	90.300	171.600	84.600	80.900
Zugänge aus der GKV	233.700	244.900	288.200	227.700	232.000
Abgänge zur GKV	154.700	151.000	146.500	153.200	157.600
Vollversicherte mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.214.900	7.217.600	7.300.200	7.298.800	7.322.500
Vollversicherte mit Beihilfeberechtigung	4.148.900	4.161.500	4.194.000	4.226.300	4.246.700

Pflegeversicherung	2007	2008	2009	2010	2011
versicherte Personen	9.320.000	9.373.900 ¹	9.534.100	9.593.000	9.666.900
davon Leistungsempfänger	140.230	131.062 ¹	138.181	142.696	145.099

¹ Angaben von Unternehmen nachträglich korrigiert.

2012	2013	2014	2015	2016	2017
8.956.300	8.890.100	8.834.400	8.787.300	8.772.700	8.753.400
- 20.100	- 66.200	- 55.700	- 47.100	- 14.600	- 19.300
159.900	123.900	115.500	120.400	129.100	129.300
162.400	161.200	145.700	140.200	130.600	133.000
7.304.100	7.250.300	7.197.700	7.173.100	7.026.400	7.104.500
4.254.900	4.255.600	4.269.700	4.291.500	4.329.100	4.356.000

Z17/6101

2012	2013	2014	2015	2016	2017
9.619.600	9.537.500	9.472.700	9.413.600	9.375.100	9.326.700
151.141	161.686	169.324	178.075	188.567	211.582

Z17/6102

Zusatzversicherungen (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	2007	2008	2009	2010	2011
Zusatzversicherungen insgesamt	20.009.400	20.983.200	21.478.400	21.969.400	22.498.900
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.167.600	5.382.700	5.565.400	5.643.500	5.712.800
Krankentagegeldversicherung	3.371.300	3.404.000	3.450.800	3.536.600	3.599.300
Krankenhaustagegeldversicherung	8.648.100	8.545.700	8.449.900	8.333.900	8.246.300
Pflegezusatzversicherung	1.174.000	1.316.200	1.500.500	1.699.500	1.880.400
geförderte Pflegezusatzversicherung					

6.2 Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010	2011
Krankenversicherung	27.578,4	28.360,3	29.393,7	31.174,3	32.562,3
davon Krankheitsvollversicherung	21.209,3	21.790,0	22.564,2	24.072,1	25.150,9
Pflegeversicherung	1.882,9	1.970,2	2.074,2	2.096,0	2.105,1
insgesamt	29.461,3	30.330,5	31.467,9	33.270,3	34.667,4

2012	2013	2014	2015	2016	2017
23.070.900	23.894.500	24.342.400	24.770.100	25.083.900	25.519.900
5.776.600	5.814.500	5.870.800	5.980.400	6.058.600	6.112.100
3.627.600	3.606.900	3.585.800	3.583.600	3.597.400	3.613.400
8.153.500	8.027.600	7.936.500	7.864.100	7.803.300	7.740.400
2.186.700	2.373.400	2.481.800	2.583.600	2.676.700	2.732.900
	359.600	558.600	683.600	777.200	834.000

Z17/6103

2012	2013	2014	2015	2016	2017
33.616,9	33.988,8	34.309,8	34.626,3	35.093,2	36.454,6
25.862,9	25.743,4	25.775,1	25.846,2	26.116,7	27.082,8
2.010,7	2.062,1	2.013,6	2.196,1	2.165,1	2.594,5
35.627,6	36.050,9	36.323,4	36.822,4	37.258,3	39.049,1

Z17/6201

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010
ambulante Leistungen	8.273,9	8.921,1	9.316,0	9.556,7
davon				
Arztbehandlung	4.591,4	4.944,0	5.124,3	5.238,9
Heilpraktikerbehandlung	186,8	196,6	207,5	218,7
Arzneien und Verbandmittel	2.047,4	2.223,3	2.330,8	2.406,3
Heilmittel	676,0	730,5	764,1	800,5
Hilfsmittel	674,5	719,9	739,4	762,3
Sonstiges	97,8	106,8	149,9	130,0
stationäre Leistungen	5.556,0	5.838,5	6.114,0	6.425,8
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	2.809,5	2.998,7	3.199,5	3.458,2
Wahlleistung Chefarzt	2.092,8	2.194,2	2.254,1	2.293,0
Wahlleistung Einbettzimmer	519,6	505,9	519,6	525,9
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankhaustagegeld	56,7	55,6	51,2	51,1
Sonstiges	77,4	84,1	89,6	97,6
Zahnleistungen	2.716,6	2.902,1	3.039,4	3.214,4
davon				
Zahnbehandlung	1.029,5	1.081,7	1.104,8	1.145,0
Zahnersatz	1.491,8	1.620,3	1.725,3	1.852,6
Kieferorthopädie	186,5	191,9	202,1	210,1
Sonstiges	8,8	8,2	7,2	6,7
Krankentagegeld	705,4	744,5	803,8	840,2
Krankhaustagegeld	500,6	512,4	507,4	504,3
Pflegezusatzversicherung	20,3	24,2	29,6	35,4
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	47,7	58,3	66,6	50,5
Besondere Versicherungsformen	499,0	550,2	576,6	589,4
Krankenversicherung	18.319,5	19.551,3	20.453,4	21.216,7
Pflegeversicherung	578,1	617,7	667,7	698,8
insgesamt	18.897,6	20.169,0	21.121,1	21.915,5

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
9.864,4	10.006,3	10.453,9	10.742,0	11.239,9	11.616,7	11.800,7
5.405,3	5.471,2	5.686,1	5.783,8	6.015,2	6.194,8	6.269,4
239,3	245,1	257,6	264,2	276,7	292,3	294,0
2.448,7	2.461,1	2.594,8	2.709,9	2.864,5	2.973,1	3.061,6
838,6	861,7	895,4	921,5	957,4	985,0	985,7
790,5	812,5	854,4	886,1	932,0	963,0	972,2
142,0	154,7	165,6	176,5	194,1	208,5	217,8
6.695,1	6.741,1	7.002,2	7.084,9	7.443,2	7.587,6	7.716,9
3.650,4	3.699,6	3.914,8	4.031,9	4.290,8	4.438,2	4.588,3
2.345,5	2.343,6	2.364,1	2.322,7	2.384,8	2.356,7	2.298,8
542,9	541,1	291,0	293,6	304,9	313,6	325,0
		262,5	260,8	270,7	276,4	291,9
51,5	49,5	52,5	53,3	55,6	57,6	57,6
104,8	107,3	117,3	122,6	136,4	145,1	155,3
3.408,3	3.649,7	3.905,4	3.935,9	4.034,4	4.104,8	4.125,1
1.198,0	1.290,7	1.380,2	1.380,8	1.397,7	1.408,1	1.416,8
1.984,5	2.121,4	2.271,9	2.291,6	2.361,6	2.411,8	2.416,7
219,0	230,1	244,4	255,9	267,3	278,1	284,4
6,8	7,5	8,9	7,6	7,8	6,8	7,2
864,0	874,3	884,7	874,5	874,2	865,8	863,5
505,3	495,4	495,6	487,2	486,8	480,5	469,6
44,4	54,0	67,4	83,4	104,1	122,0	171,2
	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7	1,1
62,6	77,9	76,9	78,1	77,9	79,0	86,3
609,5	609,0	605,8	624,3	679,3	685,6	685,2
22.053,6	22.507,7	23.492,0	23.910,4	24.940,1	25.542,7	25.919,6
720,5	779,3	857,1	880,1	967,8	1.049,6	1.286,1
22.774,1	23.287,0	24.349,1	24.790,5	25.907,9	26.592,3	27.205,7

Z17/6301

Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Person in Prozent	2007	2008	2009	2010
ambulante Leistungen	+ 6,58	+ 6,88	+ 2,86	+ 0,79
davon				
Arztbehandlung	+ 5,88	+ 6,74	+ 2,09	+ 0,45
Heilpraktikerbehandlung	+ 11,32	+ 4,33	+ 3,93	+ 3,56
Arzneien und Verbandmittel	+ 7,72	+ 7,64	+ 3,26	+ 1,43
Heilmittel	+ 5,87	+ 7,12	+ 3,02	+ 2,93
Hilfsmittel	+ 7,13	+ 5,80	+ 1,16	+ 1,29
Sonstiges	+ 8,61	+ 8,28	+ 38,21	- 14,55
stationäre Leistungen	+ 2,34	+ 4,36	+ 3,37	+ 4,15
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	+ 2,44	+ 5,80	+ 5,10	+ 6,19
Wahlleistung Chefarzt	+ 2,43	+ 3,60	+ 0,78	- 0,34
Wahlleistung Einbettzimmer	+ 0,62	- 3,80	+ 0,77	- 0,15
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankhaustagegeld	- 4,37	- 3,05	- 9,66	- 2,24
Sonstiges	+ 9,52	+ 7,70	+ 4,90	+ 7,30
Zahnleistungen	+ 7,48	+ 5,90	+ 3,16	+ 3,94
davon				
Zahnbehandlung	+ 4,56	+ 4,15	+ 0,60	+ 1,86
Zahnersatz	+ 10,17	+ 7,67	+ 4,88	+ 5,53
Kieferorthopädie	+ 6,00	+ 2,01	+ 3,72	+ 2,18
Sonstiges	- 31,79	- 7,77	- 12,63	- 8,43
Krankentagegeld	- 1,33	+ 4,63	+ 6,35	+ 3,01
Krankhaustagegeld	+ 0,27	+ 1,46	- 2,47	- 2,05
Pflegezusatzversicherung	+ 16,67	+ 18,49	+ 20,21	+ 17,99
geförderte Pflegezusatzversicherg.				
sonstige Leistungen	- 7,44	+ 21,07	+ 12,54	- 25,29
Besondere Versicherungsformen	+ 14,31	+ 9,31	+ 3,23	+ 0,73
Krankenversicherung	+ 4,95	+ 5,79	+ 3,04	+ 2,23
Pflegeversicherung	+ 1,48	+ 5,91	+ 6,48	+ 3,14
Versicherungsleistungen insgesamt	+ 4,84	+ 5,80	+ 3,15	+ 2,26
davon Gesamt für Krankheitskosten	+ 5,37	+ 5,83	+ 3,09	+ 2,16

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
+2,27	+1,09	+4,82	+3,46	+5,24	+3,72	+1,78
+2,22	+0,88	+4,29	+2,42	+4,61	+3,35	+1,40
+8,42	+2,09	+5,19	+3,26	+5,33	+6,02	+0,78
+0,82	+0,16	+5,80	+5,15	+6,32	+4,16	+3,18
+3,79	+2,40	+4,28	+3,62	+4,50	+3,25	+0,26
+2,74	+2,44	+5,47	+4,43	+5,79	+3,69	+1,15
+8,24	+8,56	+7,25	+7,33	+10,59	+7,81	+4,88
+3,61	+0,42	+4,43	+2,06	+5,69	+2,53	+2,18
+4,58	+1,00	+6,18	+3,70	+7,04	+3,80	+3,58
+1,62	-0,61	+0,61	-1,70	+2,32	-1,24	-2,69
+2,58	-0,86	+2,03	+0,94	+3,52	+2,75	+3,39
0,00	-4,29	+5,54	+1,49	+3,92	+3,54	-0,23
+6,44	+2,05	+9,69	+5,17	+11,93	+6,78	+7,44
+5,05	+6,72	+5,91	+1,47	+3,10	+2,10	+0,69
+3,67	+7,37	+6,22	+0,73	+1,81	+1,10	+0,81
+6,13	+6,54	+5,77	+1,56	+3,65	+2,48	+0,40
+3,29	+4,69	+5,42	+5,44	+5,06	+4,38	+2,46
0,00	+10,53	+8,33	-14,00	+3,49	-13,48	+6,49
+1,89	+0,85	+1,54	-0,47	+0,55	-0,61	+0,16
-0,72	-2,30	+0,38	-1,03	+0,51	-0,94	-1,86
+24,25	+21,13	+25,25	+24,64	+25,50	+17,70	+40,79
			0,00	+200,00	+166,67	+62,50
+22,98	+23,97	-0,92	+2,20	+0,34	+1,81	+9,67
+2,46	-0,43	-0,88	+3,76	+9,45	+1,28	+0,35
+2,98	+1,71	+4,46	+2,48	+4,91	+2,78	+1,91
+2,15	+7,79	+10,52	+3,39	+10,60	+8,83	+16,94
+2,96	+1,91	+4,67	+2,51	+5,12	+3,00	+2,50
+3,22	+1,97	+4,89	+2,66	+4,95	+3,06	+1,73

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

RfB in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010	2011
Entnahmen	2.379,4	3.498,5	2.850,8	4.230,5	2.766,1
davon					
zur Verrechnung	1.049,8	2.026,3	1.310,5	2.493,6	1.188,7
zur Verrechnung gemäß § 150 Abs. 4 VAG	294,0	309,4	264,4	468,4	186,6
zur Baraus- schüttung	1.035,6	1.162,8	1.275,9	1.268,5	1.390,8
Zuführung	3.686,0	2.492,5	2.913,7	3.760,1	4.156,8
Bestand	10.695,9	9.690,0	9.752,9	9.282,5	10.673,2

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrück- stellungen in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010	2011
Zuführung	10.212,6	10.733,9	10.945,0	12.680,6	11.422,6
davon					
Kranken- versicherung	8.933,5	8.696,2	9.732,0	10.547,5	9.934,1
Pflege- versicherung	1.279,1	2.037,7	1.213,0	2.133,1	1.488,5
Bestand	123.645,3	134.379,2	145.324,2	158.004,8	169.427,4
davon					
Kranken- versicherung	106.494,8	115.191,0	124.923,0	135.470,5	145.404,6
Pflege- versicherung	17.150,5	19.188,2	20.401,2	22.534,3	24.022,8

2012	2013	2014	2015	2016	2017
3.127,2	3.468,2	2.958,2	4.955,8	3.477,4	5.552,3
1.515,4	1.905,3	1.378,9	3.342,8	1.883,3	3.846,7
190,4	124,6	117,6	169,8	174,0	243,3
1.421,4	1.438,3	1.461,7	1.443,2	1.420,1	1.462,3
4.944,6	4.897,7	5.158,8	4.121,4	4.432,0	5.138,4
12.490,6	13.920,9	16.121,5	15.287,5	16.242,1	15.827,5

Z17/6401

2012	2013	2014	2015	2016	2017
12.188,3	12.395,6	12.181,2	13.890,7	12.636,4	14.486,4
10.502,8	10.995,4	10.802,8	11.339,3	11.120,0	12.559,5
1.685,5	1.400,2	1.378,4	2.551,4	1.516,4	1.926,9
181.615,7	194.011,3	206.192,5	220.083,2	232.719,6	247.206,0
155.907,4	166.902,8	177.705,6	189.044,9	200.164,9	212.724,4
25.708,3	27.108,5	28.486,9	31.038,3	32.554,7	34.481,6

Z17/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010	2011
Abschlussaufwendungen	2.383,4	2.528,6	2.668,5	2.649,0	2.756,2
Verwaltungsaufwendungen	783,1	790,2	802,6	815,0	849,2

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2007	2008	2009	2010
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,15	0,54	0,32	0,46
Anteil an verbundenen Unternehmen	0,60	1,36	0,36	1,83
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	0,63	1,78	0,25	0,27
Beteiligungen	0,97	1,19	0,67	0,74
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	2,33	3,19	1,82	1,20
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	15,08	14,78	12,49	15,27
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	5,93	8,84	14,89	17,87
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1,35	1,31	1,16	1,86
Namenschuldverschreibungen	25,73	21,63	21,93	26,19
Schuldscheinforderungen und Darlehen	18,19	18,02	23,24	14,53
übrige Ausleihungen	0,45	0,11	0,00	0,02
Einlagen bei Kreditinstituten	3,14	17,52	13,29	4,81
andere Kapitalanlagen	25,45	9,73	9,58	14,95
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2012	2013	2014	2015	2016	2017
2.588,3	2.441,3	2.346,5	2.386,2	2.440,4	2.466,9
879,4	867,7	890,1	860,4	869,1	888,8

Z17/6601

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0,31	0,18	0,34	0,42	0,24	0,21	0,43
1,15	1,46	2,19	0,90	1,18	2,19	2,55
0,47	1,02	1,35	0,72	0,46	1,09	0,29
0,72	0,63	0,65	0,39	0,76	1,26	2,08
0,21	0,05	0,05	0,00	1,16	0,23	0,02
16,68	21,75	17,89	32,77	36,83	27,99	28,64
15,63	23,06	26,05	23,85	22,70	28,21	29,21
2,51	2,20	2,49	1,94	1,44	2,57	2,26
24,84	13,71	14,53	14,86	7,26	15,07	13,86
17,83	21,89	16,29	8,11	3,70	6,54	7,45
0,02	0,13	0,13	1,10	1,52	0,49	0,20
4,72	3,20	4,67	3,39	13,72	1,88	2,08
14,91	10,72	13,37	11,55	9,02	12,28	10,93
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z17/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	2007	2008	2009	2010
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.590,0	1.514,2	1.551,9	1.600,9
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.333,1	1.639,8	1.633,1	2.075,1
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	635,8	1.050,3	1.077,4	1.155,4
Beteiligungen	1.350,3	1.528,8	1.648,8	1.747,4
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	58,7	361,9	518,9	476,6
Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere	29.331,1	30.327,5	30.458,5	33.671,0
Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere	7.048,2	8.240,1	10.273,0	14.153,4
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	3.387,6	3.540,7	3.686,9	3.943,3
Namenschuldverschreibungen	47.256,6	49.463,5	54.681,4	58.998,7
Schuldscheinforderungen und Darlehen	46.705,8	49.199,5	54.342,0	54.302,9
übrige Ausleihungen	1.565,5	1.695,4	1.460,2	1.042,8
Einlagen bei Kreditinstituten	1.641,1	2.496,3	1.458,3	1.788,4
andere Kapitalanlagen	437,8	432,1	516,2	526,3
insgesamt	142.341,6	151.490,1	163.306,6	175.482,2

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.625,4	1.620,2	1.676,6	1.765,8	1.811,2	1.826,7	1.947,2
2.059,8	2.293,3	2.803,3	2.915,6	3.475,8	3.910,4	4.707,0
1.170,3	1.547,8	1.709,1	1.852,7	1.997,5	2.148,6	2.149,0
1.909,8	2.065,3	2.113,5	2.086,6	2.220,2	2.500,7	2.339,4
499,0	250,8	229,4	219,4	163,3	180,7	190,4
36.001,1	42.547,6	48.267,9	54.572,8	64.406,4	73.231,0	81.386,3
17.475,4	24.330,9	31.457,3	37.997,5	44.681,3	52.126,2	61.013,0
4.446,6	4.992,1	5.455,3	5.696,9	5.947,4	6.258,0	6.665,7
65.130,4	66.811,5	68.748,9	71.229,6	71.045,7	71.849,2	71.808,3
53.837,4	52.083,3	50.444,7	48.642,1	44.819,0	41.827,6	38.810,8
960,4	772,9	1.142,1	1.199,1	1.388,2	1.188,8	1.174,6
2.612,5	2.527,2	3.262,5	3.183,1	2.848,7	1.746,3	1.058,2
573,8	629,9	644,4	735,7	892,3	1.200,2	1.108,5
188.301,9	202.472,8	217.955,0	232.096,9	245.697,0	259.994,4	274.358,4

Z17/6702

6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2007	2008	2009	2010
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	14,90	14,50	14,59	14,54
RfB- Quote ¹	32,82	29,21	28,41	26,11
RfB- Zuführungsquote ¹	11,15	7,67	8,26	10,30
RfB- Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag ¹	51,00	64,32	51,60	67,45
- Barausschüttung ¹	49,00	35,68	48,40	32,55
Überschussverwendungsquote ¹	89,64	89,03	87,04	88,38
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote ¹	10,43	9,21	8,26	10,81
Nettoverzinsung	4,75	3,56	4,27	4,23
Schadenquote ¹	78,83	79,85	80,72	78,78
Quote der Abschlussaufwendungen	8,08	8,33	8,47	7,96
Quote der Verwaltungsaufwendungen	2,66	2,60	2,55	2,45
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	3,27	2,93	3,78	5,70
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	0,71	1,04	2,06	0,96
- Zusatzversicherung	7,45	6,40	2,38	2,41
- insgesamt	5,34	4,80	2,29	1,99
Vorsorgequote	42,44	35,70	38,78	40,21

¹ Wert für 2012 aufgrund eines Fehlers nachträglich korrigiert.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
14,71	15,19	15,82	16,54	16,99	17,22	17,06
29,03	33,27	36,87	42,49	39,95	42,08	39,40
11,07	12,92	12,77	13,45	10,56	11,15	12,50
47,89	53,61	59,11	50,69	71,72	59,21	74,23
52,11	46,39	40,89	49,31	28,28	40,79	25,77
88,47	89,40	88,66	88,44	87,41	87,29	87,69
12,15	13,20	14,00	13,48	12,24	12,09	14,18
4,08	4,21	4,03	3,91	3,70	3,71	3,46
77,45	77,07	76,93	77,61	78,92	79,03	77,23
7,95	7,26	6,72	6,46	6,49	6,55	6,32
2,45	2,47	2,35	2,45	2,34	2,33	2,28
4,19	2,79	0,88	0,73	1,36	1,72	4,83
0,91	-0,22	-0,74	-0,63	0,00	-0,17	-0,22
2,41	2,56	2,04	1,87	0,00	1,27	1,74
1,98	1,77	1,26	1,20	1,21	1,57	1,26
40,50	42,95	42,12	43,24	39,11	39,90	39,39

Z17/6801



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	2015	2016	2017
insgesamt	82.175,7	82.521,7	82.792,4
davon			
Frauen ¹	41.661,6	41.824,5	41.948,8
Männer ¹	40.514,1	40.697,1	40.843,6
Geburten	737,6	792,1	784,9
Altersstruktur in Jahren²			
unter 6	4.330,4	4.466,1	4.578,9
6 bis unter 15	6.550,7	6.582,5	6.592,9
15 bis unter 25	8.777,8	8.746,9	8.683,1
25 bis unter 45	20.497,3	20.467,9	20.539,9
45 bis unter 65	24.719,2	24.748,6	24.687,9
ab 65	17.300,2	17.509,7	17.709,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2018)

1 Der Unterschied zur Gesamtzahl in 2016 ergibt sich durch Rundung.
 2 Der Unterschied zur Gesamtzahl in 2015 ergibt sich durch Rundung.

Z17/A1101

Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren¹	Frauen	Männer
0	83,18	78,36
5	78,49	73,69
10	73,51	68,72
15	68,54	63,75
20	63,60	58,83
25	58,65	53,96
30	53,71	49,09
35	48,80	44,25
40	43,92	39,45
45	39,09	34,73
50	34,35	30,13
55	29,74	25,73
60	25,28	21,62
65	21,00	17,80
70	16,91	14,25
75	13,03	10,93
80	9,42	7,92
85	6,45	5,47
90	4,26	3,70
95	2,88	2,55
100	2,11	1,91

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2018)

¹ nach Sterbetafel 2015/2017

Z17/A1102

Beschäftigung in Deutschland in 1.000 Personen	2015	2016	2017
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	30.944	31.607	32.359
davon			
Frauen	14.370	14.675	14.995
Männer	16.573	16.931	17.364
Arbeitslose²	2.795	2.691	2.533
davon			
Frauen	1.277	1.208	1.135
Männer	1.517	1.483	1.398

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Februar 2018, Juli 2018)

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

Z17/A1103

durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer¹ in Euro	2015	2016	2017
Frauen	3.423	3.527	3.597
Männer	4.224	4.320	4.392
insgesamt	3.979	4.078	4.149

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2018)

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

Z17/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsdienstberufen tätige Personen	2015	2016	2017
Ärzte	371.302	378.607	385.149
davon niedergelassen	120.733	119.641	118.356
Zahnärzte	71.425	71.926	72.122
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen^{1,2} (ohne Altenpfleger)	2.741.000	2.801.000	
Altenpfleger²	568.000	594.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt
(Stand: Dezember 2017, September 2018)

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

2 Die Zahlen für 2017 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z17/A1201

Anzahl der Krankenhäuser/ Krankenhausbetten	2015	2016	2017
Krankenhäuser	1.956	1.951 ¹	1.942
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	499.351	498.718 ¹	497.182

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: September 2018)

1 nachträgliche Korrektur des Statistischen Bundesamtes

Z17/A1202

Anzahl der Apotheken	2015	2016	2017
Apotheken	20.249	20.023	19.748

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: April 2018)

Z17/A1203

Gesundheitsausgaben	2015	2016	2017
insgesamt in Mrd. Euro ¹	343,5 ²	356,5	
BIP in Mrd. Euro	3.048,9 ²	3.159,8 ²	3.277,3
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent ¹	11,3	11,3	
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro ¹	4.205 ²	4.330	

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt (Stand: Februar 2018, August 2018)

1 Die Zahlen für 2017 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

2 nachträgliche Korrektur der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Z17/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2014	2015	2016
Arztbehandlung	5.990	6.060	6.290
Arzneien	828	874	835
Heilmittel	1.024	996	1.020
Hilfsmittel	420	461	477
Krankenhaus	689	693	665
Zahnmedizin	3.224	3.262	3.198
Sonstige¹	278	287	402
insgesamt	12.453	12.633	12.887

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: August 2018)

1 u.a. Heilpraktiker, Kuren

Z17/A1205

I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2015	2016	2017
Frauen	37.268.996	37.539.993	37.794.871
davon			
mitversichert	9.946.495	9.365.742	9.308.786
freiwillig versichert ²	1.799.986	1.850.725	1.881.275
Männer	33.853.337	34.406.440	34.896.181
davon			
mitversichert	7.000.504	6.780.606	6.837.958
freiwillig versichert ²	3.889.373	4.015.193	4.123.144
insgesamt	71.122.333	71.946.433	72.691.052
davon			
mitversichert	16.946.999	16.146.348	16.146.744
freiwillig versichert ²	5.689.359	5.865.918	6.004.419

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2017)

1 einschließlich Kinder
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z17/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2015	2016	2017
Ortskrankenkassen	11	11	11
Betriebskrankenkassen	98	92	86
Innungskrankenkassen	6	6	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen	1	1	1
Bundesknappschaft	1	1	1
Ersatzkassen	6	6	6
insgesamt	123	117	111

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2017)

Z17/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV in Mio. Euro	2015	2016	2017
Einnahmen	212.557,5	224.351,5	233.893,5
davon			
Bundeszuschuss	11.500,0	14.000,0	14.500,00
Ausgaben	213.674,9	222.730,0	230.388,6
davon			
Leistungsausgaben	202.047,8	210.355,7	217.828,1
Netto-Verwaltungskosten	10.430,6	10.980,4	10.859,3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juni 2018)

Z17/A1303

Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro	2015	2016	2017
Kapitalreserve am 1. Januar	6,63	8,31	9,34
Defizit			2,42
Überschuss	1,68	1,03	
Kapitalreserve am 31. Dezember	8,31	9,34	6,92

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: April 2018)

Z17/A1304

Rechengrößen der Gesetzlichen Krankenversicherung	2007	2008	2009	2010
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren	42.750	43.200	44.100	45.000
für alle übrigen Arbeitnehmer	47.700	48.150	48.600	49.950
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro				
West	42.750	43.200	44.100	45.000
Ost				
(durchschnittlicher) Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3}				
West	14,9		15,5/ 14,9 ⁴	14,9
Ost	14,5	14,9		
(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung^{2,3}				
West	530,81		569,63 / 547,58 ⁴	558,75
Ost	516,56	536,40		

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.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
44.550	45.900	47.250	48.600	49.500	50.850	52.200	53.100
49.500	50.850	52.200	53.550	54.900	56.250	57.600	59.400
44.550	45.900	47.250	48.600	49.500	50.850	52.200	53.100
15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,7	15,7	15,6
575,44	592,88	610,31	627,75	639,38	665,29	682,95	690,31

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.

Z17/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 (VWaG) 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 2018)



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
 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



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

