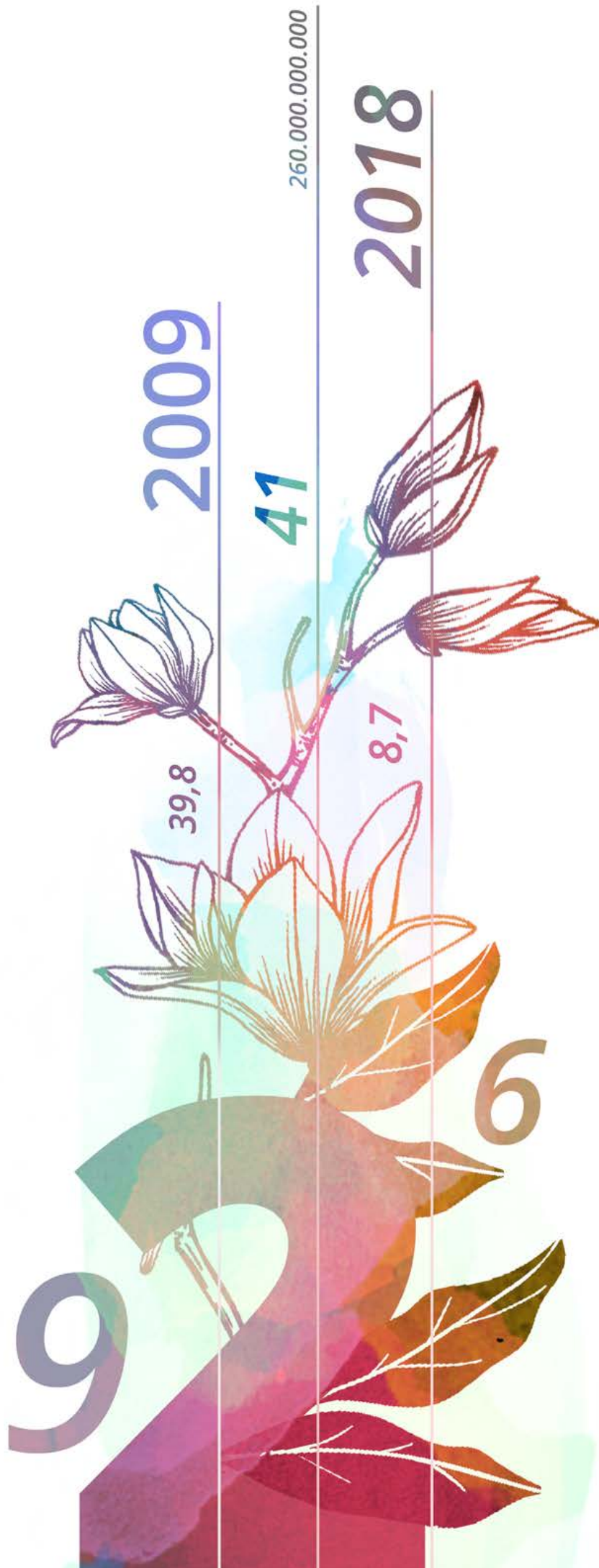


Zahlenbericht 2018



Inhalt

Interview // 04-06

1. Die Branche im Überblick // 07-20

09 // 1.1 Mitgliedsunternehmen

12 // 1.2 Versicherungsarten

15 // 1.3 Zahlenüberblick

2. Versicherungsbestand // 21-31

23 // 2.1 Krankheitsvollversicherung

28 // 2.2 Pflegeversicherung

29 // 2.3 Zusatzversicherungen

31 // 2.4 Besondere Versicherungsformen

31 // 2.5 Betriebliche Krankenversicherung

3. Erträge // 33-42

- 35 // 3.1 Beitragseinnahmen
- 38 // 3.2 Einmalbeiträge aus den RfB
- 39 // 3.3 Kapitalerträge

4. Aufwendungen // 43-61

- 46 // 4.1 Versicherungsleistungen
- 57 // 4.2 Gesamtgesellschaftliche Primärprävention
- 57 // 4.3 Schadenrückstellung
- 58 // 4.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung
- 59 // 4.5 Alterungsrückstellungen
- 61 // 4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

5. Statistiken zur Tarifikalkulation // 63-81

- 65 // 5.1 Profile
- 78 // 5.2 Sterbetafel
- 79 // 5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen
- 80 // 5.4 Krankenhausstatistik

6. Zeitreihen 2008 - 2018 // 83-99

- 84 // 6.1 Versicherungsbestand
- 86 // 6.2 Beitragseinnahmen
- 88 // 6.3 Versicherungsleistungen
- 92 // 6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung
- 92 // 6.5 Alterungsrückstellungen
- 94 // 6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen
- 94 // 6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen
- 98 // 6.8 Kennzahlen

Anhang // 101-116

- 102 // Grundlagen
- 110 // Glossar
- 114 // Mitgliederverzeichnis



Gesunde Basis mit stabilem Wachstum

Schon 2017 haben die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei einigen Versicherungsarten wie der betrieblichen Krankenversicherung ein sehr dynamisches Wachstum verzeichnet. Diese und andere erfreuliche Entwicklungen haben sich auch 2018 fortgesetzt. Wie sich die Branche 2018 insgesamt entwickelt hat, darüber haben wir mit Dr. Florian Reuther gesprochen, dem Direktor des PKV-Verbandes.

Herr Reuther, wenn Sie sich die Branchenzahlen der Privaten Krankenversicherung aus dem Jahr 2018 ansehen, was würden Sie besonders hervorheben?

Aus meiner Sicht stechen zwei Dinge heraus: Erstens die positive Entwicklung der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) und zweitens die stabile Versichertenzahl in der Krankheitsvollversicherung. Bei beiden verzeichnen wir einen sehr erfreulichen Trend. Bei der bKV hat sich das sehr gute Ergebnis von 2017 auch in 2018 wiederholt. Insgesamt bieten bereits 7.700 Arbeitgeber 760.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer betrieblichen Krankenversicherung einen ergänzenden GKV-Schutz. Das ist ein Wachstum von 27 Prozent allein in 2018. In der Krankheitsvollversicherung sind erfreulicherweise die Versichertenrückgänge der Jahre 2012 bis 2015 weitgehend gestoppt. Hier zeigt sich der stabilisierende Trend der vergangenen drei Jahre.

Können Sie die Entwicklung in der Krankheitsvollversicherung genauer erläutern?

Die Krankheitsvollversicherung muss sich seit einigen Jahren gegenüber zwei Sondereffekten behaupten: zum einen die aktuelle Lage am Arbeitsmarkt und zum anderen die überproportional steigende Jahresarbeitsentgeltgrenze. Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hat 2018 mit 33,4 Millionen Erwerbstätigen einen neuen Rekordstand erreicht, davon fallen viele zusätzliche Neu-Arbeitnehmer unter die Versicherungspflicht in der GKV. Parallel dazu sinkt die Zahl der Selbstständigen in Deutschland, 2018 mit einem Minus von 71.000 gegenüber dem Vorjahr. Im Ergebnis mussten wieder einmal zigtausende privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in Anstellungen mit Einkünften unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze in die GKV wechseln, ob sie das nun wollten oder nicht. Gleichzeitig wurde diese Entgeltgrenze von 57.600 Euro auf 59.400 Euro erneut überproportional angehoben, hier gibt es also einen politisch bedingten negativen Einfluss.

In den letzten Jahren ist die Sparte der Zusatzversicherungen immer beliebter geworden. Ein längerfristiger Trend oder eine Momentaufnahme?

Zweifelloos ein Trend. Wobei diese Sparte in der Branche mittlerweile absolut etabliert ist. Das

zeigt auch das anhaltend gute Wachstumsniveau. Die Zusatzversicherungen legten 2018 um rund zwei Prozent zu. Insgesamt haben die Deutschen etwas über 26 Millionen dieser Versicherungspolicen abgeschlossen. Das sind über eine halbe Million mehr Versicherungen als noch 2017. Am stärksten war dabei der prozentuale Zuwachs in der geförderten Pflegezusatzversicherung. Auch die Zahl der Zahnzusatzversicherungen als Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung nahm mit 2,2 Prozent verhältnismäßig stark zu und erreichte Ende des Jahres knapp über 16 Millionen Versicherungen.

In den vergangenen fünf Jahren haben u.a. die Pflegestärkungsgesetze zu massiven Leistungsausweitungen geführt. Schlägt sich das auch in den Ausgaben der Privaten Pflegeversicherung (PPV) nieder?

Die gesetzlichen Änderungen machen sich in der PPV auf der Ausgabenseite natürlich bemerkbar. Gleichzeitig steigt im Zuge der alternden Gesellschaft die Zahl der Pflegebedürftigen konstant weiter an. Daher haben wir in der PPV im Jahr 2018 Ausgaben von 1,44 Milliarden Euro zu verzeichnen. 2017 waren es noch 1,29 Milliarden Euro. Das ist eine Steigerung von fast zwölf Prozent innerhalb nur eines Jahres.

Die Pflegeversicherung ist als Teilkasko-Absicherung konzipiert worden. In den vergangenen Jahren ist der Eigenanteil für Pflegebedürftige stark gestiegen. Hat dadurch die Nachfrage an Pflegezusatzversicherungen zugenommen?

Ja und nein. Der Eigenanteil an den Pflegekosten vergrößert sich tatsächlich seit Jahren. Trotz wachsender Eigenanteile verzeichnen wir nur ein moderates Wachstum bei den Pflegezusatzversicherungen. Im Vergleich zu 2017 hat der Bestand um 1,8 Prozent zugelegt. Das macht insgesamt 2,8 Millionen Versicherungen. Deutlich stärker ist übrigens das Interesse an der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung, die nach dem damaligen Gesundheitsminister auch als „Pflege-Bahr“ bezeichnet wird. Hier waren es Ende 2018 rund 880.000 abgeschlossene Versicherungen, ein Plus gegenüber dem Vorjahr von 5,3 Prozent. Das zeigt, dass schon eine geringe staatliche Förderung durchaus erfolgreich Anreize dafür setzen kann, für das Pflegerisiko vor-

zusorgen. Um die gesetzliche Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, hat die PKV mit ihrem Vorschlag eines „Neuen Generationenvertrags für die Pflege“ ein eigenes, kapitalgedecktes Reformkonzept vorgelegt, das die demografischen Probleme des Umlagesystems lösen kann und generationengerecht funktioniert.

In Zeiten niedriger Zinsen werden immer wieder Äußerungen laut, Kapitaldeckung sei zur Finanzierung von Absicherung gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht geeignet. Was sagen Sie dazu?

Das halte ich offen gesprochen für ideologisch bedingte Propaganda. Richtig ist, dass das anhaltend niedrige Zinsniveau keine Erleichterung für die PKV-Unternehmen ebenso wie für jeden Vorsorge-Sparer ist. Allerdings zeigt sich selbst in diesem derzeit schwierigen Zinsumfeld, dass das kapitalgedeckte Versicherungssystem äußerst robust ist. Schließlich ist es den Unternehmen auch in 2018 wieder gelungen, trotz Niedrigzinsphase die Summe der Alterungsrückstellungen deutlich zu steigern, eine Nettoerrendite von mehr als drei Prozent zu erzielen und so eine nachhaltige und verlässliche Vorsorge für die Versicherten sicherzustellen.

Lässt sich das auch an der Entwicklung der Alterungsrückstellungen ablesen?

Im letzten Jahr haben die Unternehmen fast 13 Milliarden Euro zusätzlich an Alterungsrückstellungen gebildet. Das entspricht einem Wachstum von über fünf Prozent. Inzwischen liegt die Gesamtsumme der Rückstellungen für die Krankheits- und Pflegekosten im Alter bei 260 Milliarden Euro. Damit haben sich die Rückstellungen der Versicherten in den letzten zehn Jahren ungefähr verdoppelt.

Wie sieht es bei der Entwicklung der Beitragseinnahmen aus?

Die Beitragseinnahmen haben sich auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren entwickelt. Sie nahmen 2018 um 1,9 Prozent auf insgesamt 39,8 Milliarden Euro zu. Dabei stiegen die Einnahmen in der Krankenversicherung auf 37,2 Milliarden Euro, ein Plus von 2,2 Prozent. In der Pflegeversicherung haben wir allerdings einen leichten Rückgang. Im Vorjahr hatte es noch aufgrund der notwendigen Finanzierung von Mehrleistungen im Zuge der letzten Pflegereform deutliche Mehreinnahmen gegeben. In 2018 sanken die Beitragseinnahmen leicht um minus 1,4 Prozent auf 2,6 Mrd. Euro.

Auch bei den Versicherungsleistungen gab es 2018 wieder eine Steigerung. Wie ordnen Sie die Entwicklung ein?

Im vergangenen Jahr haben wir bei den Versicherungsleistungen eine Steigerung von etwa fünf Prozent zu verzeichnen. Das liegt prozentual etwas über den Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre und bildet auch die Leistungsausweitungen durch gesetzliche Neuregelungen ab. Kein Grund zur Beunruhigung also. Insgesamt ist seit etwa zehn Jahren der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben in der PKV geringer als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Konkret stiegen die Leistungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung 2018 auf zusammen 28,6 Milliarden Euro. In der Krankenversicherung erhöhten sich die Versicherungsleistungen um 4,7 Prozent auf 27,1 Milliarden Euro, in der Pflegeversicherung um 11,9 Prozent auf 1,4 Milliarden Euro.

01 Die Branche im Überblick

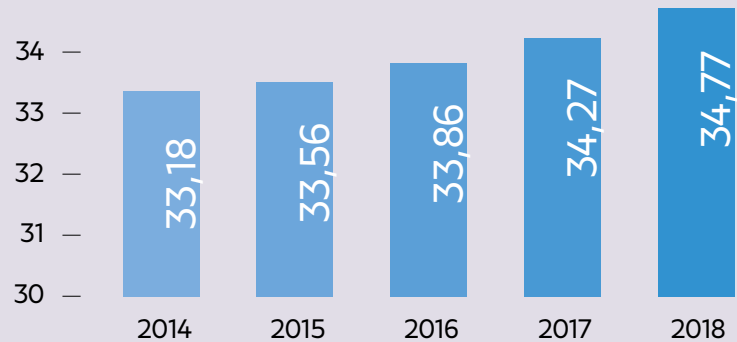


KAPITEL 01

Versicherungsbestand: Entwicklung der letzten fünf Jahre

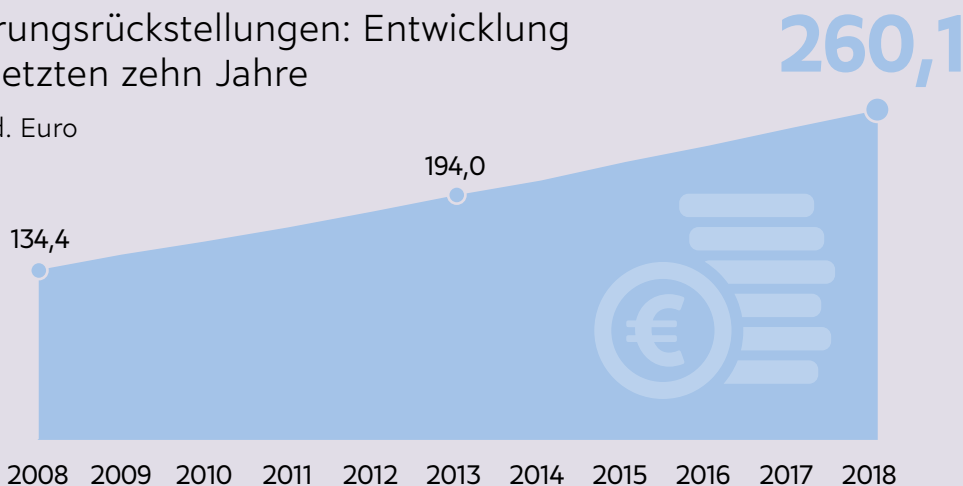
Krankheitsvoll- und Zusatzversicherungen in Mio.

Insgesamt ist die Zahl der Privatversicherten in der Vollversicherung und der Zusatzversicherung in den vergangenen fünf Jahren weiter gestiegen.



Alterungsrückstellungen: Entwicklung der letzten zehn Jahre

in Mrd. Euro

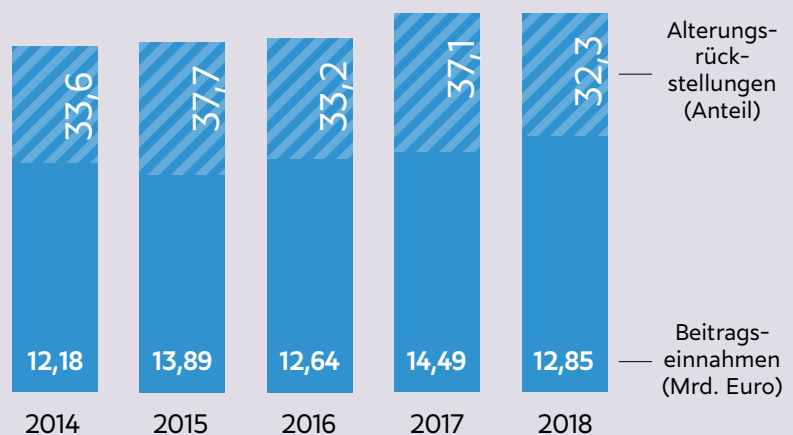


Trotz Niedrigzinsphase hat die PKV die Rückstellungen deutlich ausbauen können.

Neue Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen: Gegenüberstellung der letzten fünf Jahre

Verhältnis von Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen in Prozent

In der kapitalgedeckten Finanzierung der PKV geht Jahr für Jahr etwa ein Drittel der Einnahmen in die Vorsorge fürs Alter.



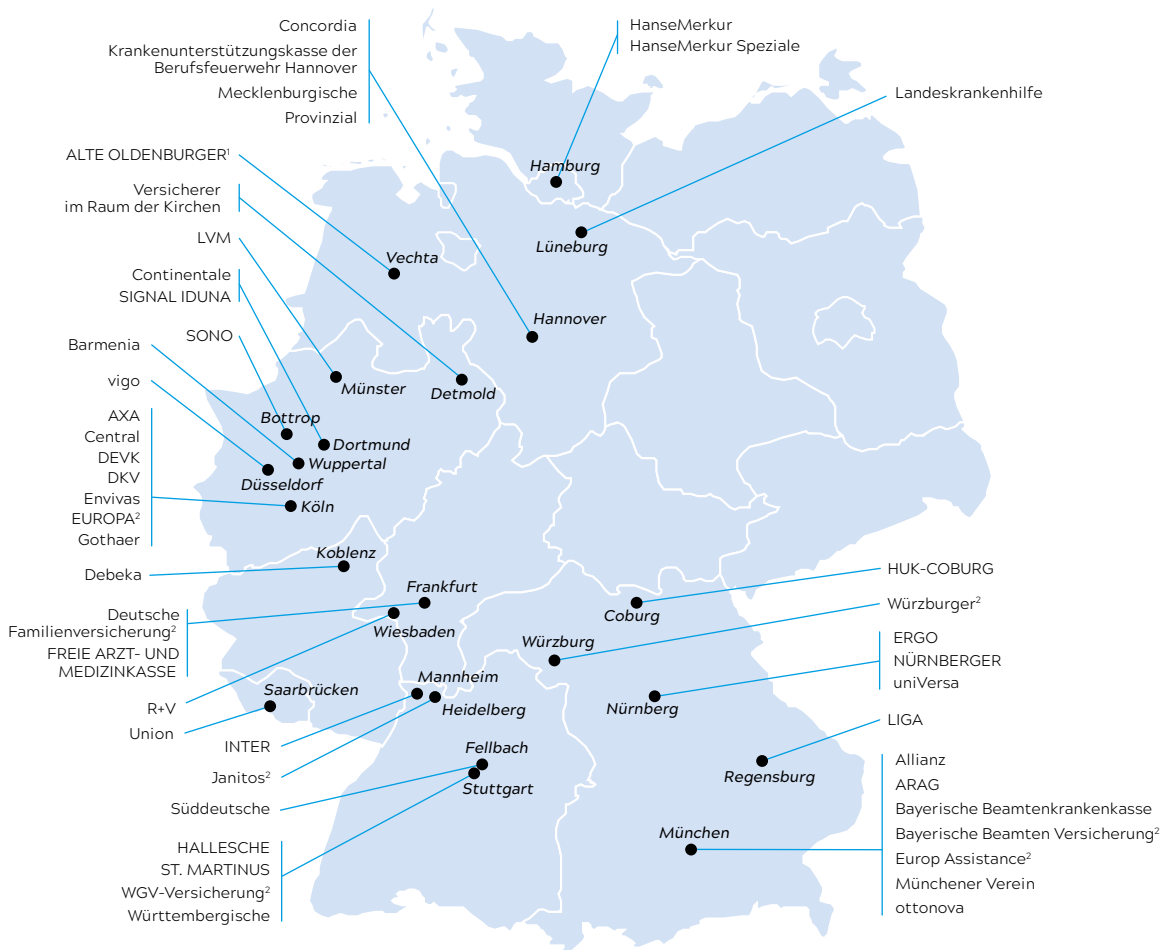
1.1 Mitgliedsunternehmen

Anzahl der Unternehmen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2018 41 (2017: 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 31.12.2018



1 als Krankenversicherung AG und als Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. 2 außerordentliches Mitglied

Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2018 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	
	2018	2017	2018	2017
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	16	16	32	32
Anzahl der Vollversicherten	4.543.700	4.520.900	4.192.600	4.232.500
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	52,01	51,65	47,99	48,35
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	16.369,5	16.154,1	23.434,6	22.895,0
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	41,13	41,37	58,87	58,63

Z18/1102

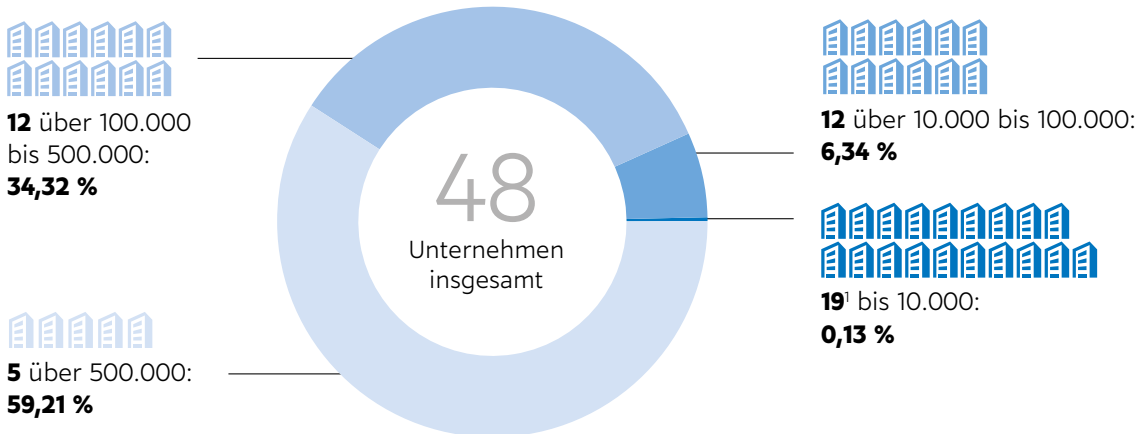
Zwölf Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 5.365,4 Mio. Euro machten 13,48 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 13,02 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

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

Größenverhältnisse der Unternehmen

Die dem Verband angehörenden Unternehmen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Größe. Klassifiziert man die Unternehmen nach der Anzahl der vollversicherten Personen, ergibt sich die folgende Aufteilung:

Größenverhältnisse nach Vollversicherungsbestand 2018



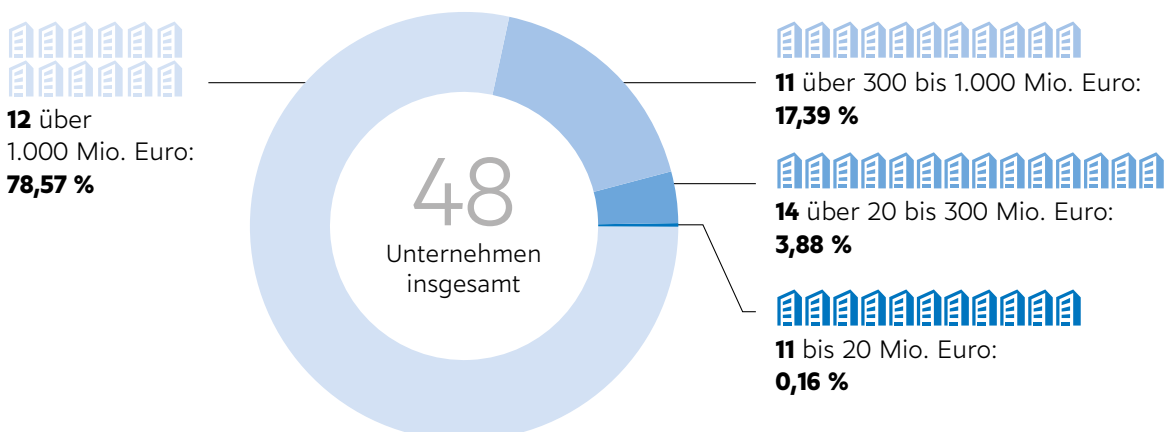
¹ Von diesen Unternehmen bieten zwölf keine Krankheitsvollversicherung an, haben also den Bestand 0.

So lesen Sie die Grafik: 12 Mitgliedsunternehmen mit jeweils mehr als 100.000 bis maximal 500.000 vollversicherten Personen repräsentieren einen Anteil von 34,32 Prozent am gesamten Vollversichertenbestand.

Z18/1103

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

Größenverhältnisse nach Beitragseinnahmen 2018



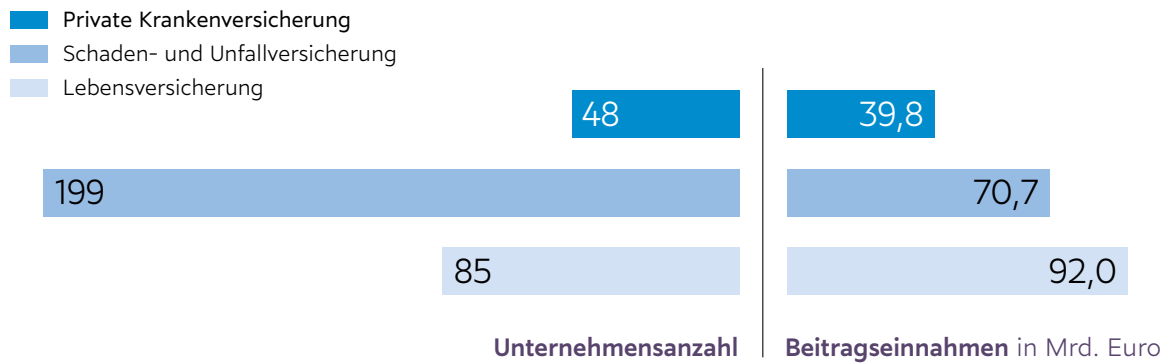
So lesen Sie die Grafik: 11 Mitgliedsunternehmen mit Beitragseinnahmen von jeweils mehr als 300 Mio. Euro bis maximal 1,0 Mrd. Euro repräsentieren einen Anteil von 17,39 Prozent an den gesamten Beitragseinnahmen.

Z18/1104

Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2018 wie folgt dar:

Vergleich mit anderen Individualversicherungszweigen 2018



Quelle: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und eigene Erhebungen

Z18/1105

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 Kosten-erstattungstarife für die Arztbehandlung oder als ambulante Ergänzungstarife durch Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen, Hörgeräten oder Vorsorgeuntersuchungen.

→ Tarife für Walleistungen im Krankenhaus

Erstattet werden die Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Walleistung Unterkunft) und die Behandlung durch den Chefarzt.

→ Zahntarife

In der Regel beinhalten solche Tarife Leistungen für Zahnersatz, manchmal zusätzlich auch für Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Die Erstattung erfolgt als Zuschuss, der prozentual bis zu einer festgelegten Höchstgrenze bezahlt wird.

Krankentagegeldversicherung

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

Krankenhaustagegeldversicherung

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

Pflegezusatzversicherung

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

→ Pfl egetagegeld

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 voll-finanzierte Zusatzversicherung zur Aufstockung des GKV-Schutzes bzw. eines PKV-Vollversicherungsschutzes. Der Arbeitgeber tritt dabei als Versicherungsnehmer in Erscheinung. Aufgrund der größeren Zahl von versicherten Personen je Vertrag lassen sich Beitragsvergünstigungen und u. U. auch der Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung ermöglichen.

1.3 Zahlenüberblick

Mitgliedsunternehmen des Verbandes 2018

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.

Z18/1301

Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8.736.300	8.753.400	-17.100	-0,20
Pflegeversicherung	9.286.200	9.326.700	-40.500	-0,43
Zusatzversicherungen ¹	26.030.200	25.519.900	+510.300	+2,00
davon unter anderem				
ambulante Tarife	7.945.000	8.023.200	-78.200	-0,97
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	6.180.800	6.112.100	+68.700	+1,12
Zahntarife	16.005.400	15.665.200	+340.200	+2,17
Krankentagegeldversicherung	3.638.900	3.613.400	+25.500	+0,71

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.

Z18/1302

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	27.608,7	27.082,8	+525,9	+1,94
Pflegeversicherung	2.557,7	2.594,5	-36,8	-1,42
Zusatzversicherungen	8.770,0	8.528,1	+241,9	+2,84
davon unter anderem				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.781,9	5.605,2	+176,7	+3,15
Krankentagegeldversicherung	1.114,6	1.127,6	-13,0	-1,15
Besondere Versicherungsformen	867,7	843,7	+24,0	+2,84
insgesamt	39.804,1	39.049,1	+755,0	+1,93
insgesamt ohne Pflegeversicherung	37.246,4	36.454,6	+791,8	+2,17

Z18/1303

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 14,53 Prozent an den Beitragseinnahmen.

Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungsleistungen	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	27.140,4	25.919,6	+1.220,8	+4,71
Pflegeversicherung	1.439,7	1.286,1	+153,6	+11,94
insgesamt	28.580,1	27.205,7	+1.374,4	+5,05

Z18/1304

Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsarten

Leistungsart	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	12.350,4	11.800,7	+549,7	+4,66
stationäre Leistungen	8.134,9	7.716,9	+418,0	+5,42
Zahnleistungen	4.289,0	4.125,1	+163,9	+3,97
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	24.865,5	23.729,0	+1.136,5	+4,79

Z18/1305

Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	223.902,0	212.724,4	+11.177,6	+5,25
Pflegeversicherung	36.156,1	34.481,6	+1.674,5	+4,86
insgesamt	260.058,1	247.206,0	+12.852,1	+5,20

Z18/1306

Jahresergebnis

Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2018

in Mio. Euro

I. Erträge		50.972,0
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	39.787,9	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	2.654,5	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	8.529,6	
II. Aufwendungen		50.652,0
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungsaufwendungen [G])	28.631,9	
1. b) Aufwendungen für Beitragsrückerstattung (erfolgsunabhängig und erfolgsabhängig)	4.182,2	
1. c) Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen [G]	12.852,1	
2. a) Abschlussaufwendungen [G]	2.544,4	
2. b) Verwaltungsaufwendungen [G]	902,5	
3. Steuern	543,5	
4. sonstige Aufwendungen und Erträge	995,4	
III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen		320,0

Z18/1307

Kurzbilanz

Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2018

in Mio. Euro

Aktiva:	
A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	335,4
C. Kapitalanlagen	287.960,7
I. Grundstücke	2.019,8
II. Kapitalanlagen in verbunden Unternehmen u. Beteiligungen	11.258,0
III. Sonstige Kapitalanlagen	274.682,1
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,8
E. Forderungen	1.352,7
F. Sonstige Vermögensgegenstände	1.321,9
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.082,5
I. Aktive latente Steuern gem. § 274 HGB	196,9
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	55,3
Summe Aktiva	294.305,4
Passiva:	
A. Eigenkapital	6.943,0
B. Genussrechtskapital	0,0
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	30,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	283.360,8
I. Beitragsüberhänge	144,5
II. Deckungsrückstellung	260.058,1
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	7.194,6
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	15.894,9
V. Sonstige Rückstellungen	68,7
G. Andere Rückstellungen	1.840,6
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	1,1
I. Andere Verbindlichkeiten	2.055,9
K. Rechnungsabgrenzungsposten	74,0
L. Passive latente Steuern gem. § 274 HGB	0,0
Summe Passiva	294.305,4

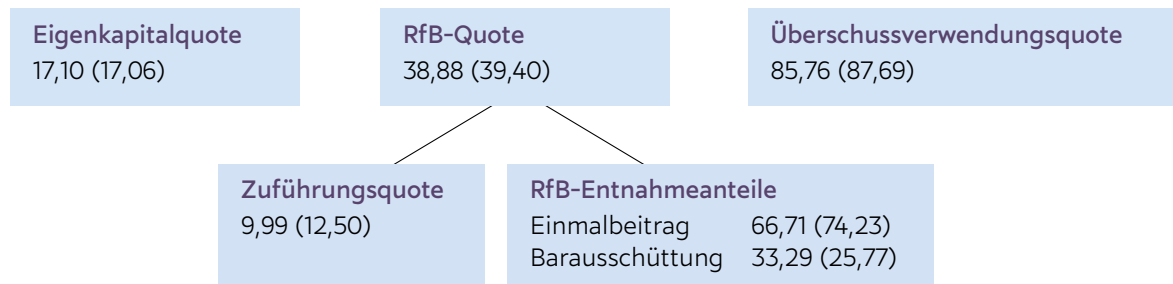
Z18/1308

Kennzahlen

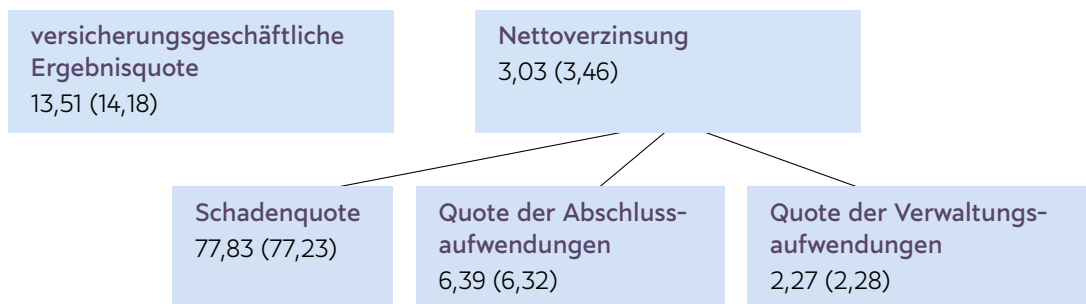
Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2018

in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

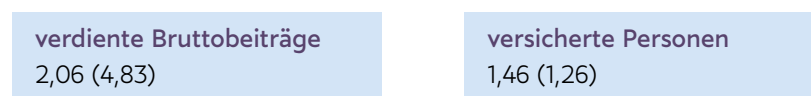
Sicherheit und Finanzierbarkeit



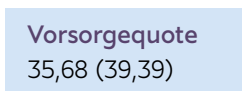
Erfolg und Leistung



Wachstum



Vorsorge



Z18/1309

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.

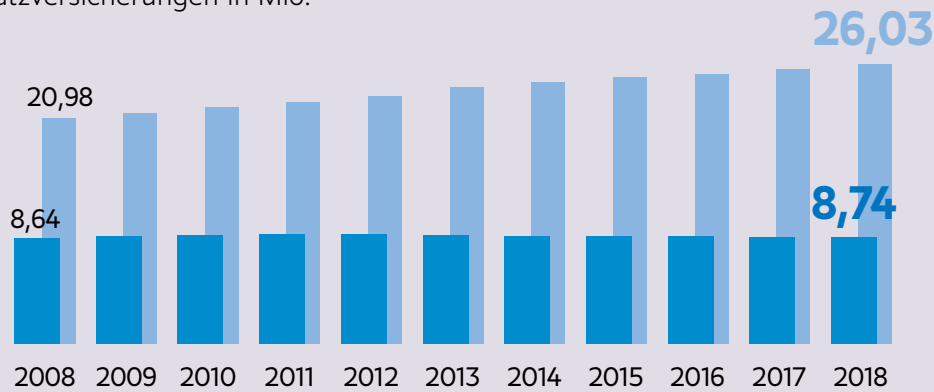
02 **Versicherungsbestand**



KAPITEL 02

Versicherungsbestand: Entwicklung der letzten zehn Jahre

- Krankheitsvollversicherungen in Mio.
- Zusatzversicherungen in Mio.

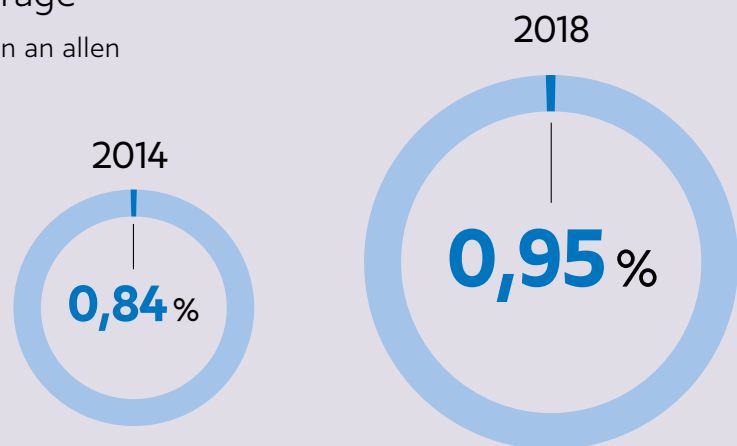


Sowohl in der Vollversicherung wie auch in der Zusatzversicherung ist die Zahl der Versicherten in den vergangenen zehn Jahren gestiegen.

Sozialtarife: geringe Nachfrage

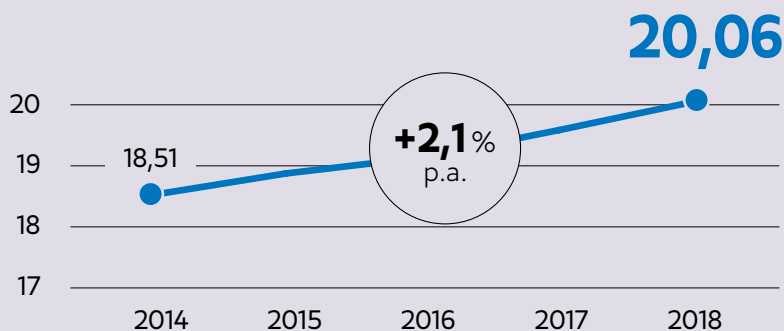
Anteil der Versicherten in Sozialtarifen an allen Vollversicherten in der PKV

Weniger als ein Prozent der Vollversicherten sind im Basis- oder Standardtarif versichert.



Zusatzversicherungen als Ergänzung zum GKV-Schutz: Entwicklung der letzten fünf Jahre

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz in Mio.



Die Zusatzversicherungen, die den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Zahntarife oder Wahlleistungen im Krankenhaus) ergänzen, sind auch in 2018 verstärkt nachgefragt.

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 39.804,1 Mio. Euro beträgt 69,36 Prozent. Ende 2018 hatten 10,53 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 2018 mit minus 17.100 Personen auf ähnlichem Niveau wie der Neuzugang des Vorjahres (minus 19.300 Personen). Grund für den leicht negativen Nettoneuzugang ist ein anhaltender Sondereffekt (siehe Interview).

	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.736.300	8.753.400	-17.100	-0,20

Z18/2101

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

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

Wanderungsbewegung	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	133.700	129.300	+4.400	+3,40
Abgänge zur GKV	132.900	133.000	-100	-0,08
Differenz	800	-3.700	+4.500	+121,62

Z18/2102

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.

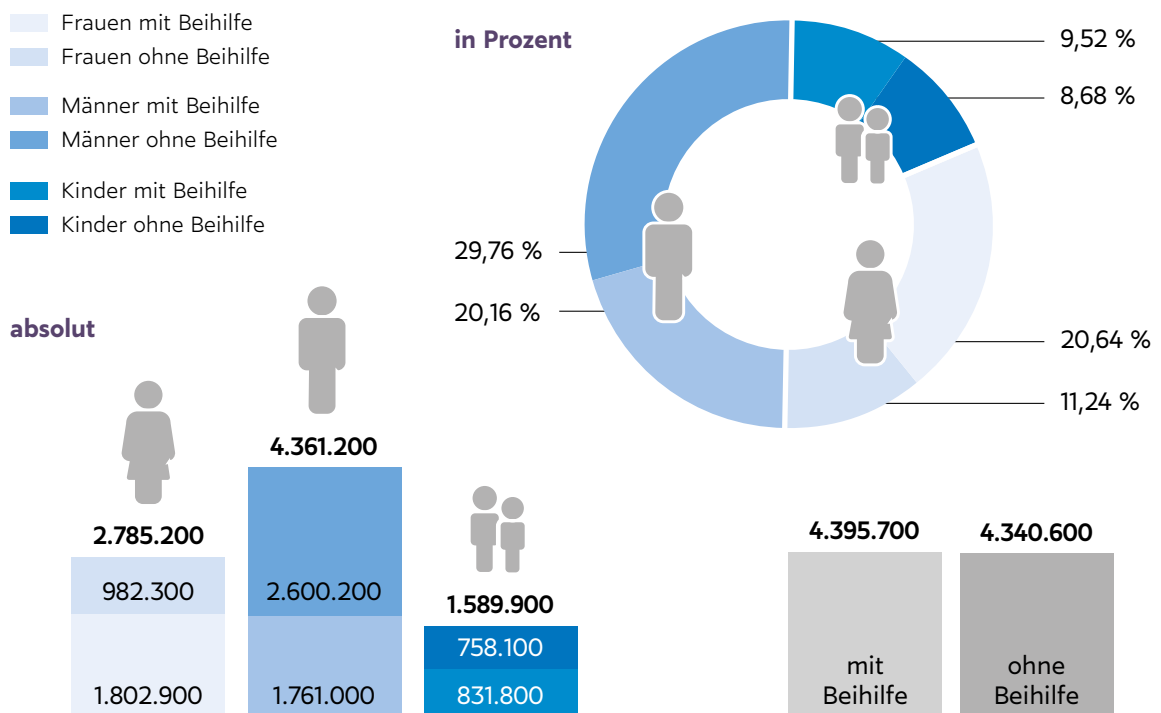
	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	284.600	280.600	+4.000	+1,43

Z18/2103

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 2018 waren 50,32 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2018



Z18/2104

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 Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.093.800	7.104.500	-10.700	-0,15

Z18/2105

Krankentagegeld

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

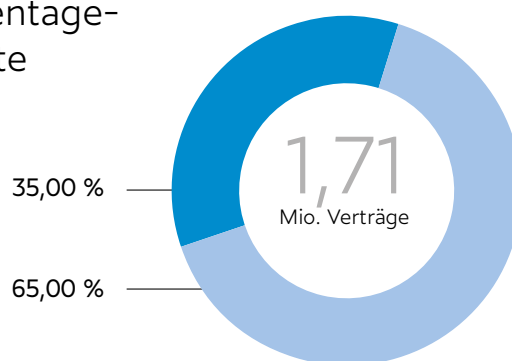
	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.714.900	1.759.800	-44.900	-2,55

Z18/2106

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.

Versichertenstruktur in der Krankentagegeldversicherung für vollversicherte Personen 2018

- Selbstständige
- Arbeitnehmer



Z18/2107

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	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.500	0	0,00
ohne Beihilfe	44.800	43.700	+1.100	+2,52
insgesamt	51.300	50.200	+1.100	+2,19
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	486	419	+67	+15,99

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.

Z18/2108

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 0,95 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

Basistarif [G]

Der brancheneinheitliche Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 per Gesetz eingeführt. Sein Beitrag ist auf den Beitrag begrenzt, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze [G] berechnet; 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}	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	32.000	31.400	+ 600	+ 1,91
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	1.700	1.900	- 200	- 10,53
aus der Nichtversicherung	12.900	12.800	+ 100	+ 0,78
aus der GKV ³	500	500	0	0,00
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	15.500	14.700	+ 800	+ 5,44
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	900	0	0,00
sonstiger Zugang	500	600	- 100	- 16,67
Beitragshalbierung wegen Hilfebefürftigkeit⁴	18.900	18.300	+ 600	+ 3,28

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.

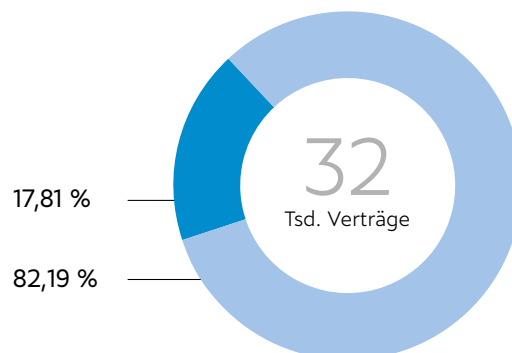
4 Während nachgewiesener Hilfebefürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebefürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert.

Z18/2109

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

Versichertenstruktur im Basistarif 2018

- versicherte Personen mit Beihilfe
- versicherte Personen ohne Beihilfe



Z18/2110

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	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	8.000	8.100	-100	-1,23
ohne Beihilfe	94.000	97.700	-3.700	-3,79
insgesamt	102.000	105.800	-3.800	-3,59

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

Z18/2112

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	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.033.200	3.033.400	-200	-0,01
Männer	4.657.100	4.689.500	-32.400	-0,69
Kinder	1.595.900	1.603.800	-7.900	-0,49
insgesamt	9.286.200	9.326.700	-40.500	-0,43

Z18/2201

Der Bestand in der Pflegeversicherung übertrifft den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 549.900 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 2018 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

Zusatzversicherungen ¹	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	12.703.300	12.400.600	+ 302.700	+ 2,44
Männer	10.760.900	10.520.400	+ 240.500	+ 2,29
Kinder	2.566.000	2.598.900	- 32.900	- 1,27
insgesamt	26.030.200	25.519.900	+ 510.300	+ 2,00

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.

Z18/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2018	2017	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	3.792.700	3.789.900	+ 2.800	+ 0,07
	Männer	2.946.200	2.947.900	- 1.700	- 0,06
	Kinder	1.206.100	1.285.400	- 79.300	- 6,17
	insgesamt	7.945.000	8.023.200	- 78.200	- 0,97
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.763.900	2.734.000	+ 29.900	+ 1,09
	Männer	1.996.600	1.959.500	+ 37.100	+ 1,89
	Kinder	1.420.300	1.418.600	+ 1.700	+ 0,12
	insgesamt	6.180.800	6.112.100	+ 68.700	+ 1,12
Zahntarife	Frauen	8.197.000	7.978.100	+ 218.900	+ 2,74
	Männer	6.254.900	6.077.500	+ 177.400	+ 2,92
	Kinder	1.553.500	1.609.600	- 56.100	- 3,49
	insgesamt	16.005.400	15.665.200	+ 340.200	+ 2,17
insgesamt¹	Frauen	10.040.700	9.765.900	+ 274.800	+ 2,81
	Männer	7.647.600	7.427.400	+ 220.200	+ 2,96
	Kinder	2.366.700	2.390.200	- 23.500	- 0,98
	insgesamt	20.055.000	19.583.500	+ 471.500	+ 2,41

¹ Eine Person kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird sie in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird sie jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.

Z18/2302

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten		2018	2017	Veränderung	
				absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung ¹	Frauen	1.071.900	1.029.900	+42.000	+4,08
	Männer	2.557.700	2.575.700	-18.000	-0,70
	Kinder	9.300	7.800	+1.500	+19,23
	insgesamt	3.638.900	3.613.400	+25.500	+0,71
Krankenhaustagegeldversicherung	Frauen	3.082.700	3.097.300	-14.600	-0,47
	Männer	3.481.800	3.518.000	-36.200	-1,03
	Kinder	1.113.700	1.125.100	-11.400	-1,01
	insgesamt	7.678.200	7.740.400	-62.200	-0,80
Pflegezusatzversicherung ²	Frauen	1.128.500	1.103.300	+25.200	+2,28
	Männer	1.372.600	1.355.500	+17.100	+1,26
	Kinder	281.600	274.100	+7.500	+2,74
	insgesamt	2.782.700	2.732.900	+49.800	+1,82
davon					
Pflege-tagegeldversicherung	Frauen	1.051.000	1.026.800	+24.200	+2,36
	Männer	1.259.800	1.242.700	+17.100	+1,38
	Kinder	263.900	255.800	+8.100	+3,17
	insgesamt	2.574.700	2.525.300	+49.400	+1,96
Pflegekostenversicherung	Frauen	137.200	135.700	+1.500	+1,11
	Männer	188.200	187.700	+500	+0,27
	Kinder	38.000	37.900	+100	+0,26
	insgesamt	363.400	361.300	+2.100	+0,58
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	Frauen	472.500	448.500	+24.000	+5,35
	Männer	400.600	381.500	+19.100	+5,01
	Kinder	4.900	4.000	+900	+22,50
	insgesamt	878.000	834.000	+44.000	+5,28

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.

2.4 Besondere Versicherungsformen

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

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreise- krankenversicherung	27.274.800	25.927.300	+1.347.500	+5,20
Spezielle Ausschnitts- versicherung	31.673.600	28.087.400	+3.586.200	+12,77
Beihilfeablöseversicherung	600.800	610.700	-9.900	-1,62
Restschuld- und Lohnfort- zahlungsver-sicherung	14.700	15.800	-1.100	-6,96

Z18/2401

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	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
versicherte Personen ¹	757.500	672.500	+85.000	+12,64
Anzahl Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)	7.700	6.059	+1.641	+27,08

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

Z18/2501

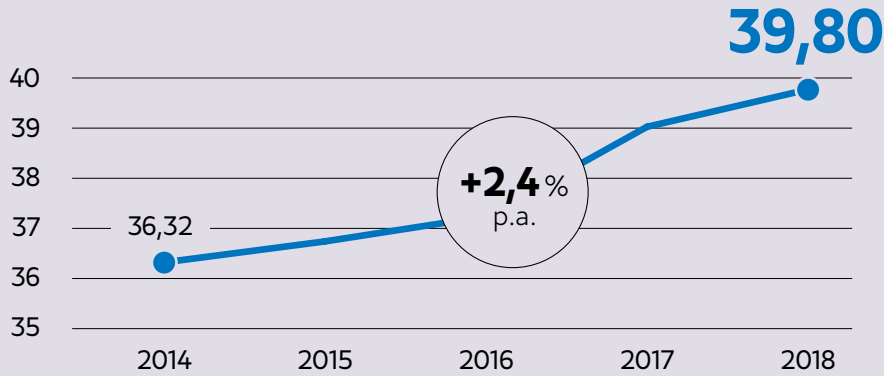
03 Erträge



KAPITEL 03

Beitragseinnahmen: Entwicklung der letzten fünf Jahre

Beitragseinnahmen in Mrd. Euro

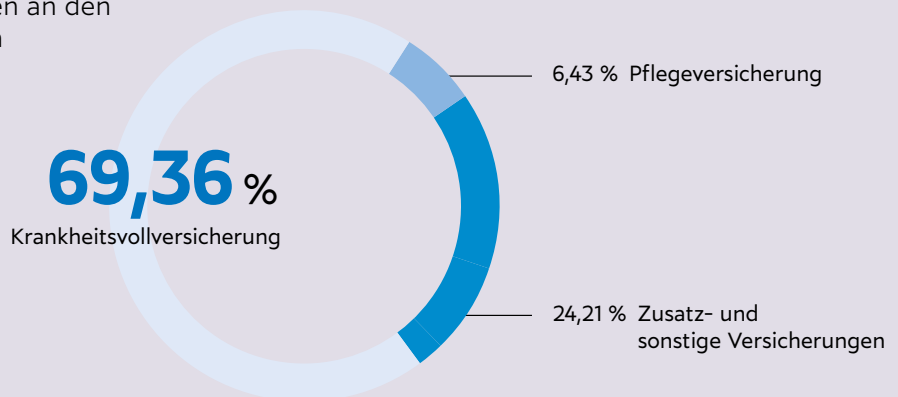


In den vergangenen 5 Jahren sind die Beitragseinnahmen der PKV durchschnittlich um 2,4 Prozent gestiegen.

Beitragseinnahmen 2018: bedeutende Rolle der Vollversicherung

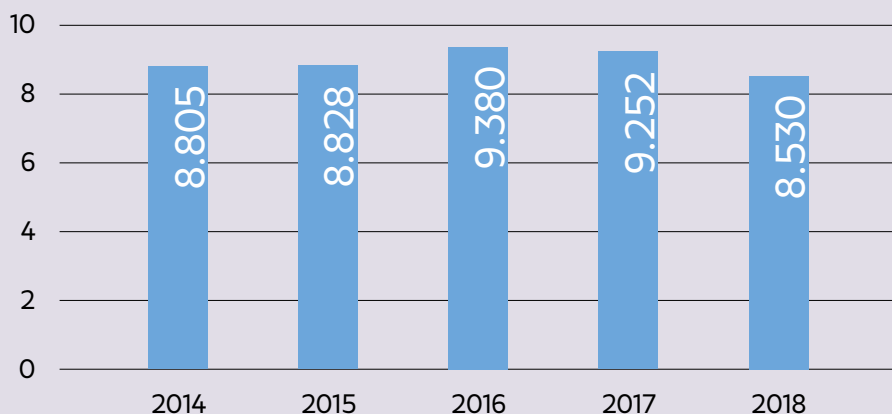
Anteile der Versicherungsarten an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent

Die Einnahmen aus Zusatzversicherungen und sonstigen Policen machen nur rund ein Viertel der Beitragseinnahmen der PKV aus.



Kapitalerträge: Entwicklung der letzten fünf Jahre

Kapitalerträge in Mio. Euro



Trotz anhaltender Niedrigzinsphase erwirtschaftet die PKV Kapitalerträge auf stabilem Niveau.

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 2018 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

Finanzierungsquellen 2018	in Mio. Euro
Beitragseinnahmen (abgegrenzt)	39.787,9
Entnahmen aus den RfB	2.654,5
Kapitalerträge	8.529,6
insgesamt	50.972,0

Z18/3001

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:

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
abgegrenzte Beitragseinnahmen	39.787,9	39.040,2	+747,7	+1,92

Z18/3101

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	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	27.608,7	27.082,8	+525,9	+1,94
Pflegeversicherung	2.557,7	2.594,5	-36,8	-1,42
Zusatzversicherungen	8.770,0	8.528,1	+241,9	+2,84
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.781,9	5.605,2	+176,7	+3,15
Krankentagegeldversicherung	1.114,6	1.127,6	-13,0	-1,15
Krankenhaustagegeldversicherung	476,7	485,3	-8,6	-1,77
Pflegezusatzversicherung	1.104,8	1.033,7	+71,1	+6,88
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	292,0	276,3	+15,7	+5,68
Besondere Versicherungsformen	867,7	843,7	+24,0	+2,84
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	409,5	400,3	+9,2	+2,30
Spezielle Ausschnittsversicherungen	166,9	160,6	+6,3	+3,92
Beihilfeablöseversicherung	278,8	268,5	+10,3	+3,84
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	12,5	14,3	-1,8	-12,59
insgesamt	39.804,1	39.049,1	+755,0	+1,93
insgesamt ohne Pflegeversicherung	37.246,4	36.454,6	+791,8	+2,17

Z18/3102

Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2018 insgesamt um 1,9 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung deutlich unter dem Vorjahresniveau (2017: plus 4,8 Prozent).

Umlage in der Privaten Pflegeversicherung

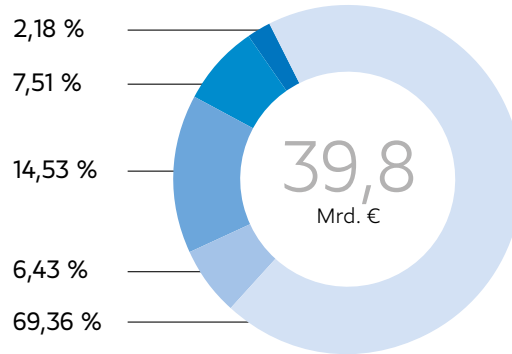
Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Daher wird in der Privaten Pflegeversicherung das übliche 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 2018 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.

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2018

- Krankheitsvollversicherung
- Pflegeversicherung
- Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz
- sonstige Zusatzversicherungen
- Besondere Versicherungsformen



Z18/3103

Gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]

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

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

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

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag	1.187,0	1.192,1	-5,1	-0,43

Z18/3104

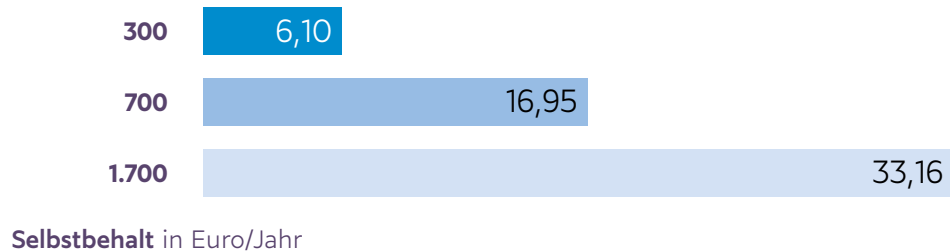
Selbstbehalt und Beitrag

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:

Beitragsentlastung durch Selbstbehalt 2018

in Prozent



Tarifbeispiel: Unisextarif, Eintrittsalter 33 Jahre

So lesen Sie die Grafik: Bei einer Vereinbarung von 1.700 Euro Jahresselfbehalt zahlt eine Person 33,16 Prozent weniger, als wenn sie den gleichen Tarif ohne Selbstbeteiligung abgeschlossen hätte.

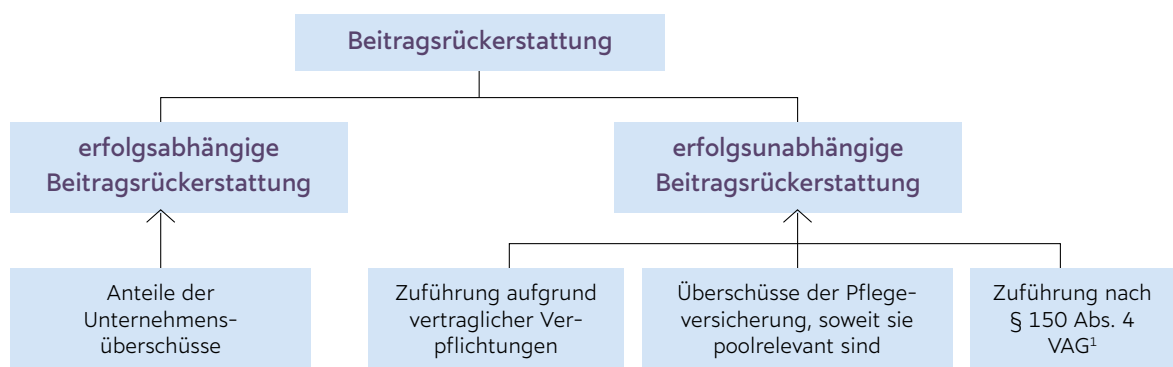
Z18/3105

3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

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

Näheres zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.4.

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.

Z18/3201

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

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	2.473,9	2.722,7	-248,8	-9,14
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	2.388,6	2.502,1	-113,5	-4,54
erfolgsunabhängigen RfB	85,3	220,6	-135,3	-61,33
Pflegeversicherung¹	0,0	1.032,3	-1.032,3	-100,00
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,0	1.032,3	-1.032,3	-100,00
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
Zusatzversicherungen	176,7	298,5	-121,8	-40,80
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	169,0	270,1	-101,1	-37,43
erfolgsunabhängigen RfB	7,7	28,4	-20,7	-72,89
Besondere Versicherungsformen	0,0	0,2	-0,2	-100,00
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,0	0,2	-0,2	-100,00
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
insgesamt	2.650,6	4.053,7	-1.403,1	-34,61
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	2.557,6	3.804,7	-1.247,1	-32,78
erfolgsunabhängigen RfB	93,0	249,0	-156,0	-62,65

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 vergleichsweise starken Schwankungen, wenn in einem Jahr (wie in 2017) ein Mitteleinsatz stattfand und im anderen Jahr (wie in 2018) nicht.

Z18/3202

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	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	140,3	203,5	-63,2	-31,06
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.724,3	1.217,6	+506,7	+41,61
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	136,6	139,1	-2,5	-1,80
Beteiligungen	771,5	995,4	-223,9	-22,49
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	20,6	11,1	+9,5	+85,59
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	11.130,0	13.694,2	-2.564,2	-18,72
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	12.618,3	13.968,2	-1.349,9	-9,66
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1.414,0	1.080,6	+333,4	+30,85
Namenschuldverschreibungen	3.612,6	6.628,9	-3.016,3	-45,50
Schuldscheinforderungen und Darlehen	2.457,8	3.564,6	-1.106,8	-31,05
übrige Ausleihungen	159,1	94,1	+65,0	+69,08
Einlagen bei Kreditinstituten	564,2	996,3	-432,1	-43,37
andere Kapitalanlagen	5.044,0	5.227,2	-183,2	-3,50
insgesamt	39.793,3	47.820,8	-8.027,5	-16,79

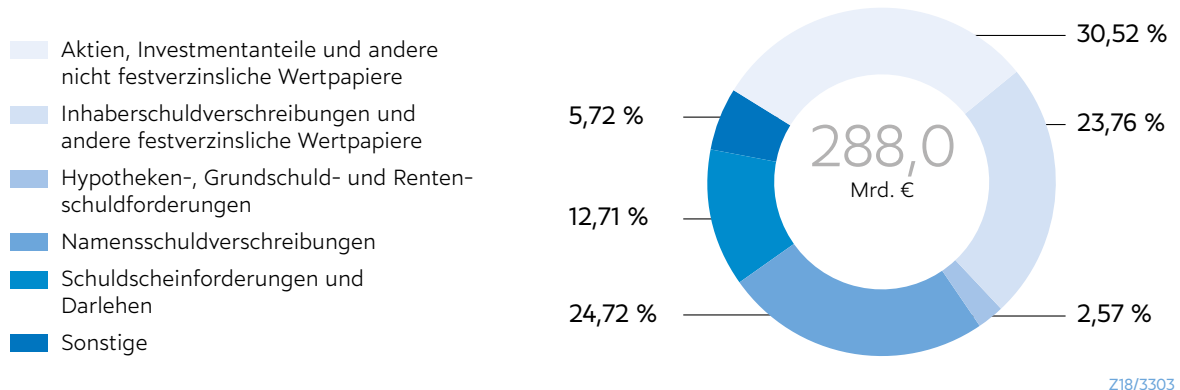
Z18/3301

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	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	2.019,8	1.947,2	+72,6	+3,73
Anteil an verbundenen Unternehmen	6.087,1	4.707,0	+1.380,1	+29,32
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	2.023,4	2.149,0	-125,6	-5,84
Beteiligungen	2.953,3	2.339,4	+613,9	+26,24
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	194,2	190,4	+3,8	+2,00
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	87.894,1	81.386,3	+6.507,8	8,00
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	68.428,7	61.013,0	+7.415,7	+12,15
Hypotheken-, Grundschild- und Rentenschuldforderungen	7.398,7	6.665,7	+733,0	+11,00
Namenschuldverschreibungen	71.177,9	71.808,3	-630,4	-0,88
Schuldscheinforderungen und Darlehen	36.598,9	38.810,8	-2.211,9	-5,70
übrige Ausleihungen	1.198,8	1.174,6	+24,2	+2,06
Einlagen bei Kreditinstituten	701,4	1.058,2	-356,8	-33,72
andere Kapitalanlagen	1.283,6	1.108,5	+175,1	+15,80
Bruttokapitalanlagen	287.959,9	274.358,4	+13.601,5	+4,96
hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,8	0,7	+0,1	+14,29
Bilanzwert [G]	287.960,7	274.359,1	+13.601,6	+4,96

Z18/3302

Aufteilung der Kapitalanlagen 2018



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

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Kapitalerträge	8.529,6	9.252,2	-722,6	-7,81

Z18/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand [G] ergeben die Nettoverzinsung [G]. Diese betrug im Jahr 2018 3,03 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:

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 150 VAG	479,5	764,6	-285,1	-37,29

Z18/3305

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

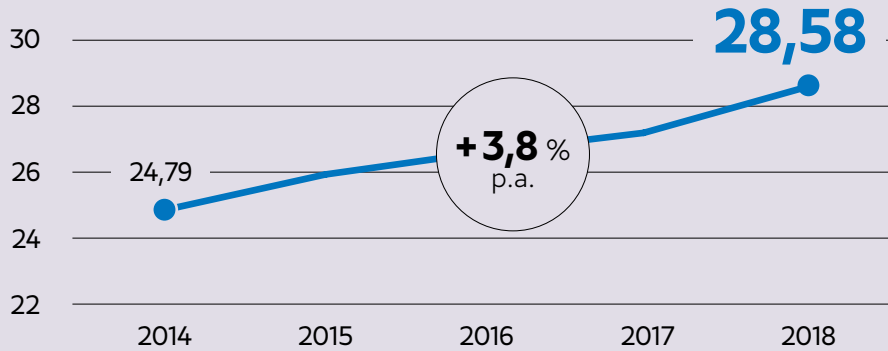
04 **Aufwendungen**



KAPITEL 04

Versicherungsleistungen: Entwicklung der letzten fünf Jahre

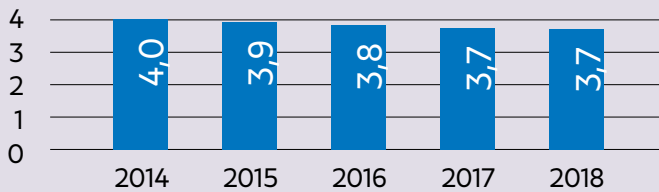
Versicherungsleistungen in Mrd. Euro



In den vergangenen fünf Jahren sind die Versicherungsleistungen der PKV pro Jahr durchschnittlich um 3,8 Prozent gestiegen.

Barausschüttungen: Entwicklung der letzten fünf Jahre

Verhältnis der Beitragsrückerstattungen zu den Beitragseinnahmen in Prozent



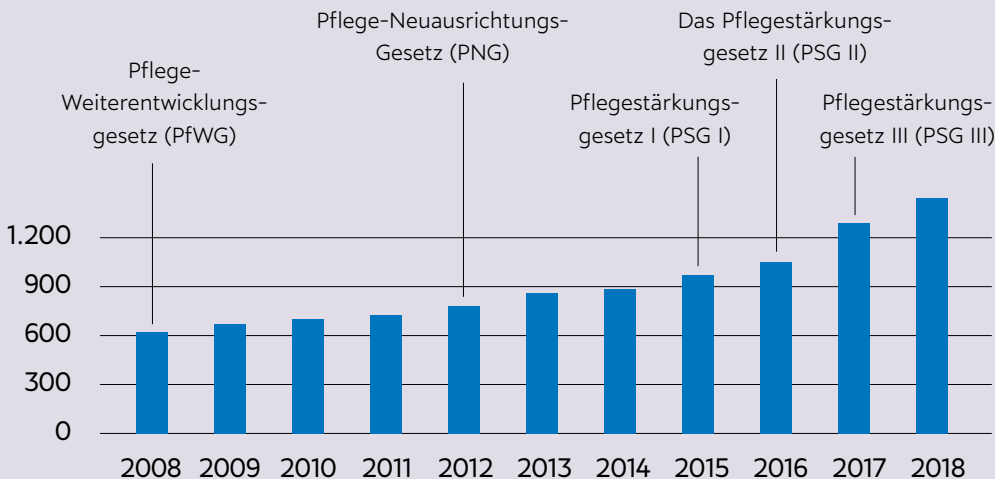
3,7 %
(1,47 Mrd. €)



Jedes Jahr erstattet die PKV ihren Versicherten etwa 1,5 Mrd. Euro bzw. rund vier Prozent der eingenommenen Beiträge zurück.

Versicherungsleistungen Pflegepflichtversicherung: Entwicklung der letzten zehn Jahre

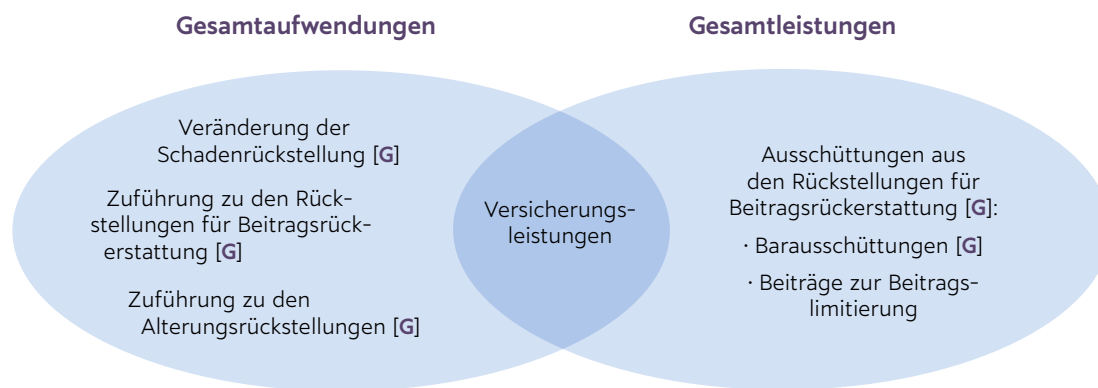
in Mio. Euro



Die politischen Reformen haben neben der demografischen Entwicklung die Leistungen der Pflegepflichtversicherung stark ansteigen lassen.

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:



Z18/4001

Hinzu kommen noch Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb, die am Ende des Kapitels dargestellt werden.

Gesamtaufwendungen

Die Gesamtaufwendungen sind die Summe aller Aufwendungen, die für die Erfüllung der Verpflichtungen entstehen, die ein Versicherungsunternehmen gegenüber seinen Versicherten übernommen hat. Im Einzelnen sind dies:

Aufwendungen	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	28.580,1	27.205,7	+1.374,4	+5,05
Veränderung der Schadenrückstellung [G]	51,8	531,6	-479,8	-90,26
Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	4.182,2	5.138,4	-956,2	-18,61
Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]	12.852,1	14.486,4	-1.634,3	-11,28
Gesamtaufwendungen	45.666,2	47.362,1	-1.695,9	-3,58

Z18/4002

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	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Versicherungsleistungen	28.580,1	27.205,7	+ 1.374,4	+ 5,05
Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]				
Barausschüttungen [G]	1.470,8	1.462,3	+ 8,5	+ 0,58
Beiträge zur Beitragslimitierung	2.561,7	3.846,7	- 1.285,0	- 33,41
Mittel für Limitierung [G]				
gemäß § 150 Abs. 2 VAG ¹	422,0	657,6	- 235,6	- 35,83
gemäß § 150 Abs. 4 VAG ¹	82,4	243,3	- 160,9	- 66,13
Gesamtleistungen	33.117,0	33.415,6	- 298,6	- 0,89

1 Erläuterungen zu § 150 VAG siehe Kapitel 3.3

Z18/4003

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 2018 insgesamt 28.580,1 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 114,3 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2017 betrug dieser Wert 108,8 Mio. Euro.

Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2018 bei 2.381,7 Mio. Euro. Das waren 114,6 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

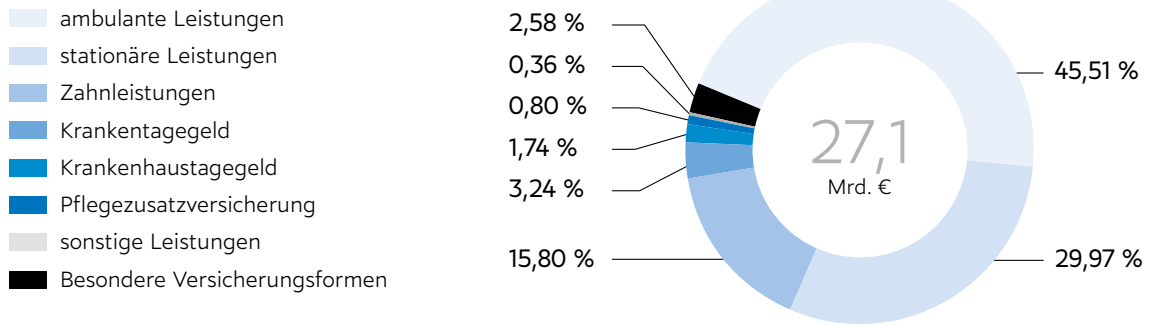
Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
ambulante Leistungen	12.350,4	11.800,7	+549,7	+4,66
davon				
Arztbehandlung	6.518,4	6.269,4	+249,0	+3,97
Heilpraktikerbehandlung	304,3	294,0	+10,3	+3,50
Arzneien und Verbandmittel	3.266,4	3.061,6	+204,8	+6,69
Heilmittel	1.010,7	985,7	+25,0	+2,54
Hilfsmittel	999,1	972,2	+26,9	+2,77
Sonstiges	251,5	217,8	+33,7	+15,47
stationäre Leistungen	8.134,9	7.716,9	+418,0	+5,42
davon				
allgemeine Krankenhausleistungen	4.917,7	4.588,3	+329,4	+7,18
Wahlleistung Chefarzt	2.341,0	2.298,8	+42,2	+1,84
Wahlleistung Einbettzimmer	342,4	325,0	+17,4	+5,35
Wahlleistung Zweibettzimmer	309,5	291,9	+17,6	+6,03
Ersatz-Krankenhaustagegeld	57,9	57,6	+0,3	+0,52
Sonstiges	166,4	155,3	+11,1	+7,15
Zahnleistungen	4.289,0	4.125,1	+163,9	+3,97
davon				
Zahnbehandlung	1.475,5	1.416,8	+58,7	+4,14
Zahnersatz	2.509,6	2.416,7	+92,9	+3,84
Kieferorthopädie	296,0	284,4	+11,6	+4,08
Sonstiges	7,9	7,2	+0,7	+9,72
Krankentagegeld	878,5	863,5	+15,0	+1,74
Krankenhaustagegeld	471,2	469,6	+1,6	+0,34
Pflegezusatzversicherung	217,1	171,2	+45,9	+26,81
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]¹	9,2	1,1	+8,1	+736,36
sonstige Leistungen	91,2	86,3	+4,9	+5,68
Besondere Versicherungsformen	698,9	685,2	+13,7	+2,00
Krankenversicherung	27.140,4	25.919,6	+1.220,8	+4,71
Pflegeversicherung	1.439,7	1.286,1	+153,6	+11,94
insgesamt	28.580,1	27.205,7	+1.374,4	+5,05

¹ Der starke Anstieg der Leistungen bei der geförderten Pflegezusatzversicherung erklärt sich durch die bis zu fünfjährige Wartezeit für Pflegeleistungen, die seit der Einführung 2013 für alle neu abgeschlossenen Verträge gilt.

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

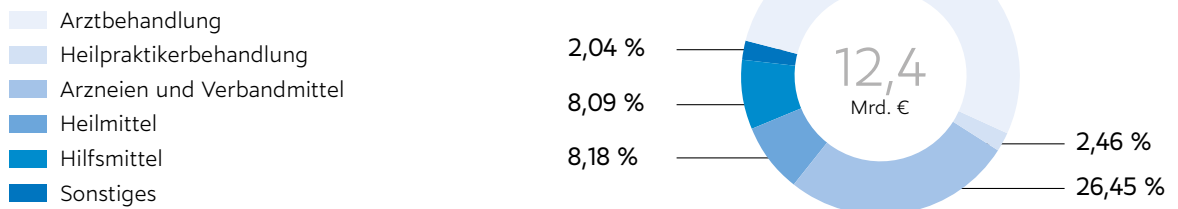
Aufteilung der Krankenversicherungsleistungen nach Leistungsarten 2018



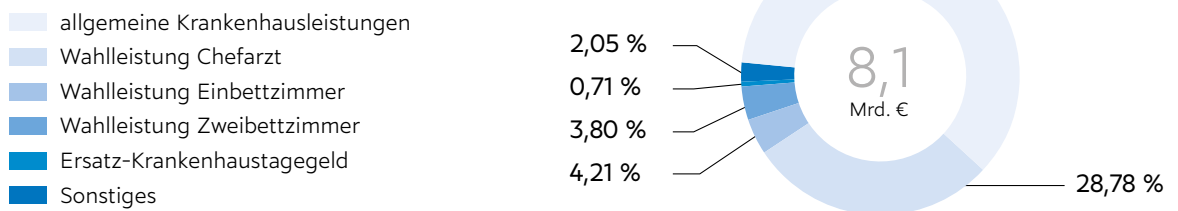
Z18/4102

Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

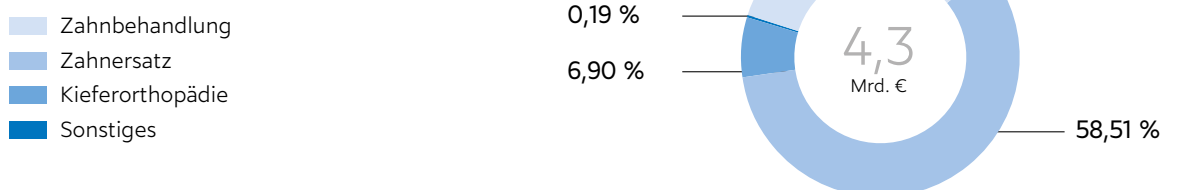
Aufteilung der ... ambulanten Leistungen 2018



stationären Leistungen 2018



Zahnleistungen 2018



Z18/4103

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

Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2018	Frauen	in Prozent Männer	Kinder
ambulante Leistungen	37,71	54,97	7,32
davon			
Arztbehandlung	39,43	52,76	7,81
Heilpraktikerbehandlung	54,10	32,62	13,28
Arzneien und Verbandmittel	31,83	62,72	5,45
Heilmittel	41,74	50,51	7,75
Hilfsmittel	38,28	53,94	7,78
Sonstiges	30,88	60,84	8,28
stationäre Leistungen	36,23	58,66	5,11
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	30,24	63,81	5,95
Wahlleistung Chefarzt	44,99	51,47	3,54
Wahlleistung Einbettzimmer	50,18	47,14	2,68
Wahlleistung Zweibettzimmer	51,49	45,82	2,69
Ersatz-Krankenhaustagegeld	41,94	38,19	19,87
Sonstiges	31,15	61,89	6,96
Zahnleistungen	42,30	48,24	9,46
davon			
Zahnbehandlung	37,59	53,31	9,10
Zahnersatz	49,20	50,32	0,48
Kieferorthopädie	7,26	5,18	87,56
Sonstiges	42,17	55,59	2,24
Krankentagegeld	25,91	74,08	0,01
Krankenhaustagegeld	40,85	55,09	4,06
Pflegezusatzversicherung	46,90	47,43	5,67
geförderte Pflegezusatzversicherung [G]	50,73	48,50	0,77
sonstige Leistungen	45,34	43,06	11,60
Krankenversicherung (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,02	55,01	6,97
Pflegeversicherung	46,95	49,13	3,92
insgesamt (ohne Besondere Versicherungsformen)	38,20	55,24	6,56

Z18/4104

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 2018

	in Prozent	
	PKV	GKV
ambulante Leistungen	+4,88	+3,31
davon		
Arztbehandlung	+4,19	+2,61
Heilpraktikerbehandlung	+3,73	-
Arzneien und Verbandmittel	+6,91	+2,20
Heilmittel	+2,76	+13,34
Hilfsmittel	+2,98	+3,59
stationäre Leistungen	+5,77	+3,15
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+7,40	+3,15
Wahlleistung Chefarzt	+1,11	-
Wahlleistung Einbettzimmer	+4,61	-
Wahlleistung Zweibettzimmer	+5,27	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	-0,23	-
Zahnleistungen	+4,19	+1,75
davon		
Zahnbehandlung	+4,36	+2,01
Zahnersatz	+4,06	+0,79
Kieferorthopädie	+4,31	+2,25
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+5,02	+2,79

Z18/4105

Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2018 mit 5,02 Prozent stärker als im Vorjahr (2017: 1,73 Prozent). Er übertraf damit bei Weitem die allgemeine Preissteigerung von 1,9 Prozent.

Den größten Einfluss auf die Gesamthöhe der Leistungen hat die Entwicklung bei der ambulanten Arztbehandlung. Hier hat der Anstieg der Aufwendungen pro Kopf verglichen mit dem Vorjahr (1,40 Prozent) deutlich zugenommen. Auch im stationären Bereich erhöhten sich die Ausgaben je Versicherten deutlich stärker als im Vorjahr (2,18 Prozent); am stärksten im Zeitvergleich war der Zuwachs bei den Zahnleistungen (Vorjahr: 0,69 Prozent).

Vergleichsweise hoch war der Ausgabenanstieg je Versicherten bei allgemeinen Krankenhausleistungen (Vorjahr: 3,58 Prozent) und bei Arznei- und Verbandmitteln (Vorjahr: 3,18 Prozent). Bei der Chefarztbehandlung stiegen die Ausgaben je Kopf am wenigsten stark an; beim Ersatz-Krankenhaustagegeld nahmen sie minimal ab.

Beim Vergleich der Ausgabendynamik von ambulanten Leistungen und der Zahnbehandlung muss berücksichtigt werden, dass die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau aus steigen. Denn die privatärztliche Gebührenordnung ebenso wie die privatärztliche Gebührenordnung gehen deutlich über die Vergütung in der GKV hinaus.

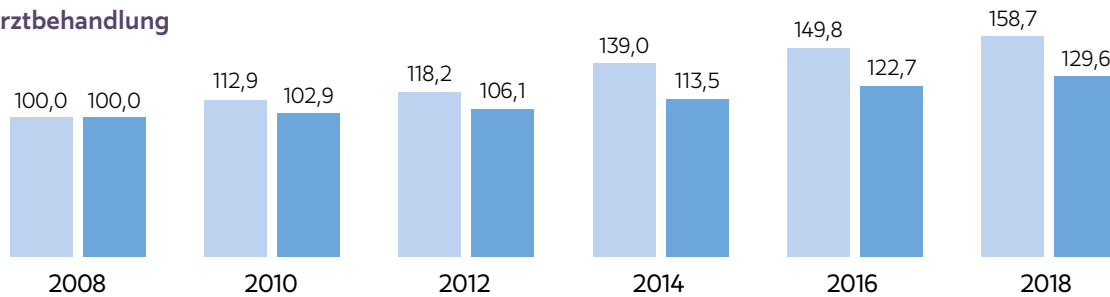
Die folgenden Grafiken geben detaillierter Aufschluss über die unterschiedliche Kostenentwicklung in der PKV und in der GKV in den vergangenen elf Jahren. Dargestellt sind die Leistungen je Versicherten.

Leistungen für ambulante Behandlung

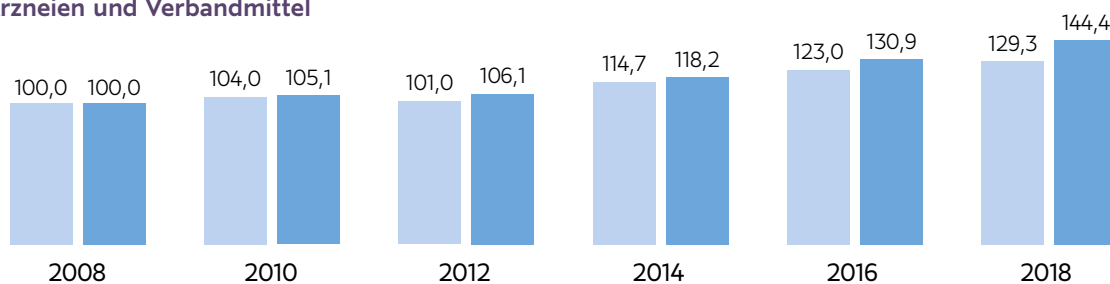
Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2008

■ GKV ■ PKV

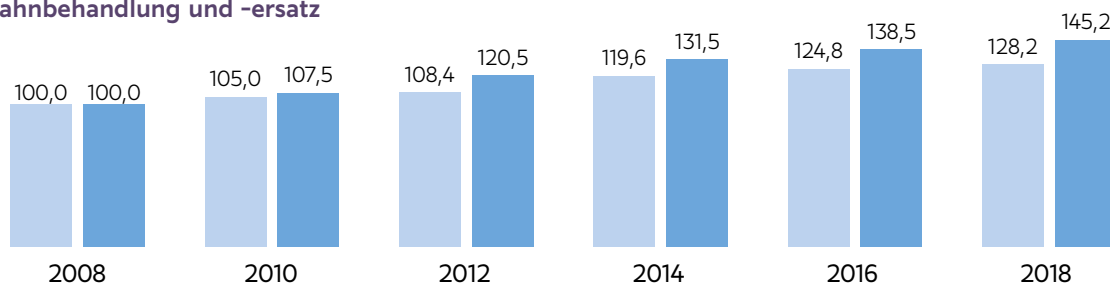
Arztbehandlung



Arzneien und Verbandmittel



Zahnbehandlung und -ersatz



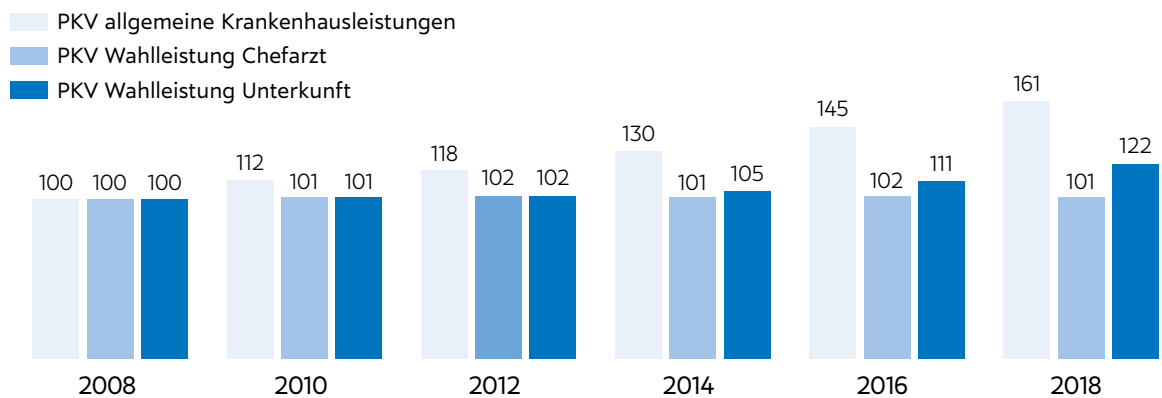
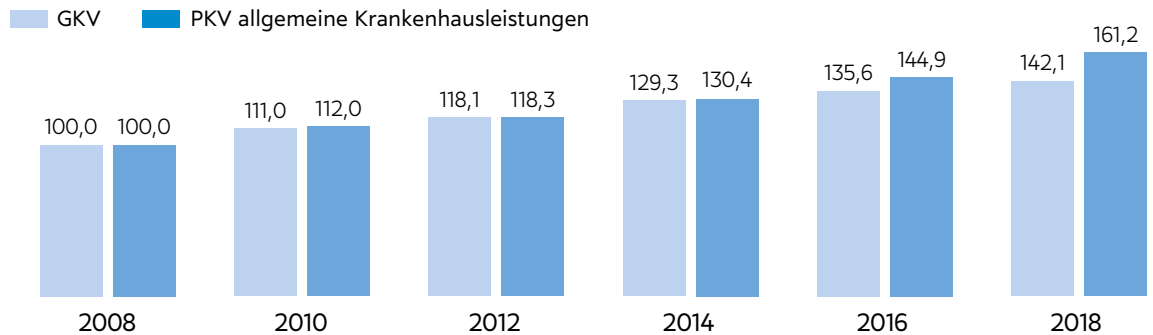
Quelle: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (www.bundesgesundheitsministerium.de) und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich bei Zahnbehandlung und -ersatz in der Zeit von 2008 bis 2018 zeigt, dass die Leistungen in der PKV um 17,0 Prozentpunkte stärker gestiegen sind als in der GKV.

Z18/4106

Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen je Versicherten normiert auf 2008



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

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2008 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 22 Prozentpunkte gestiegen sind.

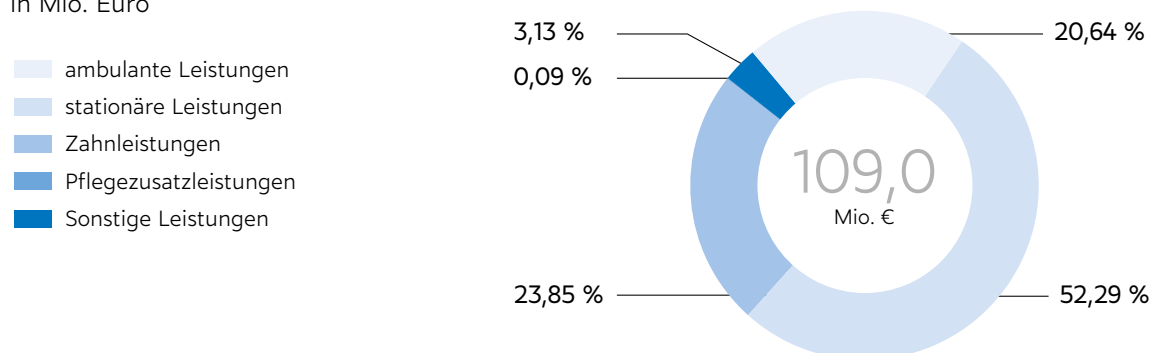
Z18/4107

Leistungen der betrieblichen Krankenversicherung

Im Bereich der betrieblichen Krankenversicherung überwiegen bislang stationäre Leistungen. Von 109,0 Mio. Euro im Jahr 2018 entfallen 57,0 Mio. auf den Krankenhausbereich und jeweils weniger als die Hälfte davon auf ambulante Leistungen und Zahnleistungen.

Leistungen in der betrieblichen Krankenversicherung

in Mio. Euro



Z18/4107a

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	2018	2017 ¹	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Pflegesachleistung	188,9	163,8	+25,1	+15,30
davon				
Pflegegrad 2	32,7	30,0	+2,7	+8,97
Pflegegrad 3	64,8	54,3	+10,4	+19,22
Pflegegrad 4	54,6	47,6	+7,0	+14,63
Pflegegrad 5	36,9	31,9	+5,0	+15,59
Pflegegeld	416,4	366,7	+49,7	+13,55
davon				
Pflegegrad 2	122,1	110,7	+11,5	+10,35
Pflegegrad 3	166,6	141,8	+24,8	+17,52
Pflegegrad 4	90,1	77,9	+12,2	+15,66
Pflegegrad 5	37,6	36,4	+1,2	+3,30
Ersatzpflegekraft	32,9	27,5	+5,4	+19,64
Pflegehilfsmittel	6,8	6,4	+0,4	+6,25
technische Hilfsmittel	24,0	22,1	+1,9	+8,60
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	20,3	15,4	+4,9	+31,82
Beiträge zur Rentenversicherung	57,5	46,7	+10,8	+23,13
Pflegekurse	0,1	0,1	0,0	0,00
Tages- und Nachtpflege	23,1	18,3	+4,8	+26,23
davon				
Pflegegrad 2	2,3	1,6	+0,7	+43,75
Pflegegrad 3	8,4	5,9	+2,5	+42,37
Pflegegrad 4	9,3	7,7	+1,6	+20,78
Pflegegrad 5	3,1	3,1	0,0	0,00
Kurzzeitpflege	27,9	23,7	+4,2	+17,72
Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige	54,1	40,4	+13,7	+33,91
Kontrollpflege	2,5	2,0	+0,5	+25,00
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,1	0,0	+0,1	-
MEDICPROOF	37,1	35,3	+1,8	+5,10
KV/PV-Zuschuss	0,1	0,1	0,0	0,00
Arbeitslosenversicherungs-Beitrag	0,0	0,0	0,0	0,00
zusätzliche Leistung Wohngruppen	1,5	1,4	+0,1	+7,14
Lohnersatzleistung	0,2	0,1	+0,1	+100,00
insgesamt ambulant	893,4	770,0	123,5	16,04

¹ Für 2017 gab es nachträgliche Korrekturen im Vergleich zum Vorjahres-Zahlenbericht.

Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2018 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 1.439,7 Mio. Euro einen Anteil von 37,9 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2018	2017 ¹	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
vollstationäre Pflege	485,4	460,6	+24,8	+5,38
davon				
Pflegegrad 1	0,2	0,8	-0,6	-75,00
Pflegegrad 2	38,5	39,9	-1,4	-3,51
Pflegegrad 3	124,8	113,0	+11,8	+10,44
Pflegegrad 4	192,6	176,5	+16,1	+9,12
Pflegegrad 5	129,3	130,4	-1,1	-0,84
Zuschuss für vollstationäre Pflege²	0,0	0,0	0,0	0,00
davon				
Pflegegrad 2	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegegrad 3	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegegrad 4	0,0	0,0	0,0	0,00
teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	1,5	1,0	+0,5	+50,00
davon				
Pflegegrad 1	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegegrad 2	0,1	0,1	0,0	0,00
Pflegegrad 3	0,4	0,3	+0,1	+33,33
Pflegegrad 4	0,6	0,3	+0,3	+100,00
Pflegegrad 5	0,4	0,3	+0,1	+33,33
Behindertenhilfe	3,0	2,4	+0,6	+25,00
zusätzliche Betreuung	47,9	43,0	+4,9	+11,40
Leistungen bei Rückstufung	0,0	0,0	0,0	0,00
MEDICPROOF	8,5	9,1	-0,6	-6,59
insgesamt stationär	546,3	516,1	+30,2	+5,85

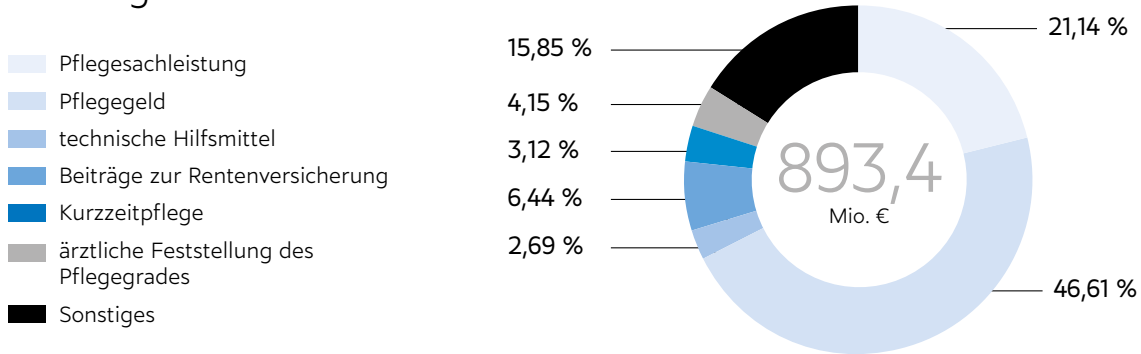
1 Für 2017 gab es nachträgliche Korrekturen im Vergleich zum Vorjahres-Zahlenbericht.

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.

Z18/4109

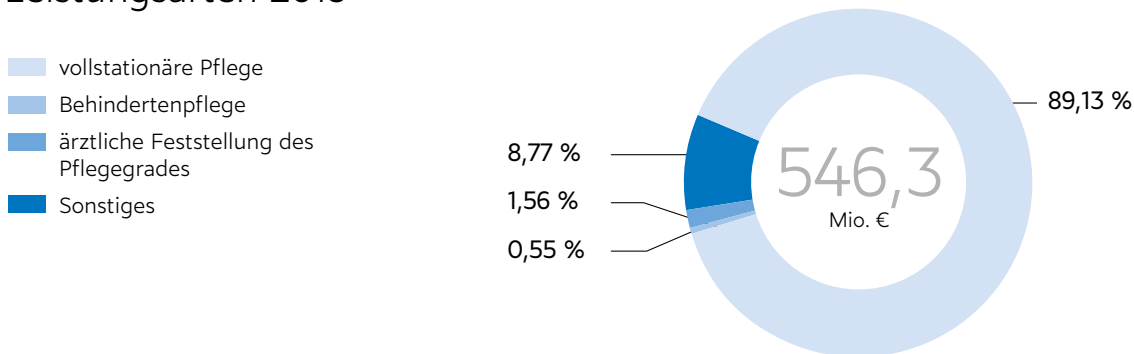
Der Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Pflegeleistungen stellt sich wie folgt dar:

Aufteilung der ambulanten Pflegeleistungen nach Leistungsarten 2018



Z18/4110

Aufteilung der stationären Pflegeleistungen nach Leistungsarten 2018



Z18/4111

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.

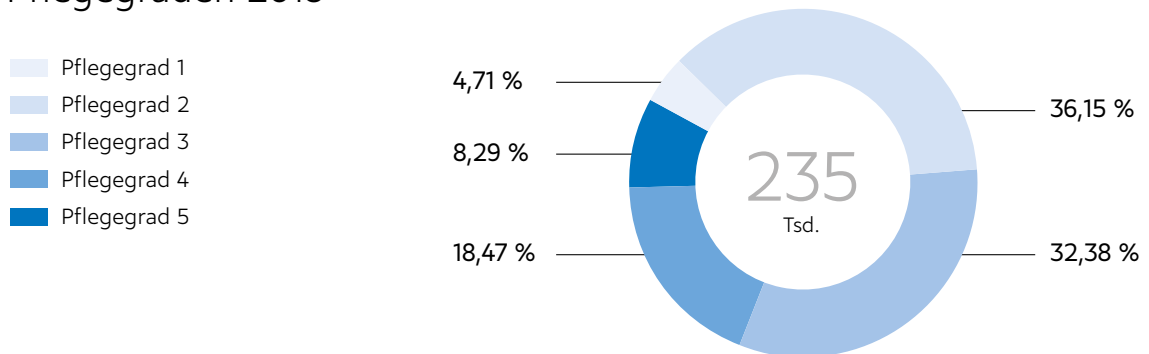
Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegegraden, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
ambulante Pflege	179.872	158.406	+21.466	+13,55
davon				
Pflegegrad 1	10.771	5.290	+5.481	+103,61
Pflegegrad 2	75.776	69.750	+6.026	+8,64
Pflegegrad 3	58.796	51.143	+7.653	+14,96
Pflegegrad 4	25.219	23.198	+2.021	+8,71
Pflegegrad 5	9.310	9.025	+285	+3,16
stationäre Pflege	54.753	53.176	+1.577	+2,97
davon				
Pflegegrad 1	280	276	+4	+1,45
Pflegegrad 2	9.045	9.054	-9	-0,10
Pflegegrad 3	17.182	16.182	+1.000	+6,18
Pflegegrad 4	18.114	17.273	+841	+4,87
Pflegegrad 5	10.132	10.391	-259	-2,49
insgesamt	234.625	211.582	+23.043	+10,89

Z18/4112

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

Verteilung der pflegebedürftigen Personen nach Pflegegraden 2018



Z18/4113

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 2018 rund 8,3 Prozent der Leistungsempfänger in den Pflegegrad 5 und rund 18,5 Prozent der Leistungsempfänger in den Pflegegrad 4 eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 6,2 Prozent im Pflegegrad 5 und 14,1 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.

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Gesundes Altern ¹	4,0	4,0	0,0	0,00
Gesundes Aufwachsen ¹	6,0	6,0	0,0	0,00
HIV-Prävention ²	3,5	3,5	0,0	0,00
Stärkung der Gesundheitskompetenz ³	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

Z18/4201

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.

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Bruttoschadenrückstellung	7.206,2	7.154,4	+51,8	+0,72
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	11,6	11,9	-0,3	-2,52
Bilanzschadenrückstellung [G]	7.194,6	7.142,5	+52,1	+0,73

Z18/4301

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 2017	15.827,6	3.110,0	155,4	12.119,6	0,0	266,1	176,5
Umbuchungen	0,0	6,3	0,1	-6,4	0,0	0,0	0,0
Entnahmen	4.114,9	0,0	11,6	3.873,1	0,0	82,8	147,4
davon zur							
Verrechnung ¹	2.644,1	0,0	11,6	2.539,5	0,0	82,4	10,6
Barausschüttung [G]	1.470,8	0,0	0,0	1.333,6	0,0	0,4	136,8
Zuführung	4.182,2	338,3	59,5	3.576,8	0,0	57,5	150,1
Wert zum 31. Dezember 2018	15.894,9	3.454,6	203,4	11.816,9	0,0	240,8	179,2
davon ab für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft	0,0						
Bilanzwert [G]	15.894,9						

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.

Z18/4401

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 Vorsorgemaßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, die am Ende dieses Teilkapitels dargestellt wird.

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

Alterungsrückstellungen	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	223.902,0	212.724,4	+11.177,6	+5,25
Pflegeversicherung	36.156,1	34.481,6	+1.674,5	+4,86
Alterungsrückstellungen	260.058,1	247.206,0	+12.852,1	+5,20
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,0	0,0	0,0	0,00
Bilanzwert [G]	260.058,1	247.206,0	+12.852,1	+5,20

Z18/4501

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

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]	1.187,0	1.192,1	-5,1	-0,43
planmäßige Nettozuführung ¹ inklusive der rechnungsmäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen	8.599,0	8.546,7	+52,3	+0,61
Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung	2.561,7	3.846,7	-1.285,0	-33,41
Limitierung gemäß § 150 Abs. 2 VAG ²	422,0	657,6	-235,6	-35,83
Limitierung gemäß § 150 Abs. 4 VAG ²	82,4	243,3	-160,9	-66,13
Gesamtzuführung	12.852,1	14.486,4	-1.634,3	-11,28

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

Z18/4502

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

Alterungsrückstellungen	2018 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2018 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
Krankenversicherung	37.246,4	11.177,6	30,01
Pflegeversicherung	2.557,7	1.674,5	65,47
insgesamt	39.804,1	12.852,1	32,29

Z18/4503

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

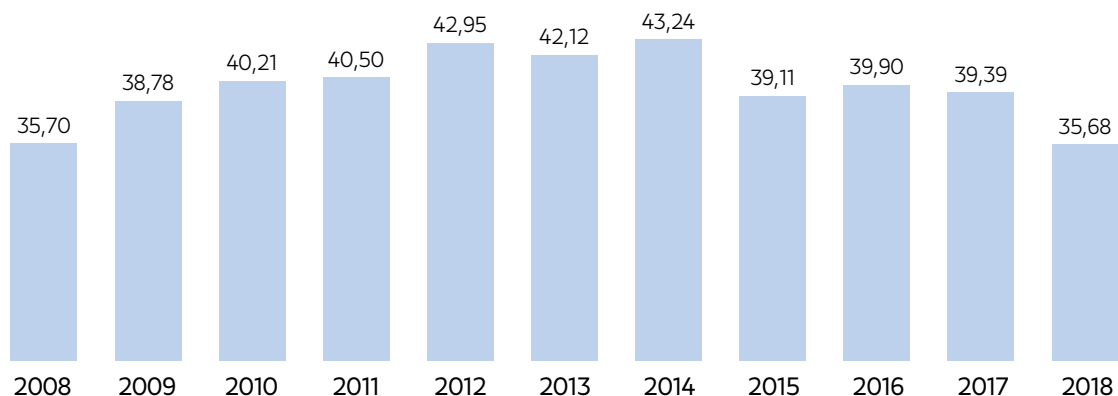
Die Private Krankenversicherung ergreift Vorsorgemaßnahmen um sicherzustellen, dass die Beiträge durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen im Alter nicht steigen. Derartige Maßnahmen werden in der GKV nicht getroffen. In der PKV geschieht dies auf dreierlei Weise durch

- Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen [G]
- Zuführungen zu den Rückstellungen für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung [G]
- Verwendung der Beträge nach § 150 Abs. 4 VAG (siehe Kapitel 3.3).

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



Z18/4504

4.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2018	2017	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.544,4	2.466,9	+77,5	+3,14
Verwaltungsaufwendungen	902,5	888,8	+13,7	+1,54
insgesamt	3.446,9	3.355,7	+91,2	+2,72

Z18/4601

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen sank 2018 auf 2,27 (2017: 2,28) Prozent. Seit 1975 (7,21 Prozent) hat der Anteil der Verwaltungsaufwendungen stark abgenommen.

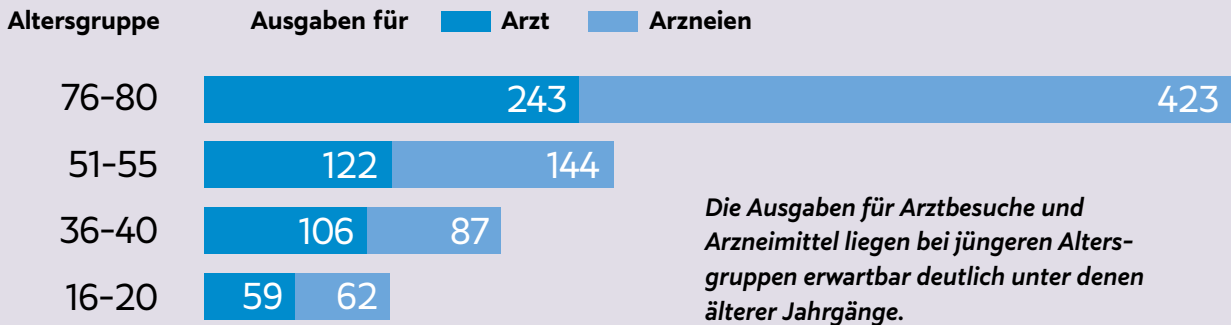
05 Statistiken zur Tarifikalkulation



KAPITEL 05

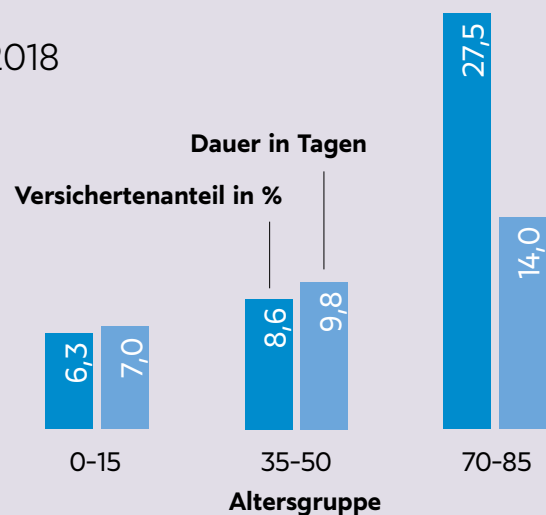
Ausgaben nach Altersgruppen im ambulanten Bereich 2018

Versicherungsleistungen im Vergleich zu 41- bis 45-jährigen Versicherten in Prozent



Durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt 2018

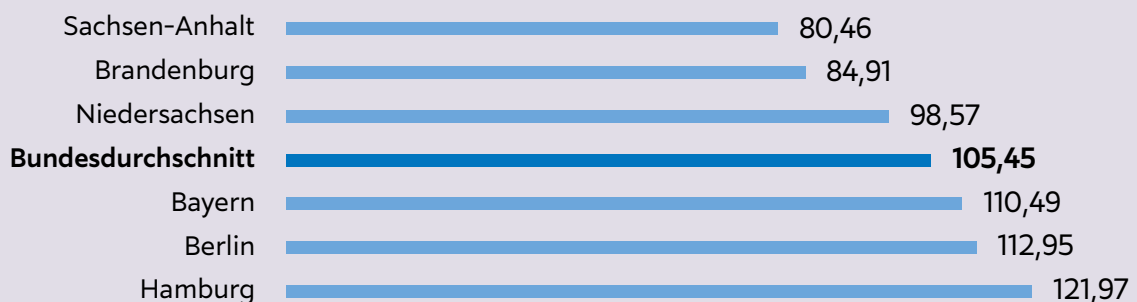
Anteil der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe, die 2018 im Krankenhaus lagen, und durchschnittliche Dauer des Aufenthalts



Mit eintretendem Rentenalter wird ein Krankenhausaufenthalt immer wahrscheinlicher. Auch die Anzahl der Krankenhaustage steigt gegenüber der durchschnittlichen Dauer jüngerer Jahrgänge.

Wahlleistungen: Einbettzimmerzuschläge nach Ländern 2018 (Auswahl)

Tagespreise in Euro



Die durchschnittlichen Kosten für eine Nacht im Einbettzimmer sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Am niedrigsten sind die Zuschläge in Sachsen-Anhalt, am höchsten in Hamburg.

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) | → Kieferorthopädie |
| → Arzneien und Verbandmittel | → Allgemeine Krankenhausleistungen |
| → Heilmittel | → Chefarztbehandlung |
| → Hilfsmittel | → Einbettzimmer |
| → Zahnbehandlung | → Zweibettzimmer |
| → Zahnersatz | |

Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt. Berücksichtigt werden nur Versicherte, die mindestens drei Jahre dem Tarif angehören. Bei männlichen Versicherten liegt mit zunehmendem Alter ein weitaus stärkerer Anstieg der Leistungsausgaben als bei weiblichen Versicherten vor. Letztere verursachen dagegen in jüngeren Lebensaltern (zwischen 20 und 35 Jahren) höhere Leistungsausgaben pro Person. Dafür sind teilweise Schwangerschaft und Mutterschaft verantwortlich. Seit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wurden ab August 2006 in der Beitragskalkulation die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft durch eine Umlage gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt. Seit dem 21. Dezember 2012 darf infolge eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes bei Versicherungsbeiträgen grundsätzlich nicht mehr nach Männern und Frauen unterschieden werden (Unisex-Urteil). Deswegen werden für die neuen Unisex-Tarife die Kopfschäden unter Einbeziehung der Geschlechtsverteilung ermittelt und die statistischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Inanspruchnahme von Leistungen auf diese Weise berücksichtigt. Um die Ausgabenentwicklung für alle Leistungsarten vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken 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 2018

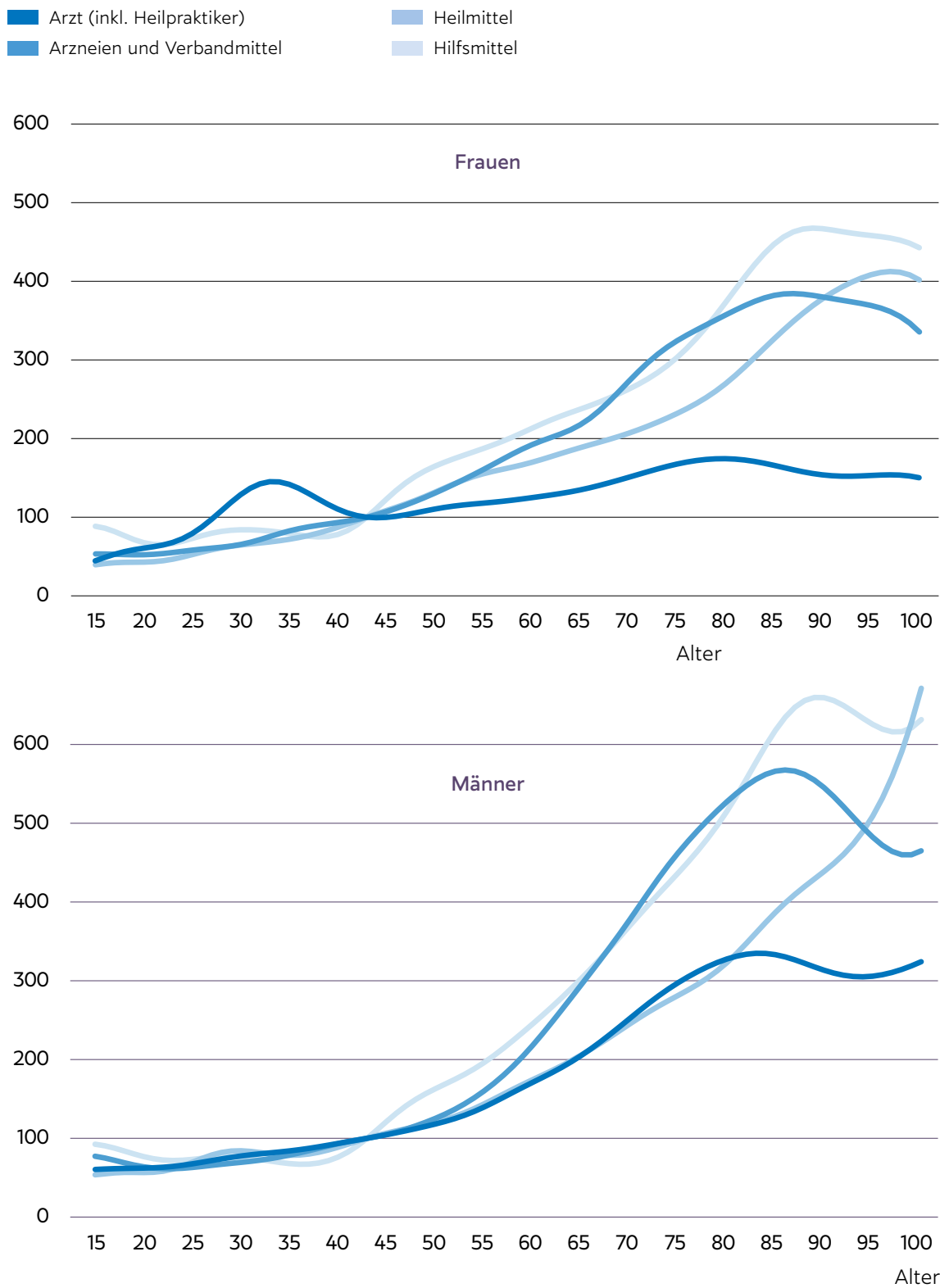
	Arzt (inkl. Heilpraktiker)	Arzneien und Verbandmittel	Heilmittel	Hilfsmittel
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	152,52	343,86	411,54	446,47
91 - 95	149,51	368,47	388,55	459,07
86 - 90	155,86	378,56	357,66	469,44
81 - 85	169,95	366,28	298,44	415,33
76 - 80	169,97	341,22	250,54	341,51
71 - 75	159,60	301,37	220,67	285,75
66 - 70	142,17	239,56	197,39	251,77
61 - 65	128,53	208,95	180,59	230,91
56 - 60	119,90	175,14	161,62	200,76
51 - 55	113,88	143,35	146,74	179,74
46 - 50	104,21	120,54	120,70	151,64
41 - 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40	121,78	87,50	79,49	77,86
31 - 35	141,91	72,97	68,67	81,19
26 - 30	109,15	66,49	62,82	83,87
21 - 25	67,26	54,23	45,40	68,24
16 - 20	55,32	53,85	42,06	76,53
unter 16	35,99	43,10	38,67	64,33

Männer im Alter von ... Jahren

über 95	318,46	470,01	571,42	642,15
91 - 95	307,83	518,55	469,38	661,21
86 - 90	320,42	565,09	411,70	671,49
81 - 85	333,93	556,97	357,70	578,07
76 - 80	316,41	504,62	304,34	496,49
71 - 75	281,30	434,34	269,10	420,04
66 - 70	232,08	348,72	228,79	352,32
61 - 65	189,48	263,34	191,70	284,45
56 - 60	158,84	193,07	163,58	231,52
51 - 55	129,62	145,43	132,66	186,58
46 - 50	112,86	119,76	115,65	155,13
41 - 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40	89,55	86,51	83,58	73,89
31 - 35	81,63	75,04	77,71	71,88
26 - 30	74,65	73,88	89,12	79,70
21 - 25	63,37	59,90	58,18	75,67
16 - 20	62,38	70,41	57,57	86,06
unter 16	68,51	66,45	86,08	78,95

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

Altersabhängigkeit der Ausgaben im ambulanten Bereich¹ 2018



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

Z18/5102

**Ausgaben nach Altersgruppen
im Zahnbereich¹ 2018**
Frauen im Alter von ... Jahren

	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie
über 95	32,82	60,20	1,05
91 - 95	42,19	84,21	1,76
86 - 90	67,56	144,92	3,04
81 - 85	96,54	197,19	7,70
76 - 80	112,18	224,35	8,93
71 - 75	118,86	223,26	12,59
66 - 70	119,45	232,36	19,63
61 - 65	113,84	214,31	26,46
56 - 60	109,54	182,45	41,39
51 - 55	108,22	149,76	67,95
46 - 50	102,90	120,67	88,77
41 - 45	100,00	100,00	100,00
36 - 40	94,78	74,23	100,99
31 - 35	89,91	55,97	116,51
26 - 30	83,35	39,51	189,22
21 - 25	81,12	26,58	229,07
16 - 20	84,17	12,69	1.426,07
unter 16	46,81	2,85	1.787,19

Männer im Alter von ... Jahren

über 95	53,14	92,47	4,65
91 - 95	73,65	139,19	9,70
86 - 90	100,46	186,15	7,51
81 - 85	128,69	240,70	8,25
76 - 80	139,54	262,88	12,34
71 - 75	138,17	263,75	14,28
66 - 70	133,06	259,22	17,92
61 - 65	124,53	239,59	22,98
56 - 60	116,96	192,31	35,09
51 - 55	112,34	155,01	59,29
46 - 50	105,51	119,99	77,62
41 - 45	100,00	100,00	100,00
36 - 40	90,19	77,25	107,49
31 - 35	82,70	61,47	138,01
26 - 30	78,46	41,34	194,18
21 - 25	80,82	24,45	317,86
16 - 20	96,02	12,71	3.325,56
unter 16	56,75	2,74	3.011,01

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

Altersabhängigkeit der Ausgaben im Zahnbereich¹ 2018



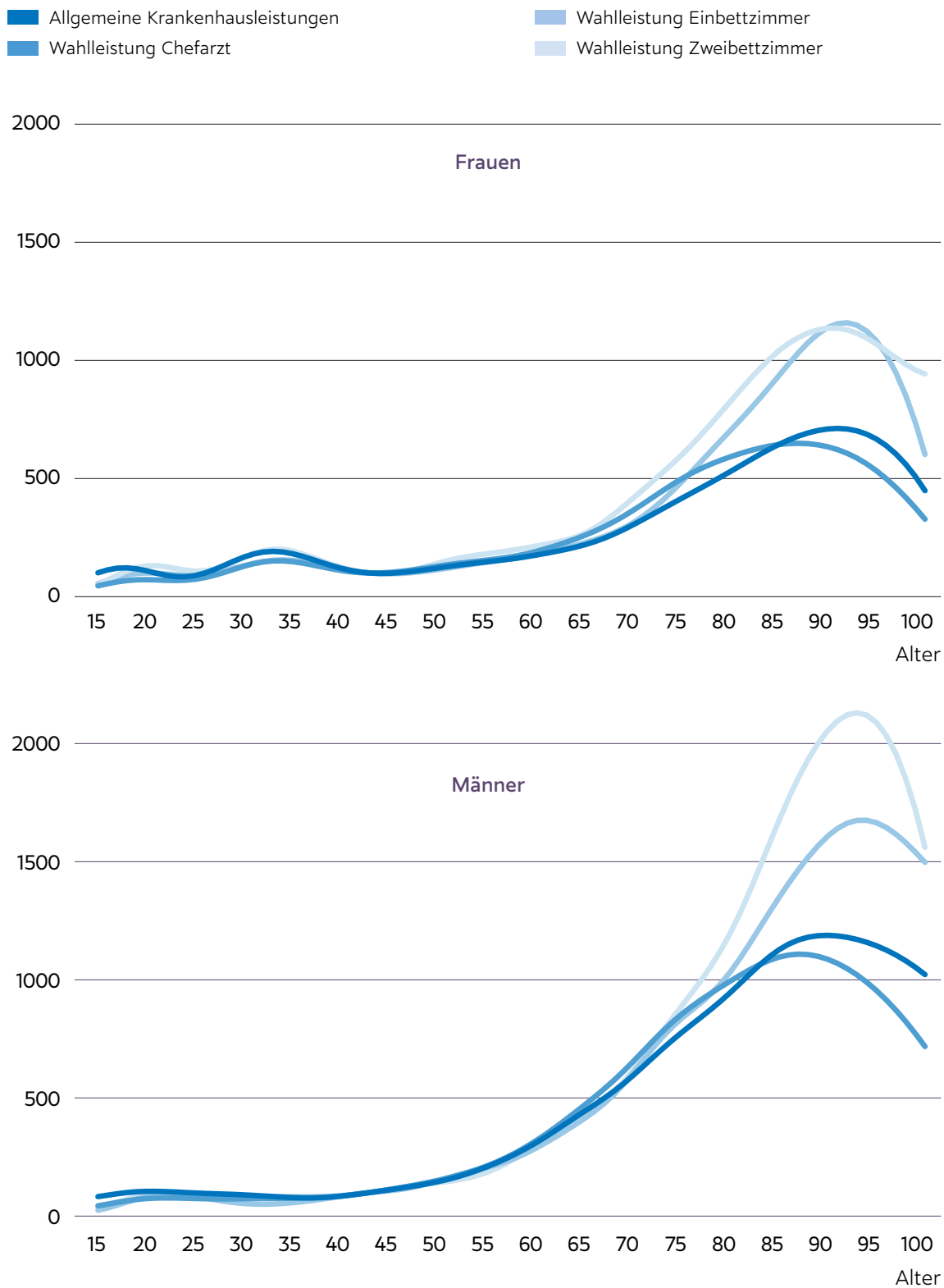
¹ Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 41- bis 45-Jährigen normiert.

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 Bereich ¹ 2018	Allgemeine Krankenhaus- leistungen	Wahlleistung Chefarzt	Wahlleistung Einbett- zimmer	Wahlleistung Zweibett- zimmer
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	564,09	427,73	928,06	883,45
91 - 95	691,81	593,81	1.071,95	1.123,05
86 - 90	670,85	628,77	962,39	1.048,83
81 - 85	586,34	619,61	888,45	803,61
76 - 80	469,10	545,08	670,01	601,73
71 - 75	365,78	443,37	496,43	404,34
66 - 70	260,57	313,81	325,78	267,53
61 - 65	197,77	228,33	230,27	204,54
56 - 60	159,49	171,36	178,43	161,38
51 - 55	135,42	142,25	154,88	130,57
46 - 50	109,19	116,40	112,65	103,24
41 - 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40	141,78	124,78	137,94	131,19
31 - 35	184,53	147,09	183,69	150,21
26 - 30	138,81	106,61	127,15	117,75
21 - 25	81,67	64,62	99,25	80,91
16 - 20	118,53	67,02	93,41	90,76
unter 16	67,68	31,71	15,95	15,62
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	1.070,55	839,84	1.375,72	1.927,61
91 - 95	1.167,09	1.013,01	1.658,72	2.136,41
86 - 90	1.136,66	1.066,80	1.308,97	1.872,58
81 - 85	1.030,57	1.033,55	1.161,60	1.429,96
76 - 80	856,85	916,43	855,40	1.058,43
71 - 75	699,46	768,40	722,62	783,90
66 - 70	512,85	555,51	467,57	524,34
61 - 65	382,30	396,50	335,06	377,99
56 - 60	262,09	265,90	230,85	243,74
51 - 55	177,14	181,25	174,84	164,14
46 - 50	130,21	133,36	121,10	132,19
41 - 45	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40	77,36	75,50	63,34	83,11
31 - 35	79,65	74,69	48,56	85,76
26 - 30	97,92	72,99	62,62	81,80
21 - 25	93,15	68,79	83,41	100,43
16 - 20	97,74	62,68	48,48	65,53
unter 16	100,57	46,28	15,91	22,79

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

Altersabhängigkeit der Ausgaben im stationären Bereich¹ 2018



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:

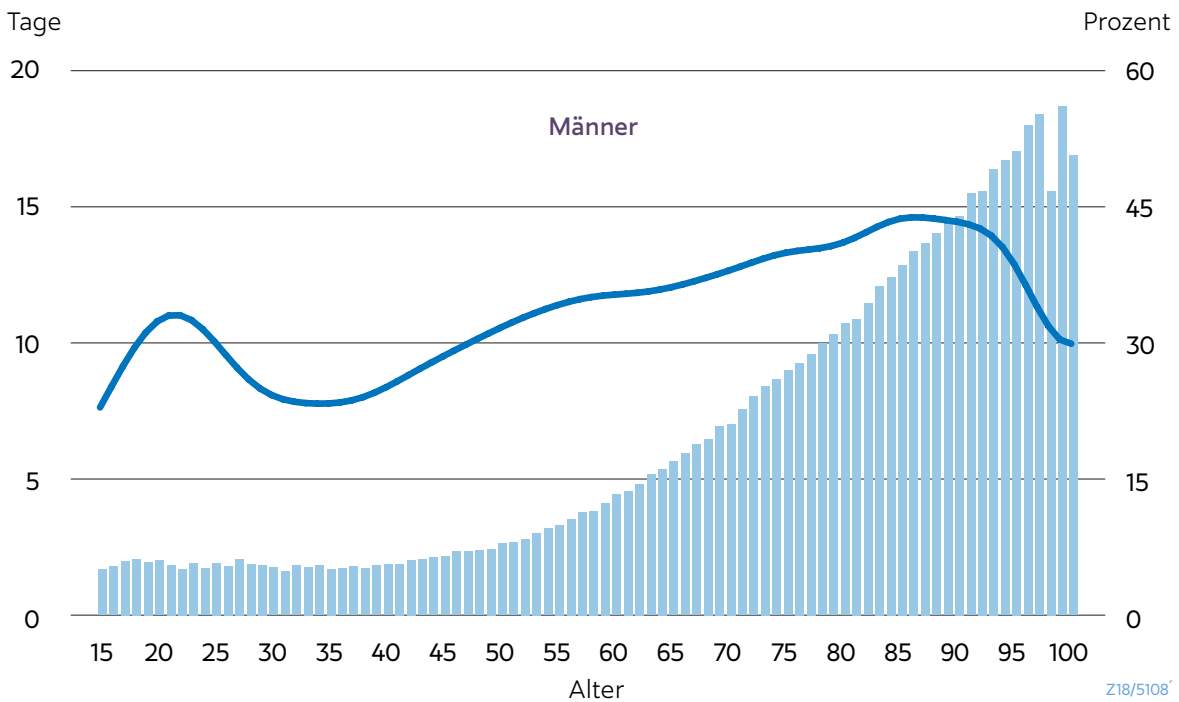
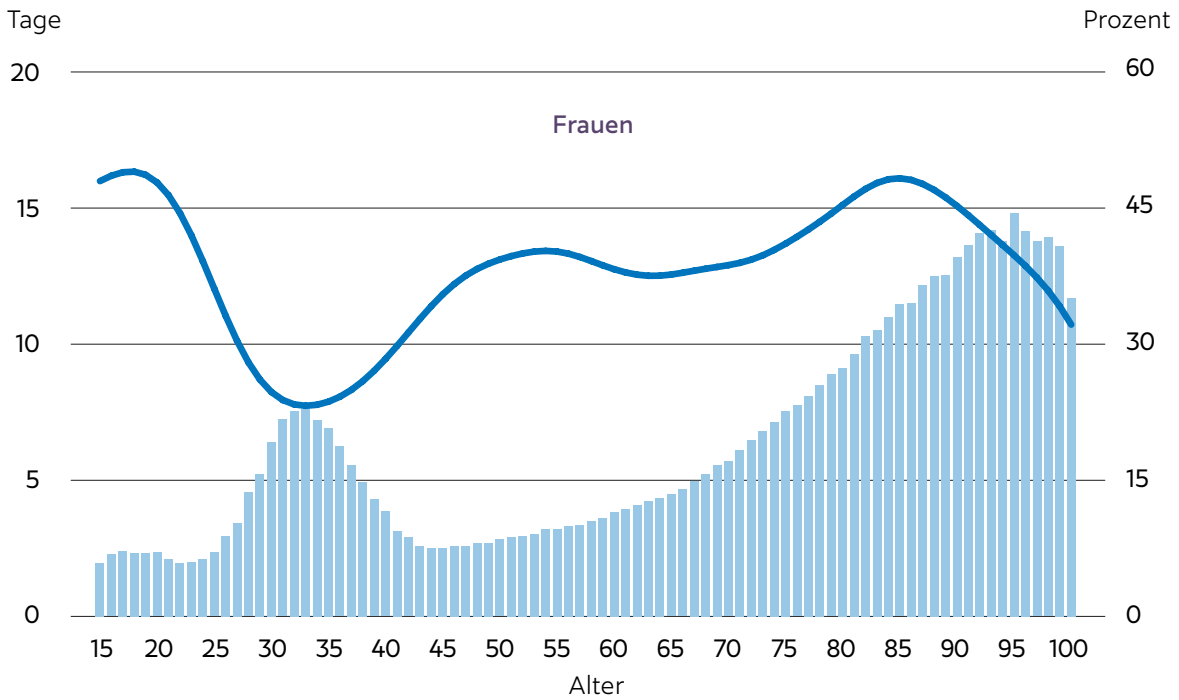
Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus nach Altersgruppen 2018	Anteil Leistungsempfänger an allen Personen, die stationäre Regelleistungen versichert haben (in Prozent)	Krankenhausaufenthalt in Tagen
Frauen im Alter von ... Jahren		
über 95	40,99	11,55
91 - 95	42,07	14,83
86 - 90	37,05	15,77
81 - 85	31,29	15,13
76 - 80	25,31	14,13
71 - 75	20,47	13,23
66 - 70	15,62	12,29
61 - 65	12,66	12,11
56 - 60	10,56	12,74
51 - 55	9,19	12,60
46 - 50	8,03	11,38
41 - 45	8,15	10,13
36 - 40	14,95	8,21
31 - 35	21,87	7,71
26 - 30	14,62	9,15
21 - 25	6,30	12,87
16 - 20	7,01	15,34
unter 16	5,84	7,60
Männer im Alter von ... Jahren		
61 - 65	52,74	12,24
56 - 60	47,98	14,00
51 - 55	41,90	14,14
46 - 50	35,20	13,82
41 - 45	29,82	13,02
36 - 40	25,00	12,61
31 - 35	19,57	11,89
26 - 30	15,32	11,39
21 - 25	11,79	10,80
51 - 55	8,97	10,10
46 - 50	7,31	9,50
41 - 45	6,16	8,54
36 - 40	5,36	7,72
31 - 35	5,25	7,86
26 - 30	5,56	9,31
21 - 25	5,46	10,72
16 - 20	5,84	8,88
unter 16	6,75	6,32

Z18/5107

Altersabhängigkeit der Leistungsempfänger von allgemeinen Krankenhausleistungen und deren Aufenthalt im Krankenhaus 2018

Anteil Leistungsempfänger an allen Personen, die stationäre Regelleistungen versichert haben

Krankenhausaufenthalt in Tagen



Z18/5108

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 2018

Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag

Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag

Frauen im Alter von ... Jahren

61 - 65	13,84	9,92
56 - 60	9,25	8,16
51 - 55	11,21	6,30
46 - 50	10,42	4,84
41 - 45	8,10	3,85
36 - 40	11,38	3,27
31 - 35	5,08	2,66
26 - 30	33,56	1,71
21 - 25	0,00	1,06

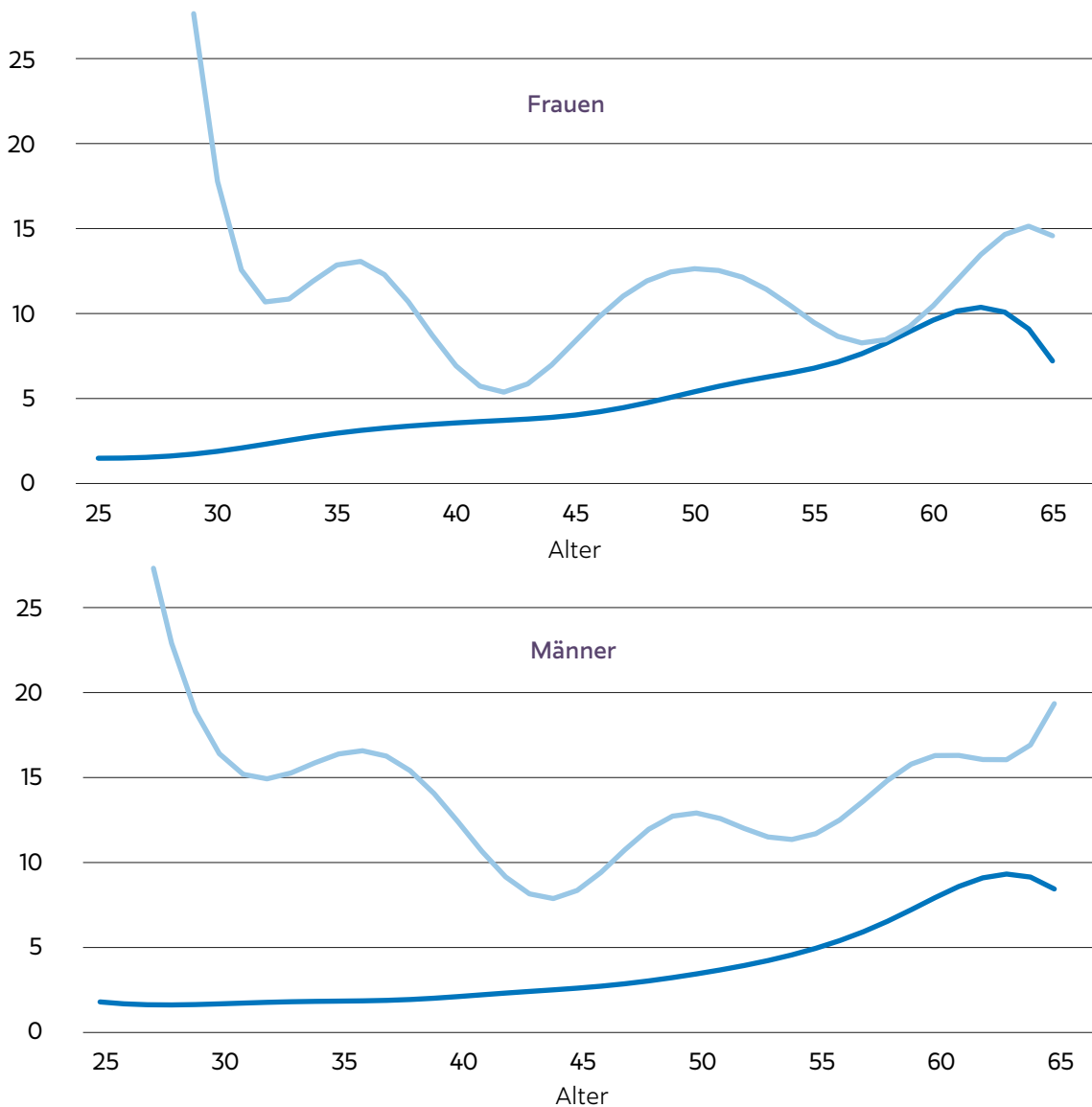
Männer im Alter von ... Jahren

61 - 65	16,63	9,05
56 - 60	14,69	6,47
51 - 55	11,68	4,24
46 - 50	12,58	3,09
41 - 45	8,17	2,46
36 - 40	15,53	1,92
31 - 35	11,87	1,84
26 - 30	24,67	1,65
21 - 25	0,00	1,68

Z18/5109

Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld 2018

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



Z18/5110

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

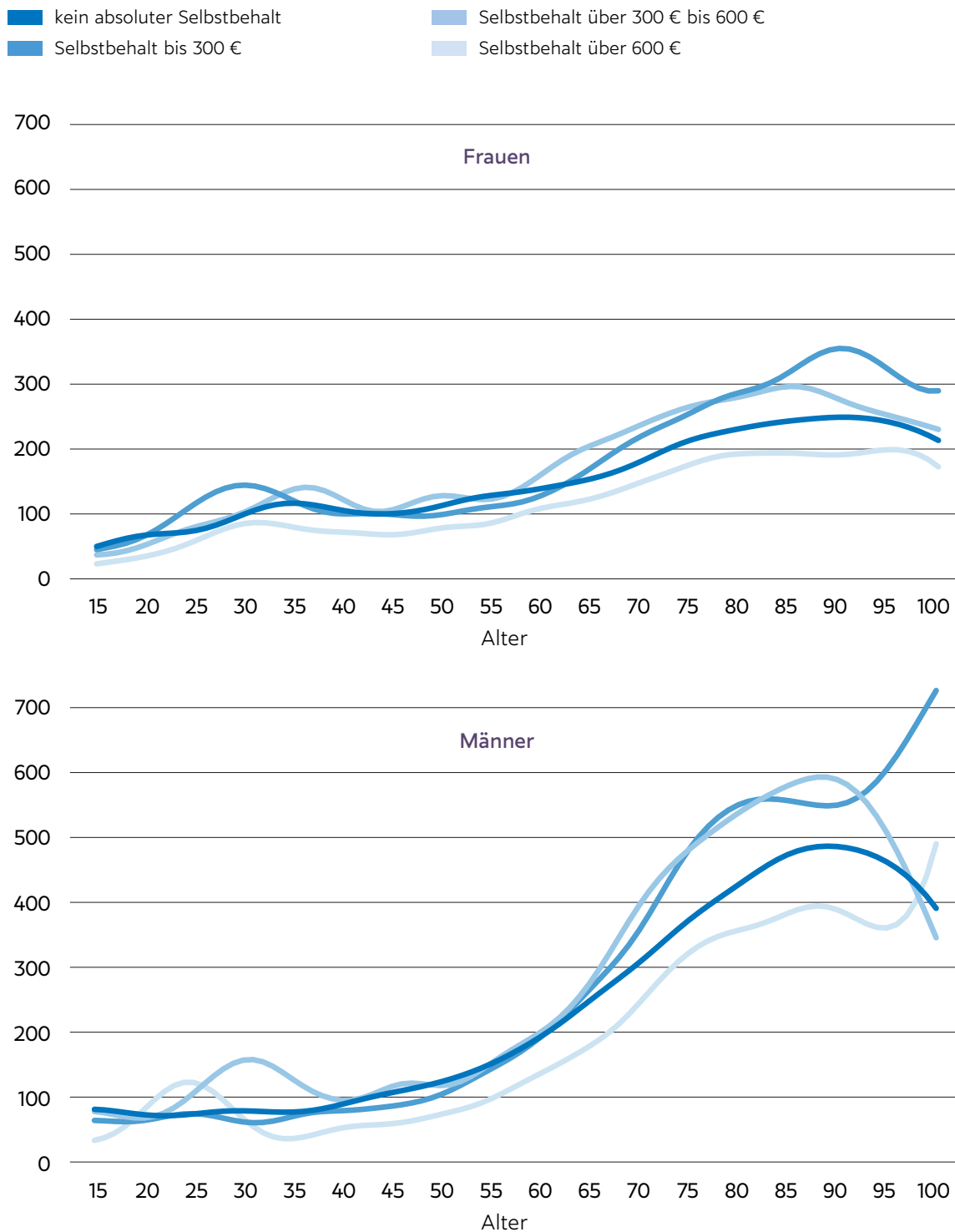
meist bei höherem Selbstbehalt deutlich niedriger. Um die Ausgabenentwicklung für alle Selbstbehaltsgruppen vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken für jedes der beiden Geschlechter auf die Selbstbehaltsgruppe ohne Selbstbehalt normiert.

Ausgaben im ambulanten Bereich nach nach Altersgruppen ¹ 2018	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
Frauen im Alter von ... Jahren				
über 95	219,98	276,58	221,33	187,55
91 - 95	244,64	349,19	269,47	196,45
86 - 90	244,71	342,59	286,61	190,65
81 - 85	240,84	287,12	286,84	189,93
76 - 80	221,18	285,55	276,70	189,53
71 - 75	204,02	244,75	254,39	163,54
66 - 70	166,39	195,09	214,96	138,53
61 - 65	147,20	154,49	193,16	115,88
56 - 60	133,13	115,21	142,79	104,16
51 - 55	123,56	104,02	125,81	79,19
46 - 50	106,76	100,63	120,42	74,62
41 - 45	100,00	102,96	106,30	69,75
36 - 40	109,29	84,35	130,18	69,09
31 - 35	113,65	147,65	123,21	87,78
26 - 30	84,69	137,32	84,72	75,65
21 - 25	73,41	86,93	74,81	41,87
16 - 20	59,73	51,77	42,37	28,62
unter 16	39,65	32,93	30,55	18,31
Männer im Alter von ... Jahren				
über 95	442,47	479,57	661,55	397,18
91 - 95	476,23	558,76	590,68	361,30
86 - 90	484,12	597,85	562,89	401,91
81 - 85	455,58	551,70	552,24	365,79
76 - 80	403,63	521,08	522,52	347,15
71 - 75	346,85	447,81	438,77	292,97
66 - 70	283,38	340,73	313,38	214,90
61 - 65	222,37	236,16	230,44	161,06
56 - 60	175,08	182,34	168,50	122,14
51 - 55	138,84	132,74	126,39	84,75
46 - 50	117,39	123,53	96,43	67,37
41 - 45	100,00	93,26	81,54	58,94
36 - 40	82,19	119,98	79,98	45,27
31 - 35	77,24	156,17	55,28	37,33
26 - 30	79,37	107,49	62,70	103,37
21 - 25	68,67	84,72	91,24	165,26
16 - 20	76,19	72,56	58,61	34,37
unter 16	80,48	72,93	56,04	40,80

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

Z18/5111

Altersabhängigkeit der Ausgaben bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich¹ 2018



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

Z18/5201

5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen

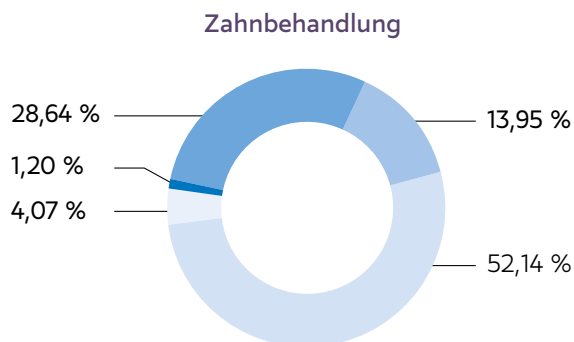
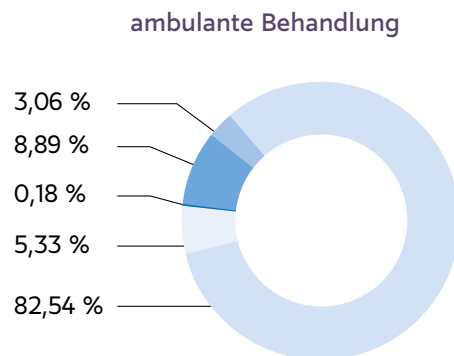
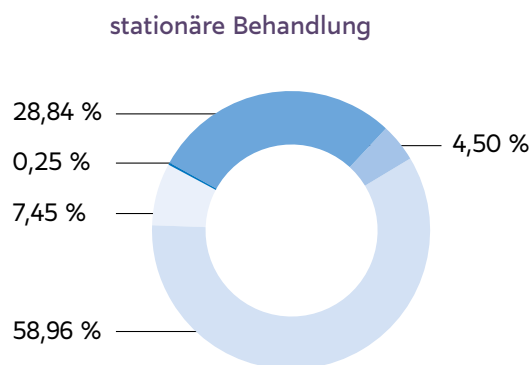
Der PKV-Verband wertet bei den Mitgliedsunternehmen eingereichte Arzt- und Zahnarztrechnungen aus. Die Daten dafür beruhen auf einer Vollerhebung verschiedener Mitgliedsunternehmen (derzeit über 17 Mio. Datensätze). Bei der Auswertung im PKV-Verband werden die Positionen der Rechnungen nach ihren Steigerungssätzen gemäß den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) [G] zusammengefasst.

Die folgende Grafik stellt dar, wie sich das Honorar der Ärzte auf Abrechnungen unter, zum und über dem Regelhöchstsatz und Höchstsatz verteilt.

Struktur der GOÄ/GOZ-Multiplikatoren 2018

Abrechnung

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



Quelle: PKV-Auswertungen von Vollerhebungen verschiedener Mitgliedsunternehmen

Z18/5301

Die Auswertung der anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird: im Jahr 2018 nur bei vier bis sieben Prozent der Rechnungen. Genau zum Regelhöchstsatz waren es jeweils über die Hälfte der Rechnungen, im ambulanten Bereich sogar vier von fünf 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 29 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück – im ambulanten Bereich waren es neun Prozent.

5.4 Krankenhausstatistik

Die Rechtsgrundlage für die Wahlleistung Unterkunft ist die Bundespflegesatzverordnung. 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 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	2018	2017	Veränderung	
	in Euro	in Euro	absolut	in Prozent
Baden-Württemberg	104,57	100,83	+ 3,74	+ 3,71
Bayern	110,49	102,94	+ 7,55	+ 7,33
Berlin	112,95	108,59	+ 4,36	+ 4,02
Brandenburg	84,91	81,50	+ 3,41	+ 4,18
Bremen	97,57	96,47	+ 1,10	+ 1,14
Hamburg	121,97	120,47	+ 1,50	+ 1,25
Hessen	109,14	103,88	+ 5,26	+ 5,06
Mecklenburg-Vorpommern	91,51	86,03	+ 5,48	+ 6,37
Niedersachsen	98,57	93,89	+ 4,68	+ 4,98
Nordrhein-Westfalen	110,60	106,65	+ 3,95	+ 3,70
Rheinland-Pfalz	106,03	98,96	+ 7,07	+ 7,14
Saarland	111,32	96,62	+ 14,70	+ 15,21
Sachsen	81,74	77,20	+ 4,54	+ 5,88
Sachsen-Anhalt	80,46	76,69	+ 3,77	+ 4,92
Schleswig-Holstein	98,67	90,56	+ 8,11	+ 8,96
Thüringen	98,09	96,60	+ 1,49	+ 1,54
bundesweit	105,45	100,36	+ 5,09	+ 5,07

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z18/5401

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2018 in Euro	2017 in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Baden-Württemberg	53,98	51,33	+2,65	+5,16
Bayern	58,21	54,27	+3,94	+7,26
Berlin	59,60	54,66	+4,94	+9,04
Brandenburg	45,01	42,23	+2,78	+6,58
Bremen	49,86	49,61	+0,25	+0,50
Hamburg	66,20	65,21	+0,99	+1,52
Hessen	58,31	54,93	+3,38	+6,15
Mecklenburg-Vorpommern	43,73	38,35	+5,38	+14,03
Niedersachsen	52,56	49,23	+3,33	+6,76
Nordrhein-Westfalen	60,93	58,70	+2,23	+3,80
Rheinland-Pfalz	56,67	52,53	+4,14	+7,88
Saarland	56,57	46,44	+10,13	+21,81
Sachsen	40,75	36,73	+4,02	+10,94
Sachsen-Anhalt	36,13	33,83	+2,30	+6,80
Schleswig-Holstein	55,40	50,96	+4,44	+8,71
Thüringen	52,07	49,74	+2,33	+4,68
bundesweit	56,14	52,95	+3,19	+6,02

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer

Z18/5402

06 Zeitreihen 2008 - 2018



KAPITEL 06

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

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

¹ Angaben von Unternehmen nachträglich korrigiert.

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

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
8.956.300	8.890.100	8.834.400	8.787.300	8.772.700	8.753.400	8.736.300
-20.100	-66.200	-55.700	-47.100	-14.600	-19.300	-17.100
159.900	123.900	115.500	120.400	129.100	129.300	133.700
162.400	161.200	145.700	140.200	130.600	133.000	132.900
7.304.100	7.250.300	7.197.700	7.173.100	7.026.400	7.104.500	7.093.800
4.254.900	4.255.600	4.269.700	4.291.500	4.329.100	4.356.000	4.395.700

Z18/6101

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
9.619.600	9.537.500	9.472.700	9.413.600	9.375.100	9.326.700	9.286.200
151.141	161.686	169.324	178.075	188.567	211.582	234.625

Z18/6102

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
23.070.900	23.894.500	24.342.400	24.770.100	25.083.900	25.519.900	26.030.200
5.776.600	5.814.500	5.870.800	5.980.400	6.058.600	6.112.100	6.180.800
3.627.600	3.606.900	3.585.800	3.583.600	3.597.400	3.613.400	3.638.900
8.153.500	8.027.600	7.936.500	7.864.100	7.803.300	7.740.400	7.678.200
2.186.700	2.373.400	2.481.800	2.583.600	2.676.700	2.732.900	2.782.700
	359.600	558.600	683.600	777.200	834.000	878.000

Z18/6103

6.2 Beitragseinnahmen

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

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
33.616,9	33.988,8	34.309,8	34.626,3	35.093,2	36.454,6	37.246,4
25.862,9	25.743,4	25.775,1	25.846,2	26.116,7	27.082,8	27.608,7
2.010,7	2.062,1	2.013,6	2.196,1	2.165,1	2.594,5	2.557,7
35.627,6	36.050,9	36.323,4	36.822,4	37.258,3	39.049,1	39.804,1

Z18/6201

6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2008	2009	2010	2011
ambulante Leistungen	8.921,1	9.316,0	9.556,7	9.864,4
davon				
Arztbehandlung	4.944,0	5.124,3	5.238,9	5.405,3
Heilpraktikerbehandlung	196,6	207,5	218,7	239,3
Arzneien und Verbandmittel	2.223,3	2.330,8	2.406,3	2.448,7
Heilmittel	730,5	764,1	800,5	838,6
Hilfsmittel	719,9	739,4	762,3	790,5
Sonstiges	106,8	149,9	130,0	142,0
stationäre Leistungen	5.838,5	6.114,0	6.425,8	6.695,1
davon				
allgemeine Krankenhausleistungen	2.998,7	3.199,5	3.458,2	3.650,4
Wahlleistung Chefarzt	2.194,2	2.254,1	2.293,0	2.345,5
Wahlleistung Einbettzimmer	505,9	519,6	525,9	542,9
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankenhaustagegeld	55,6	51,2	51,1	51,5
Sonstiges	84,1	89,6	97,6	104,8
Zahnleistungen	2.902,1	3.039,4	3.214,4	3.408,3
davon				
Zahnbehandlung	1.081,7	1.104,8	1.145,0	1.198,0
Zahnersatz	1.620,3	1.725,3	1.852,6	1.984,5
Kieferorthopädie	191,9	202,1	210,1	219,0
Sonstiges	8,2	7,2	6,7	6,8
Krankentagegeld	744,5	803,8	840,2	864,0
Krankenhaustagegeld	512,4	507,4	504,3	505,3
Pflegezusatzversicherung	24,2	29,6	35,4	44,4
geförderte Pflegezusatzversicherung				
sonstige Leistungen	58,3	66,6	50,5	62,6
Besondere Versicherungsformen	550,2	576,6	589,4	609,5
Krankenversicherung	19.551,3	20.453,4	21.216,7	22.053,6
Pflegeversicherung	617,7	667,7	698,8	720,5
insgesamt	20.169,0	21.121,1	21.915,5	22.774,1

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
10.006,3	10.453,9	10.742,0	11.239,9	11.616,7	11.800,7	12.350,4
5.471,2	5.686,1	5.783,8	6.015,2	6.194,8	6.269,4	6.518,4
245,1	257,6	264,2	276,7	292,3	294,0	304,3
2.461,1	2.594,8	2.709,9	2.864,5	2.973,1	3.061,6	3.266,4
861,7	895,4	921,5	957,4	985,0	985,7	1.010,7
812,5	854,4	886,1	932,0	963,0	972,2	999,1
154,7	165,6	176,5	194,1	208,5	217,8	251,5
6.741,1	7.002,2	7.084,9	7.443,2	7.587,6	7.716,9	8.134,9
3.699,6	3.914,8	4.031,9	4.290,8	4.438,2	4.588,3	4.917,7
2.343,6	2.364,1	2.322,7	2.384,8	2.356,7	2.298,8	2.341,0
541,1	291,0	293,6	304,9	313,6	325,0	342,4
	262,5	260,8	270,7	276,4	291,9	309,5
49,5	52,5	53,3	55,6	57,6	57,6	57,9
107,3	117,3	122,6	136,4	145,1	155,3	166,4
3.649,7	3.905,4	3.935,9	4.034,4	4.104,8	4.125,1	4.289,0
1.290,7	1.380,2	1.380,8	1.397,7	1.408,1	1.416,8	1.475,5
2.121,4	2.271,9	2.291,6	2.361,6	2.411,8	2.416,7	2.509,6
230,1	244,4	255,9	267,3	278,1	284,4	296,0
7,5	8,9	7,6	7,8	6,8	7,2	7,9
874,3	884,7	874,5	874,2	865,8	863,5	878,5
495,4	495,6	487,2	486,8	480,5	469,6	471,2
54,0	67,4	83,4	104,1	122,0	171,2	217,1
0,0	0,1	0,1	0,3	0,7	1,1	9,2
77,9	76,9	78,1	77,9	79,0	86,3	91,2
609,0	605,8	624,3	679,3	685,6	685,2	698,9
22.507,7	23.492,0	23.910,4	24.940,1	25.542,7	25.919,6	27.140,4
779,3	857,1	880,1	967,8	1.049,6	1.286,1	1.439,7
23.287,0	24.349,1	24.790,5	25.907,9	26.592,3	27.205,7	28.580,1

Z18/6301

Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Versicherten in Prozent	2008	2009	2010	2011
ambulante Leistungen	+6,88	+2,86	+0,79	+2,27
davon				
Arztbehandlung	+6,74	+2,09	+0,45	+2,22
Heilpraktikerbehandlung	+4,33	+3,93	+3,56	+8,42
Arzneien und Verbandmittel	+7,64	+3,26	+1,43	+0,82
Heilmittel	+7,12	+3,02	+2,93	+3,79
Hilfsmittel	+5,80	+1,16	+1,29	+2,74
Sonstiges	+8,28	+38,21	-14,55	+8,24
stationäre Leistungen	+4,36	+3,37	+4,15	+3,61
davon				
allgemeine Krankenhausleistungen	+5,80	+5,10	+6,19	+4,58
Wahlleistung Chefarzt	+3,60	+0,78	-0,34	+1,62
Wahlleistung Einbettzimmer	-3,80	+0,77	-0,15	+2,58
Wahlleistung Zweibettzimmer				
Ersatz-Krankenhaustagegeld	-3,05	-9,66	-2,24	0,00
Sonstiges	+7,70	+4,90	+7,30	+6,44
Zahnleistungen	+5,90	+3,16	+3,94	+5,05
davon				
Zahnbehandlung	+4,15	+0,60	+1,86	+3,67
Zahnersatz	+7,67	+4,88	+5,53	+6,13
Kieferorthopädie	+2,01	+3,72	+2,18	+3,29
Sonstiges	-7,77	-12,63	-8,43	0,00
Krankentagegeld	+4,63	+6,35	+3,01	+1,89
Krankenhaustagegeld	+1,46	-2,47	-2,05	-0,72
Pflegezusatzversicherung	+18,49	+20,21	+17,99	+24,25
geförderte Pflegezusatzversicherung				
sonstige Leistungen	+21,07	+12,54	-25,29	+22,98
Besondere Versicherungsformen	+9,31	+3,23	+0,73	+2,46
Krankenversicherung	+5,79	+3,04	+2,23	+2,98
Pflegeversicherung	+5,91	+6,48	+3,14	+2,15
Versicherungsleistungen insgesamt	+5,80	+3,15	+2,26	+2,96
davon Gesamt für Krankheitskosten ¹	+5,83	+3,09	+2,16	+3,22

1 ambulante, stationäre und Zahnleistungen

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
+1,09	+4,82	+3,46	+5,24	+3,72	+1,78	+4,88
+0,88	+4,29	+2,42	+4,61	+3,35	+1,40	+4,19
+2,09	+5,19	+3,26	+5,33	+6,02	+0,78	+3,73
+0,16	+5,80	+5,15	+6,32	+4,16	+3,18	+6,91
+2,40	+4,28	+3,62	+4,50	+3,25	+0,26	+2,76
+2,44	+5,47	+4,43	+5,79	+3,69	+1,15	+2,98
+8,56	+7,25	+7,33	+10,59	+7,81	+4,88	+15,73
+0,42	+4,43	+2,06	+5,69	+2,53	+2,18	+5,77
+1,00	+6,18	+3,70	+7,04	+3,80	+3,58	+7,40
-0,61	+0,61	-1,70	+2,32	-1,24	-2,69	+1,11
-0,86	+2,03	+0,94	+3,52	+2,75	+3,39	+4,61
		-0,60	+3,46	+2,03	+5,36	+5,27
-4,29	+5,54	+1,49	+3,92	+3,54	-0,23	-0,23
+2,05	+9,69	+5,17	+11,93	+6,78	+7,44	+7,39
+6,72	+5,91	+1,47	+3,10	+2,10	+0,69	+4,19
+7,37	+6,22	+0,73	+1,81	+1,10	+0,81	+4,36
+6,54	+5,77	+1,56	+3,65	+2,48	+0,40	+4,06
+4,69	+5,42	+5,44	+5,06	+4,38	+2,46	+4,31
+10,53	+8,33	-14,00	+3,49	-13,48	+6,49	+9,76
+0,85	+1,54	-0,47	+0,55	-0,61	+0,16	+1,95
-2,30	+0,38	-1,03	+0,51	-0,94	-1,86	+0,54
+21,13	+25,25	+24,64	+25,50	+17,70	+40,79	+27,07
		0,00	+200,00	+166,67	+62,50	+707,69
+23,97	-0,92	+2,20	+0,34	+1,81	+9,67	+5,89
-0,43	-0,88	+3,76	+9,45	+1,28	+0,35	+2,21
+1,71	+4,46	+2,48	+4,91	+2,78	+1,91	+4,93
+7,79	+10,52	+3,39	+10,60	+8,83	+16,94	+12,18
+1,91	+4,67	+2,51	+5,12	+3,00	+2,50	+5,27
+1,97	+4,89	+2,66	+4,95	+3,06	+1,73	+5,02

Z18/6302

6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

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

6.5 Alterungsrückstellungen

Alterungsrückstellungen in Mio. Euro	2008	2009	2010	2011
Zuführung	10.733,9	10.945,0	12.680,6	11.422,6
davon				
Krankenversicherung	8.696,2	9.732,0	10.547,5	9.934,1
Pflegeversicherung	2.037,7	1.213,0	2.133,1	1.488,5
Bestand	134.379,2	145.324,2	158.004,8	169.427,4
davon				
Krankenversicherung	115.191,0	124.923,0	135.470,5	145.404,6
Pflegeversicherung	19.188,2	20.401,2	22.534,3	24.022,8

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
3.127,2	3.468,2	2.958,2	4.955,8	3.477,4	5.552,3	4.114,9
1.515,4	1.905,3	1.378,9	3.342,8	1.883,3	3.846,7	2.561,7
190,4	124,6	117,6	169,8	174,0	243,3	82,4
1.421,4	1.438,3	1.461,7	1.443,2	1.420,1	1.462,3	1.470,8
4.944,6	4.897,7	5.158,8	4.121,4	4.432,0	5.138,4	4.182,2
12.490,6	13.920,9	16.121,5	15.287,5	16.242,1	15.827,5	15.894,9

Z18/6401

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
12.188,3	12.395,6	12.181,2	13.890,7	12.636,4	14.486,4	12.852,1
10.502,8	10.995,4	10.802,8	11.339,3	11.120,0	12.559,5	11.177,6
1.685,5	1.400,2	1.378,4	2.551,4	1.516,4	1.926,9	1.674,5
181.615,7	194.011,3	206.192,5	220.083,2	232.719,6	247.206,0	260.058,1
155.907,4	166.902,8	177.705,6	189.044,9	200.164,9	212.724,4	223.902,0
25.708,3	27.108,5	28.486,9	31.038,3	32.554,7	34.481,6	36.156,1

Z18/6501

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2008	2009	2010	2011
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	0,54	0,32	0,46	0,31
Anteil an verbundenen Unternehmen	1,36	0,36	1,83	1,15
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1,78	0,25	0,27	0,47
Beteiligungen	1,19	0,67	0,74	0,72
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	3,19	1,82	1,20	0,21
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	14,78	12,49	15,27	16,68
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	8,84	14,89	17,87	15,63
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	1,31	1,16	1,86	2,51
Namenschuldverschreibungen	21,63	21,93	26,19	24,84
Schuldscheinforderungen und Darlehen	18,02	23,24	14,53	17,83
übrige Ausleihungen	0,11	0,00	0,02	0,02
Einlagen bei Kreditinstituten	17,52	13,29	4,81	4,72
andere Kapitalanlagen	9,73	9,58	14,95	14,91
insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
2.588,3	2.441,3	2.346,5	2.386,2	2.440,4	2.466,9	2.544,4
879,4	867,7	890,1	860,4	869,1	888,8	902,5

Z18/6601

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0,18	0,34	0,42	0,24	0,21	0,43	0,35
1,46	2,19	0,90	1,18	2,19	2,55	4,33
1,02	1,35	0,72	0,46	1,09	0,29	0,34
0,63	0,65	0,39	0,76	1,26	2,08	1,94
0,05	0,05	0,00	1,16	0,23	0,02	0,05
21,75	17,89	32,77	36,83	27,99	28,64	27,97
23,06	26,05	23,85	22,70	28,21	29,21	31,71
2,20	2,49	1,94	1,44	2,57	2,26	3,55
13,71	14,53	14,86	7,26	15,07	13,86	9,08
21,89	16,29	8,11	3,70	6,54	7,45	6,18
0,13	0,13	1,10	1,52	0,49	0,20	0,40
3,20	4,67	3,39	13,72	1,88	2,08	1,42
10,72	13,37	11,55	9,02	12,28	10,93	12,68
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z18/6701

Kapitalanlagen in Mio. Euro	2008	2009	2010	2011
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	1.514,2	1.551,9	1.600,9	1.625,4
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.639,8	1.633,1	2.075,1	2.059,8
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.050,3	1.077,4	1.155,4	1.170,3
Beteiligungen	1.528,8	1.648,8	1.747,4	1.909,8
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	361,9	518,9	476,6	499,0
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	30.327,5	30.458,5	33.671,0	36.001,1
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	8.240,1	10.273,0	14.153,4	17.475,4
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	3.540,7	3.686,9	3.943,3	4.446,6
Namenschuldverschreibungen	49.463,5	54.681,4	58.998,7	65.130,4
Schuldscheinforderungen und Darlehen	49.199,5	54.342,0	54.302,9	53.837,4
übrige Ausleihungen	1.695,4	1.460,2	1.042,8	960,4
Einlagen bei Kreditinstituten	2.496,3	1.458,3	1.788,4	2.612,5
andere Kapitalanlagen	432,1	516,2	526,3	573,8
insgesamt	151.490,1	163.306,6	175.482,2	188.301,9

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1.620,2	1.676,6	1.765,8	1.811,2	1.826,7	1.947,2	2.019,8
2.293,3	2.803,3	2.915,6	3.475,8	3.910,4	4.707,0	6.087,1
1.547,8	1.709,1	1.852,7	1.997,5	2.148,6	2.149,0	2.023,4
2.065,3	2.113,5	2.086,6	2.220,2	2.500,7	2.339,4	2.953,3
250,8	229,4	219,4	163,3	180,7	190,4	194,2
42.547,6	48.267,9	54.572,8	64.406,4	73.231,0	81.386,3	87.894,1
24.330,9	31.457,3	37.997,5	44.681,3	52.126,2	61.013,0	68.428,7
4.992,1	5.455,3	5.696,9	5.947,4	6.258,0	6.665,7	7.398,7
66.811,5	68.748,9	71.229,6	71.045,7	71.849,2	71.808,3	71.177,9
52.083,3	50.444,7	48.642,1	44.819,0	41.827,6	38.810,8	36.598,9
772,9	1.142,1	1.199,1	1.388,2	1.188,8	1.174,6	1.198,8
2.527,2	3.262,5	3.183,1	2.848,7	1.746,3	1.058,2	701,4
629,9	644,4	735,7	892,3	1.200,2	1.108,5	1.283,6
202.472,8	217.955,0	232.096,9	245.697,0	259.994,4	274.358,4	287.959,9

Z18/6702

6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2008	2009	2010	2011
Sicherheit und Finanzierbarkeit				
Eigenkapitalquote	14,50	14,59	14,54	14,71
RfB-Quote	29,21	28,41	26,11	29,03
RfB-Zuführungsquote	7,67	8,26	10,30	11,07
RfB-Entnahmeanteile				
Einmalbeitrag	64,32	51,60	67,45	47,89
Beitragsrückerstattung	35,68	48,40	32,55	52,11
Überschussverwendungsquote	89,03	87,04	88,38	88,47
Erfolg und Leistung				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	9,21	8,26	10,81	12,15
Nettoverzinsung	3,56	4,27	4,23	4,08
Schadenquote	79,85	80,72	78,78	77,45
Quote der Abschlussaufwendungen	8,33	8,47	7,96	7,95
Quote der Verwaltungsaufwendungen	2,60	2,55	2,45	2,45
Wachstum				
verdiente Bruttobeiträge	2,93	3,78	5,70	4,19
versicherte Personen				
Krankheitsvollversicherung	1,04	2,06	0,96	0,91
Zusatzversicherung	6,40	2,38	2,41	2,41
insgesamt	4,80	2,29	1,99	1,98
Vorsorgequote	35,70	38,78	40,21	40,50

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
15,19	15,82	16,54	16,99	17,22	17,06	17,10
33,27	36,87	42,49	39,95	42,08	39,40	38,88
12,92	12,77	13,45	10,56	11,15	12,50	9,99
53,61	59,11	50,69	71,72	59,21	74,23	66,71
46,39	40,89	49,31	28,28	40,79	25,77	33,29
89,40	88,66	88,44	87,41	87,29	87,69	85,76
13,20	14,00	13,48	12,24	12,09	14,18	13,51
4,21	4,03	3,91	3,70	3,71	3,46	3,03
77,07	76,93	77,61	78,92	79,03	77,23	77,83
7,26	6,72	6,46	6,49	6,55	6,32	6,39
2,47	2,35	2,45	2,34	2,33	2,28	2,27
2,79	0,88	0,73	1,36	1,72	4,83	2,06
-0,22	-0,74	-0,63	-0,53	-0,17	-0,22	-0,20
2,56	2,04	1,87	1,76	1,27	1,74	2,00
1,77	1,26	1,20	1,21	1,57	1,26	1,46
42,95	42,12	43,24	39,11	39,90	39,39	35,68

Z18/6801

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.

Bevölkerung am 31. Dezember

in 1.000 Personen

	2016	2017	2018
insgesamt	82.521,7	82.792,4	83.019,2
davon			
Frauen ¹	41.824,5	41.948,8	42.052,5
Männer ¹	40.697,1	40.843,6	40.966,7
Geburten	792,1	784,9	787,5
Altersstruktur in Jahren			
unter 6	4.466,1	4.578,9	4.666,1
6 bis unter 15	6.582,5	6.592,9	6.624,7
15 bis unter 25	8.746,9	8.683,1	8.610,7
25 bis unter 45	20.467,9	20.539,9	20.681,5
45 bis unter 65	24.748,6	24.687,9	24.552,6
65 und mehr	17.509,7	17.709,7	17.883,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: August 2019)

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

Z18/A1101

Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren¹

	Frauen	Männer
0	83,27	78,48
5	78,56	73,81
10	73,59	68,84
15	68,62	63,87
20	63,67	58,96
25	58,72	54,08
30	53,78	49,21
35	48,87	44,36
40	43,99	39,56
45	39,16	34,83
50	34,42	30,23
55	29,80	25,82
60	25,34	21,69
65	21,06	17,87
70	16,98	14,33
75	13,11	11,02
80	9,50	8,00
85	6,49	5,51
90	4,27	3,71
95	2,85	2,51
100	2,06	1,82

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: November 2019)

1 nach Sterbetafel 2016/2018

Z18/A1102

Beschäftigung in Deutschland

in 1.000 Personen

	2016	2017	2018
Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)¹	31.607	32.359	33.440
davon			
Frauen	14.675	14.995	15.465
Männer	16.931	17.364	17.974
Arbeitslose²	2.691	2.533	2.340
davon			
Frauen	1.208	1.135	1.048
Männer	1.483	1.398	1.292

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Februar 2019, Juli 2019)

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

2 Jahresdurchschnitt

Z18/A1103

**durchschnittliche Bruttomonatsverdienste
der Arbeitnehmer¹ in Euro**

	2016	2017	2018
Frauen	3.527	3.597	3.711
Männer	4.320	4.392	4.524
insgesamt	4.078	4.149	4.278

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2019)

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

Z18/A1104

I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

in Gesundheitsdienstberufen tätige Personen

	2016	2017	2018
Ärzte	378.607	385.149	392.402
davon niedergelassen	119.641	118.356	117.472
Zahnärzte	71.926	72.122	72.592
Personen in sonstigen Gesundheitsberufen^{1, 2} (ohne Altenpfleger)	2.801.000	2.845.000	
Altenpfleger²	594.000	624.000	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt (Stand: Dezember 2018, September 2019)

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

2 Die Zahlen für 2018 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z18/A1201

Anzahl der Krankenhäuser/Krankenhausbetten

	2016	2017	2018 ¹
Krankenhäuser	1.951	1.942	
Betten in allgemeinen Krankenhäusern	498.718	497.182	

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Dezember 2019)

1 Die Zahlen für 2018 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z18/A1202

Anzahl der Apotheken	2016	2017	2018
Apotheken	20.023	19.748	19.423

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Juni 2019)

Z18/A1203

Gesundheitsausgaben	2016	2017	2018
insgesamt in Mrd. Euro ¹	358,7	375,6	
BIP in Mrd. Euro	3.134,1	3.245,0	3.344,4
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent ¹	11,4	11,5	
Gesundheitsausgaben je Einwohner in Euro ¹	4.355	4.544	

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt (Stand: März 2019, August 2019)

1 Die Zahlen für 2018 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z18/A1204

Mehrumsatz durch Privatpatienten nach Leistungsbereichen in Mio. Euro	2015	2016	2017
Arztbehandlung	6.060	6.290	6.429
Arznei- und Verbandmittel	874	907	951
Heilmittel	996	1.020	1.027
Hilfsmittel	461	518	527
Krankenhaus	693	665	687
Zahnmedizin	3.262	3.198	3.196
Sonstige ¹	287	402	409
insgesamt	12.633	13.000	13.226

Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Stand: August 2019)

1 u.a. Heilpraktiker, Kuren

Z18/A1205

I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen ¹	2016	2017	2018
Frauen	37.539.993	37.794.871	37.937.844
davon			
davon mitversichert	9.365.742	9.308.786	9.250.381
davon freiwillig versichert ²	1.850.725	1.881.275	1.904.504
Männer	34.406.440	34.896.181	35.196.509
davon			
davon mitversichert	6.780.606	6.837.958	6.872.116
davon freiwillig versichert ²	4.015.193	4.123.144	4.194.843
insgesamt	71.946.433	72.691.052	73.134.353
davon			
davon mitversichert	16.146.348	16.146.744	16.122.497
davon freiwillig versichert ²	5.865.918	6.004.419	6.099.347

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Januar 2019)

1 einschließlich Kinder

2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z18/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2016	2017	2018
Ortskrankenkassen	11	11	11
Betriebskrankenkassen	92	86	85
Innungskrankenkassen	6	6	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen	1	1	1
Bundesknappschaft	1	1	1
Ersatzkassen	6	6	6
insgesamt	117	111	110

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Januar 2019)

Z18/A1302

Einnahmen und Ausgaben der GKV

in Mio. Euro

	2016	2017	2018
Einnahmen	224.351,5	233.893,5	241.358,0
davon			
Bundeszuschuss	14.000,0	14.500,00	14.500,00
Ausgaben	222.730,0	230.388,6	239.268,3
davon			
davon Leistungen	210.355,7	217.828,1	226.217,4
Netto-Verwaltungskosten	10.980,4	10.859,3	11.507,4

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juni 2019)

Z18/A1303

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

	2016	2017	2018
Kapitalreserve am 1. Januar	8,31	9,34	6,92
Defizit		2,42	3,55
Überschuss	1,03		
Kapitalreserve am 31. Dezember	9,34	6,92	3,37

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: März 2019)

Z18/A1304

**Rechengrößen der Gesetzlichen
Krankenversicherung**

	2009	2010	2011	2012
Versicherungspflichtgrenze¹ in Euro				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren	44.100	45.000	44.550	45.900
für alle übrigen Arbeitnehmer	48.600	49.950	49.500	50.850
Beitragsbemessungsgrenze¹ in Euro	44.100	45.000	44.550	45.900
(durchschnittlicher) Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung²	15,5 / 14,9 ³	14,9	15,5	15,5
(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung²	569,63 / 547,58 ³	558,75	575,44	592,88

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 einheitliche Beitragssatz um 0,9 Prozent gesenkt. Die Kassen können nun einen prozentualen Zusatzbeitrag in eigenem Ermessen erheben.

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

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
47.250	48.600	49.500	50.850	52.200	53.100	54.450
52.200	53.550	54.900	56.250	57.600	59.400	60.750
47.250	48.600	49.500	50.850	52.200	53.100	54.450
15,5	15,5	15,5	15,7	15,7	15,6	15,5
610,31	627,75	639,38	665,29	682,95	690,31	703,32

Z18/A1305

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 Beitrag begrenzt, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze [G] berechnet. 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, dem allgemeinen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz 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 Versicherungsunter-

nehmen 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 zugrundeliegenden 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 Beitragsrück erstattung (RfB) [G] zu der Gesamtentnahme aus den RfB; zum anderen die **Einmalbeiträge** als das Verhältnis aus Einmalbeiträgen aus den RfB zu der Gesamtentnahme aus den RfB. Die Kennzahlen zeigen auf, wofür die Versicherungsunternehmen die Entnahmen aus den RfB schwerpunktmäßig verwenden.
- Die **RfB-Quote** ergibt sich aus dem Verhältnis der RfB zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie bringt zum Ausdruck, in welchem Umfang die Unternehmen zusätzliche Mittel für Beitragsentlastungen in der Zukunft zur Verfügung haben.
- Die **RfB-Zuführungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis der RfB-Zuführung zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel der

RfB für die Finanzierung zukünftiger beitragsentlastender Maßnahmen oder Barausschüttungen zugeführt wird.

- Das Verhältnis des Schadenaufwandes zu den verdienten Bruttobeiträgen ergibt die **Schadenquote**. Sie zeigt auf, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen.
- Die **Überschussverwendungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des verwendeten Überschusses zum Rohergebnis nach Steuern. Sie zeigt an, in welchem Umfang der wirtschaftliche Gesamterfolg an die Versicherten weitergegeben wird.
- Die **versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des versicherungsgeschäftlichen Ergebnisses zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Jahresbeitrageinnahmen nach Abzug der Aufwendungen übrig bleibt.
- Sämtliche Kennzahlen sind letztlich auch abhängig von der Bestands- und Beitragsentwicklung. Daher stellen die Kennzahlen zum **Wachstum** eine wichtige Grundlage für die Interpretation der übrigen Kennzahlen dar.

Kostenversicherung

Bei den meisten Krankenversicherungsarten handelt es sich um Kostenversicherungen. Dies bedeutet, dass die tatsächlich entstandenen Kosten ganz oder teilweise erstattet werden. Die Alternative zur Kostenversicherung ist die Tagegeldversicherung. Hier wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten pro Tag eine vertraglich vereinbarte Summe an den Versicherten ausgezahlt.

Limitierung

Die Limitierung ist ein Verfahren zur Vermeidung bzw. Abmilderung von Beitragsanpassungen. Die Mittel für Limitierung werden aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung als Einmalbeiträge entnommen.

Modifizierter Standardtarif

Der modifizierte Standardtarif wurde zum 1. Juli 2007 eingeführt. Diesen Tarif konnten bis Ende 2008 alle Personen

ohne Krankenversicherungsschutz abschließen, die zuletzt privat versichert oder anderweitig der PKV zuzuordnen waren. Für die Versicherungsunternehmen bestand Kontrahierungszwang, Risikozuschläge durften nicht erhoben werden. Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Basistarif [G] eingeführt, in den alle der PKV zuzuordnenden Nichtversicherten auf Antrag aufgenommen werden müssen. Alle Versicherten des modifizierten Standardtarifs gingen in den Basistarif über, der modifizierte Standardtarif wurde anschließend eingestellt.

Nettoneuzugang

Der Nettoneuzugang beschreibt die Bestandsveränderung in der Privaten Krankheitsvollversicherung insgesamt – also unter Berücksichtigung von Geburten und Todesfällen sowie von Abgängen durch den Wechsel in die Gesetzliche Krankenversicherung und durch Vertragskündigungen. Dagegen werden beim Bruttoneuzugang alle Personen gezählt, die eine neue Krankheitsvollversicherung abgeschlossen haben, z. B. auch Wechsler innerhalb der Privaten Krankenversicherung, ohne davon die Abgänge zu subtrahieren.

Notlagentarif

Der brancheneinheitliche Notlagentarif wurde zum 1. August 2013 eingeführt. Er ist ein Sozialtarif für Versicherte mit zeitweiligen 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 [G] 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 Beitragsrückerstattung (RfB)

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

Schadenregulierungsaufwendungen

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

Schadenrückstellung

Mit Schadenrückstellung bezeichnet man kurz die Rückstellung für noch nicht 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 Beitragsatz 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 Beitragsbemessungsgrenze [G] 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 in Anlehnung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung 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 (VVaG) ist eine der möglichen Rechtsformen von Krankenversicherungsunternehmen. Anders als eine Aktiengesellschaft hat ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit keine Aktionäre, sondern die Versicherungsnehmer sind zugleich Mitglieder und damit Träger des Versicherungsvereins.

Verwaltungsaufwendungen

Die Verwaltungsaufwendungen fassen jeglichen Aufwand zusammen, der einem Versicherungsunternehmen durch die Verwaltung und Bearbeitung eines Versicherungsvertrages entsteht – zum Beispiel Personalaufwand. In den Verwaltungsaufwendungen nicht enthalten sind die Aufwendungen für die Leistungssachbearbeitung – die Schadenregulierungsaufwendungen [G] – und die Abschlussaufwendungen [G].

Zehn-Prozent-Zuschlag

Um Beitragssteigerungen im Alter zu verringern oder sogar zu verhindern, wurde zum 1. Januar 2000 in der Privaten Krankheitsvollversicherung per Gesetz ein Zehn-Prozent-Zuschlag auf den Beitrag eingeführt. Dieser Zuschlag wird in der Regel von vollversicherten Personen ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr bezahlt. Die verzinslich angelegten Beträge kommen den Versicherten nach Vollendung des 65. Lebensjahres zugute, sie werden ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung des Beitragsanstieges verwendet.

Für Bestandskunden galt folgende Regelung:

1. Bestandsversicherte konnten den Zuschlag bei Einführung ablehnen. Diese Ablehnung gilt dauerhaft.

2. Ansonsten wurde der Zuschlag schrittweise auf den Beitrag aufgeschlagen, beginnend ab 2001 mit zwei Prozent und mit einer jährlichen Erhöhung um zwei Prozentpunkte. Dadurch zahlte der Bestand erst ab dem Jahr 2005 den vollen Zuschlag.

Mitgliedsunternehmen:

1. Ordentliche Mitglieder



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@axa.de



Barmenia Krankenversicherung AG

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

Barmenia Versicherungen 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
service@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 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
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 Spezialer Krankenversicherung AG

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


HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Bahnhofplatz, 96450 Coburg
 Postanschrift: 96444 Coburg
 Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
 www.huk.de
 info@huk-coburg.de


INTER Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9–15, 68165 Mannheim
 Postanschrift: 68120 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-4 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

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-AG

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


Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

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


NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
 Postanschrift: 90334 Nürnberg
 Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
 www.nuernberger.de
 info@nuernberger.de


ottonova Krankenversicherung AG

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



Versicherer im Raum der Kirchen

Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG

Doktorweg 2–4, 32756 Detmold
 Tel.: 0800 2 15 34 56 / Fax: 0800 2 87 51 82
 www.vrk.de
 info@vrk.de


Provincial Krankenversicherung Hannover AG

Schiffgraben 4, 30159 Hannover
 Postanschrift: 30140 Hannover
 Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
 www.vgh.de
 service@vgh.de


R+V Krankenversicherung AG

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.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.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

Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0
Fax: (0711) 6 62-82 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

2. Außerordentliche Mitglieder



VERSICHERUNG AG

AstraDirect Versicherung AG

Dudenstraße 46, 68167 Mannheim
Tel.: (0621) 1 24 76 82-0
Fax: (0621) 1 24 76 82-6 42
www.astradirect-versicherung.de
info@astradirect-versicherung.de



Versichert nach dem Reinheitsgebot

Bayerische Beamten Versicherung AG

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



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

3. 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 03-0
Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse

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

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

presse@pkv.de
www.pkv.de

Gestaltung & Satz: zwoplus, Berlin
Illustrationen: Jacqueline Urban