

Die private Kranken- versicherung

Zahlenbericht 1997/98



Die private Kranken- versicherung

Zahlenbericht 1997/98



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Geschäftsführung
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon 0221 / 3 76 62-0 · Telefax 0221 / 3 76 62-10
Internet:
World Wide Web <http://www.pkv.de>
eMail: postmaster@pkv.de
ISSN 0503-8839

Inhalt

Vorbemerkung	5
1. Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen	7
1.1 Mitglieder des Verbandes	7
1.2 Rechtsform der Unternehmen	7
1.3 Struktur der Unternehmen	7
1.4 Andere private Versicherungseinrichtungen	8
1.5 Vergleich mit anderen Institutionen	8
2. Versicherungsbestand	11
2.1 Krankheitsvollversicherung	11
2.2 Standardtarif	15
2.3 Zusatzversicherungen	16
2.3.1 Versicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus	17
2.3.2 Ambulante Zusatzversicherungen	17
2.3.3 Pflegezusatzversicherung	17
2.4 Krankentagegeldversicherung	18
2.5 Krankenhaustagegeldversicherung	18
2.6 Beihilfeablöseversicherung	19
2.7 Restschuldversicherung	19
2.8 Lohnfortzahlungsversicherung	19
2.9 Auslandsreisekrankenversicherung	20
2.10 Pflegepflichtversicherung	20
3. Beitragseinnahmen	23
3.1 Gesamtdarstellung	23
3.2 Krankenversicherung	24
3.2.1 Krankheitsvollversicherung	26
3.2.2 Krankentagegeldversicherung	28
3.2.3 Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	28
3.2.4 Sonstige selbständige Teilversicherung	28
3.2.5 Beihilfeablöseversicherung	29
3.2.6 Restschuldversicherung	29
3.2.7 Lohnfortzahlungsversicherung	29
3.2.8 Auslandskrankenversicherung	29
3.3 Pflegepflichtversicherung	30

3.4	Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung . . .	30
4.	Leistungsausgaben	33
4.1	Gesamtaufwendungen	33
4.2	Versicherungsleistungen	35
4.2.1	Krankenversicherung	37
4.2.2	Pflegepflichtversicherung	40
4.2.3	Übrige Leistungen	42
5.	Kosten	45
6.	Vermögensentwicklung	47
7.	Jahresergebnis der Mitgliedsunternehmen 1997	49
8.	Kennzahlen	51
8.1	Sicherheit und Finanzierbarkeit	51
8.2	Erfolg und Leistung	52
8.3	Bestand und Wachstum	52
8.4	Vorsorgequote	52
9.	Verbandsstatistiken	55
9.1	Wahrscheinlichkeitstabeln	55
9.2	Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen	68
9.3	Krankenhausstatistik	68
10.	Die PKV im Jahre 1998	75
10.1	Mitgliedsunternehmen	75
10.2	Krankenversicherung	75
10.2.1	Versicherungsbestand	75
10.2.2	Beitragseinnahmen	75
10.2.3	Versicherungsleistungen	76
10.2.4	Kosten	77
10.2.5	Kapitalanlagen	77
10.3	Pflegepflichtversicherung	77
Anhang	79

Vorbemerkung

Mit diesem Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis der Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 1997 veröffentlicht. Im Laufe des Jahres 1997 sind ein ordentliches sowie ein außerordentliches Mitglied hinzugekommen. Dem Verband gehören damit 52 Unternehmen an, 25 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und 27 Aktiengesellschaften.

Der Zahlenbericht ergänzt den im Juni erschienen Rechenschaftsbericht, der nur vorläufige statistische Ergebnisse des vergangenen Jahres enthält. Darüber hinaus wird die Geschäftsentwicklung des Versicherungszweiges im ersten Halbjahr 1998 dargestellt, um einen Ausblick auf das gesamte laufende Geschäftsjahr zu geben. Die Daten des Berichts wurden aus den vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen geforderten Jahresnachweisen der Mitgliedsunternehmen sowie aus Geschäftsberichten und Sonderhebungen ermittelt.

In 1997 konnte in der Krankenversicherung eine Steigerung der Vollversicherten um 104.000 auf 7,095 Mio. Personen verzeichnet werden. Die Versicherungsleistungen haben sich in allen ambulanten Leistungsarten besorgniserregend erhöht. Die Leistungen für ambulante Arztbehandlung sind um 6,2 Prozent je Versicherten auf insgesamt 5.276,5 Mio. DM gestiegen. Ein Grund dafür dürfte sein, daß niedergelassene Ärzte erneut versucht haben, finanzielle Einschränkungen im Kassenbereich durch steigende Honorarforderungen bei Privatpatienten zu kompensieren. Besonders auffällig ist auch der Anstieg der Leistungsausgaben bei den Pflegekosten im Krankenhaus um 11,3 Prozent, wobei aber auch Sonderfaktoren eine Rolle spielten. Insgesamt stiegen die Krankenhausleistungen um 7,6 Prozent je Versicherten auf 8.254,7 Mio. DM. Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel haben sich um 7,0 Prozent je Versicherten auf insgesamt 1.362,6 Mio. DM, die für Arznei- und Verbandmittel um 5,7 Prozent je Versicherten auf insgesamt 1.819,7 Mio. DM erhöht. Die Beitragseinnahmen in der Krankenversicherung sind in 1997 um 3,72 Prozent auf 32.093,1 (1996: 30.942,4) Mio. DM gestiegen. Bei der Pflegepflichtversicherung gab es einen Anstieg auf 4.203,2 (Vorjahr 3.319,0) Mio. DM.

Köln, 16. Oktober 1998

1. Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen

1.1 Mitglieder des Verbandes

Mitglieder am
31. Dezember 1997

Dem Verband gehörten am 31. Dezember 1997 52 Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) an. In 1997 sind ein ordentliches sowie ein außerordentliches Mitglied hinzugekommen. Ein Unternehmen ist in einem größeren aufgegangen. In den letzten 20 Jahren sind 15 Krankenversicherungsunternehmen neu gegründet worden und dem Verband beigetreten.

1.2 Rechtsform der Unternehmen

Versicherungsvereine
auf Gegenseitigkeit

Im Jahr 1997 gab es 25 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (wie im Vorjahr) mit 17.865,1 (Vorjahr 16.976,3) Mio. DM an Beitragseinnahmen. Sie hatten einen Anteil von 49,22 (Vorjahr 49,55) Prozent an den gesamten Beitragseinnahmen der PKV und 53,45 (Vorjahr 53,88) Prozent des Gesamtbestandes an Vollversicherten der PKV.

Aktiengesellschaften

Als Aktiengesellschaft waren 27 (wie im Vorjahr) Unternehmen mit 18.432,7 (Vorjahr 17.285,4) Mio. DM an Beitragseinnahmen organisiert. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen betrug 50,78 (Vorjahr 50,45) Prozent, gemessen am Gesamtbestand an Vollversicherten der PKV 46,55 (Vorjahr 46,12) Prozent.

1.3 Struktur der Unternehmen

Es gibt wesentliche Unterschiede im Hinblick auf die wirtschaftliche Bedeutung und Größe der dem Verband angehörenden Unternehmen (siehe auch Anhang, Tabelle 1):

Gliederung nach der
Zahl der voll-
versicherten Personen

- 19 Unternehmen (wie im Vorjahr) hatten jeweils mehr als 100.000 Vollversicherte und damit zusammen 91,74 (Vorjahr 91,92) Prozent des Gesamtbestandes der PKV.
- 26 Unternehmen (wie im Vorjahr) hatten jeweils bis zu 100.000 Vollversicherte und damit zusammen 8,26 (Vorjahr 8,08) Prozent des Gesamtbestandes.

- 6 Unternehmen (wie im Vorjahr) bieten keine Krankheitskosten- (Voll-)Versicherung an.

Gliederung nach den
Beitragseinnahmen

Zur Einschätzung der wirtschaftlichen Bedeutung eines Krankenversicherungsunternehmens und zum Vergleich mit seinen Mitbewerbern ist das Beitragsvolumen ein wichtiges Merkmal (siehe auch Anhang, Tabelle 1):

- 10 Unternehmen (wie im Vorjahr) hatten jeweils mehr als 1 Mrd. DM an Beitragseinnahmen und damit 70,74 (Vorjahr 71,01) Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen der PKV.
- 17 Unternehmen (wie im Vorjahr) hatten jeweils 100 Mio. bis 1 Mrd. DM an Beitragseinnahmen und damit 27,17 (Vorjahr 27,00) Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen.
- 25 Unternehmen (wie im Vorjahr) hatten jeweils weniger als 100 Mio. DM an Beitragseinnahmen und damit 2,09 (Vorjahr 1,99) Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen.

1.4 Andere private Versicherungseinrichtungen

Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 1997 noch ca. 45 kleine und kleinste Krankenversicherungsvereine, unter Bundes- oder Landesaufsicht stehende Unterstützungskassen, die meist nur Zusatzleistungen anbieten. Sie sind häufig berufsständig orientiert und fast alle haben nur eine regionale Bedeutung. Ihr Anteil an den Beitragseinnahmen der gesamten Sparte Krankenversicherung beträgt weniger als 0,1 Prozent.

1.5 Vergleich mit anderen Institutionen

Individualversicherung

Das Verhältnis der Beitragseinnahmen und der Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellte sich 1997 wie folgt dar:

Versicherungszweig	Zahl der Unternehmen	Jahresbeitrags-einnahmen
Lebensversicherung	132 ¹⁾	97,34 Mrd. DM
HUK-Versicherung ²⁾	273	66,63 Mrd. DM
Private Krankenversicherung	52	36,30 Mrd. DM

1) Inkl. Rückversicherungs-Unternehmen

2) Allgemeine Haftpflicht-, private Unfall-, Kraftfahrt-, Rechtsschutz- und Schutzbriefversicherung

Die Rangfolge der Sparten ist in den letzten zehn Jahren gleich geblieben. In der HUK-Versicherung stiegen die Beiträge seit 1987 um 84,1 Prozent an. Die Lebensversicherung verzeichnete in dieser Zeit eine Steigerung um 134,6 Prozent. Die PKV konnte eine Erhöhung um 161,3 Prozent feststellen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Zahl der Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) belief sich im Dezember 1997 bundesweit auf 647 (Vorjahr 739). Insgesamt hatten die Krankenkassen 50,918 Millionen Mitglieder (ohne Familienangehörige), davon waren 6,130 Mio. freiwillig versichert. Damit ist die Zahl der freiwilligen Mitglieder gegenüber dem Vorjahr um 86.000 Personen gestiegen. Einschließlich der Familienangehörigen waren 71,596 Mio. Personen (Zählung der Kassen am 1. Oktober 1997) gesetzlich versichert – davon freiwillig 11,130 Mio. –, das waren 87,49 Prozent der Bevölkerung.

Gliederung nach Kassenarten

Von den freiwilligen Mitgliedern der GKV waren in den alten Bundesländern 60,47 Prozent Mitglieder der Ersatzkassen (3,321 Mio. Personen), mit 21,63 Prozent folgen die Ortskrankenkassen (1,188 Mio.). Die Betriebskrankenkassen hatten einen Anteil von 12,52 Prozent (0,688 Mio.), die Innungskrankenkassen einen von 4,03 Prozent (0,222 Mio.). In den neuen Ländern entfielen auf die Ersatzkassen 63,51 Prozent (0,405 Mio.), auf die Ortskrankenkassen 22,09 Prozent (0,141 Mio.), die Betriebskrankenkassen 5,68 Prozent (0,036 Mio.) und die Innungskrankenkassen 8,03 Prozent (0,051 Mio.). Die übrigen sind Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft.

Wie der Krankenversicherungsschutz in Bezug auf die gesamte GKV, also einschließlich der Pflichtmitglieder, und die PKV anteilmäßig aussieht, wird – ebenso wie die Verteilung der PKV-Versicherten auf die einzelnen Berufsstände – vom Bundesamt für Stati-

stik nur alle vier Jahre ermittelt. Die nächste Befragung wird im Frühjahr 1999 erfolgen, so daß nicht vor dem Jahr 2000 mit ersten Daten zu rechnen ist. Für die letzte Erhebung im Jahr 1995 wird auf die Ausführungen im Zahlenbericht 1996/97, S. 18 f, verwiesen.

2. Versicherungsbestand

Bei Fortschreibung der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes dürfte es Ende 1997 etwa 14,1 Mio. Personen mit einer Krankheitsvoll- oder Zusatzversicherung gegeben haben. Das waren über 17 Prozent aller Bundesbürger.

Umstellung der Zählung

In 1997 wurde die Zählung der versicherten Personen vom PKV-Verband umgestellt, um eine einheitliche Zuordnung und Abgrenzung zu erreichen. Nach der neuen Definition gilt als vollversicherte Person jede, die neben den ambulanten Leistungen auch die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert hat. Auf die Höhe des Versicherungsschutzes für die allgemeinen Krankenhausleistungen kommt es nicht an; es darf sich nicht nur um eine Absicherung von Differenzkosten zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung handeln. In zeitlicher Hinsicht erfolgt die Abgrenzung wie folgt: Personen, die zum 31. Dezember ihren Versicherungsschutz gekündigt haben, werden noch als Bestand des Berichtsjahres mitgezählt. Auf diese Weise können auch diejenigen Personen, die sich nach der Kündigung bei einem anderen PKV-Unternehmen oder in der GKV versichern, erfaßt werden. Die überwiegende Mehrheit der Unternehmen konnte die Daten nach diesen neuen Definitionen liefern. Um einen Vergleich zu den früheren Daten zu ermöglichen, wurde auch der Wert nach alter Zählweise erhoben.

2.1 Krankheitsvollversicherung

Versicherte Personen

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen beträgt 63,04 Prozent. Insgesamt hatten am

31. Dezember 1996	6.977.400 Personen
31. Dezember 1997	7.095.600 Personen

eine Krankheitsvollversicherung abgeschlossen, davon – abgeleitet aus den Daten der privaten Pflegepflichtversicherung – 467.700 Personen aus den neuen Bundesländern. Damit ist die Zahl der versicherten Personen um 118.200 Personen angestiegen (Nettozuwachs). Das ist ein Anstieg um 1,69 Prozent. Vom Nettozuwachs ist der Bruttozugang (1997 600.400 Personen) zu unterscheiden, bei dem keine Abgänge wegen Todes, Eintritts der Versicherungspflicht oder Wechsels zu einem anderen privaten Krankenversicherungsun-

ternehmen berücksichtigt werden. Nach alter Zählung betrug der Nettozugang rund 104.000 Personen (Vorjahr 600 Personen). Wahlleistungen im Krankenhaus hatten 6.318.300 Personen mitversichert (nach alter Zählung: 6.283.800, Vorjahr 6.084.800 Personen).

Die Entwicklung des Nettozugangs in der Krankheitsvollversicherung hängt vor allem von der jährlichen Dynamisierung der Krankenversicherungspflichtgrenze ab.

Jahr	Anzahl der Vollversicherten	Anzahl der Zusatzversicherten (in Mio.) ¹⁾	Anzahl der Personen insgesamt (in Mio.)
1975	4.176.000		
1980	4.843.000	3,663	8,506
1985	5.241.000	4,318	9,559
1990	6.614.000	5,178	11,792
1991	6.333.000 ²⁾	rd. 5,3	rd. 11,7
1992	6.686.000	rd. 5,6	rd. 12,3
1993	6.829.000	rd. 5,7	rd. 12,6
1994	6.934.300	rd. 5,9	rd. 12,9
1995	6.945.200	rd. 6,0	rd. 13,0
1996	6.977.400 ³⁾	rd. 6,0	rd. 13,0
1997	7.095.600	rd. 7,0	rd. 14,1

¹⁾ Mikrozensusdaten bzw. Hochrechnung daraus

²⁾ Eliminierung von Doppelzählungen, Nettozugang in 1991 262.000 Personen

³⁾ Zählungsumstellung, nach alter Zählung 6.945.800

Versicherungspflicht-
und Beitragsbemessungsgrenze

Seit dem 1. Januar 1971 wird die Krankenversicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf der Basis von 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung dynamisiert. Wie sich die Grenze seit 1975 entwickelt hat, zeigt die Tabelle „Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV“ auf Seite 13. Das Erreichen dieser Grenze ist für Angestellte Voraussetzung, um eine private Krankheitsvollversicherung abschließen zu können. Beamte und Selbständige sind seit dem 1. Januar 1989 mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes grundsätzlich der PKV zugewiesen und können sich unabhängig vom Einkommen privat krankenversichern. Eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung ist für sie nur möglich, wenn dem eine bestimmte Versicherungszeit in der GKV vorausgegangen ist. Für Beamte gibt es in der PKV spezielle beihilfekonforme Tarife. Sie sind fast vollständig in der PKV versichert. Neu verbeamtete Personen können deshalb ausnahmslos in die PKV aufgenommen werden. Ein eventueller Risikozuschlag wird auf maximal 50 Prozent des Beitrags begrenzt. Von den Selbständigen ist nur ein Teil in der PKV versichert.

Der Höchstbeitrag zur GKV, der sich aus der Multiplikation der Bemessungsgrenze mit dem durchschnittlichen Beitragssatz ergibt, ist in der Vergangenheit jährlich angestiegen. Dies ist selbst in den Jahren der Fall gewesen, in denen der durchschnittliche Beitragssatz gesunken ist. So ist trotz einer Absenkung der Beitragssätze in den Jahren 1990 um 0,4 Prozentpunkte und in 1991 um 0,3 Prozentpunkte der Höchstbeitrag gestiegen. Ab 1992 erhöhte sich der durchschnittliche Beitragssatz kontinuierlich. Das Beitragsentlastungsgesetz von 1997 hat die Beitragssätze der Kassen um 0,4 Beitragspunkte reduziert. Gleichzeitig hatten aber mehrere Kassen erneute Beitragserhöhungen beschlossen.

Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV

Jahr	Beitragsbemessungsgrenze DM		Durchschnittlicher Beitragssatz Prozent		Höchstbeitrag pro Monat DM	
	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer
1975	2.100	–	10,5	–	220,50	–
1980	3.150	–	11,5	–	362,25	–
1985	4.050	–	11,8	–	477,90	–
1990	4.725	–	12,5	–	590,63	–
1995	5.850	4.800	13,2	12,8	772,20	614,40
1996	6.000	5.100	13,5	13,5	810,00	688,50
1997	6.150	5.325	13,5	13,9	830,25	740,18
1998	6.300	5.250	13,6	14,0	856,80	735,00
1999	6.375	5.400	13,6	14,0 ¹⁾	867,00	756,00

¹⁾ geschätzt

Wechsel zwischen
PKV und GKV

Von den Brutto- und Nettozugängen zur PKV sind die Wanderungsbewegungen zwischen PKV und GKV zu unterscheiden. Zum einen gewinnt die PKV jedes Jahr Versicherte, die von der GKV kommen, hinzu. Zum anderen gibt es aber auch PKV-Versicherte, die z.B. aufgrund der Tatsache, daß die Versicherungspflichtgrenze über ihr Einkommen angehoben wird, in der GKV versicherungspflichtig werden.

Trotz einer beachtlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, die zum Teil höher ausfiel als die Steigerung der Gehälter der Versicherten, ist seit 1975 eine beachtliche Zahl freiwillig versicherter GKV-Mitglieder jedes Jahr zur privaten Krankenversicherung übergetreten, siehe Tabelle Seite 14.

Mitte der 90er Jahre nahm die Zahl der Personen, die von der GKV

Krankheitsvollversicherung			
Personenwechsel zwischen privater Krankheitsvollversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung			
Jahr	Übertritte zur PKV	Abgänge zur Pflichtversicherung	Differenz
1975	170.000	152.000	+ 18.000
1980	217.000	109.000	+ 108.000
1985	243.000	98.000	+ 145.000
1986	206.000	86.000	+ 120.000
1987	368.000	103.000	+ 265.000
1988	352.000	112.000	+ 240.000
1989	664.000	149.000	+ 515.000
1990	310.000	112.000	+ 198.000
1991	356.000	125.000	+ 231.000
1992	483.000	154.000	+ 329.000
1993	307.000	175.000	+ 132.000
1994	195.000	103.000	+ 92.000
1995	271.000	186.000	+ 85.000
1996	247.000	181.000	+ 66.000
1997	315.700	144.400	+ 171.300

zur PKV wechselten, aufgrund einer zum Teil polemisch geführten Diskussion über die Steigerung der privaten Krankenversicherungsbeiträge im Alter im Verhältnis zu den vorangegangenen Jahren ab. In 1997 konnte mit 315.800 (Vorjahr 247.000) Personen wieder ein stärkerer Anstieg der Übertritte von der GKV zur PKV verzeichnet werden. Dies dürfte auch auf Leistungseinschränkungen in der GKV durch die dritte Stufe der Gesundheitsreform zurückzuführen sein.

Aufteilung nach
Männern, Frauen und
Kindern

Der Anteil der Männer, Frauen und Kinder an der Krankheitsvollversicherung kann aus den Angaben der Unternehmen zur Pflegepflichtversicherung ermittelt werden. Hierbei können die gesetzlich Krankenversicherten, die die private Pflegepflichtversicherung gewählt haben, wegen ihrer geringen Zahl vernachlässigt werden. Die in der Gemeinschaft privater Krankenversicherungsunternehmen für die Mitglieder der Postbeamten-Krankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten Versicherten fließen in die Zählung nicht ein.

Der Anteil der Kinder (bis einschließlich 15 Jahre) lag 1997 bei 15,99 Prozent, der Anteil der Männer (einschließlich männlicher Jugendlicher) betrug 51,86 Prozent, während der Prozentsatz der Frau-

en nur 32,15 Prozent ausmache. Die niedrigere Frauenquote ist eine Folge des im Vergleich zu Männern geringeren Einkommens und der niedrigeren Beschäftigungsquote.

Frauen verursachen in der Krankenvollversicherung höhere Leistungen als Männer (siehe Schaubild „Bestand und Leistung 1997“), nicht zuletzt dank ihrer deutlich höheren Lebenserwartung. Entsprechend tragen sie auch einen höheren Anteil am Beitragsaufkommen. Dies ist keine Ungleichbehandlung der Frauen, sondern entspricht der individuellen risikogerechten Beitragsberechnung, einem Grundprinzip der privaten Personenversicherung.

2.2 Standardtarif

Den am 1. Juli 1994 eingeführten Standardtarif können Versicherte ab dem 65. Lebensjahr mit einer 10jährigen Vorversicherungszeit in einer privaten Krankheitsvollversicherung wählen. Die einheitlichen Leistungen dieses Tarifs orientieren sich am Niveau der gesetzlichen Krankenkassen. Für die ärztliche Behandlung sind allerdings höhere Honorare als in der GKV zu zahlen. Die Beiträge sind auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der Kassen begrenzt. In



Erläuterungen Seiten 14 f.

der Regel liegen sie darunter, da die angesammelten Alterungsrückstellungen beim Wechsel in den Standardtarif angerechnet werden. Von 1059 Versicherten, die am 31. Dezember 1997 den Standardtarif abgeschlossen hatten (Vorjahr 1013 Personen), mußte daher nur bei 168 Personen die Prämie an der Obergrenze gekappt werden.

2.3 Zusatzversicherungen

Zusatzversicherte Personen sind solche, die eine Krankheitskostenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse und ergänzend bei der PKV z.B. eine Versicherung für die von der GKV nicht übernommenen Kosten der ambulanten oder stationären privatärztlichen Behandlung und/oder die Mehrkosten der besseren Unterbringung im Krankenhaus, eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Krankentagegeldversicherung zur Ergänzung des Krankengeldes der GKV abgeschlossen haben.

Von 1980 bis 1990 ist die Zahl der Zusatzversicherten von 3,663 auf 5,178 Mio. Personen gestiegen, siehe Tabelle Seite 12. Seit 1991 sind die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zur Anzahl der Zusatzversicherten nicht mehr aussagekräftig, da seitdem die Beantwortung dieser Frage in der Mikrozensusuntersuchung nicht mehr Pflicht ist. 1997 dürften rund 7,0 Mio. gesetzlich Versicherte bzw. ca. 8,6 Prozent der Bevölkerung eine Zusatzversicherung bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Bestand 1997

Auch von den Mitgliedsunternehmen kann die Zahl der privat Zusatzversicherten nicht exakt ermittelt werden, da dort auch solche Versicherte mitgezählt werden, die ihre private Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Unternehmen oder in der Gruppenversicherung haben. Es ergibt sich daher eine große Zahl an Doppelzählungen. Insgesamt wurden im Bereich der Zusatzversicherungen von den Unternehmen am

31. Dezember 1997

12,772 Mio. Personen

gezählt. Darin sind nicht die Beihilfeablöse-, Lohnfortzahlungs-, Restschuld- und Auslandskrankenversicherung enthalten. Nach alter Zählung waren es 12,290 Mio. Versicherte im Vergleich zu 11,212 Mio. im Vorjahr. Bei den einzelnen Tarifarten kommen Doppelzählungen kaum vor, so daß hier genauere Zahlen ermittelt werden können.

Der Anteil der Zusatzversicherungsbeiträge (ohne Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung) an den gesamten Prämieinnahmen liegt bei lediglich 14,56 Prozent und damit nach wie vor sehr niedrig.

2.3.1 Versicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus

Eine Versicherung, die Wahlleistungen im Krankenhaus abdeckt, haben am

31. Dezember 1996	4.336.600 Personen
31. Dezember 1997	4.321.600 Personen (alte Zählung) bzw. 4.348.800 Personen (neue Zählung)

zusätzlich zum GKV-Schutz abgeschlossen. Wie im Vorjahr ist demnach wieder ein Rückgang zu verzeichnen.

2.3.2 Ambulante Zusatzversicherungen

Die Zahl der gesetzlich Versicherten, die zur Abdeckung der zunehmenden Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Bereich eine Zusatzversicherung (Zahnleistungen eingeschlossen) abgeschlossen haben, ist stark angestiegen:

31. Dezember 1996	1.647.300 Personen
31. Dezember 1997	3.418.800 Personen (neue Zählung).

Insgesamt hatten 1.771.200 Personen bzw. 107,52 Prozent mehr als im Vorjahr eine solche Zusatzversicherung abgeschlossen. Dies ist hauptsächlich durch die Zahnergänzungsversicherung bedingt.

Zahnergänzungs-
versicherung

Insgesamt hatten am 31. Dezember 1997 1.465.300 Kinder und Jugendliche eine Zahnergänzungsversicherung abgeschlossen, die die durch den Wegfall der Zahnersatzleistungen in der GKV für ab 1979 geborene gesetzlich Versicherte entstandene Lücke abdeckt.

2.3.3 Pflegezusatzversicherung

Eine Pflegezusatzversicherung kann unabhängig davon, wo eine Krankenversicherung besteht, abgeschlossen werden. Im wesentlichen gibt es zwei verschiedene Tarifarten, die auch miteinander kombiniert sein bzw. vom Versicherten kombiniert werden können. Bei der Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte im Leistungsfall das vereinbarte Tagegeld pro Pflegetag. Bei der Pflegekostenversicherung bekommt der Versicherte einen vereinbarten Prozentsatz der entstehenden Pflegekosten erstattet. Es hatten am

31. Dezember 1996	405.300 Personen
31. Dezember 1997	412.400 Personen

eine Pflegezusatzversicherung. Damit hat sich die Zahl um 7.100 versicherte Personen bzw. 1,75 Prozent erhöht.

2.4 Krankentagegeldversicherung

Die Krankentagegeldversicherung erfasst zwei Bereiche: Zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbständige, die das Risiko des Einkommensausfalls bereits vom 4. oder 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit abdeckt, und zum anderen die Tagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die zumeist von der 7. Krankheitswoche an ein Tagegeld benötigen.

Krankentagegeld-
versicherung für
Vollversicherte

Es waren am

31. Dezember 1996	1.378.600 Personen
31. Dezember 1997	1.460.100 Personen

versichert, die neben einer privaten Krankheitsvollversicherung eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben. Parallel zur Vollversicherung stieg damit auch dieser Bestand um 81.500 Personen bzw. 5,91 Prozent. Davon waren 38,69 Prozent Freiberufler oder Selbständige. 61,31 Prozent waren Angestellte oder Arbeiter, deren Verträge in etwa 86,59 Prozent aller Fälle Leistungen von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an vorsehen.

Krankentagegeldzusatz-
versicherung

Eine Krankentagegeldversicherung als Zusatzversicherung haben vor allem gesetzlich Versicherte, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, und gesetzlich versicherte Selbständige abgeschlossen. In die Zählung eingeschlossen sind auch Privatversicherte, die das Krankentagegeld bei einem anderen Unternehmen versichert haben als bei demjenigen, bei dem sie ihren Vollversicherungsschutz haben. Insgesamt wurden am

31. Dezember 1996	648.000 Personen
31. Dezember 1997	707.300 Personen

gezählt. Dies sind 1997 59.300 Personen bzw. 9,15 Prozent mehr als im Vorjahr.

2.5 Krankenhaustagegeldversicherung

Eine Krankenhaustagegeldversicherung hatten am

31. Dezember 1996	7.431.200 Personen
31. Dezember 1997	8.556.500 Personen

abgeschlossen, also 1.125.300 Personen bzw. 15,14 Prozent mehr als im Vorjahr. Dabei handelt es sich um eine erstmalige Ermittlung der Zahlen.

2.6 Beihilfeablöseversicherung

Mit einer Beihilfeablöseversicherung können sich beihilfeverpflichtete Arbeitgeber dagegen versichern, im Krankheitsfall des Arbeitnehmers Beihilfe zahlen zu müssen. In dieser Versicherungsart waren am

31. Dezember 1996	671.200 Personen
31. Dezember 1997	720.800 Personen

versichert und damit 49.600 Personen bzw. 7,39 Prozent mehr als im Vorjahr. Diese Daten wurden erstmalig ermittelt.

2.7 Restschuldversicherung

Etwa ein Viertel der Mitgliedsunternehmen bieten Restschuldversicherungen an. Mit einer Restschuldversicherung werden insbesondere Kreditgeschäfte, vor allem Abzahlungsgeschäfte, abgesichert. Dadurch soll sichergestellt werden, daß auch im Krankheitsfall trotz geringerer Einkommen oder höherer Kosten die eingegangenen Ratenzahlungsverpflichtungen erfüllt werden können. Es wurden am

31. Dezember 1997	477.700 Personen
-------------------	------------------

gezählt. Ein Vergleich zum Vorjahr ist nicht möglich, da die Zählweise geändert und vereinheitlicht wurde.

2.8 Lohnfortzahlungsversicherung

Mit einer Lohnfortzahlungsversicherung kann sich der Arbeitgeber gegen das Risiko absichern, im Krankheitsfall des Arbeitnehmers bis zur 7. Krankheitswoche das Gehalt weiterzahlen zu müssen. Arbeitgeber hatten am

31. Dezember 1997	96.700 Mitarbeiter
-------------------	--------------------

in einer derartigen Versicherung abgesichert. Diese Daten wurden erstmalig ermittelt.

2.9 Auslandsreisekrankenversicherung

Die Auslandsreisekrankenversicherung hatten im Laufe des Jahres

1996	22.623.400 Personen
1997	22.976.500 Personen

abgeschlossen.

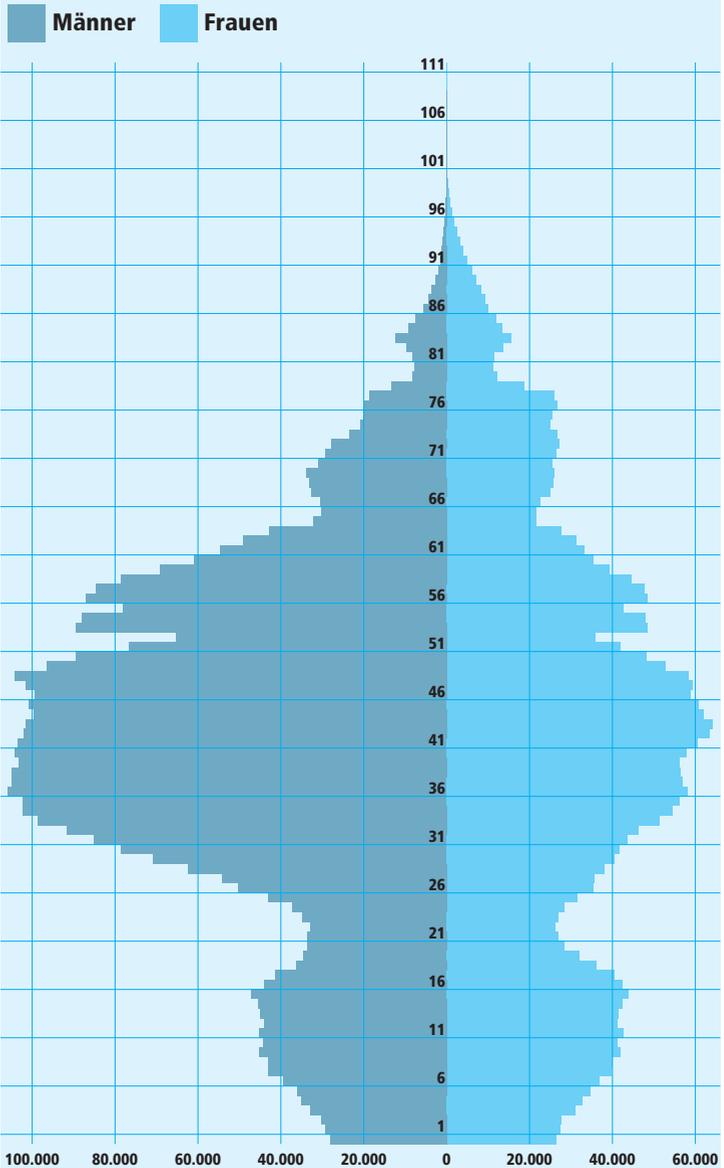
2.10 Pflegepflichtversicherung

In der zum 1. Januar 1995 eingeführten Pflegepflichtversicherung sind neben allen privat krankenversicherten Personen auch einige wenige freiwillig gesetzlich Versicherte erfaßt, die sich von der sozialen Pflegepflichtversicherung befreien ließen und für den privaten Pflegeversicherungsschutz entschieden haben. Versichert sind außerdem die Mitglieder Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für die die PKV in der Mitversicherungsgemeinschaft „GPV“ die private Pflegepflichtversicherung eingerichtet hat. Es hatten insgesamt am

31. Dezember 1996	rd. 7.926.000 Personen
31. Dezember 1997	rd. 8.007.800 Personen

eine private Pflegepflichtversicherung, davon waren 468.300 Personen aus den neuen Bundesländern. Damit lag der Bestandszuwachs mit 81.800 Personen niedriger als in der Krankheitsvollversicherung. Grund dafür ist, daß es sich bei den Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten um geschlossene Versichertenkollektive handelt, die keinen Neuzugang mehr haben, aber durch Tod und Stornierung stetig zurückgehen. Zur Altersstruktur in der privaten Pflegepflichtversicherung siehe auch das Schaubild „Altersstrukturen der privaten Pflegepflichtversicherung“.

Altersstruktur in der privaten Pflegepflichtversicherung 1997



Erläuterungen Seite 20

3. Beitragseinnahmen

Zur Finanzierung der Aufwendungen in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung stehen grundsätzlich drei Quellen zur Verfügung:

- Beitragseinnahmen
- Entnahmen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung
- Vermögenserträge.

Außerdem sind Entnahmen aus der Alterungsrückstellung zu berücksichtigen, denen auf der anderen Seite Zuführungen gegenüberstehen. Bisher überschreiten die Zuführungen die Entnahmen in einem deutlichen Umfang.

3.1 Gesamtdarstellung

Zu unterscheiden sind die abgegrenzten und die unabgegrenzten Beitragseinnahmen. Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie zuzuordnen sind. Abgestellt wird also allein auf den Zahlungszeitpunkt. Die abgegrenzten Beitragseinnahmen nehmen demgegenüber eine periodengerechte Zuordnung zu den Geschäftsjahren vor.

Gesamteinnahmen Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen stiegen 1997 in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung insgesamt um 2.035,2 (Vorjahr 2.170,3) Mio. DM bzw. 5,94 (Vorjahr 6,76) Prozent auf

36.296,3 (Vorjahr 34.261,1) Mio. DM.

Darin sind auch eventuelle Nebenleistungen der Versicherten, z.B. für eventuell angefallene Bearbeitungsgebühren, enthalten. Es handelt sich dabei nur um selbst abgeschlossenes deutsches Geschäft. Ohne Pflegepflichtversicherung machte die Erhöhung 1.151,0 (Vorjahr 1.302,2) DM bzw. 3,72 (Vorjahr 4,39) Prozent aus.

Abgegrenzte
Beitragseinnahmen

Die abgegrenzten Beitragseinnahmen beliefen sich 1997 auf

36.293,8 (Vorjahr 34.264,8) Mio. DM,

siehe auch Kapitel 7.

Der Unterschied zwischen den abgegrenzten und den unabgegrenzten Beitragseinnahmen ist gering, weil in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung 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 so eine Gliederung nach Versicherungsarten möglich ist. Aufgrund der Umstellung der Zählung ergibt sich eine neue Aufgliederung der Beitragseinnahmen. Einzelnen werden nunmehr die besonderen Versicherungsarten (Beihilfeablöse-, Restschul-, Lohnfortzahlungs- und Auslands- krankenversicherung) aufgeführt, siehe auch Schaubild „Beiträge nach Versicherungsarten“. Die Aufteilung der Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten in Mio. DM und in Prozent kann auch dem Anhang, Tabellen 2 und 3, entnommen werden.

3.2 Krankenversicherung

In 1997 erhöhten sich die Beitragseinnahmen in der Krankenversicherung um 1.151,0 (Vorjahr 1.302,2) Mio. DM bzw. um 3,72 (Vorjahr 4,39) Prozent auf

32.093,1 (Vorjahr 30.942,4) Mio. DM.

Grund für diesen Anstieg ist zum einen die gestiegene Versichertenzahl in der PKV, zum anderen waren Beitragsanpassungen erforderlich.

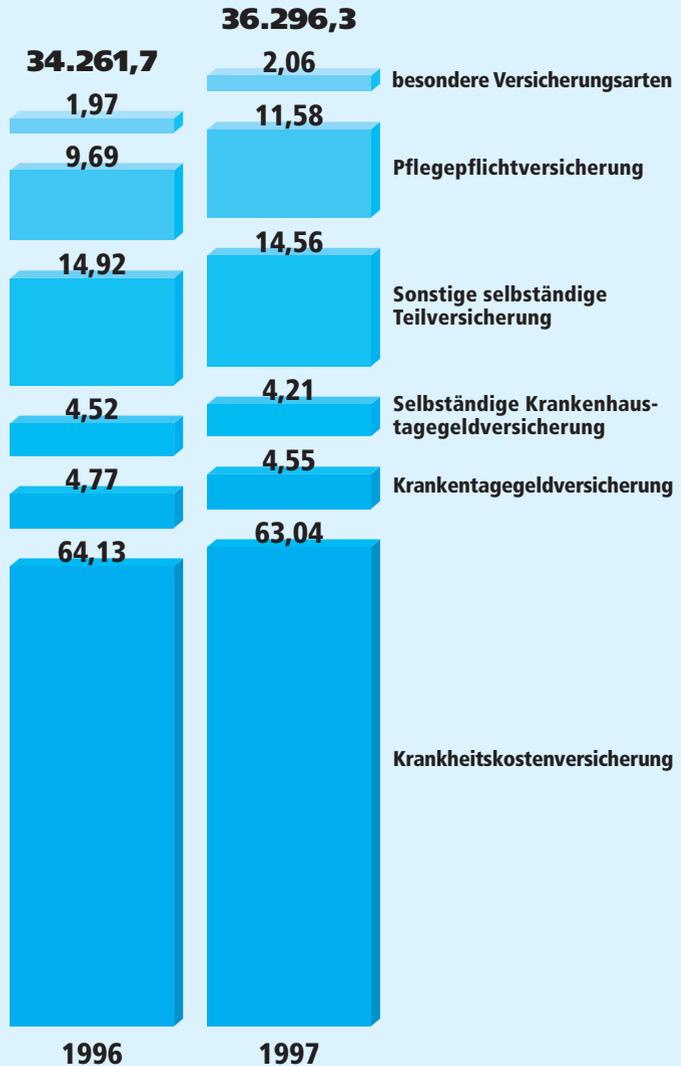
Die Entwicklung der Beitragseinnahmen seit 1975 ist in der Tabelle unten dargestellt. Wie sich die Beiträge auf die Versicherungsarten verteilen, zeigen das Schaubild „Beiträge nach Versicherungsarten“ und die Tabellen 2 und 3 im Anhang.

Jahr	Beitragseinnahmen in Mio. DM (Kranken- und Pflegeversicherung)	Erhöhung gegenüber 1975 in Prozent
1975	6.450	—
1980	9.446	46,4
1985	12.856	99,3
1990	18.670	189,5
1991	20.571	218,9
1992	22.697	251,9
1993	25.723	298,8
1994	28.270	338,3
1995	32.091	397,5
1996	34.261	431,2
1997	36.296	462,7

Beiträge nach Versicherungsarten

Insgesamt in Mio. DM

Angaben in Prozent



3.2.1 Krankheitsvollversicherung

In der Krankheitsvollversicherung stiegen die Beitragseinnahmen in 1997 um 910,2 Mio. DM bzw. 4,14 Prozent auf

22.882,6 (Vorjahr 21.972,5) Mio. DM.

Das waren 63,04 (Vorjahr 64,13) Prozent der gesamten Beitragseinnahmen. Dieser hohe Prozentsatz verdeutlicht die außerordentliche Bedeutung der Krankheitsvollversicherung in der PKV.

Beitragsanpassungen in
der PKV

Um die vertraglich vereinbarten Leistungen auch bei Anwachsen der Behandlungskosten gewähren zu können, sehen die Tarife eine Anpassung der Beiträge vor, wenn die aufgewandten Versicherungsleistungen um den im Vertrag genannten Prozentsatz gegenüber den für die Beitragskalkulation zugrundegelegten Werten gestiegen sind. Im Berichtsjahr wurden die Beitragsanpassungen in etwa gleichem Umfang wie im Vorjahr vorgenommen. Durch die Bildung von Alterungsrückstellungen, siehe Kapitel 4.4, hat die PKV Vorsorge dafür getroffen, daß allein aufgrund des mit dem Alter zunehmenden Krankheitsrisikos der Versicherten Beitragssteigerungen aber nicht erfolgen.

Selbstbehalt

Eine Möglichkeit zur Reduzierung des privaten Krankenversicherungsbeitrags besteht durch die Wahl eines Selbstbehalttarifes. Dabei erhält der Versicherte die über einen frei wählbaren Selbstbehalt an den Krankheitskosten hinausgehenden Beträge in voller Höhe ersetzt. Der Selbstbehalt wird in festen Beträge oder als Selbstbeteiligung nach Prozentsätzen angeboten. Je höher der jährliche Selbstbehalt ist, desto niedriger wird der Beitrag, siehe auch das Schaubild „Selbstbehalt und Beitrag“. Dazu ein Beispiel: Bei 2.700 DM Selbstbehalt im Jahr macht der Beitrag einer 33jährigen Frau für den ambulanten Teil ihres Versicherungsschutzes nur 22 Prozent dessen aus, was bei einem Selbstbehalt von 100 DM pro Jahr zu zahlen wäre.

Beitragssteigerungen in
der GKV

Steigende Gesundheitskosten finden auch ihren Niederschlag in den Beiträgen der GKV. Für die Höhe der GKV-Beiträge sind zwei Faktoren verantwortlich, die Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragssatz. Die Beitragsbemessungsgrenze lag 1975 noch bei 2.100 DM monatlich und wird bis 1999 auf 6.375 DM steigen. Der Beitragssatz ist von 10,5 Prozent in 1975 auf voraussichtlich 13,6 (alte Bundesländer) im Jahre 1999 gestiegen. Die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze und die der Höchstbeiträge verdeutlicht die Übersicht auf Seite 13.

Durch zahlreiche Kostendämpfungs- und Reformgesetze hat der Gesetzgeber die Kostenentwicklung in der GKV zu beeinflussen

Selbstbehalt und Beitrag

■ Männer ■ Frauen

Angaben in Prozent vom Beitrag



Tarifbeispiel: Ambulanttarif, Eintrittsalter 33 Jahre

Erläuterungen Seite 26

versucht. 1989 wirkte das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) zunächst kostendämpfend, danach stiegen die Beiträge aber wieder an, zum Teil sogar auf ein höheres Niveau als vor Inkrafttreten des GRG. Auch das ab 1993 geltende Gesundheits-Strukturgesetz hatte zunächst zu einer Stabilisierung der Beitragssätze geführt, allerdings ebenfalls nur vorübergehend. Verantwortlich für eine Beitragsabsenkung in der GKV um 0,4 Beitragspunkte war das zum 1.1.1997 in Kraft getretene Beitragsentlastungsgesetz. Durch das 1. und 2. Gesetz zur Neuordnung der GKV im Jahr 1997 wurden ebenfalls Kostenstabilisierungen in der GKV erreicht, indem Leistungen gekürzt und Zuzahlungen erhöht wurden.

3.2.2 Krankentagegeldversicherung

Gegenüber 1996 haben sich die Beitragseinnahmen in der Krankentagegeldversicherung um 15,8 Mio. DM oder 0,97 Prozent auf insgesamt

1.651,7 (Vorjahr 1.635,9) Mio. DM

erhöht. Damit liegt die Krankentagegeldversicherung mit einem Volumen von 4,55 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen an 4. Stelle.

3.2.3 Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung

In der Selbständigen Krankenhaustagegeldversicherung war wie im Vorjahr ein Rückgang zu verzeichnen. Die Beitragseinnahmen verminderten sich in 1997 um 19,2 Mio. DM oder 1,24 Prozent und betragen damit

1.528,4 (Vorjahr 1.547,6) Mio. DM.

An den Gesamtbeitragseinnahmen hat die Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung im Berichtsjahr einen Anteil von 4,21 Prozent.

3.2.4 Sonstige selbständige Teilversicherung

Zu der Sonstigen Selbständigen Teilversicherung zählen die Zusatzversicherungen, also z.B. die Versicherung für Wahlleistung im Krankenhaus, die ambulante Zusatzversicherung und die Pflegezusatzversicherung. Die Beitragseinnahmen können für diese Versicherungsarten nur insgesamt festgestellt werden.

Die Steigerung der Beitragseinnahmen in der Sonstigen Selbständigen Teilversicherung betrug 1997 170,9 Mio. DM bzw. 5,15 Prozent. Der Grund für den Anstieg der Prämien liegt vor allem in der Zunahme der Zusatzversicherungen im Zahnbereich. Auch Beitragsanpassungen machten sich bemerkbar, da es sich hier wie bei der Krankheitsvollversicherung um eine Kosten- und nicht um eine Tagegeldversicherung handelt. Damit machten die Beitragseinnahmen

5.284,1 (Vorjahr 5.113,2) Mio. DM

aus. Der Anteil dieser Sparte an den Gesamtbeitragseinnahmen betrug 14,56 Prozent.

3.2.5 Beihilfeablöseversicherung

Die Beitragseinnahmen in der Beihilfeablöseversicherung betragen 1997

310,3 (Vorjahr 259,9) Mio. DM

und stiegen damit um 19,39 Prozent. Sie machten 0,86 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus.

3.2.6 Restschuldversicherung

Die Beitragseinnahmen in der Restschuldversicherung sind in 1997 gegenüber dem Vorjahr um 7,0 Mio. DM bzw. 17,20 Prozent gestiegen. Sie lagen damit bei

47,7 (Vorjahr 40,7) Mio. DM

und hatten einen Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen von 0,13 Prozent.

3.2.7 Lohnfortzahlungsversicherung

1997 betragen die Beitragseinnahmen in der Lohnfortzahlungsversicherung

7,1 Mio. DM.

Ein Vergleich zum Vorjahr ist wegen der Umstellung der Aufgliederung nur schwer möglich. Ihr Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen machte 0,02 Prozent aus.

3.2.8 Auslandskrankenversicherung

Die Beitragseinnahmen in der Auslandskrankenversicherung umfassen neben den Einnahmen aus der Auslandsreisekrankenversicherung auch diejenigen aus der Versicherung von Ausländern für eine kurzfristigen Zeitraum in Deutschland sowie von Deutschen, die von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet worden sind. Außerdem sind darin die Beitragseinnahmen aus dem Auslandsgeschäft der Mitgliedsunternehmen enthalten.

1997 wurden in der Auslandskrankenversicherung Beitragseinnahmen von

381,2 (Vorjahr 351,9) Mio. DM

erzielt. Das waren 8,33 Prozent bzw. 29,3 Mio. DM mehr als im Vorjahr. An den Gesamtbeitragseinnahmen hatte die Auslandskrankenversicherung einen Anteil von 1,05 Prozent.

3.3 Pflegepflichtversicherung

Einschließlich der Beiträge der Mitversicherungsgemeinschaft GPV für die Versicherten von Bahn und Post machten die Beitragseinnahmen in der Pflegepflichtversicherung 1997

4.203,2 (Vorjahr 3.319,0) Mio. DM

aus und stiegen damit um 884,2 Mio. DM bzw. 26,64 Prozent. Ihr Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen belief sich auf 11,58 Prozent. Grund für den starken Anstieg der Beitragseinnahmen ist, daß erstmalig in 1997 für das ganze Jahr die ambulante und stationäre Pflege abgesichert war. In 1996 bestand nur für das zweite Halbjahr der Versicherungsschutz für stationäre Pflege.

Finanzausgleich

Den die private Pflegepflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen ist ein Risikoausgleich gesetzlich vorgeschrieben. Insgesamt gab es 1997 ein Umlagevolumen von rund 833,8 Mio. DM. Der größte Teil dieser Umlageabwicklung geschieht innerhalb der Unternehmen zwischen jungen Versicherten einerseits und Kindern und älteren Versicherten andererseits. Für die Versicherten von Bahn und Post, die mehr alte Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand haben, mußte von den übrigen Versicherten ein Umlagebetrag von 79,9 Mio. DM aufgebracht werden.

3.4 Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Die Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung werden eingesetzt, um Beitragsanpassungen zu verhindern oder zu mindern, indem die Alterungsrückstellung entsprechend aufgefüllt wird. Weitere Mittel davon werden für die Zuführung zur Alterungsrückstellung zwecks späterer Beitragsermäßigung im Alter verwendet. Zu unterscheiden sind die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, in die Anteile der Unternehmensüberschüsse eingestellt werden, und die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, der folgende Beträge zugeführt werden:

- Zuführungen aufgrund vertraglicher Verpflichtungen
- Überschüsse der Pflegepflichtversicherung, soweit sie pool-relevant sind

- Zuführungen zur besonderen Entlastung älterer Versicherter nach § 12 a Abs. 3 VAG.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten.

Einmalbeiträge				
	1997 Mio. DM			1996 Mio. DM
	gesamt	davon aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	davon aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung	gesamt
Krankheitsvollversicherung	1.835,1	1.616,0	219,1	2.045,5
Krankentagegeldversicherung	117,1	117,0	0,1	69,6
Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	120,3	120,3	0	28,3
Sonstige selbständige Teilversicherung	154,9	108,0	46,9	241,9
Pflegepflichtversicherung	0,8	0,8	0	0
besondere Versicherungsarten	0,2	0	0,2	0
gesamt	2.228,4	1.962,1	266,3	2.385,3

In 1997 sind die Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung gesunken. Dies zeigt, daß es in geringerem Maße Beitragsanpassungen gegeben hat. Von der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wurden in den Vorjahren nur sehr geringe Beträge zur Verrechnung bei Beitragsanpassungen verwendet. Grund dafür war, daß bis 1996 in diese Rückstellung nur Beträge geführt wurden, die zum einen der vertraglich festgelegten Barausschüttung bei Leistungsfreiheit dienten und zum anderen Überschüsse aus Gruppenversicherungen waren.

§ 12 a VAG

Seit 1995 werden der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung die Beträge nach § 12 a VAG Abs. 3 zuge-

führt, die seit 1996 dazu verwendet werden, Beitragserhöhungen bei über 65jährigen Versicherten abzumildern. 1997 waren dies 265,8 (Vorjahr 213,9) Mio. DM.

Verhältnis zu den Versicherungsleistungen

In den letzten zehn Jahren stiegen die Versicherungsleistungen und die Beitragseinnahmen in der Krankenversicherung (ohne Pflegepflichtversicherung):

Jahr	Steigerung gegenüber dem Vorjahr	
	Versicherungsleistungen	Beitragseinnahmen
1988	+ 7,3 %	+ 9,2 %
1989	+ 9,6 %	+ 12,3 %
1990	+ 10,8 %	+ 9,6 %
1991	+ 10,8 %	+ 10,2 %
1992	+ 11,6 %	+ 10,3 %
1993	+ 8,4 %	+ 13,3 %
1994	+ 6,0 %	+ 9,9 %
1995	+ 5,5 %	+ 4,8 %
1996	+ 2,7 %	+ 4,4 %
1997	+ 5,8 %	+ 3,7 %

Wenn die Steigerung der Leistungsausgaben größer ist als die der Beitragseinnahmen, werden Beitragsanpassungen erforderlich. In der Folge liegt die Steigerung der Prämieinnahmen über der der Leistungsausgaben.

4. Leistungsausgaben

Die im Geschäftsjahr angefallenen Zahlungen an die Versicherten sowie die abgegrenzten Leistungen, d.h. die im jeweiligen Geschäftsjahr entstandenen Zahlungsverpflichtungen – ohne Auslands- und Rückversicherungsgeschäft –, werden den Geschäftsberichten der Unternehmen entnommen. Die Aufgliederung nach Versicherungsarten erfolgt aufgrund von Sondererhebungen bei den Mitgliedsunternehmen.

4.1 Gesamtaufwendungen

Mit dem Begriff Gesamtaufwendung wird die Summe folgender Beträge bezeichnet (Angabe für 1997):

Leistungsauszahlungen an Versicherte	23.456,9 Mio. DM
Veränderung der Schadenrückstellung	204,8 Mio. DM
Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung	5.568,7 Mio. DM
Zuführung zur Alterungsrückstellung	10.574,6 Mio. DM
Gesamtaufwendungen	39.805,0 Mio. DM

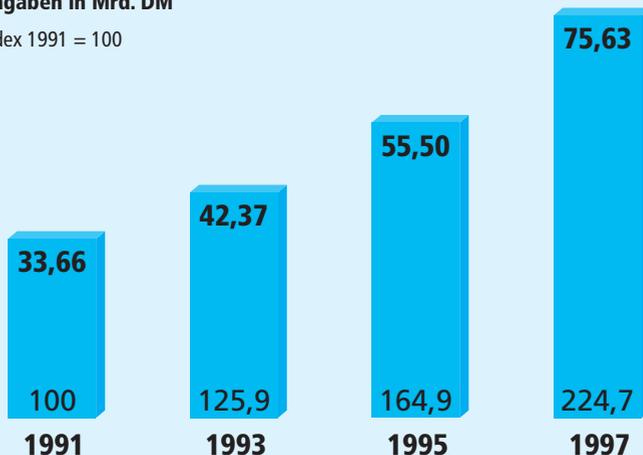
Im Vorjahr betragen die Gesamtaufwendungen demgegenüber 37.362,0 Mio. DM:

Jahr	ausgezählte Versicherungsleistungen Mio. DM	Gesamt- aufwendungen Mio. DM
1975	4.613,0	5.552,1
1980	7.025,6	8.932,7
1985	9.366,8	13.116,7
1990	13.857,4	18.587,2
1991	15.348,1	20.840,9
1992	17.132,1	22.794,7
1993	18.570,6	26.186,2
1994	19.694,0	28.780,5
1995	20.965,2	32.866,3
1996	21.930,3	37.362,0
1997	23.456,9	39.805,0

Entwicklung der Altersrückstellung

Angaben in Mrd. DM

Index 1991 = 100



Erläuterungen Seite 35

Schadenrückstellung für die Vorjahresschäden

Nicht alle Versicherungsfälle können im Jahr ihrer Entstehung abgewickelt werden. Dadurch ergeben sich für die Unternehmen Leistungsverpflichtungen, die das Vorjahr betreffen. Um damit nicht das laufende Jahr zu belasten, wird eine Rückstellung für Vorjahresschäden gebildet.

Zuführung zur Beitragsrückerstattung

Die Zuführung zur Beitragsrückerstattung in Höhe von 5.568,7 Mio. DM teilte sich 1997 wie folgt auf:

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	4.124,5 Mio. DM
Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung:	
– Pflegepflichtversicherung	724,7 Mio. DM
– Mittel zur Beitragsentlastung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG	676,2 Mio. DM
– Sonstige	43,3 Mio. DM.

Bei den Mitteln zur Beitragsentlastung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG handelt es sich um gezielte Beitragsentlastungsmaßnahmen für ältere

Versicherte. 80 Prozent der sogenannten Überzinsen, also der Zinserträge, die über den kalkulatorischen Ansatz von 3,5 Prozent bei der Bewertung der Alterungsrückstellung hinausgehen, müssen – bis zur jährlichen Gesamthöhe von 2,5 Prozent der Alterungsrückstellung – zu 50 Prozent den älteren Versicherten (§ 12 a Abs. 3 VAG) gutgebracht werden. Verfahrenstechnisch werden die Mittel für die älteren Versicherten zunächst in die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt, um dann bei einer folgenden Beitragsanpassung in die Rückstellung für Alterungsrückstellung überführt zu werden, so daß die erforderliche Beitragsanpassung abgemildert werden kann. Die anderen 50 Prozent kommen allen Versicherten zugute. Diese Mittel (§ 12 a Abs. 2 VAG) können als künftige Beitragsentlastung im Alter unmittelbar in die Alterungsrückstellung eingestellt werden.

Alterungsrückstellung

Die Alterungsrückstellung wird gebildet, um den höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten entgegenzuwirken. Wie sich die Alterungsrückstellung entwickelt hat, zeigt das Schaubild „Entwicklung der Altersrückstellung“. In der Zuführung zur Alterungsrückstellung sind mehrere Beiträge zur Beitragslimitierung enthalten. 1997 waren dies folgende Beiträge:

Limitierung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG (Beitragsentlastung für ältere Versicherte)	272,5 Mio. DM
Sonstige Limitierungsmittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung	1.962,6 Mio. DM
Mittel für künftige Beitragsermäßigung für alle Versicherte (§ 12 a Abs. 2 VAG)	684,4 Mio. DM.

4.2 Versicherungsleistungen

Bei der folgenden Aufgliederung der Versicherungsleistungen handelt es sich um nicht abgegrenzte Werte, also um tatsächlich, nicht nur im Hinblick auf dieses Geschäftsjahr geleistete Zahlungen für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft. Darin sind – entsprechend den gesetzlichen Rechnungslegungsvorschriften – die dort so bezeichneten „Schadenregulierungskosten“ enthalten.

Ausgezählte Versicherungsleistungen

1997 stiegen die Versicherungsleistungen (ohne die aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ausgezahlten und verrechneten Beträge) in der Krankenversicherung um 1.241,0 (Vorjahr 558,2) Mio. DM bzw. 5,81 (Vorjahr 2,69) Prozent auf 22.583,0 Mio. DM. Damit hat der Ausgabenanstieg gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Rechnet man die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung in Höhe von 873,9 (Vorjahr 588,3) Mio. DM hinzu, so ergibt sich eine Steigerung

der ausgezahlten Versicherungsleistungen (einschließlich Schadenregulierungskosten) von insgesamt 6,96 Prozent auf

23.456,9 (Vorjahr 21.930,3) Mio. DM,

siehe auch Tabelle 4 im Anhang, der eine Aufteilung der Gesamtleistung nach Leistungsarten zu entnehmen ist.

Gesamtleistungen

Unter die Gesamtleistungen fallen die Zahlungen an die Versicherten sowie die Entnahme aus den Rückstellungen. Im einzelnen (Angabe für 1997):

Ausgezahlte Leistungen	23.456,9 Mio. DM
Limitierungsbeträge (inkl. § 12 a Abs. 3 VAG)	2.235,1 Mio. DM
Barausschüttungen aus Rückstellungen für Beitragsrückerstattung	704,3 Mio. DM
Mittel für künftige Beitragsermäßigung im Alter (§ 12 a Abs. 2 VAG)	684,4 Mio. DM
Gesamtleistungen	27.080,7 Mio. DM

Damit erhöhten sich die Gesamtleistungen um 5,71 Prozent.

Tages- und Monatsleistung

Je Arbeitstag, insgesamt 250 im Jahr, ergab sich eine ausgezahlte Versicherungsleistung von 93,83 (Vorjahr 87,72) Mio. DM, je Monat 1.954,8 (Vorjahr 1.827,5) Mio. DM.

Aufteilung nach Männern, Frauen und Kindern

Die Aufteilung der Versicherungsleistungen nach Männern, Frauen und Kindern war gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. Im einzelnen:

	1997		1996	
	Mio. DM	Prozent	Mio. DM	Prozent
Männer	11.968,2	51,02	11.235,3	51,23
Frauen	10.021,6	42,72	9.343,8	42,61
Kinder	1.467,1	6,26	1.351,2	6,16
Insgesamt	23.456,9	100,00	21.930,3	100,00

Vom Alter und Geschlecht der Versicherten ist die Höhe der Krankheitskosten abhängig, siehe Kapitel 9.

Eine Aufteilung der einzelnen Leistungsarten nach Männern, Frauen und Kindern findet sich im Anhang, Tabelle 5.

4.2.1 Krankenversicherung

Die Krankenversicherungsleistung betrug in 1997 22.583,0 (Vorjahr: 21.342,0) Mio. DM. Eine Aufteilung nach Leistungsarten ist der Tabelle 4 im Anhang zu entnehmen.

Die Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung haben sich in 1997 im Verhältnis zum Vorjahr insgesamt um 5,81 (Vorjahr: 2,69) Prozent erhöht. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Versicherungsleistungen aufgrund von Zuzahlungserhöhungen und Leistungskürzungen 1997 im Vergleich zum Vorjahr um 1,89 Prozent gesunken. In 1996 waren sie verglichen mit 1995 um 3,32 Prozent gestiegen. Die Entwicklung je einzelnen Versicherten stellt sich insgesamt bzw. in den jeweiligen Bereichen wie folgt dar:

Veränderung der Leistungsausgaben je Versicherten im Vergleich zur GKV ¹⁾ (in Prozent)				
	PKV 1988/97	GKV 1988/97	PKV 1997/96	GKV 1997/96
Arztkosten ambulant	+ 89,2	+ 48,4	+ 6,2	+ 2,8
Zahnbehandlung und -ersatz	+ 86,0	+ 4,3	+ 1,0	+ 2,5
Krankenhaus insgesamt	+ 46,6	–	+ 7,6	–
davon				
Pflegekosten	+ 76,2	+ 58,1	+ 11,3	+ 6,7
Wahlleistungen	+ 18,6	–	+ 0,5	–
Arzthonorare	+ 27,4	–	+ 4,8	–
Arzneien und Verbandmittel	+ 50,1	+ 18,1	+ 5,7	– 3,3
Heil- u. Hilfsmittel	+ 87,3	+ 58,5	+ 7,0	– 3,2
Gesamtleistung für Krankheitskosten	+ 67,1	+ 41,0	+ 5,7	+ 0,4

1) nur alte Bundesländer

41,19 Prozent der Leistungen in der Krankenversicherung entfielen auf den stationären Bereich. Für die ambulante Arzt- und Zahnarztbehandlung einschließlich Zahnersatz wurden 38,45 Prozent ausgegeben, für die Erstattung von Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln rund 14,09 Prozent. Die übrigen 6,27 Prozent verteilen sich auf Krankengeld und sonstige Leistungen z.B. Zusatzleistungen im Todesfall.

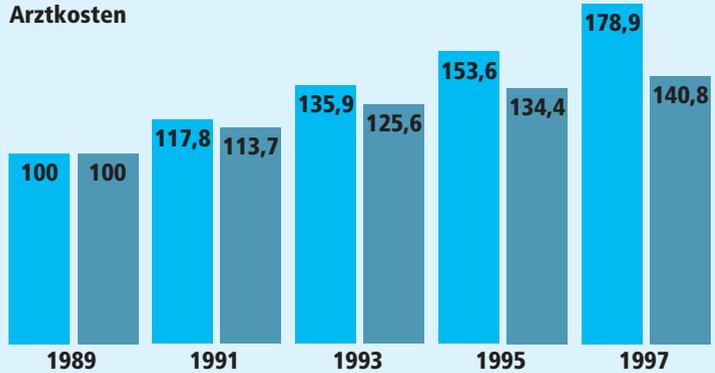
Die Schaubilder „Leistungen für ambulante Behandlung“, „Leistungen für stationäre Behandlung“ und „Leistungen für ärztliche Behandlung“ geben Aufschluß über die unterschiedliche Kostenent-

Leistungen für ambulante Behandlung je Versicherten

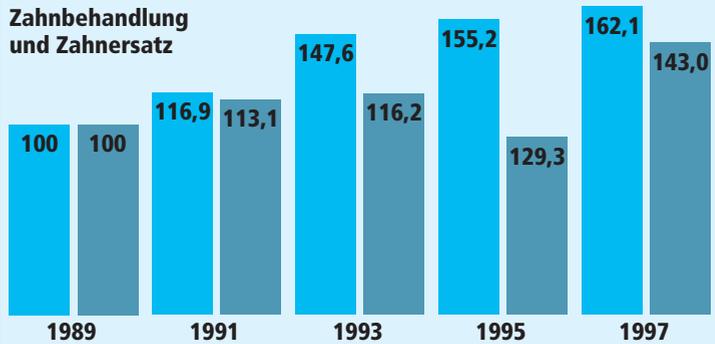
■ PKV
 ■ GKV (nur alte Bundesländer)

Index 1989 = 100

Arztkosten



Zahnbehandlung und Zahnersatz



Arzneien und Verbandmittel



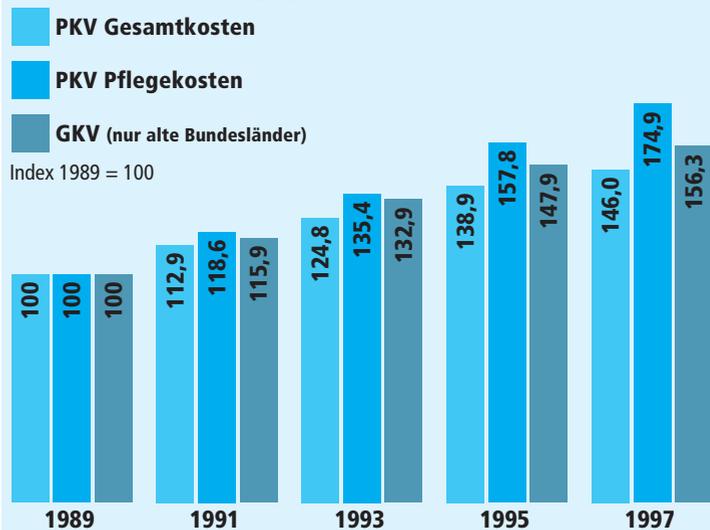
Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik aus Bundesarbeitsblatt sowie eigene Erhebungen

Erläuterungen Seiten 37 f.

wicklung in der PKV und in der GKV seit 1989. Dargestellt sind die Leistungen je Versicherten. Der Vergleich bei der ambulanten ärztlichen Behandlung zwischen PKV und GKV zeigt, daß der Leistungszuwachs seit 1988 bei der PKV 38,1 Prozentpunkte höher ausfiel als bei der GKV.

Das Schaubild „Anteil der Privatliquidation an den Arzteinahmen“, Seite 41, basiert auf der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes. Für diese Statistik werden ausschließlich Ärzte befragt, die auch eine Kassenpraxis betreiben. Die Daten reiner Privatärzte (deren Einkommen zu fast 100 Prozent aus der Privatpraxis stammt) sind demnach in der Statistik nicht enthalten. Die Statistik weist im Vergleich der Jahre 1991 und 1995 für fast alle Facharztgruppen einen Anstieg des Anteils der Privathonorare am Arzteinommen aus. 1995 betrug der Anteil der privatversicherten an der gesamten Patientenschaft in den alten Bundesländern rund 10 Prozent. Dem steht mit insgesamt 17,7 Prozent fast das Doppelte an Honorareinnahmen gegenüber. Dabei sind im Gesamteinkommen nicht nur die aus der Kassen- und Privatpraxis, sondern auch sonstige ärztliche selbständige Tätigkeiten (z.B. Gutachterfunktionen) berücksichtigt. Das macht den Stellenwert der Privatpraxis für die

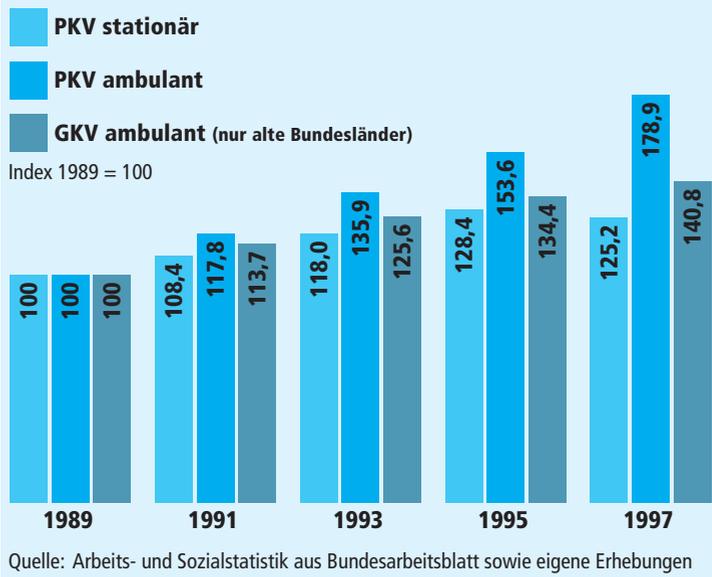
Leistungen für stationäre Behandlung je Versicherten



Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik aus Bundesarbeitsblatt sowie eigene Erhebungen

Erläuterungen Seite 37

Leistungen für ärztliche Behandlung je Versicherten



Erläuterungen Seite 37

Ärzeschaft in den alten Bundesländern deutlich. In den neuen Bundesländern lag dagegen wegen des noch sehr geringen Anteils an Privatversicherten (24,6 Prozent) auch der Anteil der Privatpraxis bei nur 2,5 Prozent.

4.2.2 Pflegepflichtversicherung

Leistungsausgaben

In der Pflegepflichtversicherung beliefen sich die Leistungsausgaben in 1997 (einschließlich Schadenregulierungskosten) auf 873,9 (Vorjahr 588,3) Mio. DM. Damit lag eine Erhöhung von 48,55 Prozent vor. Grund für diesen Ausgabenanstieg ist, daß in 1997 erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gewährt wurden. In 1996 wurde erst ab Mitte des Jahres für die stationäre Pflege geleistet, wobei aufgrund der Verzögerungen beim Einreichen der Rechnungen die tatsächlichen Auszahlungen erst später begannen. Wie sich die Pflegeversicherungsleistungen auf die einzelnen Leistungsarten verteilen, ist aus der Tabelle 6 im Anhang ersichtlich. Dabei entfiel auf die ambulante Pflege ein Anteil von 52,67 Prozent, auf die stationäre Pflege ein Anteil von 47,33 Prozent.

Anteil der Privatliquidation an den Arzteinnahmen in den alten Bundesländern 1991 / 1995

Angaben in Prozent



Quelle: Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes

Erläuterungen Seite 39

Zuführungen

Die Zuführung zur Alterungsrückstellung betrug 2.083,7 Mio. DM, das waren 49,57 Prozent der Beitragseinnahmen. Die Zuführung zur poolrelevanten Rückführung für Beitragsrückerstattung machte 788,1 Mio. DM aus.

4.2.3 Übrige Leistungen

Beitragsrückerstattung

Mit

2.661,7 (Vorjahr 2.895,3) Mio. DM

sind die an Beitragsrückerstattung insgesamt geleisteten Beträge um 8,07 Prozent gefallen, da weniger bzw. geringere Beitragsanpassungen erfolgt waren und vermehrt Leistungen in Anspruch genommen wurden, so daß es zu einer geringeren Ausschüttung der Beitragsrückerstattung kam. Der Anteil an den Gesamtleistungen machte im Berichtsjahr 10,19 Prozent aus. Hierbei sind die Beträge nach § 12 a VAG jeweils nicht berücksichtigt.

Zum einen geben die meisten Unternehmen ihren Versicherten, die in einem Jahr keine Rechnung zur Erstattung eingereicht haben, Beiträge in Höhe von einem bis zu sechs Monatsbeiträgen zurück. Dafür wurde 1997 ein Betrag von 699,1 (Vorjahr 711,8) Mio. DM ausgezahlt und somit 1,78 Prozent weniger als im Vorjahr. Zum anderen werden die Beträge, 1997 1.962,6 (Vorjahr 2.183,5) Mio. DM, der Alterungsrückstellung zugeführt und damit zur Minderung oder Vermeidung von Beitragsanpassungen eingesetzt. Insgesamt betrug die Alterungsrückstellung in 1997 75.629,1 Mio. DM. Vor allem die älteren Versicherten haben im letzten Jahrzehnt verstärkt von der Beitragsverrechnung profitiert, die von einigen Mitgliedsunternehmen sogar ausdrücklich als Sondernachlaß für Versicherte im Rentenalter in hohem Umfang garantiert worden ist. Das Schaubild „Beitragsrückerstattung“ stellt dar, welche Beträge die Versicherten in den vergangenen Jahren als Rückzahlung oder in Form von Beitragsverrechnungen zurückerhalten haben. Zur Aufgliederung der verrechneten Beträge nach Versicherungsarten siehe auch Kapitel 3.4.

Beträge nach
§ 12 a VAG

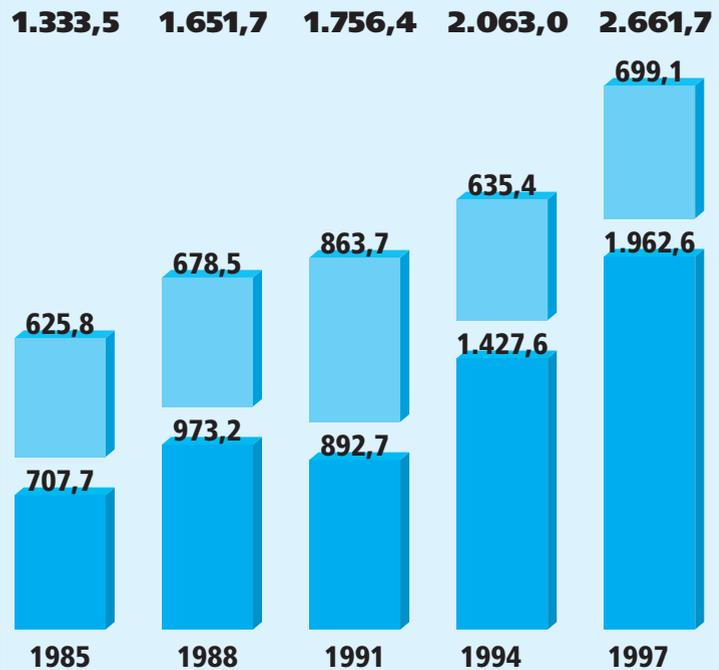
Nach § 12 a VAG müssen 80 Prozent der Zinsen, die den 3,5 prozentigen Zinssatz auf die Alterungsrückstellung des Vorjahres übersteigen (bis zu maximal 2,5 Prozent der Alterungsrückstellung), dem Geschäftsergebnis entnommen und zur Hälfte direkt der Alterungsrückstellung für die künftige Beitragsermäßigung für Versicherte zugeführt werden (§ 12 a Abs. 2 VAG). Die zweite Hälfte fließt überwiegend zuerst in die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, wo sie für Einmalbeiträge zur Minderung von Beitragserhöhungen oder zur Beitragssenkung bei älteren Versicherten zur Verfügung steht. Im Berichtsjahr wurden der Alterungsrückstellung nach § 12 a Abs. 2 VAG direkt 687,7 (Vorjahr 590,6) Mio. DM zugeführt, in die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wurden 676,2 Mio. DM eingestellt. Zusätzlich zu den Einmalbeiträgen wurden der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung 625,8 (Vorjahr 201,8) Mio. DM für

Beitragsrückerstattung*



Insgesamt in Mio. DM

*ohne Beträge nach § 12 a VAG



Erläuterungen Seite 42

die Minderung bei Beitragsanpassung für über 65jährige Versicherte entnommen.

Zuführungen zu den Rückstellungen

Neben den direkten Zahlungen an die Versicherten müssen die Mitgliedsunternehmen beträchtliche Mittel als indirekte Leistungen aufwenden, und zwar für die Alterungsrückstellung sowie für die übrigen versicherungstechnischen und anderen Rückstellungen. Die Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und zur

Alterungsrückstellung einschließlich der Beträge nach § 12 a VAG
machten im Berichtsjahr zusammen

16.143,3 (Vorjahr 15.243,5) Mio. DM

bzw. 44,48 Prozent der abgegrenzten, also dem Geschäftsjahr exakt
zugeordneten Beitragseinnahmen aus, siehe auch die Übersicht in
Kapitel 7.

5. Kosten

Verwaltungskosten Die Aufwendung für den Versicherungsbetrieb – ohne Abschlußkosten – betragen im Berichtsjahr

1.244,7 (Vorjahr 1.228,8) Mio. DM.

Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Verwaltungskosten absolut um 1,29 Prozent. Ihr Anteil an den abgegrenzten Beitragseinnahmen ist nach 3,59 Prozent im Vorjahr zurückgegangen auf 3,43 Prozent in 1997. Seit 1975 (Vorjahr 7,21 Prozent) nimmt der Verwaltungskostenanteil stetig ab. Eine Unterbrechung ergab sich lediglich aufgrund des Aufbaus der Verwaltungen in den neuen Bundesländern und der Einrichtung der Pflegepflichtversicherung.

Abschlußkosten Die Aufwendungen für Abschlußkosten beinhalten die mittelbaren und die unmittelbaren Abschlußkosten. Zu den ersteren zählen u.a. die Kosten für die Antragsabteilung, ein Teil der Kosten für die Geschäftsstellen und die festen Gehälter des angestellten Außendienstes. Die unmittelbaren Abschlußkosten sind die Provisionen, die bei Abschluß eines Versicherungsvertrages dem Vermittler gezahlt werden. Die Abschlußkosten stiegen 1997 auf

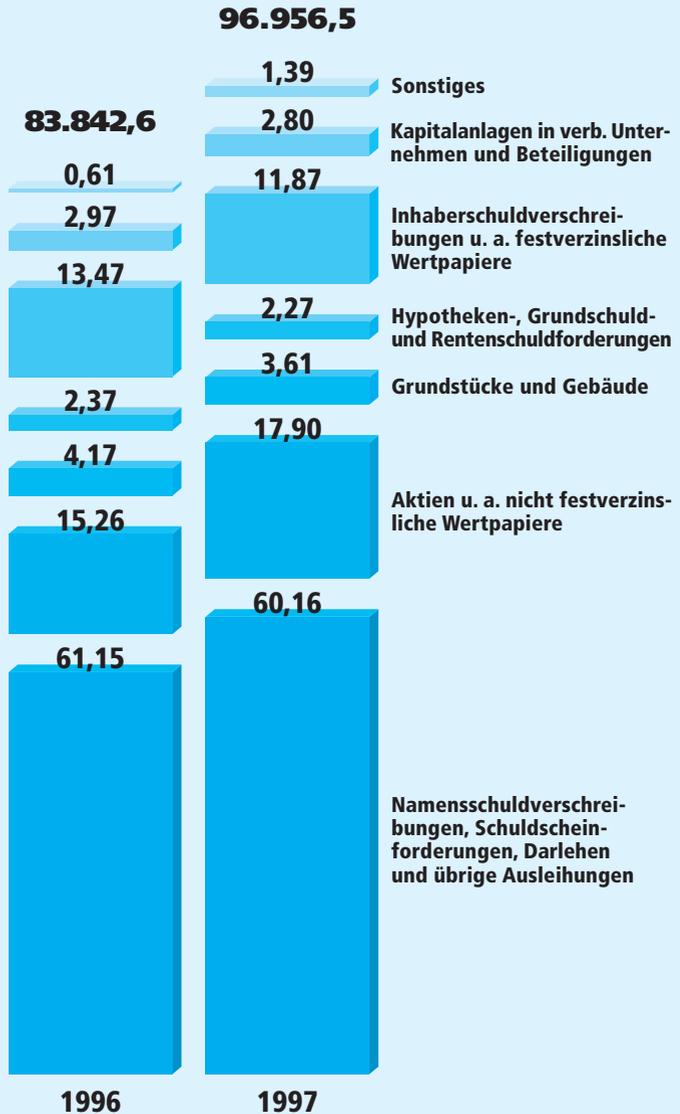
3.319,2 (Vorjahr 2.788,0) Mio. DM.

Die Erhöhung betrug 19,05 Prozent. Der Grund für den Anstieg liegt in dem verstärkten Zugang zur privaten Krankenversicherung sowie in den großen Anstrengungen, den Abgang zur gesetzlichen Krankenversicherung wegen eingetretener Versicherungspflicht aufgrund der gestiegenen Beitragsbemessungsgrenze durch entsprechende Zugänge aufzufangen, s.o. Kapitel 2.1.

Vermögensanlagen

Insgesamt in Mio. DM

Angaben in Prozent



Erläuterungen Seite 47

6. Vermögensentwicklung

Vermögensanlagen
insgesamt

Durch die Vermögensanlagen werden die gegenüber den Versicherten eingegangenen langfristigen Verpflichtungen gesichert. Die gesamten Vermögensanlagen der Mitgliedsunternehmen (einschließlich der Kapitalneuanlage und unter Berücksichtigung des Abganges von Vermögenswerten) betragen am 31. Dezember 1997

96.956,5 (Vorjahr 83.841,7) Mio. DM.

Ihre Zusammensetzung zeigt die Tabelle 8 im Anhang. Das Schaubild „Vermögensanlagen“ verdeutlicht die prozentuale Verteilung.

Kapitalneuanlagen

Die Kapitalneuanlagen beliefen sich 1997 auf

22.654,8 (Vorjahr 19.223,9) Mio. DM.

Eine Aufgliederung der Neuanlagen ist der Tabelle 7 im Anhang zu entnehmen.

Seit 1975 entwickelten sich die Kapitalneuanlagen wie folgt:

Entwicklung der Kapital-Neuanlagen		
Jahr	Neuanlagen in Mio. DM	in Prozent der Gesamteinnahmen
1975	1.615,2	22,83
1980	3.231,9	30,25
1985	3.744,6	23,17
1990	7.012,1	32,10
1991	7.573,3	30,84
1992	8.495,6	31,51
1993	11.303,3	36,81
1994	12.132,2	35,96
1995	15.904,2	41,66
1996	19.223,9	45,15
1997	22.654,8	49,77

1997 konnte die PKV den 14fachen Kapitalbetrag von 1975 anlegen. Dieses Wachstum stellt die Sicherheit der PKV unter Beweis.

7. Jahresergebnis der Mitgliedsunternehmen 1997

(abgegrenzte Werte in 1.000 DM)

I. Erträge

1.	Beitragseinnahmen (Verdiente Bruttobeiträge einschließlich Nebenleistungen)	36.293.815	
2.	Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung	2.228.387	
3.	Vermögenserträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	<u>6.992.418</u>	45.514.620

II. Aufwendungen

1.	a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schaden- regulierungsauf- wendungen)	23.661.661	
	b) Aufwendungen für Beitragsrückerstattung (erfolgsunabhängig und erfolgsabhängig)	5.568.679	
	c) Zuführungen zur Alterungsrückstellung	<u>10.574.645</u>	39.804.985
2.	Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb		
	a) Abschlußkosten	3.319.218	
	b) sonstige Kosten	1.244.743	
3.	Steuern	451.176	
4.	Sonstige Aufwendungen und Erträge	<u>224.390</u>	45.044.512

III. Mittel zur Bildung gesetzlich
vorgeschriebener und freier
Rücklagen

470.108

8. Kennzahlen

Mittels des Kennzahlenkatalogs¹ ist eine umfassende Darstellung der betriebswirtschaftlichen Situation der PKV insgesamt bzw. eines Unternehmens möglich. Die Kennzahlen geben Durchschnittswerte der PKV an, mit welchen die Werte einzelner Unternehmen verglichen werden können. Sie umfassen das gesamte Versicherungsgeschäft der Unternehmen, also nicht nur das deutsche selbst abgeschlossene, wie in den Kapiteln über Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben. Die Kennzahlen sind in der Regel unmittelbar aus den Geschäftsberichten ableitbar und damit auch für Unternehmensexterne nachprüfbar. Durch Zeitreihenbetrachtungen können Entwicklungen aufgezeigt werden. In der Tabelle 9 im Anhang sind die Kennzahlen seit 1990 dargestellt. Dabei ist zu beachten, daß sich im Jahr 1995 durch Änderungen der Rechnungslegungsvorschriften, die erstmalige Verwendung des Überzinses gemäß § 12 a VAG sowie die Einführung der Pflegepflichtversicherung die Rahmenbedingungen geändert haben.

8.1 Sicherheit und Finanzierbarkeit

Der Kennzahlenkatalog stellt die betriebswirtschaftliche Situation der Branche in drei Komplexen dar. Der erste umfaßt die Kennzahlen zur Sicherheit des Unternehmens und Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter.

- Die Eigenkapitalquote betrug 1997 12,12 (Vorjahr 11,61) Prozent. Die Höhe des Eigenkapitals bringt vor allem die Fähigkeit zum Ausgleich kurzfristiger Verluste und zur Einhaltung der gesetzlichen Solvabilitätsvorschriften zum Ausdruck.
- Die Quote für die Beitragsrückerstattung (RfB) besagt, welche Mittel zur zukünftigen Beitragsrückerstattung für die Versicherten über die Alterungsrückstellung und § 12 a VAG hinaus zur Verfügung stehen. Wichtig ist dabei neben der derzeitigen Höhe auch, in welcher Höhe ihr jährlich Mittel zugeführt werden und wofür die in ihr angesammelten Mittel verwendet werden. Die RfB-Quote betrug im Berichtsjahr 29,95 (Vorjahr 25,30) Pro-

¹ Der Kennzahlenkatalog mit den genauen Definitionen der einzelnen Kennzahlen ist beim PKV-Verband erhältlich.

zent, die RfB-Zuführungsquote 13,34 (Vorjahr 14,72) Prozent. Die RfB-Entnahmeanteile verteilen sich zu 74,40 Prozent auf Einmalbeiträge und zu 25,60 Prozent auf die Barausschüttung.

- Die Überschußverwendungsquote bildet den Anteil der jährlichen Zuführungen einschließlich der Beträge gemäß § 12 a VAG am Überschuß ab. Sie machte 1997 92,97 (Vorjahr 93,60) Prozent aus.

8.2 Erfolg und Leistung

Die Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter und die Sicherheit eines Unternehmens sind Ausdruck seines Erfolges und seiner Leistung. Die Kennzahlen hierzu bilden den zweiten Komplex des Kennzahlenkatalogs. Der Erfolg eines Unternehmens wird insbesondere durch zwei Faktoren bestimmt:

- das versicherungsgeschäftliche Ergebnis, das durch die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote abgebildet wird. Diese betrug 1997 7,83 (Vorjahr 10,55) Prozent. Das versicherungsgeschäftliche Ergebnis hängt unmittelbar von den entstandenen Aufwendungen im Vergleich zu den kalkulierten ab. Die Schadenquote, die Verwaltungskostenquote und die Abschlußkostenquote erklären die drei zentralen Aufwendungsbereiche. Sie hatten eine Höhe von 79,62 (Vorjahr 77,74) Prozent (Schadenquote), 3,42 (Vorjahr 3,58) Prozent (Verwaltungskostenquote) und 9,13 (Vorjahr 8,13) Prozent (Abschlußkostenquote).
- die Nettoverzinsung aus den Kapitalanlagen, die im Berichtsjahr 7,73 (Vorjahr 7,63) Prozent ausmachte.

8.3 Bestand und Wachstum

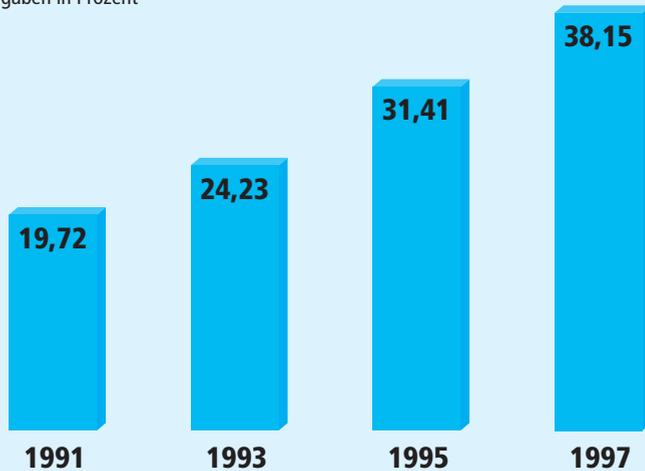
Die Kennzahlen zum Bestand und zur Bestandsentwicklung sind der dritte Komplex des Kennzahlenkatalogs. Daraus können der Marktanteil eines Unternehmens bzw. sein Wachstum, gemessen an den Beitragseinnahmen und den versicherten Personen, abgeleitet werden. Zum Versichertenbestand s.o. Kapitel 2., zu den Wachstumskennzahlen siehe Kapitel 3. und Tabellen 2 und 3 im Anhang.

8.4 Vorsorgequote

Mit der Vorsorgequote wird die private Krankenversicherung mit der gesetzlichen verglichen. Sie zeigt, wieviel die PKV im Gegensatz zur GKV für die Altersvorsorge ihrer Versicherten aufgewendet

Vorsorgequote

Angaben in Prozent



Erläuterungen Seiten 52 f.

hat und damit den Auswirkungen der demographischen Entwicklung entgegensteuert. Dafür werden die Zuführung zur Altersrückstellung, zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung sowie die Beträge nach § 12 a Abs. 3 den verdienten Bruttobeiträgen gegenübergestellt. Die Vorsorgequote betrug 1997 38,15 (Vorjahr 37,46) Prozent, siehe auch das Schaubild „Vorsorgequote“.

9. Verbandsstatistiken

Neben den Statistiken zur wirtschaftlichen Situation der Branche, auf welchen die Darstellungen in den vorigen Kapiteln beruhen, werden weitere Statistiken geführt.

Ein Teil dieser Statistiken kann von den Mitgliedsunternehmen als Grundlage für Tarifikalkulationen verwendet werden. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn die Daten des eigenen Unternehmens nicht genügend Aussagekraft besitzen oder neue Tarife entwickelt werden. Weitere Angaben zur Verbandsstatistik finden sich im Rechenschaftsbericht 1997, Seiten 106 f.

9.1 Wahrscheinlichkeitstafeln

Wagnisstatistik

Seit 1970 werden vom Verband Daten zu Wahrscheinlichkeitstafeln von den Mitgliedsunternehmen erhoben. Dabei handelt es sich vor allem um Angaben zum ambulanten und stationären Versicherungsschutz. Die von den Mitgliedsunternehmen gelieferten Zahlen umfassen taribezogene Angaben zu Rechnungs- und Leistungsbeträgen für männliche und weibliche Versicherte, aufgeteilt nach folgenden Leistungsarten: Arznei- und Verbandmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, sämtliche übrigen ambulanten Leistungen sowie Krankenhausleistungen mit Chefarztbehandlung und Zuschlägen für die gesonderte Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer (mit und ohne Ersatztagegeld).

Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt. Berücksichtigt werden nur Versicherte, die mindestens drei Jahre dem jeweiligen Tarif angehören. Für die Tabellen auf den Seiten 57 ff. wurden mehrere Alter zusammengefaßt. In den Schaubildern sind die ausgeglichenen Werte der Einzelalter dargestellt. Bei männlichen Versicherten liegt mit zunehmendem Alter ein weitaus stärkerer Anstieg der Leistungsausgaben als bei weiblichen vor. Letztere haben dagegen in jüngeren Lebensaltern (Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahren) ein deutlich höheres Krankheitsrisiko. Das Schwangerschafts- und Geburtsrisiko ist dafür nur teilweise verantwortlich. Bei den Daten in den Tabellen wurde für alle Leistungsarten und Geschlechter jeweils der Wert für die Normierungsaltersgruppe 41 bis 45 Jahre = 100 gesetzt. In den Schaubildern sind zum besseren Vergleich auch die Werte der Frauen auf den Normierungswert der Männer bezogen. Aufgrund der

Normierung ist ein Rückschluß auf die absolute Höhe der Rechnungsbeträge aus den Tabellen nicht möglich.

Die Rechnungsbeträge für die stationären Leistungen einerseits und die Leistungen im Zahnbereich andererseits wurden jeweils zusammen betrachtet, so daß folgende Profile der Rechnungsbeträge dargestellt sind: Arzneien und Verbandmittel, Zahnmedizinische Versorgung, ambulante und stationäre Behandlung (s. auch die Schaubilder „Altersabhängigkeit der Ausgaben für Arzneien und Verbandmittel“, „Altersabhängigkeit der Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung“, „Altersabhängigkeit der Ausgaben für ambulante Behandlung“ und „Altersabhängigkeit der Ausgaben für Krankenhausbehandlung“ sowie die Tabellen ab Seite 58).

Zusätzlich wird die Altersabhängigkeit der Krankenhaustage ermittelt (Tabelle und Schaubild „Krankenhausaufenthalt pro Jahr in Abhängigkeit vom Alter“, Seiten 62, 64) sowie die Profile der Arbeitsunfähigkeitstage mit unterschiedlichen Karenzzeiten (Tabelle und Schaubilder „Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Alter (Krankentage ab 8. und ab 43. Tag)“ ab Seite 65). Die Karenzzeiten von sechs Wochen bzw. einer Woche sind zum einen für Angestellte, zum anderen für Selbständige repräsentativ.

Geschlechts- und
Altersabhängigkeit

Aus den dargestellten Profilen ist zu ersehen, daß die Steigung der Leistungsausgaben je nach Alter und Geschlecht sowie nach den einzelnen Leistungsarten unterschiedlich ausfällt.

Selbstbehaltsstatistik

Neben der Betrachtung der Struktur der Rechnungsbeträge in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Leistungsart untersucht der PKV-Verband auch die Leistungsausgaben in Abhängigkeit von den tariflich vereinbarten Selbstbehalten. Hierzu werden im Rahmen der Kopfschadenstatistik ebenfalls von den Mitgliedsunternehmen die notwendigen Daten an den Verband übermittelt. Entsprechend dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial werden dann für die Auswertung geeignete Selbstbehaltsgruppen gebildet, unter dem Gesichtspunkt, daß die so beobachteten Einheiten versicherter Personen genügend große Bestände aufweisen. Für das Berichtsjahr 1997 sind in den beiliegenden Tabellen die durchschnittlichen Leistungsbeträge je versicherter Person bei einem vereinbarten Selbstbehalt von 0 DM oder 10 Prozent, über 0 DM bis einschließlich 600 DM, über 600 DM bis einschließlich 1200 DM und über 1200 DM, normiert auf die Altersgruppe 41 bis 45 Jahre, dargestellt. Die Profile weisen eine um so höhere Steilheit auf, je größer der Selbstbehalt ist, s. gegenüberliegende Tabelle.

**Altersabhängigkeit der Ausgaben
bei verschiedenen Selbstbehaltstufen
für ambulante Behandlung**
(Altersgruppe 41-45 Jahre gleich 100 gesetzt)
Beobachtungsjahr 1997

Alters- gruppe	kein absoluter Selbstbehalt	Selbstbehalt bis 600 DM	Selbstbehalt bis 1.200 DM	Selbstbehalt über 1.200 DM
Männer				
über 95 Jahre	328,82	650,00	1.635,88	1.545,58
91 - 95 Jahre	349,83	849,92	1.665,94	1.699,25
86 - 90 Jahre	336,95	884,79	1.554,44	1.779,87
81 - 85 Jahre	342,34	801,07	1.325,87	1.502,58
76 - 80 Jahre	382,47	689,60	1.187,90	1.186,67
71 - 75 Jahre	303,12	621,43	871,21	928,95
66 - 70 Jahre	275,22	496,10	680,76	699,56
61 - 65 Jahre	221,45	332,44	436,38	464,36
56 - 60 Jahre	183,36	233,98	315,71	315,20
51 - 55 Jahre	151,99	187,68	217,50	236,66
46 - 50 Jahre	122,77	135,07	142,67	154,91
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	87,29	92,33	93,93	83,35
31 - 35 Jahre	78,68	84,76	81,28	52,01
26 - 30 Jahre	68,43	76,26	58,29	67,46
21 - 25 Jahre	65,11	74,54	51,86	63,74
16 - 20 Jahre	66,23	81,46	60,33	61,75
unter 16 Jahre	88,52	87,35	95,17	52,18
Frauen				
über 95 Jahre	196,75	650,00	633,45	955,52
91 - 95 Jahre	217,68	849,92	637,68	779,93
86 - 90 Jahre	231,65	884,79	651,55	722,94
81 - 85 Jahre	197,91	801,07	493,88	602,14
76 - 80 Jahre	173,42	689,60	424,05	509,23
71 - 75 Jahre	167,99	621,43	375,17	435,70
66 - 70 Jahre	152,60	496,10	310,65	413,45
61 - 65 Jahre	142,45	332,44	263,46	275,28
56 - 60 Jahre	138,31	233,98	229,80	263,28
51 - 55 Jahre	134,78	187,68	184,94	220,34
46 - 50 Jahre	115,96	135,07	127,02	141,58
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	103,03	92,33	98,90	109,01
31 - 35 Jahre	101,92	84,76	115,86	125,11
26 - 30 Jahre	82,06	76,26	95,47	86,86
21 - 25 Jahre	68,19	74,54	74,38	81,44
16 - 20 Jahre	57,91	81,46	42,20	40,10
unter 16 Jahre	49,26	87,35	37,77	25,15

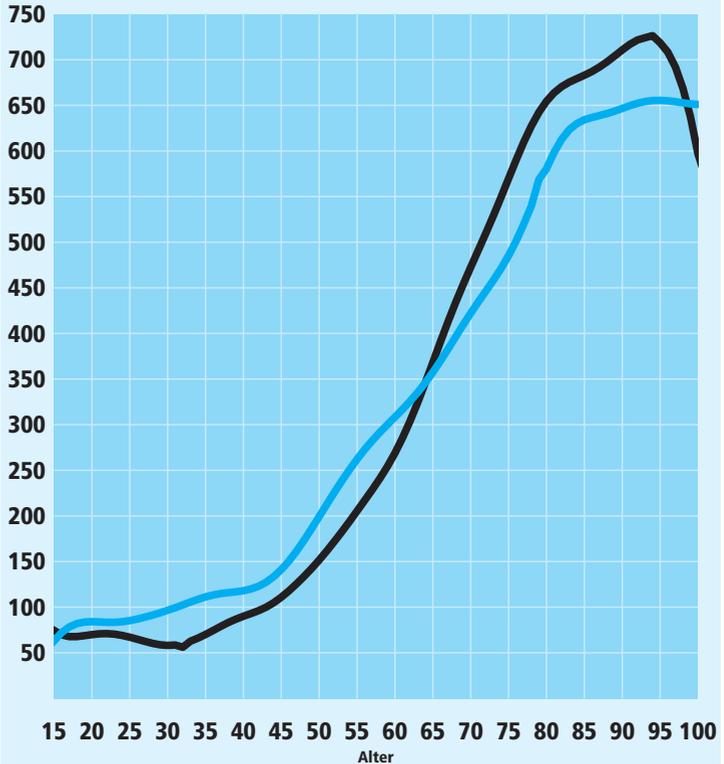
**Altersabhängigkeit der Ausgaben
für Arzneien und Verbandmittel,
zahnmedizinische Versorgung sowie ambulante Behandlung**
(Altersgruppe 41-45 Jahre gleich 100 gesetzt)
Beobachtungsjahr 1997

Alters- gruppe	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz	übrige ambulante Behandlung
Männer			
über 95 Jahre	668,82	44,89	420,64
91 - 95 Jahre	729,33	66,68	430,01
86 - 90 Jahre	697,83	92,31	361,31
81 - 85 Jahre	675,77	109,98	324,53
76 - 80 Jahre	629,30	126,14	284,92
71 - 75 Jahre	525,30	140,01	242,69
66 - 70 Jahre	437,78	150,60	208,78
61 - 65 Jahre	321,75	158,38	176,57
56 - 60 Jahre	241,81	139,61	160,52
51 - 55 Jahre	184,32	119,89	138,34
46 - 50 Jahre	134,56	102,45	116,89
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	82,95	107,61	86,59
31 - 35 Jahre	65,31	116,55	79,02
26 - 30 Jahre	60,62	100,50	70,77
21 - 25 Jahre	65,93	50,60	61,07
16 - 20 Jahre	69,15	55,20	66,00
unter 16 Jahre	68,74	48,52	77,21
Frauen			
über 95 Jahre	500,34	28,48	259,96
91 - 95 Jahre	510,65	41,47	260,60
86 - 90 Jahre	496,70	64,40	233,89
81 - 85 Jahre	487,48	90,45	208,67
76 - 80 Jahre	405,34	123,27	176,61
71 - 75 Jahre	357,44	145,40	154,47
66 - 70 Jahre	307,24	157,32	140,01
61 - 65 Jahre	259,73	163,53	132,80
56 - 60 Jahre	224,96	155,03	131,51
51 - 55 Jahre	184,15	141,87	126,31
46 - 50 Jahre	133,66	113,29	112,20
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	90,22	108,31	103,44
31 - 35 Jahre	82,28	112,82	112,27
26 - 30 Jahre	71,57	107,41	102,09
21 - 25 Jahre	62,56	66,54	76,00
16 - 20 Jahre	62,22	57,26	62,51
unter 16 Jahre	45,77	53,20	44,40

Altersabhängigkeit der Ausgaben für Arzneien und Verbandmittel

— Männer — Frauen —

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997

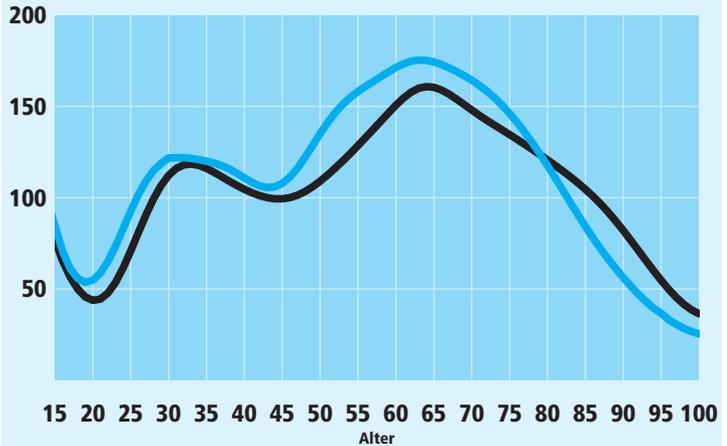


Erläuterungen Seiten 55 f.

Altersabhängigkeit der Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung

— Männer — Frauen

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997

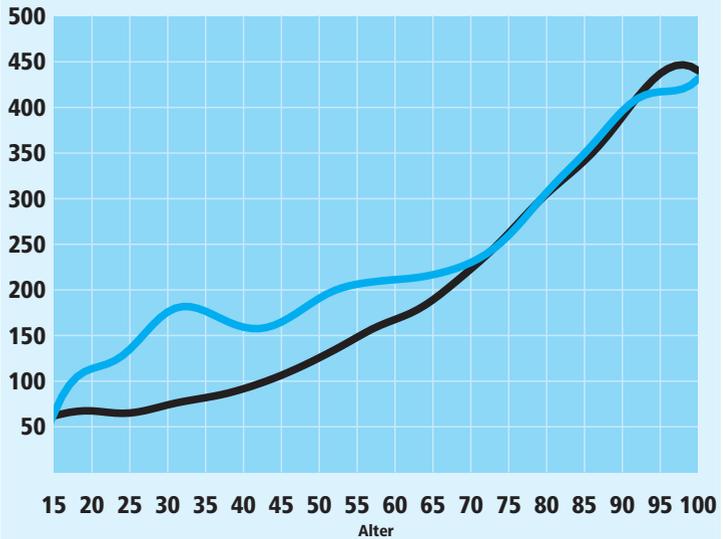


Erläuterungen Seiten 55 f.

Altersabhängigkeit der Ausgaben für ambulante Behandlung

— Männer — Frauen —

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997



Erläuterungen Seiten 55 f.

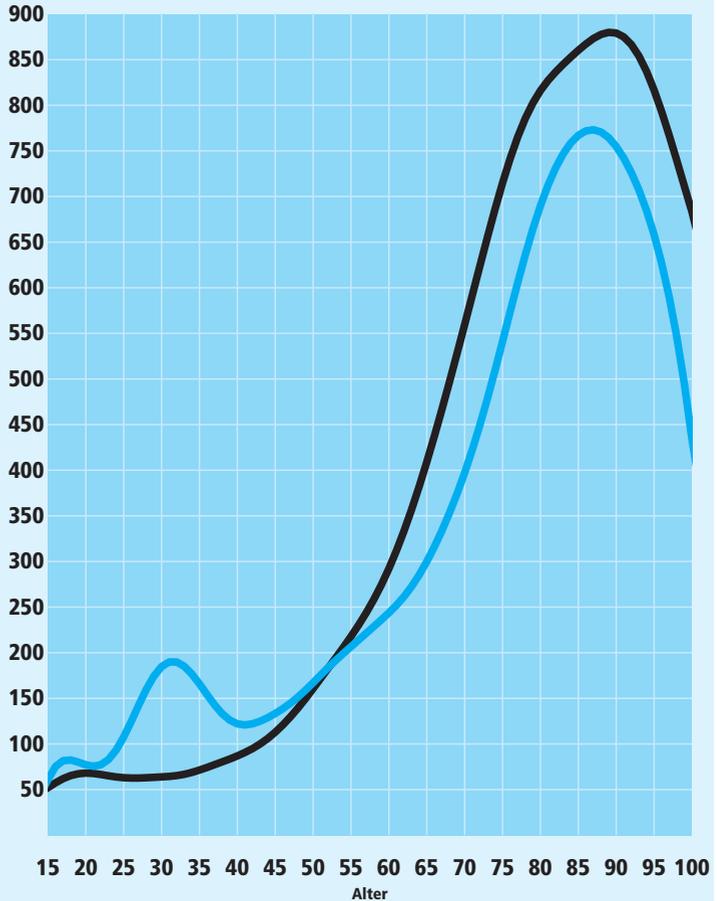
**Altersabhängigkeit der Ausgaben
für Krankenhausbehandlung
und Krankenhausaufenthalt (pro Jahr)**
(Altersgruppe 41-45 Jahre gleich 100 gesetzt)
Beobachtungsjahr 1997

Alters- gruppe	Krankenhaus- behandlung	Krankenhaus- tage
Männer		
über 95 Jahre	1.548,55	278,42
91 - 95 Jahre	1.903,97	774,09
86 - 90 Jahre	1.691,38	614,49
81 - 85 Jahre	1.464,15	602,50
76 - 80 Jahre	1.329,66	501,65
71 - 75 Jahre	1.018,36	392,03
66 - 70 Jahre	724,61	302,57
61 - 65 Jahre	514,55	224,00
56 - 60 Jahre	329,08	205,86
51 - 55 Jahre	222,78	184,88
46 - 50 Jahre	138,24	122,50
41 - 45 Jahre	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	92,93	108,55
31 - 35 Jahre	88,66	71,19
26 - 30 Jahre	86,52	70,92
21 - 25 Jahre	50,32	56,68
16 - 20 Jahre	55,72	59,25
unter 16 Jahre	50,57	53,50
Frauen		
über 95 Jahre	1.179,43	500,69
91 - 95 Jahre	1.435,24	662,41
86 - 90 Jahre	1.516,21	670,65
81 - 85 Jahre	1.365,51	606,32
76 - 80 Jahre	1.082,33	489,95
71 - 75 Jahre	781,80	365,40
66 - 70 Jahre	523,92	285,52
61 - 65 Jahre	374,88	198,85
56 - 60 Jahre	284,30	181,62
51 - 55 Jahre	215,60	169,12
46 - 50 Jahre	133,06	121,37
41 - 45 Jahre	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	117,29	115,50
31 - 35 Jahre	182,53	137,09
26 - 30 Jahre	192,69	134,86
21 - 25 Jahre	75,44	80,02
16 - 20 Jahre	64,20	72,00
unter 16 Jahre	40,40	51,97

Altersabhängigkeit der Ausgaben für Krankenhausbehandlung

— Männer — Frauen —

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997

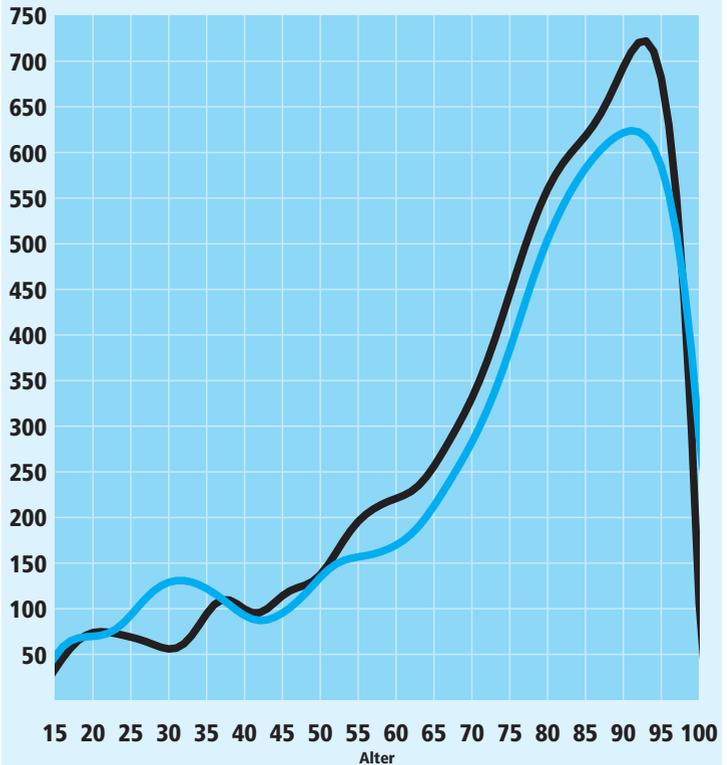


Erläuterungen Seiten 55 f.

Krankenhausaufenthalt pro Jahr in Abhängigkeit vom Alter

— Männer — Frauen

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997



Erläuterungen Seiten 55 f.

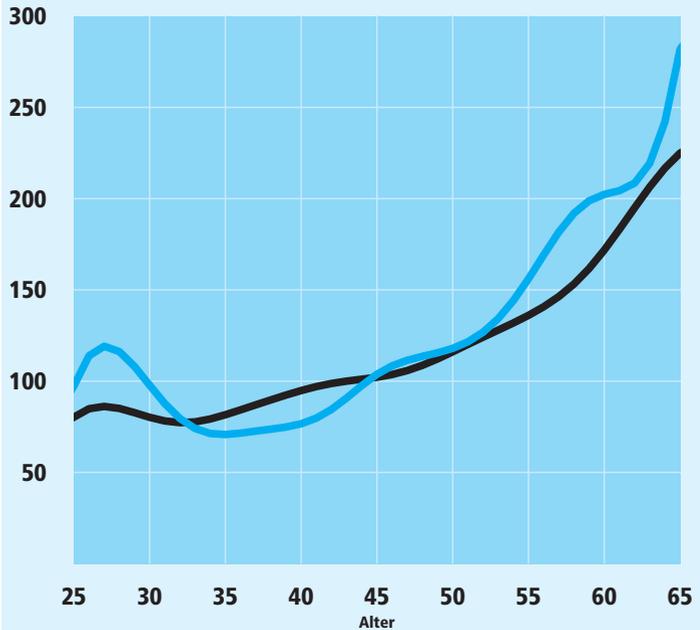
**Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit
vom Alter
für Krankentage ab dem 8. und 43. Tag**
(Altersgruppe 41-45 Jahre gleich 100 gesetzt)
Beobachtungsjahr 1997

Alters- gruppe	Krankentage ab 8. Tag	Krankentage ab 43. Tag
Männer		
61 - 65 Jahre	202,86	331,97
56 - 60 Jahre	151,47	315,22
51 - 55 Jahre	127,55	208,76
46 - 50 Jahre	107,81	142,17
41 - 45 Jahre	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	88,86	74,50
31 - 35 Jahre	78,54	71,98
26 - 30 Jahre	85,41	93,92
21 - 25 Jahre	81,30	76,48
Frauen		
61 - 65 Jahre	230,54	129,16
56 - 60 Jahre	200,43	224,37
51 - 55 Jahre	143,69	184,97
46 - 50 Jahre	118,12	134,07
41 - 45 Jahre	100,00	100,00
36 - 40 Jahre	82,07	78,24
31 - 35 Jahre	76,24	76,01
26 - 30 Jahre	114,08	65,10
21 - 25 Jahre	145,04	47,47

Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Alter (Krankentage ab 8. Tag)

— Männer — Frauen —

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997

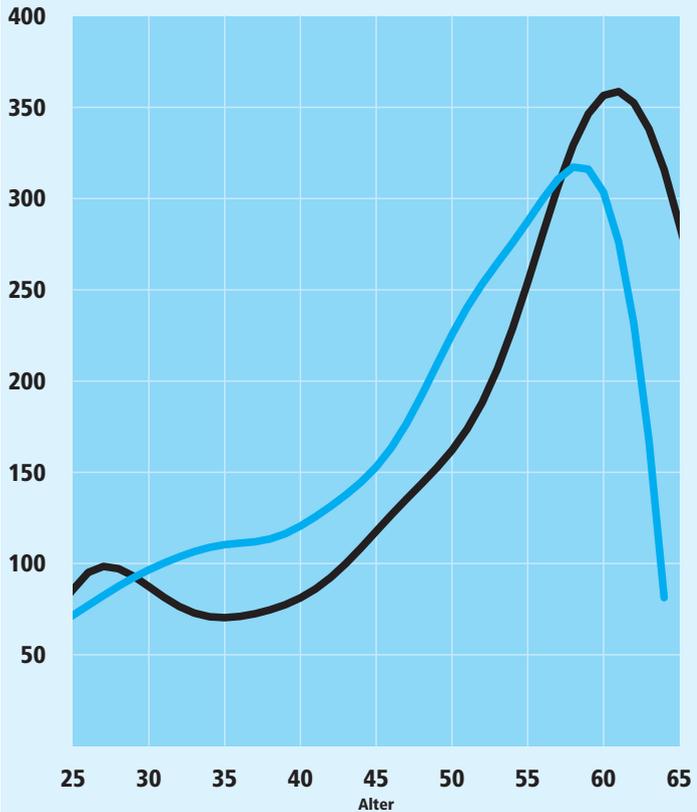


Erläuterungen Seiten 55 f.

Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Alter (Krankentage ab 43. Tag)

— Männer — Frauen —

Index: 43jährige Männer = 100
Beobachtungsjahr 1997



Erläuterungen Seiten 55 f.

9.2 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen

Der Verband wertet die bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arztrechnungen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie die Zahnarztrechnungen aus. Das Verfahren ist im Rechenschaftsbericht 1988, Seite 114, dargestellt. Das Schaubild „GOÄ/GOZ-Multiplikatoren bei Arzt- und Zahnarztrechnungen 1997“ stellt das Honorarvolumen bei Abrechnungen genau zum, unter und über dem Regelhöchstsatz dar.

9.3 Krankenhausstatistik

Seit dem 1. Januar 1996 sind alle Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, verpflichtet, ihre Leistungen auf der Basis eines differenzierten Vergütungssystems – bestehend aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Basispflegesatz und Abteilungspflegesätzen – zu berechnen. Wegen der Vielzahl der Entgelte, die an die Stelle des tagesgleichen allgemeinen Pflegesatzes, mit dem bis 1995 mehr als 90 Prozent der Krankenhausleistungen vergütet wurden, getreten sind, sind Aussagen über die Entwicklung der Krankenhauskosten auf der Basis eines einzigen Entgelts nicht mehr möglich. Knapp 80 Prozent aller Krankenhausleistungen werden über den Basispflegesatz und die Abteilungspflegesätze abgegolten, nur etwa 20 Prozent entfallen auf Fallpauschalen und Sonderentgelte.

Die Krankenhausdatenbank des PKV-Verbandes enthält rund 2.500 Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, wobei sich hiervon rund 1.100 Häuser in öffentlich-rechtlicher, 1.000 in frei-gemeinnütziger und 400 in privater Trägerschaft befinden.

Basispflegesatz

Im Jahr 1997 betrug der Basispflegesatz in den alten Ländern 138,86 DM (minus 3,39 Prozent gegenüber 1996) und variierte von 125,09 DM (Bayern; minus 0,91 Prozent) bis 181,58 DM (Hamburg; plus 0,62 Prozent). In den neuen Ländern betrug er 1997 127,55 DM (minus 5,65 Prozent) und variierte von 123,67 DM (Brandenburg; plus 0,13 Prozent) bis 216,67 DM (Berlin; plus 8,58 Prozent). Eine Übersicht über die einzelnen Bundesländer gibt das Schaubild „Basispflegesatz im Jahresdurchschnitt 1997“, Seite 71, und die Tabelle 10 im Anhang.

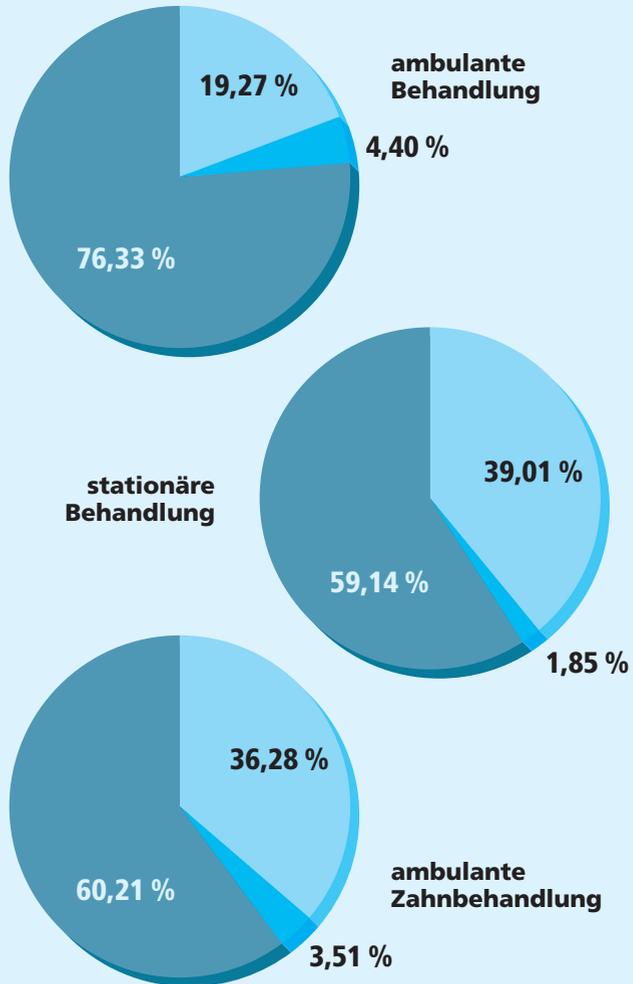
Hauptabteilungs-
pflegesätze

Das Schaubild „Hauptabteilungspflegesätze 1997“, S. 72, zeigt die 20 häufigsten Hauptabteilungspflegesätze. In der Fachabteilung Intensivmedizin ergibt sich im Bundesdurchschnitt 1997 ein Betrag von 1.512,04 DM (minus 5,06 Prozent gegenüber 1996). Für die übrigen Fachabteilungen erhält man im Bundesdurchschnitt 1997

GOÄ/GOZ-Multiplikatoren bei Arzt- und Zahnarztrechnungen

■ genau zum ■ unter dem ■ über dem Regelhöchstsatz

Honorarvolumen bei Abrechnung



Auswertungen von Arzt- und Zahnarztrechnungen im Jahr 1997

Erläuterungen Seite 68

Werte von 248,52 DM (Orthopädie; minus 0,67 Prozent) bis 638,89 DM (Neurochirurgie; minus 2,01 Prozent), siehe auch Tabelle 11 im Anhang.

Wahlleistungen im
Krankenhaus

Die Zimmerzuschläge sind in den Jahren 1996 und 1997 ebenfalls angestiegen. Im Jahr 1997 betrug der durchschnittliche Einbettzimmerzuschlag in den alten Bundesländern 180,96 DM (plus 2,52 Prozent gegenüber 1996) und der durchschnittliche Zweibettzimmerzuschlag 118,12 DM (plus 4,06 Prozent). In den neuen Ländern lag der Einbettzimmerzuschlag für das Jahr 1997 bei 123,31 DM (plus 0,75 Prozent) und der Zweibettzimmerzuschlag bei 79,28 DM (plus 4,62 Prozent). Das Schaubild „Durchschnittliche Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer“, Seite 73, zeigt eine Aufgliederung der Zimmerzuschläge nach Bundesländern, siehe auch Tabelle 10 im Anhang.

Basispflegesatz im Jahresdurchschnitt 1997

Angaben in DM

Berlin	216,67
Hamburg	181,58
Schleswig-Holstein	162,56
Bremen	158,54
Hessen	152,44
Saarland	145,96
Niedersachsen	136,63
Baden-Württemberg	131,92
Nordrhein-Westfalen	129,63
Rheinland-Pfalz	127,51
Bayern	125,09
Alte Bundesländer	138,86
Mecklenburg-Vorpommern	138,21
Sachsen-Anhalt	129,30
Thüringen	127,55
Sachsen	125,71
Brandenburg	123,67
Neue Bundesländer	127,55

Erläuterungen Seite 68

Hauptabteilungspflegesätze im Jahresdurchschnitt 1997

(die 20 häufigsten im gesamten Bundesgebiet)

Angaben in DM

1.512,04	Intensivmedizin
638,89	Neurochirurgie
607,65	Hämatologie / int. Onkologie
460,87	Strahlenheilkunde
443,35	Pädiatrie
412,27	Urologie
412,21	Gynäkologie / Geburtshilfe
399,96	Unfallchirurgie
399,24	HNO-Heilkunde
377,05	Gefäßchirurgie
356,41	Gastroenterologie
355,87	Allgemeine Chirurgie
351,00	Neurologie
329,24	Kardiologie
324,48	Dermatologie
289,73	Augenheilkunde
288,54	Innere Medizin
263,15	Geriatric
255,66	Allgemeine Psychiatrie
248,52	Orthopädie

Erläuterungen Seite 68

Durchschnittliche Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer

Zweibettzimmer Einbettzimmer

Zuschläge in DM



Erläuterungen Seite 70

10. Die PKV im Jahre 1998

10.1 Mitgliedsunternehmen

Im ersten Halbjahr 1998 gingen zwei kleinere Unternehmen in zwei größeren auf. Zwei Unternehmen traten dem Verband bei, so daß ihm 52 ordentliche und ein außerordentliches Mitglied angehören. Sie gliedern sich in 23 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und 29 Aktiengesellschaften. Die Namen und Anschriften enthält das Mitgliederverzeichnis im Anhang.

10.2 Krankenversicherung

10.2.1 Versicherungsbestand

Vollversicherte
Personen

Im ersten Halbjahr 1998 war ein Neuzugang von rd. 45.100 Personen zu verzeichnen, so daß zum 30.6.1998 insgesamt 7.140.700 Personen eine Krankheitsvollversicherung hatten. Dabei hat sich die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zum 1. Januar 1998 bemerkbar gemacht.

Zusatzversicherte
Personen

Zum 30.6.1998 zählten die Mitgliedsunternehmen rund 13.419.000 Personen in Zusatzversicherungen. Nach einer Hochrechnung der Werte aus dem Mikrozensus wird die Zahl der Zusatzversicherten Ende 1998 bei 7,4 Mio. Personen liegen.

10.2.2 Beitragseinnahmen

1. Halbjahr 1998

Die Beitragseinnahmen einschließlich der Nebenleistungen betragen im ersten Halbjahr 1998 über 18,7 Mrd. DM. Auf die Versicherungsarten verteilten sich die Beiträge folgendermaßen:

Versicherungsart	Beitragseinnahmen	
	Mio. DM	Prozent
Krankheitsvollversicherung	11.990	64,0
Krankentagegeldversicherung	860	4,6
Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	740	3,9
Sonstige selbständige Teilversicherung	2.730	14,6
Pflegepflichtversicherung	2.040	10,9
besondere Versicherungsarten	380	2,0
Insgesamt	18.740	100,0

2. Halbjahr 1998 Ende des Jahres 1998 kann die private Krankenversicherung voraussichtlich mit einer Beitragseinnahme von 38,0 (davon Krankenversicherung 33,6 und Pflegepflichtversicherung 4,4) Mrd. DM rechnen. Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung von 4,6 (Krankenversicherung plus 4,7 und Pflegepflichtversicherung plus 3,7) Prozent.

10.2.3 Versicherungsleistungen

1. Halbjahr 1998 Die Versicherten erhielten im ersten Halbjahr 1998 an reinen Versicherungsleistungen – einschließlich der Schadenregulierungskosten – über 12,2 Mrd. DM, ohne Pflegepflichtversicherung waren es 11,8 Mrd. DM. Das waren an jedem Arbeitstag, 125 wurden zugrundegelegt, fast 98 Mio. DM, im Monat rd. 2.040 Mio. DM.

2. Halbjahr 1998 Die Versicherungsleistungen steigen in der Regel im zweiten Halbjahr gegenüber dem ersten. Grund dafür ist, daß die Versicherten die Rechnungen, insbesondere für ambulante Behandlung, nicht gleich zur Erstattung einreichen, sondern damit warten, bis ein vereinbarter Selbstbehalt oder die zu erwartende Beitragsrückerstattung überschritten wird. Einschließlich der Schadenregulierungskosten dürften daher an ausgezahlten Versicherungsleistungen bis Ende 1998 über 24,0 (davon Krankenversicherung 23,1, Pflegepflichtversicherung 0,9) Mrd. DM zu erwarten sein. Die Zunahme wird mit 2,4 (Krankenversicherung plus 2,4 und Pflegepflichtversicherung plus 1,5) Prozent voraussichtlich unter der Steigerung der Beitragseinnahmen liegen.

Gesamtaufwendungen Die Gesamtaufwendungen, also die Aufwendung für Versicherungsfälle zuzüglich der Zuführung zur Alterungsrückstellung sowie zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung, werden 1998 vermutlich 41,7 Mrd. DM betragen.

10.2.4 Kosten

Verwaltungskosten Die Verwaltungskosten der Mitgliedsunternehmen beliefen sich in den ersten sechs Monaten 1998 auf fast 690 Mio. bzw. 3,7 Prozent der Beitragseinnahmen. In diesem Betrag sind allerdings alle Zahlungen erfaßt, also nicht die abgegrenzten, das jeweilige Geschäftsjahr betreffenden Kosten, so daß daraus noch keine Rückschlüsse auf die endgültig benötigten Verwaltungskosten gezogen werden können. Vermutlich werden sie aber etwas unter dem Prozentsatz von 1997 liegen.

Abschlußkosten Die Kosten der Neuabschlüsse und der Umstellung des Versicherungsschutzes betragen in der ersten Jahreshälfte 1998 rd. 1.610 Mio. DM.

10.2.5 Kapitalanlagen

Die Anlagen garantieren den Versicherten, daß ihre Leistungsansprüche auch in Zukunft erfüllt werden können. Die Kapitalneuanlagen der Mitgliedsunternehmen betragen im ersten Halbjahr 1998 14,0 Mrd. DM. Unter Berücksichtigung der Abgänge beliefen sich die Vermögensanlagen insgesamt am 30. Juni 1998 auf über 105,1 Mrd. DM. Ende 1998 werden die gesamten Kapitalanlagen der privaten Krankenversicherung vermutlich bei rd. 113 Mrd. DM liegen.

10.3 Pflegepflichtversicherung

Im ersten Halbjahr beliefen sich die Beitragseinnahmen in der Pflegepflichtversicherung auf über 2,0 Mrd. DM, die Leistungsausgaben auf rd. 400 Mio. DM. Für das gesamte Jahr ist mit Beitragseinnahmen von 4,4 Mrd. DM und Leistungsausgaben von 0,9 Mrd. DM zu rechnen (s. oben Kapitel 10.1.3 und 10.1.4). Der Differenzbetrag wird überwiegend der Alterungsrückstellung zugeführt. Auch die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfte wieder einen hohen Betrag ausmachen.

Anhang

Tabelle 1
Größenverhältnisse der Unternehmen

nach der Zahl der vollversicherten Personen am 31. 12. 1997				nach der Jahresbeitragseinnahme 1997*)					
Vollversicherte Personen		Unternehmen	Vollversicherte Personen		Beitragseinnahmen		Unternehmen	Beitragseinnahmen*)	
Anzahl		Anzahl	Anzahl in Tsd.	Prozent	Mio. DM		Anzahl	1.000 DM	Prozent
über	500.000	3	3.173,2	44,72	über	1.000	10	25.675.284	70,74
über	200.000 - 500.000	6	1.994,7	28,11	über	700 - 1.000	6	5.414.291	14,92
über	100.000 - 200.000	10	1.342,0	18,91	über	400 - 700	6	3.248.073	8,95
über	50.000 - 100.000	5	364,6	5,14	über	200 - 400	2	767.465	2,12
über	30.000 - 50.000	1	33,1	0,47	über	100 - 200	3	431.554	1,19
über	20.000 - 30.000	4	100,0	1,41	über	50 - 100	7	556.687	1,53
über	10.000 - 20.000	4	55,0	0,78	über	30 - 50	2	79.631	0,22
über	5.000 - 10.000	1	9,3	0,13	über	20 - 30	3	64.255	0,18
über	3.000 - 5.000	3	13,6	0,19	über	10 - 20	2	26.268	0,07
über	1.000 - 3.000	4	7,4	0,10	über	3 - 10	4	23.224	0,06
über	1 - 1.000	5	2,7	0,04	über	1 - 3	5	8.409	0,02
keine		6	—	—	unter	1	2	1.152	—
Insgesamt		52	7.095,6	100,00	Insgesamt		52	36.296.293	100,00

*) unabgegrenzte Beitragseinnahmen ohne Einmalbeiträge

Tabelle 2
Aufteilung der Beitragseinnahmen* nach Versicherungsarten
 Mio. DM (Veränderung gegenüber dem Vorjahr)

Versicherungsart	1997		1996
	1. Krankheitsvollversicherung	22.882,6	(+ 910,2)
2. Krankentagegeldversicherung	1.651,7	(+ 15,8)	1.635,9
3. Krankenhaustagegeldversicherung	1.528,4	(– 19,2)	1.547,6
4. Sonstige selbständige Teilversicherung	5.284,1	(+ 170,9)	5.113,2
5. Pflegepflichtversicherung	4.203,2	(+ 884,2)	3.319,0
6. Beihilfeablöseversicherung	310,3	(+ 50,4)	259,9
7. Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung	54,8	(– 6,4)	61,2
8. Auslandskrankenversicherung	381,2	(+ 29,3)	351,9
Insgesamt	36.296,3	(+ 2.035,2)	34.261,1

*) unabgegrenzte Beitragseinnahmen ohne Einmalbeiträge aus der RfB

Tabelle 3
Aufteilung der Beitragseinnahmen* nach Versicherungsarten
 Prozent (Veränderung gegenüber dem Vorjahr)

Versicherungsart	1997		1996
	1. Krankheitsvollversicherung	63,04	(+ 4,14)
2. Krankentagegeldversicherung	4,55	(+ 0,97)	4,77
3. Krankenhaustagegeldversicherung	4,21	(– 1,24)	4,52
4. Sonstige selbständige Teilversicherung	14,56	(+ 5,15)	14,92
5. Pflegepflichtversicherung	11,58	(+ 26,64)	9,69
6. Beihilfeablöseversicherung	0,86	(+ 19,39)	0,76
7. Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung	0,15	(– 10,46)	0,18
8. Auslandskrankenversicherung	1,05	(+ 8,33)	1,03
Insgesamt	100,00	(+ 5,94)	100,00

*) unabgegrenzte Beitragseinnahmen ohne Einmalbeiträge aus der RfB

Tabelle 4
Aufteilung der Gesamtleistung nach Leistungsarten¹⁾

Art der Leistung	Mio. DM		Prozent		
	1997	1996	der Versicherungsleistung	der Beitragseinnahmen ²⁾	Veränderung
1. Arztkosten ambulant	5.276,5	4.926,6	22,49	14,54	7,10
2. Zahnbehandlung und -ersatz	3.407,3	3.345,7	14,52	9,39	1,84
davon:					
Zahnbehandlung	1.395,6	1.328,9	5,95	3,85	5,02
Zahnersatz	1.813,0	1.837,8	7,73	5,00	-1,35
Kieferorthopädie	198,7	179,0	0,84	0,54	11,01
3. Krankenhäuser	8.254,7	7.706,0	35,19	22,74	7,12
davon:					
Pflegekosten	3.424,9	3.052,4	14,60	9,43	12,20
Wahlleistungen (ohne Arzt)	1.549,3	1.536,2	6,60	4,27	0,85
Arzthonorare	3.280,5	3.117,4	13,99	9,04	5,23
4. Krankenhaustagegeld	1.047,1	1.035,8	4,46	2,88	1,09
5. Arzneien und Verbandmittel	1.819,7	1.707,6	7,76	5,01	6,57
6. Heil- und Hilfsmittel	1.362,6	1.263,6	5,81	3,75	7,83
davon:					
Heilmittel	653,4	587,2	2,79	1,80	11,27
Hilfsmittel	709,2	676,4	3,02	1,95	4,85
7. Zusatzleistung im Todesfall	6,2	6,8	0,03	0,02	-8,82
8. Krankentagegeld	1.208,1	1.161,3	5,15	3,33	4,03
9. Sonstige Leistungen	200,8	188,6	0,86	0,55	6,47
Krankenversicherungsleistung	22.583,0	21.342,0	96,27	62,21	5,81
Pflegepflichtversicherung	873,9	588,3	3,73	2,41	48,55
Versicherungsleistungen insg.	23.456,9	21.930,3	100,00	64,62	6,96
Beitragsrückerstattung ³⁾	2.661,7	2.895,3			
davon:					
Barausschüttung	699,1	711,8			
Verrechnung	1.962,6	2.183,5			
Gesamtleistung ³⁾	26.118,6	24.825,6			

Tabelle 5
Aufteilung der Leistungsarten nach Männern, Frauen und Kindern

Art der Leistung	Prozent		
	Männer	Frauen	Kinder
1. Arztkosten ambulant	45,77	44,41	9,82
2. Zahnbehandlung und -ersatz	54,44	37,61	7,95
davon:			
Zahnbehandlung	57,06	35,92	7,02
Zahnersatz	56,92	41,95	1,13
Kieferorthopädie	8,42	8,91	82,67
3. Krankenhäuser	49,63	45,95	4,42
davon:			
Pflegekosten	53,70	39,98	6,32
Wahlleistungen (ohne Arzt)	45,21	51,86	2,93
Arzthonorare	47,47	49,40	3,13
4. Krankenhaustagegeld	53,52	42,56	3,92
5. Arzneien und Verbandmittel	53,08	40,20	6,72
6. Heil- und Hilfsmittel	51,68	40,88	7,44
davon:			
Heilmittel	49,44	42,77	7,79
Hilfsmittel	53,74	39,14	7,12
7. Zusatzleistung im Todesfall	52,35	46,25	1,40
8. Krankentagegeld	81,58	18,41	0,01
9. Sonstige Leistungen	49,52	42,98	7,50
Krankenversicherung	51,74	41,91	6,35
Pflegepflichtversicherung	32,33	63,79	3,88
Insgesamt	51,02	42,72	6,26

¹⁾ Repräsentativerhebung

²⁾ unabgegrenzte Beitragseinnahmen ohne Einmalbeiträge

³⁾ ohne Beträge nach § 12 a VAG

Tabelle 6
Leistungsarten in der Pflegepflichtversicherung

Leistungsart	Anteil an der Gesamtleistung
ambulante Pflege	
Pflegesachleistung	
davon: Pflegestufe I	2,056 %
Pflegestufe II	6,400 %
Pflegestufe III	5,798 %
Härtefallregelung	0,353 %
Pflegegeld	
davon: Pflegestufe I	6,317 %
Pflegestufe II	12,146 %
Pflegestufe III	8,386 %
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	0,129 %
Pflegehilfsmittel	0,348 %
Technische Hilfsmittel	3,831 %
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	0,373 %
Beiträge zur Rentenversicherung	5,623 %
Pflegekurse	0,003 %
Tages- und Nachtpflege	
davon: Pflegestufe I	0,045 %
Pflegestufe II	0,111 %
Pflegestufe III	0,094 %
Kurzzeitpflege	0,655 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	0,001%

Leistungsart	Anteil an der Gesamtleistung
stationäre Pflege	
Vollstationäre Pflege	
davon: Pflegestufe I	8,011 %
Pflegestufe II	19,101 %
Pflegestufe III	19,611 %
Härtefallregelung	4,580 %
Zuschuß für vollstationäre Pflege	
davon: Pflegestufe I	0,001 %
Pflegestufe II	0,002 %
Pflegestufe III	0,001 %
Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	
davon: Pflegestufe I	0,001%
Pflegestufe II	0,001%
Pflegestufe III	0,000%
Behindertenhilfe	0,145%
Insgesamt	873,9 Mio. DM

Tabelle 7
Kapital-Neuanlagen

Vermögensanlagen	Mio. DM	
	1997	1996
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte u. Bauten	170,9	141,4
Anteil an verbundenen Unternehmen	154,7	156,1
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	280,3	51,9
Beteiligungen	99,1	160,6
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	50,9	50,0
Aktien, Investmentanteile u. andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	5.754,4	3.782,3
Inhaberschuldverschreibungen u. andere festverzinsliche Wertpapiere	2.356,9	2.396,1
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	360,1	264,5
Namensschuldverschreibungen	6.055,1	6.458,4
Schuldscheinforderungen u. Darlehen	5.065,2	5.397,1
übrige Ausleihungen	265,9	160,9
Einlagen bei Kreditinstituten	1.944,4	204,6
andere Kapitanlagen	96,9	–
Insgesamt	22.654,8	19.223,9

Tabelle 8
Gliederung der Vermögensanlagen

Vermögensanlagen	Mio. DM	Prozent	Mio. DM	Prozent
	1997	1997	1996	1996
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte u. Bauten	3.500,5	3,61	3.495,5	4,17
Anteil an verbundenen Unternehmen	1.063,8	1,10	916,1	1,09
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	83,5	0,09	82,6	0,10
Beteiligungen	1.327,4	1,37	1.254,9	1,50
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	232,3	0,24	238,5	0,28
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	17.365,0	17,91	12.791,6	15,26
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	11.507,1	11,87	11.293,9	13,47
Hypotheken-, Grundschuld- u. Rentenschuldforderungen	2.203,6	2,27	1.988,2	2,37
Namensschuldverschreibungen	34.756,6	35,85	31.565,3	37,65
Schuldscheinforderungen u. Darlehen	23.045,6	23,78	19.435,1	23,18
übrige Ausleihungen	516,1	0,53	270,6	0,32
Einlagen bei Kreditinstituten	1.250,0	1,28	502,5	0,60
andere Kapitanlagen	105,0	0,10	7,8	0,01
Insgesamt	96.956,5	100,00	83.842,6	100,00

Tabelle 9
Kennzahlen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
A Sicherheit und Finanzierbarkeit								
A. 1 Eigenkapitalquote	11,57 %	11,11 %	11,02 %	10,77 %	11,24 %	11,07 %	11,61 %	12,12 %
A. 2 RfB-Quote	17,34 %	13,75 %	12,77 %	15,06 %	17,70 %	20,25 %	25,30 %	29,95 %
A. 3 RfB-Zuführungsquote	5,97 %	6,30 %	6,64 %	9,79 %	10,85 %	10,76 %	14,72 %	13,34 %
A. 4 RfB-Entnahmeanteile								
Einmalbeitrag	49,28 %	51,53 %	53,09 %	66,68 %	70,52 %	66,42 %	75,86 %	74,40 %
Beitragsrückerstattung	50,72 %	48,47 %	46,91 %	33,32 %	29,48 %	33,58 %	24,14 %	25,60 %
A. 5 Überschußverwendungsquote	90,98 %	92,03 %	88,69 %	88,72 %	89,78 %	91,33 %	93,60 %	92,97 %
B Erfolg und Leistung								
B. 1 Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	0,74 %	0,06 %	0,31 %	3,96 %	6,53 %	8,95 %	10,55 %	7,83 %
B. 2 Schadenquote	84,95 %	85,17 %	84,71 %	82,27 %	80,53 %	78,68 %	77,74 %	79,62 %
B. 3 Verwaltungskostenquote	3,84 %	3,93 %	3,99 %	3,80 %	3,68 %	3,76 %	3,58 %	3,42 %
B. 4 Abschlußkostenquote	10,47 %	10,84 %	10,99 %	9,97 %	9,26 %	8,61 %	8,13 %	9,13 %
B. 5 Nettoverzinsung	6,51 %	7,60 %	7,74 %	7,78 %	7,04 %	7,23 %	7,63 %	7,73 %
C. 2 Wachstum								
a) verdiente Bruttobeiträge	9,50 %	10,23 %	10,44 %	13,21 %	8,47 %	14,73 %	6,77 %	6,01 %
b) versicherte natürliche Personen								
insgesamt	3,61 %	4,68 %	7,95 %	3,19 %	1,82 %	1,98 %	0,41 %	6,58 %
Vollversicherung	3,18 %	4,32 %	5,57 %	2,14 %	1,54 %	0,16 %	0,01 %	1,69 %
Ergänzungsversicherung	3,92 %	4,93 %	9,57 %	3,88 %	2,00 %	3,16 %	0,66 %	9,61 %
Vorsorgequote	19,31 %	19,72 %	20,26 %	24,23 %	26,09 %	31,41 %	37,46 %	38,15 %

Tabelle 10
Jahresdurchschnittsergebnisse aus der PKV-Krankenhausdatei

Land	Basispflegesatz			Einbettzimmerzuschläge			Zweibettzimmerzuschläge		
	1996 DM	1997 DM	Veränd. in %	1996 DM	1997 DM	Veränd. in %	1996 DM	1997 DM	Veränd. in %
Bundesgebiet	141,46	137,17	– 3,03	169,96	174,00	2,38	108,57	113,03	4,11
alte Bundesländer	143,73	138,86	– 3,39	176,51	180,96	2,52	113,51	118,12	4,06
neue Bundesländer	135,19	127,55	– 5,65	122,39	123,31	0,75	75,78	79,28	4,62
Baden-Württemberg	145,47	131,92	– 9,31	163,78	166,83	1,86	97,61	101,14	3,62
Bayern	126,24	125,09	– 0,91	166,50	172,98	3,89	106,74	110,96	3,95
Berlin	199,54	216,67	8,58	200,84	199,66	– 0,59	106,85	107,51	0,62
Brandenburg	123,51	123,67	0,13	114,21	114,29	0,07	77,28	77,31	0,04
Bremen	149,31	158,54	6,18	207,49	214,66	3,46	122,95	134,27	9,21
Hamburg	180,46	181,58	0,62	210,00	198,20	– 5,62	107,39	110,43	2,83
Hessen	172,17	152,44	– 11,46	187,59	188,21	0,33	114,56	116,42	1,62
Mecklenb.-Vorpommern	178,75	138,21	– 22,68	123,48	130,79	5,92	82,84	84,13	1,56
Niedersachsen	132,30	136,63	3,27	174,68	182,22	4,32	110,77	116,06	4,78
Nordrhein-Westfalen	128,76	129,63	0,68	180,31	186,45	3,41	129,83	136,11	4,84
Rheinland-Pfalz	134,44	127,51	– 5,15	157,24	162,25	3,19	104,98	110,42	5,18
Saarland	150,17	145,96	– 2,80	155,34	155,90	0,36	96,26	101,92	5,88
Sachsen	133,87	125,71	– 6,10	119,80	116,41	– 2,83	70,49	77,08	9,35
Sachsen-Anhalt	136,93	129,30	– 5,57	139,07	140,46	1,00	81,84	89,18	8,97
Schleswig-Holstein	157,99	162,56	2,89	184,05	194,59	5,73	115,00	121,23	5,42
Thüringen	129,79	127,55	– 1,73	115,53	118,01	2,15	73,77	73,10	– 0,91

Tabelle 11

Die 20 häufigsten Hauptabteilungspflegesätze im Jahresdurchschnitt

Entgeltbezeichnung	1996 DM	1997 DM	Veränd. in %
Innere Medizin	289,74	288,54	- 0,41
Allg. Chirurgie	367,18	355,87	- 3,08
Gynäkologie/Geburtshilfe	418,68	412,21	- 1,55
Intensivmedizin	1.592,55	1.512,04	- 5,06
Pädiatrie	450,93	443,35	- 1,68
Allg. Psychiatrie	248,97	255,66	2,69
Neurologie	341,49	351,00	2,78
Urologie	422,07	412,27	- 2,32
Orthopädie	250,19	248,52	- 0,67
Unfallchirurgie	411,88	399,96	- 2,89
HNO-Heilkunde	393,08	399,24	1,57
Kardiologie	347,44	329,24	- 5,24
Geriatric	260,61	263,15	0,97
Strahlenheilkunde	448,32	460,87	2,80
Augenheilkunde	292,14	289,73	- 0,82
Neurochirurgie	651,97	638,89	- 2,01
Gastroenterologie	364,04	356,41	- 2,10
Hämatolog./int. Onkologie	599,17	607,65	1,42
Gefäßchirurgie	453,16	377,05	- 16,80
Dermatologie	300,35	324,48	8,03

Mitgliederverzeichnis

(Stand: 22. Oktober 1998)

1. ALBINGIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft,
Ballindamm 39, 20095 Hamburg
Postanschrift: 20079 Hamburg
Telefon: 0 40/30 22-0,
Telefax: 0 40/30 22-25 85

2. ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit,
Moorgärten 12-14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Telefon: 0 44 41/8 77-0,
Telefax: 0 44 41/8 77-2 98

3. ARAG Krankenversicherungs-AG,
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Postanschrift: Postfach 86 01 29, 81628 München
Telefon: 0 89/41 24-02,
Telefax: 0 89/41 24-25 25

4. ASSTEL Krankenversicherung AG
Wiener Platz 4, 51065 Köln
Telefon: 02 21/96 77-67 7,
Telefax: 02 21/96 77-10 0

5. Barmenia Krankenversicherung a.G.,
Kronprinzenallee 12-18, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Telefon: 02 02/4 38-00,
Telefax: 02 02/4 38-28 46

6. Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft,
Richard-Reitzner-Allee 8, 85540 Haar
Postanschrift: 85538 Haar
Telefon: 0 89/21 60-0,
Telefax: 0 89/21 60-27 14

7. BBV-Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Postanschrift: 81732 München
Telefon: 0 89/67 87-0,
Telefax: 0 89/67 87-91 50

8. BERLIN-KÖLNISCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
Berlin-Kölnische-Allee 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50586 Köln
Telefon: 02 21/30 90-0,
Telefax: 02 21/30 90-30 99

9. CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Hansaring 40-50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Telefon: 02 21/16 36-0,
Telefax: 02 21/16 36-2 00

10. COLONIA Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Telefon: 02 21/1 48-1 25,
Telefax: 02 21/1 48-3 62 02

11. CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft,
Karl-Wiechert-Allee 5, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Telefon: 05 11/57 01-0,
Telefax: 05 11/57 01-4 00

12. Continentale Krankenversicherung a.G.,
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Telefon: 02 31/9 19-0,
Telefax: 02 31/9 19-29 13

13. COSMOS Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Halbergstraße 50, 66121 Saarbrücken
Postanschrift: 66101 Saarbrücken
Telefon: 06 81/9 66-66 66,
Telefax: 06 81/9 66-66 33

14. DBV-Winterthur Krankenversicherung AG,
Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65178 Wiesbaden
Telefon: 06 11/3 63-0,
Telefax: 06 11/3 63-3 59

15. Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit,
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Telefon: 02 61/4 98-0,
Telefax: 02 61/4 14 02

16. Delfin Direkt Krankenversicherung AG,
Ludwig-Erhard-Allee 1, 53175 Bonn
Postanschrift: 53252 Bonn
Telefon: 02 28/8 88-0,
Telefax: 02 28/8 88-28 04
17. DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Telefon: 02 21/5 78-0,
Telefax: 02 21/5 78-36 94
18. DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a. G.,
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Telefon: 0 40/35 99-0,
Telefax: 0 40/35 99-22 81
19. DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft,
Riehler Straße 190, 50735 Köln
Postanschrift: 50729 Köln
Telefon: 02 21/7 57-0,
Telefax: 02 21/7 57-2000
20. EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Telefon: 02 21/57 37-01,
Telefax: 02 21/57 37-2 01
21. Familienfürsorge Krankenversicherung a.G.,
Benrather Schloßallee 33, 40597 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 18 03 63, 40570 Düsseldorf
Telefon: 02 11/99 63-0,
Telefax: 02 11/99 63-1 63
22. FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG,
Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
Telefon: 0 69/75 30 02-0,
Telefax: 0 69/75 30 02-30
23. Generali Krankenversicherung AG,
Sonnenstraße 31, 80331 München
Postanschrift: Postfach 20 09 19, 80009 München
Telefon: 0 89/51 21-21 00,
Telefax: 0 89/51 21-10 81

24. GLOBALE Krankenversicherungs-AG,
Venloer Straße 25, 50672 Köln
Postanschrift: Postfach 10 15 52, 50455 Köln
Telefon: 02 21/1 44-46 72,
Telefax: 02 21/1 44-46 71
25. Gothaer Krankenversicherung AG,
Gothaer Platz 2-8, 37083 Göttingen
Postanschrift: 37069 Göttingen
Telefon: 05 51/7 01-0,
Telefax: 05 51/7 01-7 01
26. Hallesche-Nationale Krankenversicherung a. G.,
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
Postanschrift: Postfach 10 60 17, 70049 Stuttgart
Telefon: 07 11/66 03-0,
Telefax: 07 11/66 03-2 90
27. Hanse-Merkur Krankenversicherung a.G.,
Neue Rabenstraße 28, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Telefon: 0 40/41 19-0,
Telefax: 0 40/41 19-32 57
28. HANSE REGIONAL
KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Neue Rabenstraße 28, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Telefon: 0 40/41 27-60,
Telefax: 0 40/41 27-61 11
29. INTER Krankenversicherung a.G.,
Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Postanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
Telefon: 06 21/4 27-0,
Telefax: 06 21/41 21 55
30. Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt V.a.G.,
Ernst-Ludwig-Straße 6, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg,
Telefon: 0 61 82/47 29
31. Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK),
Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
Telefon: 05 11/9 12-16 80 oder -13 15,
Telefax: 05 11/9 12-16 82

32. Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft der HUK-Coburg
(HUK-Coburg-Krankenversicherung),
Willi-Hussong-Straße 2, 96450 Coburg
Postanschrift: Postfach 18 02, 96408 Coburg
Telefon: 0 95 61/96-0,
Telefax: 0 95 61/96-36 36
33. Landeskrankenhilfe V.V.a.G.,
Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Telefon: 0 41 31/7 25-0
Telefax: 0 41 31/40 34 02
34. LIGA Krankenversicherung katholischer Priester V.V.a.G.,
Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3, 93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Telefon: 09 41/40 95-0,
Telefax: 09 41/40 95-1 15
35. LVM Krankenversicherungs-AG,
Kolde-Ring 21, 48151 Münster
Postanschrift: 48126 Münster
Telefon: 02 51/7 02-0,
Telefax: 02 51/7 02-10 99
36. Mannheimer Krankenversicherung AG,
Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Telefon: 06 21/4 57-0,
Telefax: 06 21/4 57-42 43
37. MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.,
Pettenkoflerstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Telefon: 0 89/51 52-0,
Telefax: 0 89/51 52-15 01
38. NOVA Krankenversicherung a.G.,
Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20351 Hamburg
Telefon: 0 40/41 24-0,
Telefax: 0 40/41 24-29 58
39. NÜRNBERGER KRANKENVERSICHERUNG AG,
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Telefon: 09 11/5 31-0,
Telefax: 09 11/5 31-32 06

40. PAX KRANKENVERSICHERUNG im Bereich der Katholischen Kirche,
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Köln,
Blumenstraße 12, 50670 Köln
Telefon: 02 21/1 60 49-0,
Telefax: 02 21/1 60 49-49
41. Quelle Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Nürnberger Straße 91-95, 90758 Fürth
Telefon: 09 11/1 48-01,
Telefax: 09 11/1 48-17 00
42. R+V Krankenversicherung AG,
Taunusstraße 1, 65193 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Telefon: 06 11/5 33-0,
Telefax: 06 11/5 33-45 00
43. ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart
– Kranken- und Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.,
Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Telefon: 07 11/60 07 38,
Telefax: 07 11/6 07 44 12
44. SIGNAL Krankenversicherung a.G.,
Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Telefon: 02 31/1 35-0,
Telefax: 02 31/1 35-46 38
45. SONO Krankenversicherung a.G.,
Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Telefon: 0 20 41/18 22-0,
Telefax: 0 20 41/18 22-20
46. Süddeutsche Krankenversicherung a.G.,
Schaflandstraße 2, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach,
Telefon: 07 11/57 78-0,
Telefax: 07 11/57 78-7 77
47. UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: Postfach 10 31 52, 66031 Saarbrücken
Telefon: 06 81/8 44-0,
Telefax: 06 81/8 44-29 09

48. UNIVERSA Krankenversicherung a.G.,
Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Telefon: 09 11/53 07-0,
Telefax: 09 11/53 07-15 74
49. Vereinte Krankenversicherung AG,
Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Telefon: 0 89/67 85-0,
Telefax: 0 89/67 85-65 23
50. VICTORIA Krankenversicherung AG,
Hans-Böckler-Straße 36, 40476 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Telefon: 02 11/4 77-0,
Telefax: 02 11/4 77-43 56
51. Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Besenbinderhof 43, 20097 Hamburg
Postanschrift: 20084 Hamburg
Telefon: 0 40/28 65-0,
Telefax: 0 40/28 65-25 15
52. Zürich Agrippina Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Riehler Straße 90, 50668 Köln,
Postanschrift: 50657 Köln
Telefon: 02 21/77 15-0,
Telefax: 02 21/77 15-2 78

Außerordentliches Mitglied:

53. CIGNA Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Direktion für Deutschland,
Erlenstraße 2 - 6, 60325 Frankfurt a.M.
Telefon: 0 69/7 56 13-0,
Telefax: 0 69/7 56 13-2 50

Stichwortverzeichnis

A	Seite
Abschlußkosten	45
Abschlußkostenquote	52, 90 f.
Änderung im Versichertenbestand PKV/GKV	11 ff.
Ärzte	68, 84 f.
Altersabhängiger Kostenaufwand	55 ff.
Alterungsrückstellung	23, 33 ff.
Anpassung von Beiträgen	26
Arzneien	
Leistungen für –	37 ff., 84 f.
Arztbehandlung	
Leistungen für –	37 ff., 84 f.
Arzthonorare	68, 84 f.
Aufwendungen	33 f., 49
Auslandskrankenversicherung	29
Auslandsreiseversicherung	20, 29
B	
Bahn und Post	20, 30
Befreiung von der Versicherungspflicht	12 f.
Beitragsanpassungen	26
Beihilfeablöseversicherung	19, 29
Beitragsbemessungsgrenze	12 f.
Beitragseinnahmen	23 ff., 49, 75, 80 f., 82 f.
abgegrenzte –	23 f., 49
– der HUK-Versicherung	9
– der Lebensversicherung	9
Entwicklung der –	23 ff.
Gliederung der Mitgliedsunternehmen nach –	80 f.
nach Versicherungsarten	24 ff.
unabgegrenzte –	23 f.
Beitragsserhöhungen	26
Beitragsrückerstattung	30 ff., 33 ff., 49, 84 f.
Beteiligungen	47, 88 f.
D	
Darlehen	88 f.
Dynamisierung der Krankenversicherungspflichtgrenze	12 f.

E	Seite
Eigenkapitalquote	51, 90 f.
Einmalbeitrag	30 ff., 90 f.
Ergebnisquote	52, 90 f.
 F	
Finanzausgleich	30
Frauen	
Versicherungsbestand an –	14 f.
Versicherungsleistungen für –	36
Freiwillige Mitglieder der GKV 1997	9 f.
 G	
Gesamtaufwendungen der PKV	33 f., 49
Gesamtbestand der PKV	11 ff.
Gesamtleistung der PKV	33 f., 49, 84 f.
Gesetzliche Krankenversicherung	9 f., 12 ff., 26
Befreiung von der Versicherungspflicht in der –	9 f.
Beitragsbemessungsgrenze in der –	12 f.
Beitragsentwicklung in der	12 f.
Durchschnittlicher Beitragssatz in der –	13
Freiwillige Mitglieder in der –	9
Höchstbeiträge in der –	13
Mitglieder der –	9 f.
Pflichtgrenze in der –	9 f.
Übertritte aus der –	13 f.
Versicherte der GKV mit privatem Zusatzschutz	16 ff.
Größenverhältnisse der Mitgliedsunternehmen	7 f., 80 f.
Grundschnuldorderungen	88 f.
Grundstücke	88 f.
 H	
Heilmittel	
Leistungen für –	37 ff., 84 f.
Hilfsmittel	
Leistungen für –	37 ff., 84 f.
Honorare an Heilberufe	68, 84 f.
Hypotheken	88 f.

I	Seite
Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen	33 ff.
J	
Jahresergebnis 1996 der Mitgliedsunternehmen des Verbandes	49
K	
Kapitalanlagen	88 f.
Kennzahlen	51 ff.
Kennzahlenkatalog	51
Kinder	
Versicherungsbestand an –	14 f.
Versicherungsleistungen für –	14 f., 36
Kosten	45 ff., 77
Krankenhaus	
Leistungen für – behandlung	37 ff., 84 f.
– pflegesätze	68 f.
– zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer	68 ff.
Krankenhaustagegeldversicherung	18 f., 82 f., 84 f.
Krankentagegeldversicherung	18, 28, 82 f., 84 f.
Krankenversicherungspflicht	9 f.
Krankheitskosten	
Altersabhängige –	55 f.
Krankheitsvollversicherung	11 f., 26 f., 82 f., 84 f.
L	
Leistungsausgaben	33 ff., 49, 76, 84 f.
Lohnfortzahlungsversicherung	19 f., 29
M	
Männer	
Versicherungsbestand an –	14 f.
Versicherungsleistungen für –	36
Mitgliedsunternehmen	
Aufteilung der – nach Beitragseinnahmen	8, 80 f.
Aufteilung der – nach versicherten Personen	7 f., 80 f.
– des HUK-Verbandes	9
– des Verbandes der Lebensversicherungsunternehmen	9

Aufwendungen der –	33 f., 49
Beurteilungskriterien der –	7 f.
Größenverhältnisse der –	7 f., 80 f.
Rechtsform der –	7
Verzeichnis der –	97 ff.
Zahl der –	7, 75
Monatsleistung	36

N

Neuzugang	11 ff.
-----------	--------

P

Pflegepflichtversicherung	20, 30, 40 f., 77, 82 f., 84 f., 86 f.
Pflegezusatzversicherung	17, 82 f., 84 f.

R

Rechtsform der Mitgliedsunternehmen	7
Rentenschuldforderungen	87 f.
Restschuldversicherung	19, 29
Rückstellungen	30 ff., 33 ff.

S

Schadenrückstellung	33 f.
Schuldscheinforderungen	88 f.
Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	18 f., 28, 82 f., 84 f.
Selbstbehalt	56 f.
Sonstige selbständige Teilversicherung	28 f., 82 f., 84 f.
Standardtarif	15

T

Tagesleistung	36
---------------	----

Ü

Überschußverwendungsquote	51 f., 90 f.
---------------------------	--------------

V

Seite

Verband der privaten Krankenversicherung	
Entwicklung des –	7 ff.
Größenverhältnisse der Mitgliedsunternehmen des –	7 f., 80 f.
Mitglieder des –	7 f., 97 ff.
Vermögen	
Aufteilung der – Anlagen nach Anlagearten	88 f., 77
– sentwicklung.	46 f., 88 f.
Versicherungsbestand	11 ff., 14 ff., 75
Aufteilung des – nach Männern, Frauen und Kindern	14 f.
Entwicklung des –	11 ff.
Gliederung der Mitgliedsunternehmen nach der Größe des –	7 f., 80 f.
Größe des –	7 f., 80 f.
Umstellung der Zählung	11
Versicherungsleistungen	33 ff., 84 f., 76
Aufteilung der – nach Männern, Frauen und Kindern	36
Gliederung der – nach Leistungsarten	33 f., 84 f.
Versicherungspflichtgrenze	12 f.
Versicherungstechnische u. a. Rückstellungen.	30 ff., 33 ff.
Verwaltungskosten	45, 77 f.
Verwaltungskostenquote	51, 90 f.
Vorjahresschäden	33 f.
Vorsorgequote	52 f., 90 f.

W

Wertpapiere	88 f.
-------------	-------

Z

Zahlungen	
– je Arbeitstag	36
– je Monat	36
Zahnarzt	
– Honorare	68, 84 f.
Zahnbehandlungen und -ersatz	
Leistungen für –	37 ff., 84 f.
Zuführungen zu den versicherungstechnischen	
u. a. Rückstellungen	30 ff., 33 ff.
Zusatzversicherte Personen	16 ff., 28 ff.



„ PKV Publik“

Verbandszeitschrift; erscheint neunmal jährlich

„Die private Krankenversicherung“

Rechenschaftsbericht; erscheint jährlich im Juni

„Die private Krankenversicherung“

Zahlenbericht; erscheint jährlich im Oktober

„Die privaten Krankenversicherungen“

Einführung in Angebot, Leistungen, Personenkreise

„Die private Krankenversicherung“ – Eine Unterrichtseinheit

Arbeitshilfe für Lehrer an allgemein- und berufsbildenden Schulen

„Ihre Krankenversicherung“

Info-Blatt für Neuversicherte; „Gebrauchsanweisung“ für den Versicherungsvertrag

„Sicherheit im Pflegefall – Informationen zur privaten Pflegeversicherung“

„Sicherheit im Pflegefall – Informationen zur privaten Pflegeversicherung

– Die Zusatzversicherung“

„Der Privatpatient als Vertragspartner der Krankenhäuser“

Informationen für die Krankenhäuser der neuen Bundesländer

Zahnersatzversicherung

Faltblatt zur Versicherung für Versicherte der GKV, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind

Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung

Kennzahlen der PKV – Kurzfassung –

„ PKV-Info“

Broschürenreihe zu aktuellen Themen:

- Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?
 - Auslandsreise-Krankenversicherung
 - Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
 - Privatversichert im Krankenhaus
 - Die Card für Privatversicherte
 - Die neue Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
 - Demographischer Wandel
 - Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
 - Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
 - Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
 - Aktiv gegen die Kostenspirale
 - Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
-

PKV-Dokumentationsreihe

Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“

von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“

von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)

Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“

von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)

Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“

von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975

Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“
von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)

Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“
von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980

Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982

Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“
von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982

Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983

Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“
von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984

Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985

Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“
von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987

Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“
von Heinrich Frommknecht, August 1990

Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991

Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems
durch eine Organisationsreform“
von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992

Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992

Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle des die
gesetzliche Krankenversicherung substituierenden privaten Krankenversicherungsschutzes
im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“
von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993

Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“
von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995

Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“,
Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997

Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges
von den Anfängen bis zur Gegenwart“, Juni 1997

Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997

Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“, September 1998
von Dr. jur. Jan Boetius und Dr. oec. HSG Hans-Olaf Wiesemann

„Standpunkte der PKV zur Struktur des Krankenversicherungs-Systems ‘97“

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“
28seitige Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“
6seitige Kurzfassung

„Beihilfavorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

„Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif“

Soweit nicht vergriffen, erhalten Sie die Publikationen beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V.,
Postfach 51 10 40, 50946 Köln.